

Retslægerådets
årsberetning

2016

ISBN 978-87-89648-15-6

Udgivet juli 2017

Indhold

1. Forord.....	3
2. Udvalgte emner og sager af interesse.....	5
2.1 Referat fra Retslægerådets internatmøde om retspsykiatri den 20-21. maj 2016.....	6
2.2 Whiplash.....	23
2.3 Kausistik og subjektive symptomer – Smerter i skulder og arm efter influenzavaccination.....	27
2.4 Dom til behandling for psykose, men patientklagenævnet er ikke enig i tvangsbehandling.....	41
2.5 Straf, behandling, eller... -et et(n)isk dilemma.....	44
2.6 Demens eller mental retardering – skærmning og erstatningsansvar ved brandstiftelse.....	50
2.7 Arbejdsskade – Rygning, asbest eller begge dele.....	57
3. Statistik.....	67
3.1 Sager modtaget i Retslægerådet 2016.....	68
3.2 Antal lægefaglige sager modtaget i Retslægerådet 2016 (og 2014-2015).....	71
3.3 Antal lægefaglige sager afsluttet i Retslægerådet 2016 (og 2014 - 2015).....	72
3.4 Sagsbehandlingstid, angivet i dage, i Retslægerådet 2016 (og 2013-2015).....	73
4. Retslægerådets lovgrundlag og organisation.....	74
4.1 Lovbestemmelser m.v.....	75
4.2 Retslægerådets medlemmer 2016.....	79
4.2.1 Sagkyndige anvendt i 2016.....	80
4.2.2 Ad hoc sagkyndige anvendt i 2016.....	82
4.2.3 Retslægerådets sekretariat 2016.....	91

1. Forord

Forord til Retslægerådets årsberetning 2016

I sandhed endnu et begivenhedsrigt år. Regeringens beslutning om at udflytte arbejdspladser har også i 2016 fyldt meget. Planen omfatter Civilstyrelsen og dermed også Retslægerådet, som de seneste år administrativt har hørt under denne del af Justitsministeriet. Året er derfor – udover den almindelige sagsbehandling – blevet brugt på at forberede flytningen af sekretariatet bedst muligt. Brikkerne begynder så småt at falde på plads, og den endelige flytning til Toldboden i Viborg, hvor flere af Civilstyrelsens øvrige kontorer og sekretariater er ved at være etablerede, sker den 31. maj 2017.

Kvalitetssikring og kommunikation er, udover den daglige drift, fortsat rådets strategiske indsatsområder. Det afspejler sig også i den foreliggende Årsberetning 2016. Et internatmøde har givet rådet en unik mulighed for at debattere vigtige spørgsmål med samarbejdspartnere og nordiske kollegaer.

Som en del af den handlingsplan, som Retslægerådet vedtog i 2009, blev der søsat et projekt om whiplash. Projektet om whiplash er nu afsluttet efter en juridisk og lægefaglig gennemgang (spørgsmål og svar) af 125 sager, hvor der er afsagt dom. Undersøgelsen er offentliggjort på rådets hjemmeside. I forlængelse af undersøgelsens udgivelse deltog overlæge H. Kasch og professor A. Vesterby samt sekretariatet ved Danske Advokaters Forening for Erstatnings- og Forsikringsrets i et temamøde i Aarhus den 23. september 2016, som omhandlede Retslægerådet med særlig fokus på medicinsk årsagssammenhæng i Whiplash-sager.

Whiplash undersøgelsen er en klar tilkendegivelse af rådets ønske om at kvalitetssikre dets arbejde. Eksterne, uafhængige eksperter har gransket indhold i spørgsmål og svar inden for et af rådets centrale spørgetemaer. Undersøgelsen har bekræftet, at det er et relevant arbejds måde og et værktøj, der i fremtiden med fordel kan anvendes på andre af rådets store sagsområder.

Elektronisk sagsbehandling vil også i 2017 komme til at fylde meget. Den delvise digitale sagsbehandling i de retspsykiatriske sager optimeres, og Retslægerådet ser oftere og oftere, at anklagemyndigheden forelægger sagerne elektronisk. Domstolene har iværksat et større digitaliseringsprojekt, som omfatter de civile sager, og Retslægerådet er i gang med at forberede sig på, at sagerne inden længe vil blive forelagt elektronisk. Dette skaber naturligvis nogle udfordringer – i de ofte dokumenttunge civile sager – men Retslægerådet ser det også som en naturlig del af udviklingen og forudser på sigt en forbedret og mere effektiv sagsgang til gavn for rådet selv og rådets samarbejdspartnere.

2016 har igen været et travlt år for Retslægerådet, de sagkyndige, de lægelige sekretærer og sekretariatet. På formandskabets vegne vil jeg gerne benytte muligheden til at takke både interne og eksterne samarbejdspartnere for et godt samarbejde i det forløbne år og samtidig ønske god læselyst med den foreliggende årsberetning.

Bent Ottesen

Formand for Retslægerådet

2. Udvalgte emner og sager af interesse

2.1 Referat fra Retslægerådets internatmøde om retspsykiatri den 20-21. maj 2016.

I mødet deltog oplægsholderne:

Retslægerådets formand, professor Bent Ottesen (velkomst)

Professor Anders Eriksson, professor i retsmedicin i Umeå, indlæg om den svenske model for "Retslægerådet".

Professor Torleiv Rognum, leder af gruppen for rettspatologi og klinisk retsmedisin, indlæg om den norske model for "Retslægerådet".

Specialkonsulent Jeanett Wind, Styrelsen for Patientsikkerhed, indlæg om Styrelsens behandling af autorisationssager, herunder nærmere om i hvilket omfang Retslægerådet spørges, og hvilken betydning rådets udtalelse har.

Advokat Christian Bo Kolding-Krøger, Kammeradvokaten, indlæg om Kammeradvokatens behandling af sagerne inden, under og efter sagernes forelæggelse for Retslægerådet

Internatmødets emne

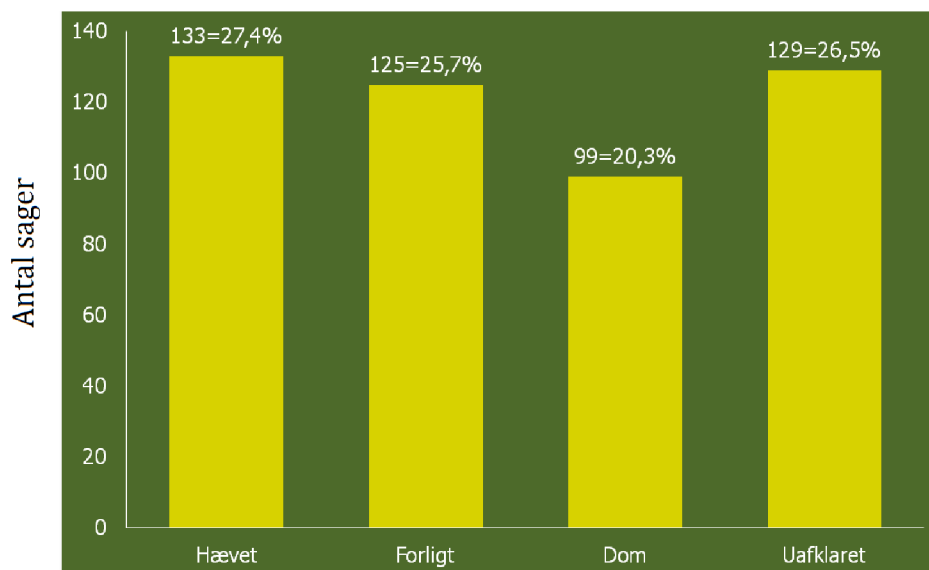
Formålet med internatmødet var at give mulighed for en mere generel drøftelse af rådets arbejde, ligesom specifikke emner kunne blive drøftet i en højere detaljeringsgrad. På mødet deltog medlemmer fra den svenske og norske pendant til Retslægerådet med oplæg om forholdene i henholdsvis Sverige og Norge. Derudover deltog repræsentanter fra Kammeradvokaten og Styrelsen for Patientsikkerhed med oplæg om autorisationssager.

Retslægerådet formand, professor Bent Ottesen, bød velkommen og gav en introduktion til rådets udvikling siden 2009, hvor Retslægerådet var udsat for en del kritik. Kritikken gik blandt andet på, at Retslægerådet medvirkede til forkerte afgørelser (blandt

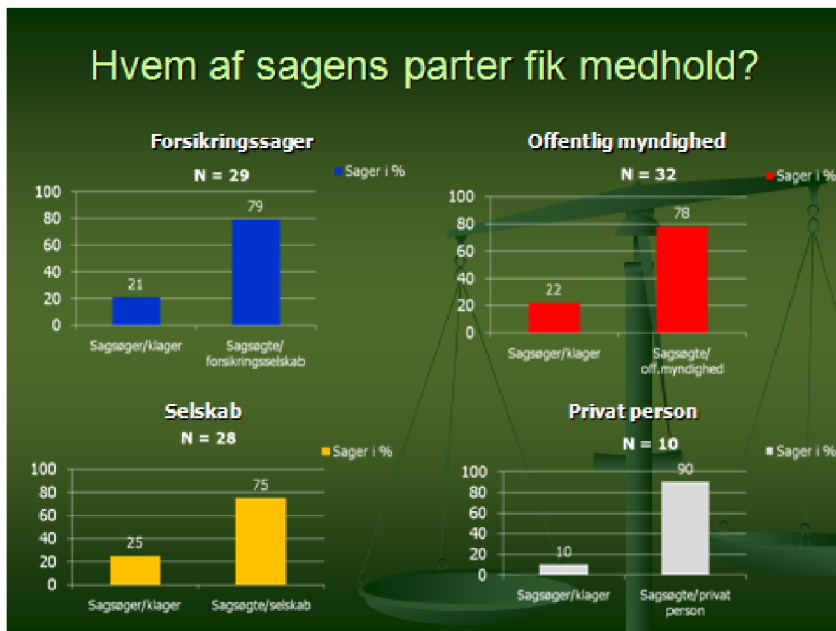
andet i udlændingesager om aldersbestemmelse), samt at domstolene altid fulgte rådets udtalelse, hvorved Retslægerådet blev til en slags overdommer. På baggrund af denne kritik fastsatte rådet to fokuspunkter – kvalitetssikring og kommunikation.

For så vidt angår kvalitetssikring blev der iværksat en systematisk analyse af domstolenes anvendelse af rådets sagkyndige udtalelser, ligesom der blev søsat et projekt om whiplash. Derudover er der siden 2009 afholdt diverse workshops og udarbejdet statusnotater på specifikke sagsområder.

I forbindelse med den systematiske analyse af domstolenes anvendelse af rådets sagkyndige udtalelser gennemgik rådet 486 (somatiske) sager, som blev afsluttet i 2008. På baggrund af denne undersøgelse stod det klart, at rådet udtaler sig både til fordel og ulempe for begge parter, og at der lægges vægt på rådets udtalelse, men at rådets udtalelse ikke er det eneste og afgørende grundlag for sagens endelige resultat.



Resultatet for 486 sager, hvor retslægerådet har besvaret spørgsmål



Retslægerådets projekt om whiplash er netop afsluttet efter en juridisk og lægefaglig gennemgang (spørgsmål og svar) af 125 sager, hvor der er afsagt dom. Undersøgelsen er offentliggjort på rådets hjemmeside.

I forbindelse med Retslægerådets fokus på kvalitetssikring har rådet ligeledes bistået Ph.D. Synne Søndergaard, Juridisk Institut, Aarhus Universitet, med udarbejdelsen af Ph.D.-afhandling vedrørende anvendelsen af Retslægerådets udtalelser i sager om personskadeerstatning.

For så vidt angår det andet fokuspunkt, kommunikation, har rådet forsøgt at styrke både den interne (blandt andet ved årshjul, formidling af referater, stormøder og nyhedsbreve) og den eksterne kommunikation.

I forhold til rådets eksterne kommunikation har Retslægerådet blandt andet lavet indlæg i dagblade, Ugeskrift for læger, Advokaten m.v., ligesom rådet har etableret en hjemmeside med nyttig viden om rådets virke, interessekonflikter og praktisk information om forelæggelse for rådet. Retslægerådet har derudover haft kontakt med interessenter blandt andet via en øget foredragsaktivitet (28 foredrag i perioden fra 2009 til 2015) og

temamøder (12 temamøder i perioden fra 2008 til 2015).

Retslægerådets aktuelle udfordringer er flytningen af rådets sekretariat til Viborg, der forsøges foretaget så skånsomt og gnidningsfrit som muligt. Herudover er der fokus på øget implementering af elektronisk sagsbehandling

Professor Bent Ottesen redegjorde herefter for Retslægerådets virke, som er reguleret i lov om Retslægerådet § 1, hvoraf det fremgår, at Retslægerådets opgave er at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold.

Det var Christians den IV's tyske livlæge, Henning Arnisæus (død 1636), der længe forud for oprettelsen af rådet i 1909 tog det første spadestik til Retslægerådets fundament.

I perioden fra 1909 til 1934 behandlede Retslægerådet 27.000 sager vedrørende psykiatri (tilregnelighedssager og farlighed for offentlig sikkerhed) og somatik (befolkningens problemer med kønslivet, herunder paternitet, sædelighedsforbrydelser, fødsel i dølgsmål, uforsvarlig omgang ved barnefødsel, fosterfordrivelse, forgiftninger og vold).

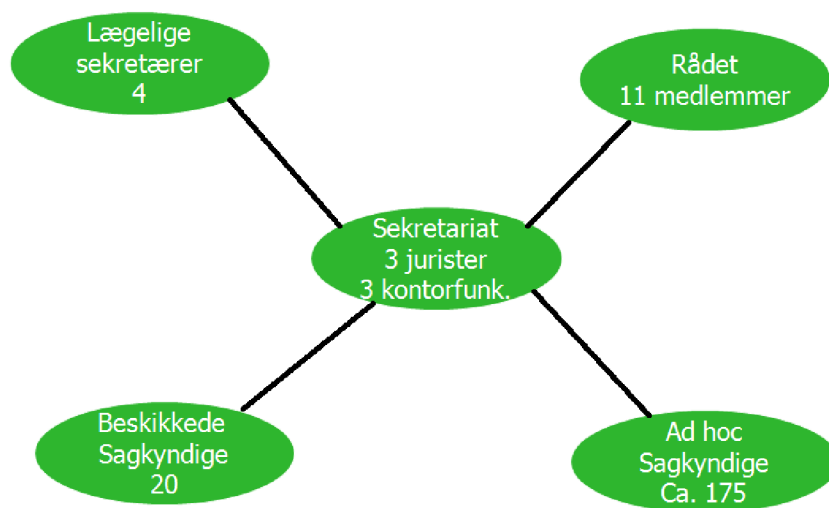
I perioden fra 1935 til 1960 behandlede Retslægerådet 75.000 sager vedrørende psykiatri (tilregneligheds- og farlighedssager blev slået sammen, og den største gruppe var nu sager om spirituspåvirkede motorførere samt sterilisations- og kastrationssager) og somatik (nu optræder også sager om benådning, lægefejl, invaliditet og forsikringer).

I perioden fra 1960 til 1989 behandlede Retslægerådet 96.000 sager. Kulminationen var i 1971, hvor rådet behandlede 7.300 sager, men lov om sterilisation og kastration fra 1973 og færdselsloven indførelse af fast promillegrænse i 1976 reducerede sagsantallet til 2.300 årligt sidst i perioden.

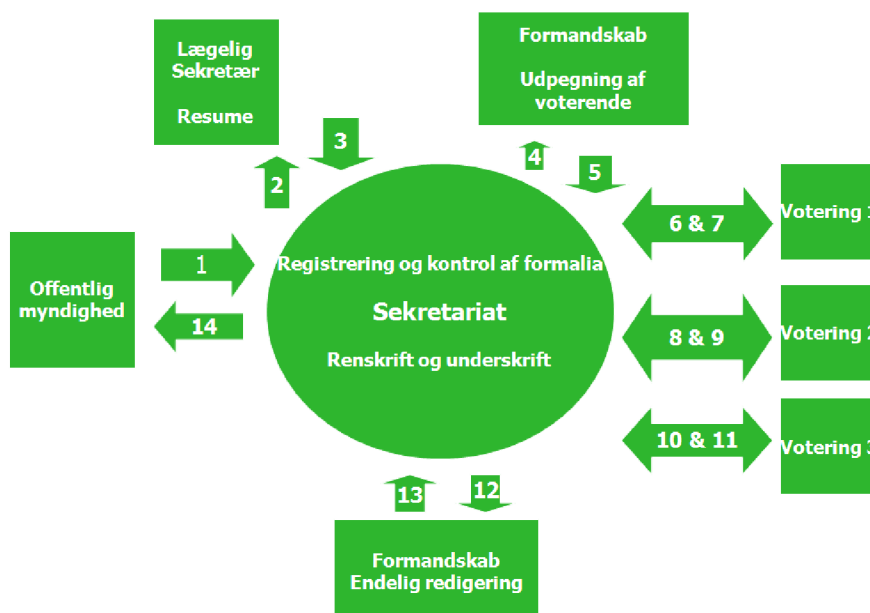
I perioden fra 1989 til 2009 behandlede Retslægerådet 49.000 sager, og sagerne om somatik udgør i dag det største antal, og disse vedrører overvejende forsikringsforhold. Denne sagstype er karakteriseret ved at være kompliceret og arbejdskrævende.

Professor Bent Ottesen gennemgik herefter Retslægerådets organisation og arbejdsgang, som grundlæggende kan beskrives ved følgende illustrationer.

Retslægerådets organisation:



Sagsgangen i Retslægerådet:



På baggrund heraf gennemgik Professor Bent Ottesen eksempler på

forelæggelser for Retslægerådet og de problemstillinger, som opstår i forbindelse med forelæggelserne, herunder om manglende materiale.

Professor Anders Eriksson, professor i retsmedicin i Umeå oplyste, at man i Sverige i 1734 indførte ”Missgärningsbalken”, som blandt andet angav de gerninger, der var strafbare. Derudover fremgik det, at:

”Enär, utan veterligen föregående sjukdom, någon finnes ligga död, skall närmaste kronobetjänt vara pliktig att genast, vid erhållen kunskap härom och i närvaro av tvenne tillkallade trovärdige män, undersöka, om den döde av egen eller andras handaverkan omkommit, samt, då minsta anledning därtill finnes, förhållandet skyndsamt inberätta till Konungens Befallningshavande eller domaren, som, efter omständigheterna, äge förordna, huruvida besiktning av provinsialmedicus och undersökning vid domstol må finnas nödig eller icke, innan den döde får begravas.”

Missgärningsbalken (1734) var, for så vidt angår ”rättsmedicinsk undersökning”, gældende frem til 1970, trods ændringer af ”strafflag” og ”brottsbalk”, og blev først ændret sammen med ”obligatorisk dødsbevis” fra 1. januar 1971.

I perioden fra 1945 til 1974 blev der oprettet 6 ”Rättsläkarstationer” henholdvis i Stockholm (1945), Lund (1951), Göteborg (1960), Umeå (1964), Uppsala (1966) og Linköping (1974).

”Rättsmedicinalverket” (RMV) blev oprettet den 1. juli 1991, hvorved de tidligere fritstående ”rättsläkarstationer” blev forenet i en myndighed under Justitsministeriet. RMV’s hovedopgave blev at afgive ”medicinske sakkunnigutlåtanden i rettsligt relevanta frågor på uppdrag av polis, åklagare eller domstol” og omfatter

rättspsykiatriske, rättsmedicinske, rätstoxikologiske og rättsgenetiske utredninger. RMV består af 1 ledningskansli (Stockholm), 1 rätstoxikologisk og rättsgenetisk afdeling (Linköping), 2 rättspsykiatriske afdelinger (Stockholm og Göteborg) og 6 rättsmedicinske afdelinger (Umeå, Uppsala, Stockholm, Linköping, Göteborg og Lund).

Der er aktuelt 27 specialister i rättsmedicin i RMV, men det forventes, at der i 2016-2019 uddannes yderligere 29.

Inden for det retsmedicinske område har RMV følgende opgaver:

- Rättsmedicinske obduktioner og likbesigtninger
- Kroppbesigtninger/-undersøgelser
- Andra rättsmedicinske undersøgelser, tex laboratorieundersøgelser
- Biträda vid fyndplatsundersøgelser
- Rättsmedicinske yttranden
- Information, internationellt samarbejde, forskning og udvikling

Det er typisk politiet, anklagemyndigheden og domstolene, som forelægger sagerne for RMV.

”Rättsliga rådet” har bestået siden 1800-tallet. I 1950/60 skulle samtlige retsmedicinske udtalelser granskes af ”Medicinalstyrelsen” i plenum. Mange obduktioner blev foretaget af ”provinsiallækere”, men det blev udfaset med tilkomsten af ”Statens rättsläkarstationer”. I sin nuværende form har Rättsliga rådet eksisteret siden 1981.

I 1970’erne behandlede den rättsmedicinske sektionen inom Rättsliga rådet på skriftligt grundlag blandt andet sager om ”Konceptionstidsberäkningar (faderskapsfråga)”, hvilket senere helt blev erstattet af ultralydsundersøgelser.

Fra 1985 behandlede den rettsmedicinske sektionen inom Rättsliga rådet på et månedligt møde sager om:

- Eftersupningsberäkningar (senare till rättskemister)
- Traditionella rettsmedicinska ärenden
- Felbehandlingsärenden (ex p-piller vs tromboembolism)
- Försäkringsärenden (ex whiplash-skador)
- Drograttfylleri (senare till rättskemister)

Professor Anders Eriksson bemærkede hertil, at den rettsmedicinske sektionen inom Rättsliga rådet stort set ikke længere behandler sager om whiplash, idet Rättsliga rådet har udfærdiget en artikel om de generelle retningslinjer i denne type af sager.

Det er kun offentlige myndigheder, såsom Politiet, anklagemyndigheden, domstole, Justitsministeriet, ”Socialtjänst” (eksempelvis adoptionsager), ”Trafikverket” (eksempelvis i sager om dispensation fra syns- og hørekrav) eller sygehuse, der skal spørge rådet. Derimod kan (private) advokater eller privatpersoner ikke forelægge spørgsmål for rådet.

Sagens gang i rådet er følgende:

- Verificering af forelæggelsen og forelæggeren
- Udpege sagkyndig, og herunder sikre sig, at pågældende ikke er inhabil
- Udtalelsen fra den sagkyndige fremsendes til rådet
- Rådet træffer beslutning i plenum

I dag behandler den rettsmedicinske sektionen inom rådet især sager (inden for retsmedicin) vedrørende:

- Shaken baby
- Traditionella rettsmedicinska ärenden (grova brott)

- Åklagare som inte fått tillräckligt stöd av rättsläkaren
- Hinder för inställelse till rättegång
- Tolkning av rättsintyg utfärdat av klinisk läkare
- Komplicerade kliniska ärenden (eksempelvis Macchiarini)

Afslutningsvist oplyste Professor Anders Eriksson, at nogle af de udfordringer, som rådet står overfor er, at de sagkyndige udtalelser afgives sent, hvilket giver tidspres, og det er derfor svært for medlemmerne at nå at læse og sætte sig ind i komplicerede sager. Derudover diskuteres det, hvem der skal være den betalende arbejdsgiver, når sagkyndige indkaldes som vidner under domsforhandlingen.

Torleiv Rognum, leder af gruppen for rettspatologi og klinisk rettsmedisin, oplyste indledningsvist, at ”Den Rettsmedisinske Kommissjon” i Norge blev oprettet i 1900, og lovgivningen er i nogen grad præget af, at Norge har været en del af Danmark. Under Christian den femtes regering fik Norge en ny lov, Christian den 5. Norske Lov (1687), som stadig – dog i begrænset omfang – er en del af gældende norsk ret.

Lægers pligt til ligsyn og foretagelse af obduktion blev fastlagt ved kongelig forordning af 21. maj 1751, §4:

”Naar Mord – eller Drab-Sager forefalde - - bør i saa Fald det døde Legeme strax paa Stedet der det forefindes, lovligen synes, samt derefter, saasnart muligt, af Land- eller Stads-Physico med forfarne Chirurgis examineres, og tilforladelig Obductions-Foretning derover forfattes – ”

Professor Torleiv Rognum portrætterede herefter Michal Skjelderup, Lærer i rettsmedisin ved Universitet i Oslo (UiO) fra 1814, som forelæste i almen medicin ved Københavns Universitet før 1814, hvor han var en meget populær forelæser, uanset at han

stammede, ligesom notater fra hans forelæsninger siges at have været benyttet i København frem til 1840'erne. I 1813 blev Michal Skjelderup af Kongen (i København) udnævnt til professor ved det Kongelige Fredriks Universitet i Christiania (Oslo). I forlængelse heraf gennemgik professor Torleiv Rognum den historiske udviklingen af retsmedicin i Norge frem til 2017, hvor "rettsmedisin"(Rettspatologi/klinisk rettsmedisin, genetikk og toksikologi) overføres fra Nasjonalt Folkehelseinstitutt til Oslo Universitetssykehus (Rikshospitalet).

Vedrørende "sakkyndigrollen og bruk av sakkyndige" oplyste Torleiv Rognum, at i 1815 havde alle medisinske professorer (5) pligt til at vurdere, om tiltalte havde handlet i "villelse og raseri". I 1887 trådte Jurieloven (Straffeprosessloven) i kraft, hvorefter enhver læge er forpligtet til at fungere som sakkyndig i et hvilket som helst rettsmedisinsk spørgsmål og hvor som helst. I 1946 blev der inført regler om faste sakkyndige, hvilken man dog gik væk fra igen i 2003. Herefter følger det af Straffeprosessloven §147 at:

"En hver som tjenestegjør som sakkyndige i rettsmedisinske spørsmål, skal straks sende Den Rettsmedisinske Kommisjon avskrift av den skriftlige erklæringen som han gir retten eller påtalemyndigheten. Dette gjelder ikke foreløpige erklæringer. Finner Kommisjonen vesentlige mangler, skal den gjøre retten eller i tilfelle påtalemyndigheten oppmerksom på dette."

Det er omdiskuteret, hvorvidt en sakkyndig, som er anvendt af en forsvarer "partssakkyndig", må sende kopi til Den Rettsmedisinske Kommisjon (f. eks. ved ønske om en "second opinion"). Den Rettsmedisinske Kommisjon behandler ikke erklæringer i civile sager. I 2010 blev "Barnefaglig Kommisjon", der behandler sakkyndig erklæringer i "barnevernssaker", opprettet.

Den Rettsmedisinske Kommissjon vurderer følgende forhold i en sakkyndig erklæring:

- *Mandatet*
- *Sakkyndiges kompetanse*
- *Informasjon som foreligger, tilgang til saksdokumenter*
- *Undersøkelser de(n) sakkyndige har foretatt selv*
- *Hvordan informasjonen (premissgrunnlaget) er vurdert*
- *Er vurderingene vitenskapelig holdbare?*
- *Er det redegjort for usikkerhetsmomenter?*
- *Er alle mandatets punkter besvart?*
- *Er erklæringen skrevet på et forståelig språk?*

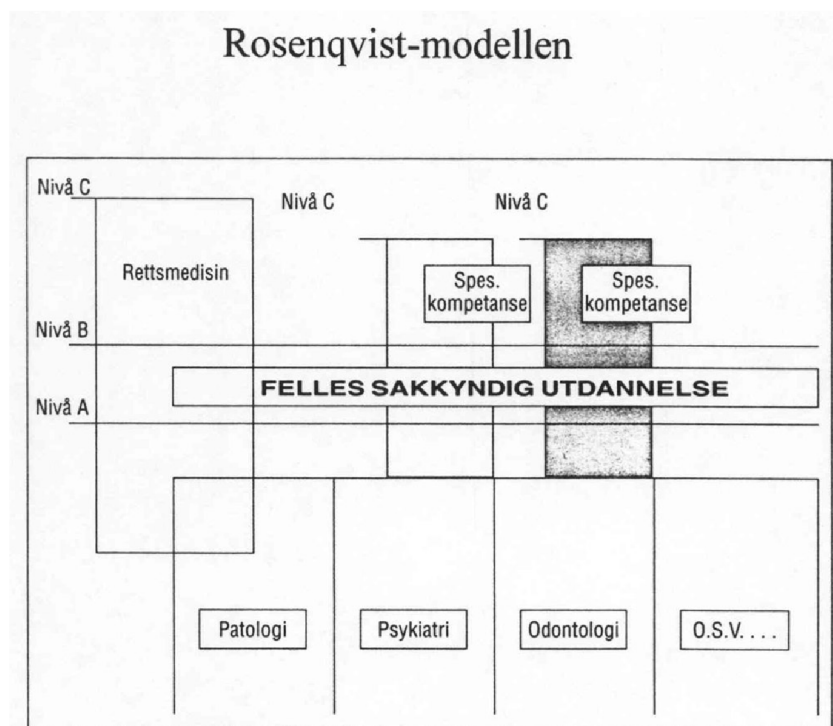
I 2001 afgav et offentlig utvalg en utredning (NOU 2001:12) til Justitsministeren. Udvalget hadde mandat til at beskrive og vurdere ”rettsmedisinsk virksomhet” i Norge – herunder Den Rettsmedisinske Kommissjon.

Udvalget skulle redegøre for:

- *kont*
rollarbeidets organisering og finansiering
- *kval*
ifikasjonskrav til de som skal utøve kontrollen
- *kval*
ifikasjonskrav til faste sakkyndige
- *hvil*
ke faggrupper
- *krav*
til sted der granskningen (undersøkelsen) foregår
- *krav*
til utforming av mandat
- *krav*
til habilitet

- *hvilke typer erklæring som bør kontrolleres*
- *økonomiske og administrative konsekvenser*

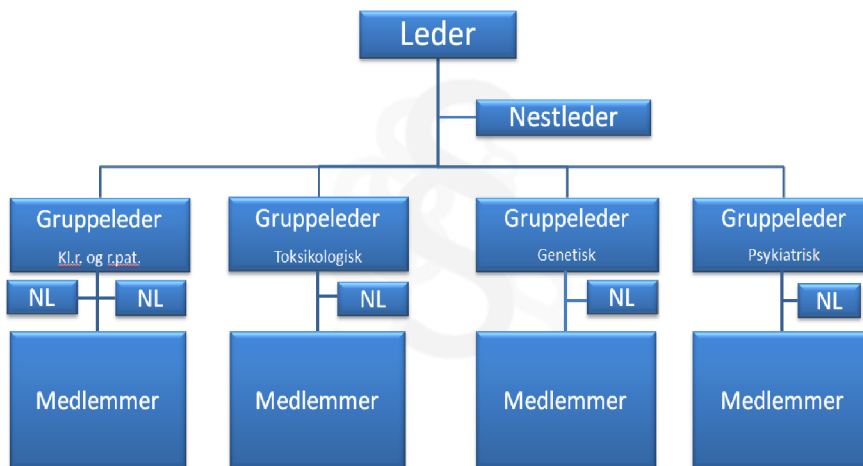
Udvalgets arbejde førte til forskellige tiltag, såsom certificering (ABC-modellen/Rosenqvist-modellen) af sagkyndige samt en oversigt over sagkyndige og deres kompetence.



52 RETTSMEDISIN NR. 2 - 1998 - SIDE 33-60

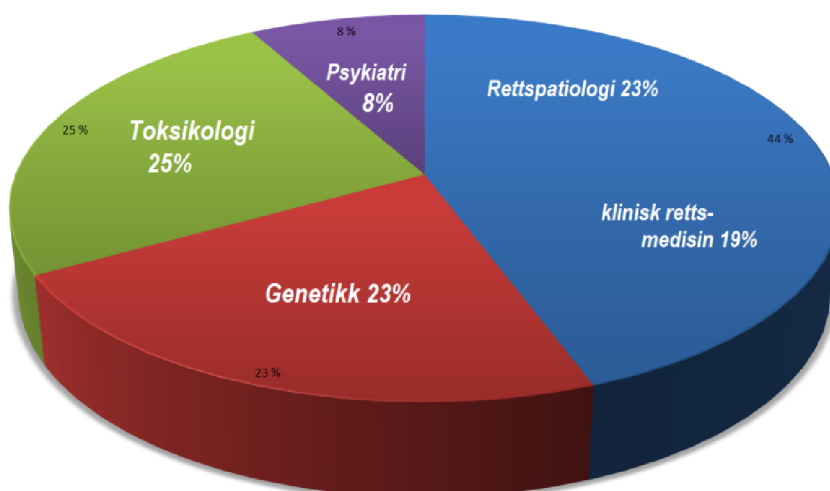
Den Rettsmedisinske Kommisjon er underlagt ”Sivilrettsavdelingen i Justis Politi og Beredskapsdepartementet” og er organisert som på grafikken.

Organisation (Den Rettsmedisinske Kommisjon)



42 medlemmer er utnevnt av Justis Politi og Beredskapsdepartementet i perioden fra 2015 til 2018.

I 2015 var fordelingen af erklæringer (8403) sendt Den Rettsmedisinske Kommisjon fordelt således:



Professor Torleiv Rognum diskuterte herefter forskjellige problemstillinger og cases, herunder ”shaking baby syndrom”,

manglende obduktioner i sager om selvmord og Breivik-sagen (modstridende erklæringer), ligesom han diskuterede, hvordan Den Rettsmedisinske Kommisjon kan håndtere det store antal erklæringer, som sendes til Den Rettsmedisinske Kommisjon, når man tager i betragtning, at Den Rettsmedisinske Kommisjon ikke har ansatte sagkyndige, men at de i stedet er timebetalte og arbejdet foregår i fritid, at alle sager afsluttes af ledere og souschefer (i alt 10 personer, som i gennemsnit årligt behandler 340 erklæringer hver), at der er et stort efterslæb, og at ingen instans har overordnet nationalt ansvar for organiseringen af den samlede retsmedicinske sagkyndige virksomhed, som i øvrigt trænger til forskning, udvikling, kvalitetssikring, og som er afhængig af det nordiske samarbejde.

Specialkonsulent Jeanett Wind, Styrelsen for Patientsikkerhed, oplyste indledningsvist, at Styrelsen for Patientsikkerhed er en relativt ny styrelse, som hidrører under Sundheds- og Ældreministeriet. Styrelsen, der har tilknyttet embedslæger og derudover anvender øvrige læger og sagkyndige, behandler autorisationssager vedrørende enkeltpersoner, og visionen med styrelsen er at styrke patientsikkerheden. Styrelsens tilsyn er reguleret i henholdsvis autorisationsloven og sundhedsloven.

Formålet med Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn er varetagelse af patientsikkerhed, herunder at føre tilsyn med om en sundhedsperson ikke følger faglige normer eller sundhedspersoner med sygdom eller misbrug. I disse sager vurderes blandt andet, om der er tale om alvorlig/gentagen kritisabel virksomhed, om der foreligger grov forsømmelse af hvervet, mangler ved journalføringen samt ordineringspraksis. Der sondres i den forbindelse mellem faglige sager og egnethedssager.

Sanktionerne i faglige sager er skærpet tilsyn, fagligt påbud (om eventuelt at følge vejledninger eller føre journal), virksomhedsindskrænkning (eksempelvis i forhold til visse typer

sager, opgaver og/eller patienter) eller fratagelse af autorisation (herunder indhentelse af udtalelse fra Retslægerådet).

I egnethedssager vurderes den fysiske/psykiske tilstand i forhold til, om sundhedspersonen er egnet til at udføre sit hverv, ligesom det vurderes, om der er sygdom eller misbrug af rusmidler eller lignende, der bevirker varig eller midlertidig mangelfuld sjælstilstand. Det forudsættes, at der foreligger en begrundet mistanke, og sanktionerne i denne sagstype er påbud om at medvirke ved tilsynskontrol (eventuelt urinprøver, pustepøver eller psykiatrisk speciallægeerklæring) eller fratagelse af autorisation. Det er således ikke muligt at anvende virksomhedsindskrænkning i egnethedssager.

Udover de to anførte sagstyper (faglige sager og egnethedssager) bistår Styrelsen for Patientsikkerhed ligeledes politiet i forbindelse med afhøringer, ligesom styrelsen afgiver udtalelser og medvirker ved udformningen af bekendtgørelser og vejledninger.

Vedrørende administrative autorisationsfratagelser og virksomhedsindskrænkninger oplyste specialekonsulent Jeanett Wind, at dette finder anvendelse i tilfælde af manglende medvirken, i påtrængende tilfælde, hvor den fortsatte virksomhed skønnes at frembyde overhængende fare samt i tilfælde, hvor der er begrundet mistanke om fare for patientsikkerheden. For så vidt angår farebegrebet er der på nuværende tidspunkt krav om, at faren skal være ”overhængende”, men der er fremsat lovforslag, som er 1. behandlet, og hvor farebegrebet er ændret til ”begrundet mistanke om fare”. Dette vil formentlig give flere sager – også henset til den øgede fokus, der er på blandt andet psykiske overgreb.

Siden 2005 har der været 7 (civile) domstolssager om autorisationsfratagelse, hvoraf 4 har resulteret i dom om permanent fratagelse, mens 3 sager er endt med, at sundhedspersonen ikke har

fået frataget autorisationen permanent. Herudover er en del sager blevet forligt med frivillig autorisationsfraskrivelse efter tidligere praksis for aftaler om frivillig fratagelse, som ikke længere er mulig, idet det er forvaltningsretligt betænkeligt, jf. Kammeradvokaten 12.2014.

Specialkonsulent Jeanett Wind forventer, at der i fremtiden vil komme flere retssager og flere administrative fratagelser, hvilket blandt andet skyldes det ændrede fare-begreb, samt at den tidligere praksis om frivillig fratagelse ikke længere praktiseres. Herudover pointerede specialkonsulent Jeanett Wind, at der er øget fokus på den 2-års frist, der er for indbringelsen af sagen for retten, herunder at det overvejes, om fristen kan nedsættes til et år. Specialkonsulent Jeanett Wind bemærkede i den forbindelse, at det kan være problematisk med en kortere frist i forhold til sundhedspersonens mulighed for at rette op på forholdene, ligesom forelæggelse for Retslægerådet også vil skulle ske inden for fristen.

Afslutningsvist oplyste Specialkonsulent Jeanett Wind, at Styrelsen for Patientsikkerhed har mulighed for at rykke ud akut, samt at styrelsen har øget fokus på at strømline sagsgangene, herunder i demens-sager, hvor der er oprettet en Task Force.

Advokat Christian Bo Kolding-Krøger, Kammeradvokaten, oplyste, at en autorisationssag opstartes hos Kammeradvokaten på baggrund af en henvendelse fra Styrelsen for Patientsikkerhed. Efter modtagelsen fra styrelsen gøres sagen klar til forelæggelse for Retslægerådet, idet manglende materiale indhentes, ligesom der udarbejdes et udkast til spørgetema – eventuelt med bistand fra styrelsens embedslæge eller øvrige sagkyndige.

Det er styrelsen som endeligt godkender spørgetemaet, som typisk er opbygget med generelle spørgsmål, konkrete spørgsmål og en opsamling. Baggrunden for denne opbygning er at sikre behandlingen i retten for at ”komme hele vejen rundt” og forudsige

alle (relevante) spørgsmål, som hovedsageligt retten kunne tænkes at få brug for svar på, således at retten har mulighed for at træffe en afgørelse vedrørende det, som styrelsen har foretaget en fratagelse af autorisationen på baggrund af. Advokat Christian Bo Kolding-Krøger henviste i den forbindelse til UfR.2010.2173H, hvor Højesteret udtalte:

”Efter vores opfattelse angår Retslægerådets besvarelser af spørgsmålene til brug for landsrettens behandling i det væsentlige betydningen af L’s tilsidesættelse af påbuddene vedrørende hans udøvelse af operationsvirksomhed.

Henset hertil og i øvrigt af de grunde, der er anført af landsretten, tiltræder vi, at der ikke som følge af L’s tilsidesættelse af påbuddet af 20. januar 2004, der efter vores opfattelse i det væsentlige må anses at angå kirurgiske indgreb og journalførelse i forbindelse hermed, var grundlag for at fratage ham retten til at udøve al lægegerning.”

Under sagens behandling i Retslægerådet pågår der kun arbejde i forhold til at indhente yderligere oplysninger og/eller materiale, som vil kunne forbedre rådets mulighed for at besvare de stillede spørgsmål.

Når Retslægerådets udtalelse foreligger foretages en gennemgang af Retslægerådets svar (er der overensstemmelse mellem den lægefaglige vejledning styrelsen har støttet sig til og Retslægerådets svar?), og der gives input til styrelsen med henblik på styrelsens beslutning om det videre forløb, herunder om der skal stilles yderligere spørgsmål til Retslægerådet, om sagen skal opgives, eller om sagen skal indbringes for retten. Derudover er der mulighed for at afholde et møde, hvor sundhedspersonen og Retslægerådet medvirker.

Såfremt styrelsen ønsker, at der udtages stævning m.v., og efterfølgende føres en eventuel retssag, vil Kammeradvokaten bistå

styrelsen og forelægge sagen for retten. Kammeradvokaten har til opgave loyalt og objektivt at fremstille, hvorfor sundhedspersonen skal have en sanktion, og hvorfor Retslægerådets udtalelse også støtter det resultat. Retslægerådets udtalelse er således med til at underbygge stævningen, men udtalelsen er ikke udgangspunktet herfor.

2.2

Whiplash

Notat om whiplash udarbejdet af et udvalg bestående af professor, overlæge, dr.med. Søren Jacobsen og professor, overlæge, dr.med. Henning Bliddal samt professor, overlæge, dr.med. Troels Staehelin Jensen.

En række af de sager, der forelægges Retslægerådet, vedrører traumatisk påvirkning af halshvirvelsøjlen (whiplash).

Retslægerådet har igennem årene udtalt sig om whiplash, og der henvises i den forbindelse til Retslægerådets Årsberetninger (Årsberetning 1998/1999, side 59-63, Årsberetning 2000, side 27-32, Årsberetning 2007, side 19-23, Årsberetning 2008, side 11-12, Årsberetning 2010, side 15-18, Årsberetning 2012, side 27-32, Årsberetning 2014, side 48-52 og Årsberetning 2015, side 41-63).

På basis af ovenstående årsberetninger og litteraturen i øvrigt skal udvalget foreslå følgende information om whiplash:

Whiplash (piskesmæld) er udtryk for en skadesmekanisme, der rammer halshvirvelsøjlen og dens omgivende strukturer, når denne udsættes for acceleration/deceleration. Det må formodes, at der ved dette traume sker forstrækning af led, ledbånd, sener og muskler i nakken. Whiplash er i den forbindelse at sammenligne med andre forstuvninger, men for nakkens vedkommende kan der erfaringsmæssigt være følgevirkninger, der ikke alene kan tilskrives denne mekanisme. Der er sjældent specifikke neurologiske udfald, men en påvirkning af nervesystemet, og CNS (centralnervesystemet) kan ikke udelukkes. Der er dog næsten aldrig strukturelt erkendelig skade. I langt de fleste tilfælde må man for eksempel opfatte forandringer påvist på røntgenbilleder eller CT- og MR-scanning (discusprotusioner eller discusprolaps) som tilfældige fund uden relation til traumet.

Whiplash symptomer

Disse er mangfoldige og ses i umiddelbart tilslutning til whiplash-traumet. Der er tale om en bred palet af symptomer, hvor der blandt andet kan være nakkesmerter, stivhed i nakken, hovedpine, smerter i regionale muskelregioner, svimmelhed og tinnitus.

Det kroniske whiplash-syndrom (whiplash associated disorder – WAD)

WAD refererer til persisterende symptomer af mere end 6 måneders varighed opstået som følge af et whiplash-traume. Symptomerne er som i den akutte fase med smerter i nakke, hoved, skuldre samt en serie af almene symptomer ofte omtalt som ”kognitive symptomer”. Sidstnævnte omfatter almen træthed, ulystfølelse, hukommelses-, koncentrations- og indprentningssvækkelse m.m. Der er ofte en diskrepans mellem de subjektive symptomer og de objektive fund, der sædvanligvis indskrænker sig til nedsat bevægelighed i nakke og ømhed i regionale muskelgrupper.

Forhold vedrørende whiplash og WAD hvor der har hersket usikkerhed

Hyppeghed og varighed af symptomer?

Udover whiplash-symptomerne kan de øvrige enkelte symptomer ved WAD forekomme hos 20-30 % af personer ramt af whiplash. Kun hos en mindre del (cirka 10 %) udvikler der sig varige gener efter traumet. Belastende psykosociale forhold og forudbestående længerevarende smertetilstande kan påvirke sygdomsbilledet i negativ retning og medvirke til fastholdelse af symptomer.

Hjerneskode?

Nogen strukturel hjerneskode er der ikke tale om ved WAD, Eventuelle kognitive symptomer ved WAD er således uspecifikke og kan betragtes som sekundære til smerterne, snarere end direkte følger af traumet.

Tidsinterval mellem traume og symptomer?

WAD forudsætter en ”nøje tidsmæssig sammenhæng” imellem traumet og udvikling af symptomer. Det er ikke muligt præcist at fastslå, hvad der menes med ”nøje tidsmæssig sammenhæng” mellem traume og udvikling af symptomer, men et tidsinterval på op til skønsmæssigt 72 timer mellem den traumatiske begivenhed og de efterfølgende whiplash-symptomer anses for et rimeligt interval for en sådan sammenhæng.

Årsagsmæssigt bidrag?

Det årsagsmæssige bidrag af whiplash-traume for det efterfølgende symptombillede kan være vanskeligt at fastslå. Tidligere traumatiske begivenheder af biologisk, social og psykologisk karakter samt forudbestående, længerevarende smertetilstande er således kendte risikofaktorer for senere udvikling af både WAD og kroniske smertetilstande. For whiplash-følger synes der at være en særlig disposition ved tidligere, tilsvarende nakkeskader.

Det årsagsmæssige bidrag af en enkelt faktor lader sig således vanskeligt præcisere i eksempelvis en bestemt procentuel andel, og man er ofte henvist til at sandsynliggøre sammenhængen alene ud fra det tidsmæssige forløb.

Traumets sværhedsgrad?

Betydningen af traumets sværhedsgrad for senere udvikling af WAD kan ikke præcist fastlægges, men der er trods alt en vis korrelation, og bagatelagte traumatiske påvirkninger kan næppe give anledning til et WAD.

Tekniske analyser?

Da der ikke er nogen klar sammenhæng mellem traumets sværhedsgrad og de efterfølgende symptomer, vil tekniske analyser af biluheld og betydningen af en hastighedsændring i de fleste tilfælde ikke bidrage til yderligere afklaring af et traumes betydning for efterfølgende kroniske symptomer. Resultatet af tekniske analyser af færdselsuheld indgår sammen med det øvrige materiale i de enkelte sager som grundlag for Retslægerådets besvarelse. En specifik tolkning af tekniske analyser af færdselsuheld ligger generelt uden for Retslægerådets sagkundskab, som alene er baseret på de lægelige forhold.

2.3 Kausuistik og subjektive symptomer – Smerter i skulder og arm efter influenzavaccination

Retslægerådet anmodes ofte om udtalelse i sager vedrørende kroniske gener i nakke, skulder og arm. Traditionelt overvejes i sådanne tilfælde mulighederne for skade på nerver i området, og ofte vil der foreligge MR-scanninger af columna cervicalis (halsrygsøjlen) og/eller skulderen, neurologisk gennemgang og eventuelt ortopædkirurgisk vurdering af skulderens forhold. I to sager af denne art kunne en anden årsag til smerterne i armen sandsynliggøres.

Sag nr. 1

Retslægerådet blev forelagt et hændelsesforløb med henblik på udtalelse om årsagssammenhæng mellem arbejdsskade i 2009 med et tungt løft og senere udviklede smerte i venstre skulder. I forløbet fra 2010 og frem var skulderen blevet undersøgt af en række specialister og både ultralyds- og MR-scannet uden fund af sikker forklaring på vedvarende skuldersmerter. Der var blevet fremsat overvejelser om diskusprolaps, nerveskade og/eller seneskade i skulderen. I forbindelse med Retslægerådets gennemgang af sagen blev der fremskaffet yderligere journalmateriale fra fysioterapeut og egen læge, hvoraf det fremgik, at skuldersmerten opstod over et halvt år efter arbejdsskaden, men i dagene efter en influenzavaccination. Et notat fra fysioterapeut måneden efter anførte, at vaccinationen var givet i deltoideusområdet. Retslægerådet fandt på denne baggrund, at skuldersmerterne kunne henføres til vaccinationen, mens en forbindelse til tidligere arbejdsskade forekom usandsynlig.

Sagens spørgsmål blev besvaret således:

”Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes oplyse, om A inden ulykken den 31. maj 2009 havde symptomgivende varige lidelser i nakkeregionen med fysiologiske funktionsbegrænsninger til følge.

Retslægerådet bedes i givet fald beskrive disse lidelser med angivelse af diagnose.

Nej. Der er ganske vist i egen læges journal beskrevet tilfælde med skader i 2005 (venstre skulder), 2005 rygsmerter uden lokalisation angivet, 2007 højre skulder, 2008 tandskade – men ingen af disse afstedkom varige klager.

Spørgsmål 2:

I sagens bilag 5 og 7 beskrives en diskusprolaps hos A i foråret 2010.

Aalborg Sygehus, Reumatologisk diskusambulatorium anfører bl.a. følgende i notat af 11. februar 2011: (jf. sagens bilag 8):

”MR-skanning af columna cervicalis viser let nedsat vandindhold i de 2 nederste disci C5/C6 og C6/C7, men rodkanalerne er frie. Disse forandringer giver ikke nogen sikker forklaring til patientens nakkesmerter. Dog gælder generelt, at man kun hos 25 % af alle patienter med rygsmerter kan give en sikker anatomisk forklaring uanset hvilke undersøgelser, man lader patienten gennemgå.”

Retslægerådet bedes oplyse, om beskrivelsen i notatet af 11. februar 2011 skal forstås sådan, at diskusprolapsen, der beskrives i 2010, jf. bilag 5 og 7, er ”gået i sig selv” (helbredt), eller om beskrivelsen skal forstås sådan, at man herved afkræfter, at der har været en diskusprolaps.

Hvis der er tvivl herom, bedes Retslægerådet angive, hvori tvivlen består.

Der har på intet tidspunkt været påvist diskusprolaps. Der er skrevet en del overvejelser fra både fysioterapeut og Diskusambulatoriet, Aalborg, om diagnosen, men der er hverken fundet neurologiske udfald, der kan pege på en sådan, eller været tale om smerteudstråling til et specifikt område i arm/hånd, som kunne bringe denne diagnose i betragtning.

Spørgsmål 3:

Hvis journalnotatet af 11. februar 2011 i bilag 8 må forstås sådan, at diskusprolapsen er "gået i sig selv", bedes Retslægerådet oplyse, om hændelsesforløbet den 31. maj 2009, med den belastning som forløbet indebar, jf. sagens bilag 1, 3 og 4, efter Retslægerådets opfattelse helt eller delvist kan betinge udviklingen af en diskusprolaps, som den, der beskrives hos A i foråret 2010, jf. sagens bilag 5 og 7.

Nej.

Spørgsmål 4:

I fald spørgsmål 3 besvares bekræftende bedes Retslægerådet – også i lyset af det citerede notat fra bilag 8 – oplyse, om det samlede forløb forstået som hændelsesforløbet med den senere konstaterede diskusprolaps helt eller delvist har betinget udviklingen af A's smertesymptomer i nakkeregionen.

Der er som anført ikke tale om diskusprolaps.

Spørgsmål 5:

Hvis journalnotatet af 11. februar 2011 i bilag 8 må forstås sådan, at diskusprolapsen er afkræftet, bedes Retslægerådet oplyse, om hændelsesforløbet den 31. maj 2009, med den belastning som forløbet indebar, jf. sagens bilag 1, 3 og 4, efter Retslægerådets opfattelse helt eller delvist kan betinge udviklingen af vedvarende nakkesmerter – selvom der ikke er konstateret en diskusprolaps.

Spørgsmål 6:

Ved besvarelsen af spørgsmål 3-5 bedes Retslægerådet angive, om det får betydning – og i givet fald hvilken betydning det får – for vurderingen, hvis det under retssagen dokumenteres, at den fysiske belastning tillige indebar et kraftigt træk i nakken under de følgende omstændigheder:

Bilag 1:

”Patient skubber anden patient væk og ”moser” igennem for at komme ud af slusen. Forlanger at hun skal ringe, jeg siger, at jeg syntes at hun skal vente, idet hun er svedende, motorisk urolig og virker psykotisk. Patient ønsker ikke dette, andet personale kommer til, patient bliver igen informeret om, at vi vil have, at hun går på stue og falder til ro. Patient begynder at slå ud efter personale er verbal truende på livet over for personale, der opstår tumult. Personale vil føre patient på stue, idet jeg forsøger at få fat i en arm, skubber patient mig hårdt op imod glasdoor og karm. Patient får fat i mit hår (som er sat op i knold), patient flår mig i håret, og flår mig i højre øre og forsøger at få mig gulv. 2 stk. personale forsøger at få patient til at slippe. Patient bliver ført ned mod stuen, bundproppen på alarm trækkes og andet personale kommer til.”

Bilag 3:

”... trak i øre og rev fat i håret og kastede skadelidte rundt og op mod door og karm.”

Bilag 4:

”... fået rykket så kraftigt i, at A's v. øreflip var revet op, og der var desuden kraftige røde marker i nakkeregionen.”

Retslægerådet bedes i sin begrundelse for sit svar så vidt muligt angive sandsynlighedsgraden herfor.

Ad spørgsmål 5 og 6:

Ethvert nakketraume kan i princippet udløse smerter i området efter bløddelsskader. Skademekanismen som beskrevet i bilag 1 er atypisk. Det skal bemærkes, at der ikke er tidstro oplysninger om nakkegener efter tilfældet, det vil sige intet notat i egen læges journal fra skadedatoen i maj 2009 frem til nakke-skuldresmerternes opståen, december 2009.

Spørgsmål 7:

Retslægerådet bedes oplyse, om Retslægerådet i sin vurdering af spørgsmålet om årsagssammenhæng (jf. besvarelsen af spørgsmål 3-5) tillægger det nogen betydning, at A i perioden efter arbejdsskaden den 31. maj 2009 og frem til og med oktober 2009 hos sin arbejdsgiver havde 6 officielt registrerede sygefraværdsdage, og at hun ikke fik behandling for sine gener i perioden 31. maj 2009 til 19. januar 2010.

Hvis det tillægges betydning, bedes Retslægerådet nærmere angive, hvordan forholdet er tillagt betydning.

Ja. De senere skuldresmerter kan ikke sættes i forbindelse med arbejdsskaden den 31.05.09. Smerterne i venstre skulder og nakke beskrives først i notat fra egen læge den 19.01.10 (bilag 5, side 28), hvori der gøres opmærksom på, at generne er opstået efter vaccination den 22/12 (2009).

Af notat fra fysioterapeut den 22.01.10 fremgår det samme, og der gives den supplerende oplysning, at vaccinen er givet i deltoideus (muskul over skulderrundingen), og at dette indgreb har medført dels akut gene i området, dels efterfølgende tiltagende smerter med udstråling til venstre arm.

Spørgsmål 8:

Retslægerådet bedes oplyse, hvilken betydning – om nogen – Retslægerådet tillægger det forhold, at speciallæge i neurologi i speciallægeerklæring af 23. april 2011 vurderer, at A ved en arbejdsulykke den 12. januar 2011 har fået en lettere forværring af forudbestående distorsionsfølger i nakke og venstre skulder (jf. sagens bilag 16).

Ingen. Speciallægen har ikke været klar over sagens baggrund som beskrevet under besvarelsen på spørgsmål 7.

Spørgsmål 9:

Retslægerådet bedes oplyse, om det er sandsynligt, at vaccinen, som omtales i A's egen læges journalnotat af 19. januar 2010 (sagens bilag 5) i sammenhæng med hendes skuldergener, selvstændigt kan udløse varige nakkegener af den karakter, som beskrives hos A i de lægelige akter.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar, herunder så vidt muligt angive, om vaccinen udgør et væsentligt bidrag til udviklingen af varige gener eller et mindre/ubetydeligt bidrag.

Ja. Det er en velbeskrevet bivirkning til vaccination i dette område, at der opstår langvarige og ind imellem kroniske gener ved forkert anlagt vaccination. Der er anatomisk tale om en meget uheldig adgangsvej for vaccine, hvor denne mest sandsynligt ved et uheld anlægges i slimsækken lige under musklen (bursa subdeltoidea), hvilket afstedkommer en kraftig lokal irritationstilstand. Forløbet er i det aktuelle tilfælde beskrevet tydeligt i de nævnte journalnotater.

Spørgsmål 10:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Spørgsmål A:

Hvilke varige gener/lidelser i nakken havde A i perioden efter den 31. maj 2009 og frem til den 14. maj 2014 (tidspunktet for Ankestyrelsens seneste afgørelse)?

Der er tale om uspecifikke gener fra skulder, nakke og arm med vekslende intensitet.

Spørgsmål B:

A's spørgsmål 2, 3 og 4 har den forudsætning indlagt, at der blev konstateret en diskusprolaps i 2010 med henvisning til bilag 5 og bilag 7.

Af journalnotat af 22. januar 2010 (bilag 5, side 33) fra en fysioterapeut fremgår følgende konklusion:

"Konkl. Stor discus prolaps/protusion sv.t. C5 og tryk på nedenfor liggende nerver."

Af journalnotat af 16. marts 2010 (bilag 7, side 3) fra diskusambulatoriet på Aalborg Sygehus

fremgår følgende konklusion:

"Ved den kliniske undersøgelse i dag er der tegn til en C7/C8-rodpåvirkning." [Min understregning]

Af journalnotat af 11. februar 2011 fra diskusambulatoriet på Aalborg Sygehus fremgår resultatet af en MR-skanning:

"MR-skanning af columna cervicalis viser let nedsat vandindhold i de 2 nederste disci C5/C6 og C6/C7, men rodkanalerne er frie. Disse forandringer giver ikke nogen sikker forklaring til patientens nakkesmerter. Dog gælder generelt, at man kun hos 25 % af alle patienter med rygsmerter kan give en sikker anatomisk forklaring uanset hvilke undersøgelser, man lader patienten gennemgå."

Supplerende til spørgsmål A bedes Retslægerådet oplyse, om der er grundlag for at antage, at A havde en diskusprolaps i 2010?

Nej – sagsøger havde ikke diskusprolaps. De nævnte notater bygger på fortolkning af smerteudstråling, medens der ikke har været tale om neurologiske udfald, som har kunnet underbygge diagnosen prolaps.

Spørgsmål C:

Såfremt Retslægerådet besvarer spørgsmål B benægtende, bedes Retslægerådet oplyse, hvilken betydning svaret på spørgsmål B har for besvarelsen af A's spørgsmål 2, 3 og 4?

Bortfalder.

Spørgsmål D:

Retslægerådet bedes angive, hvornår A's nakkegener, jf. svaret på spørgsmål A og evt. B, ifølge de lægelige akter debuterede.

Der henvises særligt til egen læges journal (bilag 5).

De vedvarende nakkesmerter er opstået som afledte smerter efter skulderskaden påført ved vaccinationen 22.12.09.

Spørgsmål E:

Retslægerådet bedes vurdere, om A's nakkegener, jf. svaret på spørgsmål A og evt. B, må antages at være en følge af:

- a) hændelsen den 31. maj 2006 (bilag 5, side 1 og bilag 16, side 1),*
- a) hændelsen den 4. maj 2007 (bilag 5, side 3 og bilag 16, side 1),*
- b) influenzavaccinationen den 22. december 2009 (bilag 5, side 28),*
- c) hændelsen den 31. maj 2009 (bilag 1, side 4),*
- d) hændelsen den 30. november 2010 (bilag 5, side 71),*

- e) *arbejdsulykken den 12. januar 2011 (bilag 16, side 2) eller*
- f) *andre forhold, herunder ukendte forhold.*

Svaret er c.

Spørgsmål F:

Såfremt Retslægerådet vurderer, at flere af de i spørgsmål E nævnte forhold kan være årsag til A's nakkesmerter, bedes Retslægerådet angive, hvilken af årsagerne der må antages at være den mest sandsynlige årsag?

Bortfalder.

Spørgsmål G:

Hvilken betydning har det for svaret på spørgsmål E-F samt spørgsmål 3-5

- a) *at A i tiden efter hændelsen den 31. maj 2009 flere gange henvender sig til egen læge uden at omtale gener, der kunne være en følge af hændelsen (bilag 5, side 22-28),*
- b) *at A først opsøgte læge på grund af nakkesmerter den 19. januar 2010 (bilag 5, side 28),*
- c) *at hændelsen den 31. maj 2009 i de foreliggende lægelige akter først omtales den 16. marts 2010 (bilag 7, side 1) og*
- d) *at A i måneden efter hændelsen den 31. maj 2009 hos sin arbejdsgiver ikke havde nogen registrerede sygedage, og at A fra juni til oktober 2009 i alt havde 6 registrerede sygedage (bilag 10, side 5)?*

Alle de nævnte punkter a-d har betydning for besvarelsen af spørgsmål E-F og 3-5, men punkt b anses for at have væsentligst betydning.

Spørgsmål H:

A opsøgte den 20. januar 2010 fysioterapeut (bilag 6). Retslægerådet bedes oplyse, hvori behandlingen bestod, samt hvorvidt hændelsen den 31. maj 2009 vurderes at være den overvejende sandsynlige årsag (forstået som over 50 %) til, at A modtog fysioterapibehandling?

Retslægerådet bedes begrunde svaret.

Hændelsen 31.05.09 havde ingen betydning for fysioterapien, som blev påbegyndt januar 2010, jævnfør udredning af årsagssammenhæng i svaret på spørgsmål 9.

Spørgsmål J:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.”

Sag nr. 2.

Retslægerådet blev anmodet om en udtalelse i en sag, hvor en kvinde med kendt fibromyalgi i november 2009 udviklede smerter i venstre deltoideusområde efter to influenza A vaccinationer. Der var klager over brændende smerter i venstre overarm med udstråling ned i underarm og hånd mod tre ulnare fingre. Patienten oplyste om fornemmelse af svækkelse og besvær med at holde genstande. Neurologisk undersøgelse mistænkte parese, men MR-scanning viste ingen sideforskel i let atrofisk muskulatur omkring skuldrene, og der var ingen neurologiske udfald i øvrigt, hvilket vil sige normale reflekser og intet sensibilitetstab. Den formodede parese blev anmeldt som bivirkning til vaccinationen til Patientombuddet, men afvist.

Spørgsmålene til Retslægerådet koncentrerede sig om muligheden for nervelæsion på blandt nervus radialis eller axillaris, beskadigelse af deltoideusmuskulatur, eller om smerterne skyldtes fibromyalgien. Retslægerådet kunne med sikkerhed afvise skade på de nævnte nerver, der ikke er i nærheden af området. En skade på muskulaturen måtte formodes at kunne spores på de foretagne undersøgelser. Vedvarende smerter kan forekomme i forbindelse med fibromyalgien, men Retslægerådet fandt det dog mest sandsynligt, at der havde været tale om en utilsigtet vaccination i bursa subdeltoidea.

Sagens spørgsmål blev besvaret således:

”Spørgsmål 1:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, som sagsøgers smerter i skulderen med overvejende sandsynlighed skyldes injektionerne med Pandemrix.

Spørgsmål 2:

Såfremt spørgsmål 1 besvares benægtende anmodes Retslægerådet om at oplyse, om sagsøgers smerter i skulderen med overvejende sandsynlighed skyldes den forud bestående fibromyalgi.

Ad spørgsmål 1 og 2:

Reaktionen i skulderen skyldes med stor sandsynlighed utilsigtet injektion af vaccinen i bursa subdeltoidea. Denne forklaring finder også støtte i den lægevidenskabelige litteratur.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om sagen i øvrigt giver rådet anledning til bemærkninger.

Nej. Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1 og 2.

Spørgsmål A:

Retslægerådet bedes oplyse om injektionen gives i nærheden af nervus radialis.

Injektionen ved influenzavaccination gives ikke i nærheden af nervus radialis. Der henvises i øvrigt til besvarelsen af spørgsmål 1 og 2.

Spørgsmål B:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om sagsøgeren med overvejende sandsynlighed er påført en skade på nervus radialis.

Retslægerådet bedes oplyse, hvilken, om nogen, betydning Retslægerådet tillægger det for besvarelsen, at sagsøgeren har føleforstyrrelser svarende til lille-, ring- og langfingeren.

Der er ikke oplysninger, som peger mod en læsion af nervus radialis. Generne fra hænderne og fingrene er uspecifikke, og der er ikke fundet føleudfald ved objektiv undersøgelse i april og juni 2010. Der henvises i øvrigt til besvarelsen af spørgsmål 1 og 2.

Spørgsmål B:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om sagsøgeren med overvejende sandsynlighed er påført en skade på axillarisnerven.

Der er ikke oplysninger, som peger mod læsion af nervus axillaris. Der henvises i øvrigt til besvarelsen af spørgsmål 1 og 2.

Spørgsmål C:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvilken, om nogen, betydning Retslægerådet tillægger det ved besvarelsen af spørgsmål 1, 2 og

B, at der ved den nerologiske undersøgelse foretaget 16. juni 2010 sås lammelser af både overarmsmuskulaturen (biceps og triceps) og rotationsmusklerne i skulderen.

Der er ved nævnte undersøgelse fundet nedsat kraftudfoldelse svarende til venstre skulder og overarm. Dette er ikke ensbetydende med lammelse. Retslægerådet anser den dårlige kraftudfoldelse som betinget af ringe brug af armen og smerte, ikke som udtryk for lammelse. Der henvises i øvrigt til besvarelsen af spørgsmål 1 og 2.

Spørgsmål D:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvilken, om nogen betydning Retslægerådet tillægger det for besvarelsen af spørgsmål 1, 2, A, B og C, at der ikke ved MR-scanning har kunnet påvises vævsdød eller svind af deltoideusmusklen i forhold til den øvrige skuldermuskulatur.

MR-scanning fundet af, at der ikke er vævsdød (nekrose) i deltoideus muskulaturen peger på, at der ikke er sket en beskadigelse af deltoideus muskulaturen i forbindelse med vaccinationen. Der henvises i øvrigt til besvarelsen af spørgsmål 1 og 2.

Spørgsmål E:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.”

Anatomi

Bursa subdeltoidea ligger ganske tæt på huden i regio deltoidea. En vaccination lige over skulderrundingen indebærer risiko for utilsigtet injektion i bursaen.

Kommentar

Vaccination gives traditionelt i muskulatur i skulderen, som blotlægges let ved at trække tøjet til side. De to sager understreger

betydningen af afklaring af hele hændelsesforløbet omkring de af patienten angivne skader med blandt andet fremlæggelse af journal fra egen læge og anden behandling i forløbet efter en skade. Ved sager som disse med en uafklaret skadesmekanisme er det ligeledes vigtigt, at der inddrages flere specialer i Retslægerådets vurdering.

2.4 Dom til behandling for psykose, men patientklagenævnet er ikke enig i tvangsbehandling

Sagen drejer sig om en cirka 50-årig mand AB, lidende af kronisk psykose, sandsynligvis skizofreni. På grund af trusler mod en offentlig person og dennes familie blev AB dømt til psykiatrisk behandling. Imidlertid har henholdsvis Det Psykiatriske Patientklagenævn og Det Psykiatriske Ankenævn af flere omgange ikke godkendt behandling mod patientens vilje på trods af oplysninger om, at han vides at respondere på antipsykotisk behandling. Det har nu forlænget hans frihedsberøvelse til over 5 år, da han fortsat skønnes for farlig for den pågældende offentlige person.

AB blev i december 2011 for overtrædelse af straffelovens § 113, stk. 2, jf. stk. 1 og § 266, dømt til behandling på psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen i forbindelse med afdelingen under udskrivningen, således at Kriminalforsorgen sammen med overlægen kan træffe bestemmelse om genindlæggelse. Årsagen var, at AB havde fremsat alvorlige trusler mod en fremtrædende offentlig person. Der blev ikke fastsat en længstetid for varigheden af foranstaltningen.

I medfør af dommen blev AB indlagt i psykiatrisk afdeling, hvor han virkede angst og forpint samt udviste bizar adfærd. I perioder modtog han antipsykotisk medicin, som havde en god effekt på ham, idet AB blev selvhjulpent og uden aggressiv adfærd samt tog afstand fra sine psykotiske forestillinger. Samtidig var han i stand til at deltage i regelmæssige samtaler med afdelingens psykolog.

I perioder nægtede AB at modtage antipsykotisk behandling, og var derefter på ny optaget af trusler på livet mod den samme offentlige person – trusler som AB ønskede at effektuere, når han var blevet udskrevet. Desuden mente AB, at han skulle reformere den måde man stillede diagnoser på i retspsykiatrien i Danmark. I disse faser

var AB uden nogen som helst sygdomsindsigt eller sygdomserkendelse, og han opfattedes som reelt farlig overfor den pågældende offentlige person. I sådanne perioder uden antipsykotisk behandling sås uro og rastløshed samt ejendommelig adfærd og kontaktforstyrrelser i forhold til medpatienter og personale.

I de cirka 5 år AB havde været indlagt i retspsykiatrien, frembød han stort set samme sygdomsbillede med samme symptomer, undtagen som nævnt i de perioder, hvor han havde modtaget antipsykotisk virkende behandling, som havde en moderat, men tydelig effekt. Den seneste periode med behandling har imidlertid måttet afbrydes, da AB ved klage til Det Psykiatriske Patientklagenævn fik medhold i, at han ikke skulle modtage behandling, da nævnet, trods lægelige erklæringer, der dokumenterede det modsatte, ikke fandt ham psykotisk.

Den 22. august 2015 anmodede statsadvokaten om en udtalelse fra Retslægerådet om, hvorvidt den idømte foranstaltning fortsat var nødvendig for at forebygge nye lovovertrædelser. Da AB ikke tog afstand fra tidligere trusler og fortsat afviste at modtage den nødvendige medikamentelle behandling, udtalte Retslægerådet, at der på grund af manglende behandling fortsat var klar risiko for tilbagefald til tidligere truende adfærd overfor en bestemt person og dennes familie, såfremt AB blev udskrevet. Retslægerådet kunne derfor ikke anbefale en ændring af den idømte foranstaltning.

Foranstaltningen blev ved kendelse af 24.06.16 opretholdt.

Kommentar

Efter Retslægerådets vurdering er AB kronisk psykotisk, sandsynligvis lidende af skizofreni, og det er dokumenteret, at tilstanden responderer godt på antipsykotisk medicin, således at den truende adfærd dæmpes eller helt ophører. Det er Retslægerådets opfattelse, at behandling med antipsykotisk medicin

er afgørende i forhold til, at AB forsvarligt kan blive udskrevet og påbegynde resocialisering i ambulanseregion.

Tvang må ikke benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken. Hvis formålet kan opnås ved mindre indgribende midler, skal disse anvendes. For så vidt angår tvangsbehandling skal patienten opfylde betingelserne for frihedsberøvelse, jf. Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, hvilket vil sige være sindssyg/psykotisk (hovedkriteriet) samt et af de to tillægskriterier ("farlighedskriteriet" eller "helbredskriteriet").

En dom til psykiatrisk behandling, giver mulighed for administrativ frihedsberøvelse i form af indlæggelse mod patientens vilje, jf. straffelovens § 68, 2. pkt., mens andre former for tvang kun kan ske i medfør af Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien. For AB's vedkommende har det ikke været muligt at motivere ham for frivillig medvirken til behandlingen, og tvangsbehandling er fundet påkrævet.

2.5 Straf, behandling, eller... -et et(n)isk dilemma

A kom til Danmark fra Mellemøsten i 2000. Han slog i 2001 en mandlig bekendt af sin datter ihjel og begrundede handlingen med familiefølelse og ære. A fandtes at have været sindssyg på gerningstidspunktet og blev dømt til anbringelse i psykiatrisk afdeling samt til udvisning for bestandig. I 2011 anbefalede den behandlingsansvarlige overlæge foranstaltningen ændret til dom til behandling på psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen i forbindelse med afdelingen under udskrivning, således at Kriminalforsorgen sammen med overlægen kan træffe bestemmelse om genindlæggelse. Retslægerådet var enig med overlægen. Imidlertid var det først i 2016 og efter gentagne enige udtalelser herom fra overlægen og Retslægerådet, at foranstaltningen blev lempet som lægeligt anbefalet.

A er født og opvokset i Mellemøsten. Han havde 12 års skolegang og arbejdede herefter som chauffør. Han blev gift i 1969 og fik med hustruen fem børn. I 1996 blev ægteskabet opløst, og A levede derefter alene. Han har oplyst, at ægteskabet havde været en fejltagelse, idet hustruen ikke blev den moder for parrets børn, som han havde ønsket. Han havde derfor påtaget sig en stor del af ansvaret for børnenes opvækst. Han var særlig knyttet til datteren B, som efter skilsmissen boede hos ham sammen med et par søskende.

A havde, belastet af problemerne i ægteskabet, søgt psykiater i sit hjemland og en tid været behandlet med beroligende lægemidler. A var siden midt i 1990'erne blevet behandlet for forhøjet blodtryk, og han havde i 1998 haft en mindre hjerneblødning med forbigående lammelse af højre side, men uden længerevarende mén. Derudover var han rask og havde ikke misbrugt alkohol eller euforiserende stoffer.

I sommeren 2000 rejste A, 54 år gammel, med den da 17-årige B til Danmark for at besøge nogle familiemedlemmer. Tre måneder senere rejste han tilbage til hjemlandet, idet han forventede at datteren ville følge efter. Hun ønskede imidlertid at forblive i Danmark, hvor hun søgte asyl. Da A erfarede dette, rejste han straks tilbage til Danmark og søgte selv asyl i december 2000 med det ene formål at kunne forblive så længe her i landet, som det var nødvendigt for at overbevise datteren om, at hun skulle følge med ham tilbage til hjemlandet.

Under sit ophold i danske flygtningecentre klagede A til sundhedspersonale over vanskeligheder i forholdet til sine børn, især datteren B, som han mente var blevet ødelagt af penge, selvstændig bolig og frihed i Danmark. Tilbageskuende beskrev han senere, at han i 2001 var begyndt at føle, at han var "sindssyg", at en stemme sagde til ham: "Kom nu i gang", og det var som om noget nærmede sig for at ødelægge ham og datteren.

A blev i 2002 ved Østre Landsret dømt for i december 2001 i en lejlighed i København med en 3 kg. tung jernstang at have slået en mand, C, ihjel samt med samme jernstang at have forsøgt at dræbe sin datter B. Han oplyste ved den efterfølgende mentalobservation, at han ikke havde kunnet udføre de drabelige handlinger med sine egne kræfter alene og mente, at Gud havde hjulpet ham for at rense familiens, herunder især datterens, ære. Ved den psykologiske test fandtes svigtende realitetstestning, konfabuleringen, primitiv opsplnitning i godt og ondt samt selvrefereren. A var meget optaget af drabsofferets udnyttelse og forførelse af datteren, og begrebet ære spillede en betydelig rolle i hans tanker og følelser. Klinisk psykiatrisk blev han beskrevet som dramatiserende, monomant optaget af datteren med tanker om hende og om den fare, som offeret havde udgjort for hende, der var så private, at de havde karakter af vrangforestillinger. Han anvendte en form for paranoid logik, idet han vendte ethvert modargument mod forestillingerne til blot yderligere at bekræfte disse. Stemningslejet var forsænket, og

han havde dødstanker. Den mentalobserverende psykiater diskuterede, om A primært var paranoid eller led af en atypisk (agiteret) depression, og om hans psykiske tilstand kunne forklares af hans kulturelt betingede æresopfattelse. Psykiateren konkluderede, at A var omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og anbefalede - såfremt A fandtes skyldig - dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling.

Retslægerådet fulgte erklæringen med hensyn til sanktionsforslag, og udtalte om det diagnostiske, at A "mest sandsynligt lider af en sindssygdom, præget af vrangforestillinger". Landsretten fandt som anført A skyldig, og idømte A dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling, ligesom han blev dømt til udvisning med indrejseforbud for bestandig. A havde fået afslag på sin ansøgning om asyl.

I 2007 oplyste den behandlingsansvarlige overlæge, at A under opholdet på psykiatrisk afdeling var tydeligt sindssyg med hørehallucinationer af religiøs art og en urokkelig forestilling om, at han under udøvelsen af det pådømte blot havde været Guds værktøj. A var under behandling med beroligende samt antidepressiv og antipsykotisk medicin efterrettelig og overholdt aftaler om udgang, ligesom han var arbejdsom i hospitalets værksteder. Han havde siden 2004 haft ophold på åben afdeling. Overlægen frarådede, på baggrund af A's rigide opfattelse, og idet han fortsat ansås for at udgøre en fare for den herboende datter, at ændre foranstaltningen. Retslægerådet tiltrådte overlægens vurdering.

I 2007 opholdte A sig i landet på tålt ophold, og i 2009 frarådede overlægen atter at foranstaltningen ændredes.

Af overlægens næste erklæring, fra 2011, fremgår, at A i 2009 udviklede en blodprop i hjertet, som blev behandlet med god effekt, blandt andet med ballonudvidelse af kranspulsåren. Samme år genoptog datteren desuden kontakten til ham, idet han nu

accepterede hendes valg af tilværelse i Danmark. Overlægen anbefalede på grundlag af A's stabile psykiske tilstand og det gode forhold til datteren, at den idømte foranstaltning ændredes til dom til behandling på psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen i forbindelse med afdelingen under udskrivning, således at Kriminalforsorgen sammen med overlægen kan træffe bestemmelse om genindlæggelse. Retslægerådet tiltrådte denne anbefaling. Imidlertid påstod såvel anklagemyndigheden som A selv, at den gældende foranstaltning skulle opretholdes, og byretten fandt blandt andet med begrundelse i parternes samstemmende påstande ikke grundlag for at ændre den idømte foranstaltning.

I 2013 og igen i 2015 oplyste den behandlingsansvarlige overlæge, at A og datteren stadig havde hyppig kontakt, også skønt A fortsat mente at have handlet rigtigt, da han i 2001 slog C ihjel. A fastholdt, at han blot havde været Guds redskab og dermed selv var uskyldig. Trods reduktion af den antipsykotiske medicin fra 40 til 20 mg. olanzapin var der ikke indtrådt forværring af den psykiske tilstand. I det daglige var han høflig, nærmest underdanig, og overholdt alle aftaler. Han blev urolig, hvis der ikke var beskæftigelse til ham på værkstedet, og han havde dagligt tre timers udgang uden for hospitalets terræn. Den behandlende overlæge diskuterede A's farlighed. På den ene side var han fortsat præget af et rigtigt æresbegreb og kunne ikke realitetskorrigeres i sin opfattelse af den pådømte handling som rimelig. På den anden side var der ikke flere kvinder i familien, der kunne æreskrænkes, som datteren – efter A's vurdering – var blevet det, idet de alle nu var enten gift eller døde. A udtalte selv, at han mente at have det så godt psykisk, at han ikke ville kunne begå lignende kriminalitet igen, idet han håbede, at Gud ikke ville sætte ham på en lignende prøve igen.

Overlægen anbefalede i 2013 såvel som i 2015 - ligesom i 2011 - en foranstaltningsændring med mulighed for udskrivning og pegede på nødvendigheden af en lang udslusningsperiode, idet A manglede

“sociale forudsætninger og kompetencer for at kunne leve uden for afdelingen i et samfund som han intet kender til”.

Sagen blev i 2015 af anklagemyndigheden forelagt Retslægerådet med en anmodning om en udtalelse om eventuel foranstaltningsændring, idet anklagemyndigheden oplyste om, at A i 2002 var blevet dømt til udvisning. Retslægerådet vurderede dog, at de eventuelle udsigter til udsendelse på baggrund af udvisningen ikke kunne medinddrages i Retslægerådets lægefaglige vurdering, som alene A's helbredstilstand kunne danne grundlag for. Retslægerådet tilsluttede sig - som i 2011 - overlægens anbefaling af foranstaltningsændring, idet Retslægerådet i sin udtalelse refererede overlægens anbefaling om, at A “udsluses over en lang periode”.

Anklagemyndigheden nedlagde i byretten påstand om foranstaltningsændring, som foreslået af overlægen og Retslægerådet samt opretholdelse af dom til udvisning, mens A selv nedlagde påstand om opretholdelse af dom til anbringelse og ophævelse af udvisningsdommen. Byretten fulgte anklagemyndigheden. A kærede afgørelsen om udvisning til landsretten, der i oktober 2016 endeligt stadfæstede byrettens dom.

Kommentar

A's kulturelle baggrund præger sagen. Dels er det i forløbet blevet diskuteret, i hvor høj grad A's opfattelse af familiens og datterens ære og forestillingen om at være Guds redskab var privat og udtryk for psykisk sygdom eller gængs for kulturen. Som refereret anførte Retslægerådet i sin første udtalelse i sagen, at A led af en paranoid psykose, og Retslægerådet pegede dermed på den første mulighed. Generelt kan hertil anføres, at migration er en kendt disponerende faktor for paranoid psykose. Flytning til en anden kultur stiller tilpasningskrav, der kan være så vanskelige at opfylde, at det går ud over realitetssansen.

Dertil understreger sagen det forhold, at personer, der efter straffelovens § 16 findes utilregnelige på gerningstiden, er straffri, og samtidig kan udvises. I henhold til straffelovens § 68 er det muligt, såfremt det findes formålstjenligt, at idømme personer, som er straffri efter § 16, forskellige psykiatriske foranstaltninger. Som altovervejende hovedregel finder Retslægerådet, at personer, som har begået noget strafbart, og som er omfattet af § 16, bør idømmes en formålstjenlig foranstaltning. Reglerne om udvisning administreres uafhængigt af straffelovens regel om straffrihed og foranstaltningsdomme. Behandlingsdømte personer på "tålt ophold" kan således ved udskrivning fra psykiatrisk afdeling overføres til et udrejsecenter.

Den usikkerhed om, hvordan og hvortil udskrivning kan foregå, som A's fremmede nationalitet indebærer, kan være en forklaring på, at der gik 14 år, før anbringelsesdommen blev lempet. A havde på tidspunktet på lempelsen været på åbent afsnit i 12 år, og den behandlingsansvarlige overlæge og Retslægerådet havde i fem år anbefalet en lempelse. Det er Retslægerådets opgave at afgive lægefaglige skøn, og Retslægerådet kan således alene forholde sig til de lægefaglige forhold i sagen, og de øvrige omstændigheder, herunder forholdene omkring udsendelse og udvisning, må overlades til domstolene, anklagemyndigheden og udlændingemyndighederne.

2.6 Demens eller mental retardering – skærmning og erstatningsansvar ved brandstiftelse

D. 20. juli 2010 påsatte en 38-årig skizofren kvinde (sagsøgte) brand under indlæggelse i et psykiatrisk hospital. På grund af en fejl i den bygningsmæssige konstruktion bredte branden sig hurtigt og voldsomt, således at tre sammenbyggede bygninger nedbrændte. Forsikringssselskab G, der havde udbetalt 51 millioner i erstatning til hospitalet, sagsøgte efterfølgende brandstifteren med påstand om betaling af 3 millioner, hvilket udgjorde beløbet på sagsøgtes ansvarsforsikring hos Forsikringssselskab A.

Efter brandstiftelsen blev sagsøgte ved mentalundersøgelse fundet at være skizofren og derfor omfattet af straffelovens § 16, stk. 1. Sagsøgte blev yderligere vurderet at være mentalt retarderet og dermed også omfattet af samme lovs § 16, stk. 2. På baggrund af, at der blev vurderet fortsat at være en betydelig risiko for ny ildspåsættelse og anden personfarlig kriminalitet, blev der i mentalerklæringen, jf. straffelovens § 68, 2. pkt., anbefalet dom til anbringelse i Sikringsafdelingen. Sagen blev forelagt Retslægerådet, der (udtalelse af 11.03.11) ligeledes fandt sagsøgte omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, men ikke af § 16, stk. 2, idet hun ikke fandtes at opfylde diagnostiske kriterier for mental retardering. Retslægerådet anbefalede, som mest formålstjenlig foranstaltning, anbringelse på psykiatrisk afdeling.

Sagsøgte havde talrige gange tidligere påsat brande, og under forløbet af erstatningssagen blev sagen forelagt Retslægerådet med en række spørgsmål vedrørende vurderingen af risikoen for farlige handlinger under indlæggelsen og om behovet for foranstaltninger til forebyggelse heraf. Retslægerådet udtalte, at sagsøgte på skadestidspunktet blandt andet var i risiko for at foretage brandstiftelse og, at der på grund af denne fare var behov for skærpet opsyn i form af fast vagt. Retten i Holbæk afsagde den 20.06.16 dom i erstatningssagen. Retten fandt, at hospitalet havde

udvist egen skyld og accept af risiko, idet hospitalet kunne eller burde have indset, at sagsøgte frembød en så nærliggende fare, at der burde have været iværksat yderligere tiltag for at imødegå risikoen for potentielt farlige handlinger. Retten fandt herefter, at ansvaret passende kunne fordeles med halvdelen til hver, og sagsøgte skal derfor betale 1.500.000 med tillæg af procesrente.

Ved besvarelsen af spørgetemaet i erstatningssagen valgte Retslægerådet at indlede med en sammenfattende fremstilling af sagsforløbet, herunder sagsøgtes sygdomsudvikling:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet indledningsvis anføre, at sagsøgte er en nu 42 – årig kvinde, som fra sin tidlige ungdom har lidt af en alvorlig, svært behandlelig sindssygdom, skizofreni. Hun har talrige gange været indlagt på psykiatriske afdelinger, og hun har været forsøgt anbragt på socialpsykiatriske institutioner, hvor hun imidlertid ikke har ønsket at bo. Hun har jævnligt foretaget ildspåsættelse, blandt andet fordi hendes hørelshallucinationer har opfordret hende hertil, og hun har tidligere været idømt en foranstaltningsdom på grund af ildspåsættelse. Af journalkopi fra Psykiatrien Vest, Slagelse fremgår blandt andet, at sagsøgte med eget samtykke blev indlagt på psykiatrisk afdeling 01.07.10 efter blandt andet at have udviklet stadig mere omfattende vrangforestillinger og efter at have talt om at sætte ild til moderens hus, hvor sagsøgte midlertidigt havde ophold. Under indlæggelsen blev hun fundet manifest sindssyg, blandt andet præget af vrangforestillinger. På grund af afdelingens viden om hendes tendens til at foretage ildspåsættelse fik hun forbud mod at have en lighter, og på grund af hendes urolige og forstyrrende adfærd blev hun ”skærmet”, det vil sige i et vist omfang afskåret fra kontakt med afdelingens øvrige patienter, men det fremgår ikke, hvor intensiv ”skærmningen” var.

Sagsøgte undveg fra afdelingen 07.07.10, hvor hun blev vurderet

som sindssyg ("psykotisk"), men ikke "farlig". Hun vendte selv tilbage til afdelingen dagen efter. 13.04.10 satte sagsøgte ild til en serviet med en lighter, efterladt af en medpatient. Senere samme dag undveg hun på ny fra en ledsaget udgang, hun vendte selv tilbage til afdelingen dagen efter. 16.07.10 blev sagsøgte tvangstilbageholdt på behandlingsindikation. Det fremgår, at afdelingen var i gang med at omlægge den medikamentelle behandling med det sigte, at den nye behandling skulle bedre hendes psykiske helbredstilstand. Yderligere anføres, at hun kan være farlig for andre blandt andet på grund af ildspåsættelse. Den 17.07.10 bortgår hun igen fra afdelingen, sagsøgte – der nu er tvangstilbageholdt – bringes dagen efter tilbage til afdelingen af politiet. Den 20.07.10 lykkes det hende igen af få fat i en medpatients lighter, hvorefter hun satte ild på den psykiatriske afdeling."

De centrale spørgsmål blev besvaret således:

"Spørgsmål 1:

Var der på skadetidspunktet risiko for, at sagsøgte som følge af sine psykiske lidelser kunne begå handlinger, der udsatte hende selv og/eller andre personer/andres ejendom for fare?

Ja - jf. indledningen var der blandt andet risiko for, at hun kunne foretage brandstiftelse.

Spørgsmål 2:

Såfremt spørgsmål 1 besvares bekræftende, bedes Retslægerådet angive, hvor betydelig risikoen for sådanne farefremkaldende handlinger ville være, såfremt sagsøgte ikke var under opsyn?

Retslægerådet finder, at der var en vis, måske ikke ubetydelig risiko for farefremkaldende handling, men rådet kan i øvrigt ikke nærmere graduere risikoen.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet bedes vurdere, om det på skadetidspunktet var påkrævet, at sagsøgte som følge af sine psykiske lidelser var under opsyn og/eller at der i forbindelse med hendes indlæggelse på psykiatrisk hospital var behov for andre foranstaltninger for at imødegå, at hun begik sådanne handlinger, som kunne være til fare for hende selv og andre.

Ja – Retslægerådet finder, at hun på grund af sin alvorlige psykiske sygdom, koblet med den aktuelle lægelige vurdering af en konkret og nærliggende risiko for potentielt farlige handlinger, havde behov for skærpet opsyn.

Spørgsmål 4:

Såfremt spørgsmål 3 besvares bekræftende, bedes Retslægerådet angive, hvilken form for opsyn og/eller andre foranstaltninger, et psykiatrisk hospital på skadetidspunktet burde iværksætte til imødegåelse af den fare, sagsøgte udgjorde for sig selv og andre.

Retslægerådet finder, at en mulig form for opsyn i hvert fald fra det tidspunkt, hvor hun blev tvangstilbageholdt, havde været en fast vagt, hvis opgave det blandt andet ville være at overvåge, at sagsøgte ikke fik lejlighed til at tilrane sig lightere fra medpatienterne.”

I rettens begrundelse og afgørelse udtales:

”Det lægges til grund som ubestridt, at sagsøgte ved at tænde ild til et gardin i køkkenet på Psykiatrisk Afdeling E forårsagede en brand.

Sagsøgte, der lider af svær skizofreni, var kendt på hospitalets Psykiatriske Afdeling E, hvor hun tidligere flere gange havde været indlagt. Det lægges til grund, at der under tidligere indlæggelse på afdelingen havde været flere episoder med ildspåsættelse, og at der

også under den aktuelle indlæggelse trods lighterforbud og restriktioner for sagsøgtes rygning havde været en ildspåsættelse. Ved indlæggelsen blev det oplyst, at sagsøgte havde tanker om ildspåsættelse af moderens hus, og afdelingen vidste, at sagsøgte tidligere var dømt for ildspåsættelse.

Herefter, og som anført af Retslægerådet i besvarelsen af de stillede spørgsmål, var der på tidspunktet for branden risiko for, at sagsøgte som følge af sin psykiske lidelse kunne foretage brandstiftelse, og hospitalet kunne eller burde have indset, at hun frembød så nærliggende en fare, at der burde have været iværksat yderligere tiltag for at imødegå denne konkrete og nærliggende risiko for potentielt farlige handlinger. Hun havde derfor i hvert fald fra tidspunktet fra tvangsindlæggelsen med henblik på imødegåelse af den fare, sagsøgte frembød for sig selv og andre, behov for skærpet opsyn, hvilket kunne være en fast vagt med blandt andet som opgave at sikre, at sagsøgte ikke fik lejlighed til at skaffe sig lightere fra medpatienterne. Ved ikke at have ageret i overensstemmelse hermed har hospitalet udvist egen skyld og accept af risiko.

Retten finder efter en samlet vurdering af hospitalets forhold og afvejning heraf i forhold til sagsøgtes adfærd ikke, at der er grundlag for helt at lade sagsøgtes erstatningsansvar bortfalde, men at den udviste egen skyld og accept af risiko har et sådant omfang, at der er grundlag for fordeling af ansvaret mellem parterne.

Den omstændighed, at sagsøgtes ildspåsættelse i køkkengardinet førte til en brand af et sådant omfang, at tre sammenbyggede bygninger udbrændte, kan ikke i sig selv føre til bortfald eller yderligere nedsættelse af kravet, idet det ikke kan lægges til grund, at brandens omfang kan anses for at være udtryk for udvist egen skyld eller accept af risiko fra hospitalets side. Der er heller ikke grundlag for at fastslå, at brandens og skadens omfang har været påregnelig for sagsøgte.

Udbedringsomkostningerne udgjorde reelt mere end 51 mio. kr., men som følge af ansvarsforsikringen maksimum på 3 mio. kr. er kravet mod sagsøgte alene gjort gældende for et beløb svarende hertil. Retten finder, at fordelingen af ansvaret og dermed nedsættelsen af kravet som følge af udvist egen skyld og accept af risiko grundet de ovenfor beskrevne forhold skal ske med udgangspunkt i det påståvnte beløb på 3 mio. kr. Retten finder, at ansvaret passende kan fordeles med halvdelen til hver af parterne.

Som følge heraf skal sagsøgte til sagsøgeren betale 1.500.000 kr. med tillæg af procesrente som påstået.”

Kommentar

Brandstiftelse foretaget af patienter under indlæggelse i psykiatriske afdelinger er et betydeligt problem. Langt de fleste tilfælde af ildspåsættelse opdages og afbrydes heldigvis hurtigt af personale eller af teknisk brandovervågning, men der er desværre også talrige eksempler på, at ildspåsættelse har fået alvorlige konsekvenser. Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien (psykiatriloven) giver mulighed for iværksættelse af en vifte af tiltag til at forebygge brandstiftelse. Især § 18 c er af betydning, ved at give mulighed for personlig skærmning. Den aktuelle sag er et eksempel på vigtigheden af, at der i den psykiatriske afdeling er klare regler for observation af patienter med henblik på opmærksomhed på registrering og forebyggelse af potentielt farlig adfærd.

Af erstatningsansvarslovens § 24b, stk. 1., 1. pkt., fremgår

”En person, som på grund af sindssygdom, hæmmet psykisk udvikling, forbigående sindsforvirring eller lignende tilstand har manglet evnen til at handle fornuftsmæssigt, er erstatningspligtig for skadegørende handlinger efter samme regler som sjælssunde personer.”

Erstatningen kan dog nedsættes eller bortfalde under særlige omstændigheder, jf. § 24b, stk. 1., 2. pkt. Ved langt de fleste tilfælde af brandstiftelse foretaget af psykiatriske patienter rejses intet erstatningsansvar. Den refererede sag er speciel grundet det ekstraordinært store omfang, men erstatningsansvaret omfatter kun forsikringssummen på sagsøgtes ansvarsforsikring.

I straffesagen vurderes det i mentalerklæringen, at sigtede er mentalt retarderet i lettere grad. Denne vurdering synes overvejende at være begrundet af en lav score ved intelligenstestning. Diagnosen mental retardering forudsætter en forsinket eller mangelfuld udvikling af evner og funktionsniveau, der viser sig i løbet af barndommen. I dette tilfælde er den lave intellektuelle funktion med stor sandsynlighed en følge af alvorlig psykisk lidelse startende tidligt i ungdomsårene, og det lave funktionsniveau må derfor betegnes som udtryk for en demenstilstand og ikke mental retardering.

2.7 Arbejdsskade – Rygning, asbest eller begge dele

A var en 51 år gammel mand, da han i sommeren 2009 fik konstateret lungekræft i form af planocellulært carcinom, som han efterfølgende blev opereret for. A havde fra 1976 til 1989 været udsat for asbest gennem sit arbejde. Ankestyrelsen anerkendte i januar 2013 A's lungekræft som en erhvervssygdom på grund af A's erhvervsmæssige udsættelse for asbest. Ankestyrelsen fastsatte samtidig, at A's varige mén kun for en tiendedels vedkommende skyldtes arbejdsskaden, mens resten måtte henføres til A's tobaksrygning, og da den arbejdsskaderelaterede méngrad herefter var under 5 %, blev der ikke fastsat nogen mén godtgørelse. Parterne var enige om, at A's tobaksforbrug havde været i en størrelsesorden svarende til 20 pakkeår. Spørgsmålet for retten var således at afgøre, om Ankestyrelsen var berettiget til at bestemme, at mén godtgørelsen skulle nedsættes eller bortfalde, selvom arbejdsskaden var anerkendt, og i givet fald om det var berettiget at lade godtgørelsen bortfalde (forholdet mellem arbejdsskadesikringslovens § 8, stk. 1, og § 12). Retslægerådet blev under sagens behandling i retten forelagt en række spørgsmål vedrørende den eventuelle sammenhæng mellem lungekræft og henholdsvis tobaksrygning og asbestpåvirkning. Retslægerådet afgav udtalelse i sagen tre gange (50E/E2-05199-2011, 50E/E2-05718-2012 og 50E/E2-00167-2013):

Sagens spørgsmål blev besvaret således:

”Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes oplyse, hvilken lungelidelse der er konstateret hos sagsøger.

Sagsøger lider af lungecancer (planocellulært carcinom). Der er foretaget bronkoskopi med biopsi to gange omkring 1. juni 2009, men beskrivelse heraf samt kopi af biopsisvar er kun omtalt

indirekte i journalen fra thoraxkirurgisk afdeling Ålborg (bilag 3), hvor sagsøger blev opereret med fjernelse af venstre lunges overlap den 26. juni 2009. Undersøgelse af præparatet fra operationen viste kun mikroskopiske rester af lungecancer.

Spørgsmål 2:

Retslægerådet bedes oplyse, om sagsøgers tobaksforbrug har medført en øget risiko for udviklingen af den under spørgsmål 1 beskrevne lidelse.

I bekræftende fald bedes Retslægerådet beskrive, hvilken risikoforøgelse tobaksforbruget har haft isoleret set.

Såfremt det har betydning for Retslægerådets besvarelse af spørgsmålet, om det lægges til grund, at sagsøger har haft et tobaksforbrug på ca. 20 pakkeår eller ca. 40 til 60 pakkeår, anmodes Retslægerådet om at besvare spørgsmålet alternativt.

Ifølge gennemgang fra arbejdsmedicinsk klinik Ålborg har sagsøger haft et stort tobaksforbrug og har været storryger siden teenageår, samlet forbrug estimeret til 45 pakkeår.

Forholdene vedrørende tobaksrygning og lungecancer er gennemgået i bilag A. Ved et forbrug på 20 cigaretter om dagen er risikoen for lungecancer øget 10-15 gange eller højere. Et forbrug på 20 pakkeår vurderes at give en risikoøgning på 10 gange eller mere, ved højere pakkeår op til 25 gange risikoøgning.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet bedes oplyse, om sagsøgers udsættelse for asbest har medført en risikoforøgelse i forhold til udviklingen af den under spørgsmål 1 beskrevne lidelse.

Såfremt spørgsmålet besvares bekræftende, anmodes Retslægerådet om at beskrive, hvilken risikoforøgelse asbestudsættelsen isoleret har medført.

Det vurderes, at sagsøger i seks år har haft en signifikant asbestudsættelse svarende til 10-15 fibre/ml i 10 år, hvilket vurderes at øge risikoen for lungecancer med en faktor 2-2,5. Der er tale om 23 års latenstid i forhold til asbestudsættelse således, at asbestpåvirkningen har haft tilstrækkelig tid til at virke med hensyn til den kræftfremkaldende virkning.

Spørgsmål 4:

Retslægerådet bedes oplyse, om kombinationen af tobaksforbruget og asbestudsættelsen har medført en risikoforøgelse for udviklingen af den under spørgsmål 1 beskrevne lidelse.

Såfremt spørgsmålet besvares bekræftende, anmodes Retslægerådet om at beskrive den samlede risikoforøgelse under hensyntagen til udsættelsen for såvel rygning som asbest.

Såfremt det har betydning for Retslægerådets besvarelse, om det lægges til grund, at sagsøger har haft et tobaksforbrug svarende til ca. 20 pakkeår eller svarende til ca. 40 til 60 pakkeår, anmodes Retslægerådet om at besvare spørgsmålet alternativt.

Tobaksrygning og asbestudsættelse har en synergistisk virkning (multiplikativ) med hensyn til udvikling af lungecancer. Tobaksrygning med 45 pakkeår vil fremkalde en 20-dobling af risiko og asbestudsættelse en 2,0-2,5-dobling således, at den samlede risiko er 40-50 gange øget. Da risiko for lungecancer hos aldrig rygere er 0,5-1,0 procent, er livstidsrisiko for lungecancer således 20-40 % i absolutte tal.

Spørgsmål 5:

Retslægerådet bedes oplyse, om det er muligt at vurdere, om sagsøger ville have udviklet den under spørgsmål 1 beskrevne

lungelidelse alene som følge af det beskrevne tobaksforbrug.

I det omfang der er tvivl om besvarelsen, bedes Retslægerådet angive med hvilken grad af sandsynlighed, sagsøger ville have udviklet den under spørgsmål 1 beskrevne lidelse alene på grund af tobaksforbruget.

Såfremt det har betydning for Retslægerådets besvarelse og lægges til grund, at sagsøger har haft et tobaksforbrug på ca. 20 pakkeår eller 40 til 60 pakkeår, anmodes Retslægerådet om at besvare spørgsmålet alternativt.

Sagsøger ville med det angivne tobaksforbrug på 20-45 pakkeår have en risiko på 10-20 % for at udvikle lungecancer. Med asbestudsættelse fordobles denne risiko til 20-40 %. Andelen af lungecancertilfælde, der skyldes asbestudsættelse, er således omkring 50 % for både ikke-rygende og rygende asbestarbejdere. Hos en ikke-rygende asbestarbejder ville risikoen fordobles fra 1 % til 2 % igennem livet.

Spørgsmål 6:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger.

Nej.

Spørgsmål 7:

Retslægerådet bedes i forlængelse af spørgsmål A oplyse, om besvarelsen af spørgsmål 5 skal forstås således, at det efter Retslægerådets vurdering er lige sandsynligt, at den konstaterede lungecancer (planocellulært carcinom) er forårsaget af:

- 1. den påvirkning, sagsøgeren har været udsat for som følge af sit tobaksforbrug eller*
- 2. den påvirkning, sagsøgeren har været udsat for som følge af asbestudsættelsen.*

Hvis det har betydning for Retslægerådets besvarelse, om det lægges til grund, at sagsøgeren har haft et tobaksforbrug svarende til ca. 20 pakker eller svarende til ca. 40 – 60 pakker anmodes Retslægerådet om at besvare spørgsmålet alternativt.

Se besvarelse af spørgsmål A.

Spørgsmål 8:

Giver Retslægerådets besvarelse af de supplerende spørgsmål anledning til at ændre Rådets besvarelse af 1. februar 2012.

Nej.

Spørgsmål A:

Hvilke af to nedennævnte årsager er efter Retslægerådets vurdering den mest sandsynlige årsag til, at sagsøgeren lider af lungecancer (planocellulært carcinom)

- a) *den påvirkning, sagsøgeren har været udsat for som følge af sit tobaksforbrug, eller*
- b) *den påvirkning, sagsøgeren har været udsat for som følge af asbestudsættelsen?*

Såfremt det har betydning for Retslægerådets besvarelse, om det lægges til grund, at sagsøgeren har haft et tobaksforbrug svarende til ca. 20 pakke år eller svarende til ca. 40 - 60 pakkeår, anmodes Retslægerådet om at besvare spørgsmålet alternativt.

Den såkaldte ætiologiske fraktion (ÆF) angiver, hvor stor en del af sygeligheden, der kan elimineres, hvis en eksponering fjernes. I tilfældet med 20 pakkeår, som betyder en 10 gange øget risiko for lungecancer, er ÆF 90 % for tobak, og ved en 2 gange øget risiko for lungecancer på grund af asbest er ÆF for asbest 50 %. Det vil sige 90 % af tilfælde elimineres ved at eliminere tobak, og 50 %

elimineres ved at fjerne asbest. Den ætiologiske fraktion summer ikke til 100 %, idet der er tale om en synergistisk effekt af tobak og asbest. Af dette fremgår også, at den mest sandsynlige årsag er tobaksrygning, men uanset tobaksrygningens størrelse vil asbestudsættelsen fordoble risikoen for lungecancer.

Spørgsmål B:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Spørgsmål 9:

Retslægerådet bedes oplyse, om det er muligt at udtale sig om, hvad der konkret har været årsag til, at Ole Nielsen har udviklet lungecancer (planocellulært carcinom)?

Det kan ikke konkret angives, hvad der har været årsag til udvikling af lungecancer hos sagsøger. Angivelse af årsag er baseret på en sandsynlighedsvurdering

Spørgsmål 10:

Retslægerådet bedes oplyse, om Rådets tidligere svar skal forstås således, at Ole Nielsens erhvervsmæssige eksponeringer for blandt andet asbest har medført en fordobling af risikoen for udviklingen af lungecancer (planocellulært carcinom)?

Retslægerådet bedes i den forbindelse også oplyse, om Retslægerådets tidligere besvarelser skal forstås således, at denne relative risikoforøgning er den samme for en ikke-ryger som en person med det for Ole Nielsen beskrevne tobaksforbrug?

Ja, sagsøgers asbestudsættelse har medført en fordobling af risikoen for udvikling af lungecancer og den relative risikoforøgelse er den samme for en ikke-ryger som for en person med det for sagsøger angivne tobaksforbrug.

Det vil sige for en aldrig-ryger en risikoforøgelse fra 0,5% til 1, 0% og for en livslang storryger en risikoforøgelse fra 10-20% til 20-40%.

Spørgsmål 11:

Retslægerådet bedes oplyse, om Ole Nielsens erhvervsmæssige eksponering – udover asbestudsættelsen – i form af udsættelse for flyveaske, diesel/benzinos, 2 komponent slibestøv og svejserøg har medført en risikoforøgning i forhold til udviklingen af den hos Ole Nielsen konstaterede kræftlidelse.

I bekræftende fald bedes Retslægerådet beskrive risikoforøgningen og oplyse, hvorledes denne erhvervsmæssige eksponering er indgået i Retslægerådets besvarelse af de øvrige spørgsmål under sagen.

Der findes ikke sikker viden om at udsættelse for flyveaske, 2-komponent slibestøv og svejserøg har kræftfremkaldende virkning. Udsættelse for dieselos har været overvejet men sikker evidens findes ikke. Det kan ikke afvises, at den nævnte udsættelse kan have medført en lille øget risiko for udvikling af lungecancer. Effekten kan ikke vurderes sikkert, men må vurderes at være betydeligt mindre end asbest.

Spørgsmål 12:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej

Spørgsmål C:

Skal Retslægerådets svar på spørgsmål 3, 4, 5 og A forstås som følger:

a) *Hav de appellanten ikke røget tobak, og havde han heller ikke*

været udsat for asbest, ville risikoen for, at han udviklede planocellulært carcinom, have været 0,5-1,0 %.

Ja

b) *Hav de appellanten ikke røget tobak, ville risikoen for, at han på grund af den angivne asbestpåvirkning udviklede planocellulært carcinom, have været 2,0-2,5 %.*

Ja

c) *Hav de appellanten ikke været udsat for asbest, ville risikoen for, at han på grund af den angivne tobaksrygning udviklede planocellulært carcinom, have været 10-20 %.*

Ja

d) *Risikoen for, at appellanten på grund af den angivne asbestpåvirkning udviklede planocellulært carcinom er på grund af den angivne tobaksrygning forøget til 20-40 %.*

Ja

e) *Risikoen for, at appellanten på grund af den angivne tobaksrygning udviklede planocellulært carcinom er på grund af den angivne asbestudsættelse forøget til 20-40 %.*

Som d

Retslægerådet bedes besvare de enkelte punkter hver for sig. Hvis Retslægerådet svarer benægtende i forhold til et eller flere af anførte punkter, bedes Retslægerådet anføre, hvil-ken procentsats der så gælder.

Spørgsmål D:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.”

Kommentar

I sagen blev det lagt til grund, at A havde haft et tobaksforbrug på 20 pakkeår, og at A havde været udsat for asbest i et omfang svarende til 10 til 15 fiber/ml. i 10 år, hvilket medførte en øget risiko for lungecancer med 2-2½ gange. Risikoen for at udvikle lungecancer som følge af rygning svarende til 20 pakkeår var øget med mindst 10 gange. Disse faktorer virkede uafhængigt af hinanden, hvorfor en ikke-rygers risiko for lungekræft ligeledes blev fordoblet som følge af ovennævnte asbestpåvirkning. A's risiko for lungekræft med det tobaksforbrug han har haft, er øget med 10 procent, når der ses bort fra asbestpåvirkningen, og A's risiko for at udvikle lungekræft med den asbestpåvirkning, A har været udsat for var 2 procent, når der ses bort fra tobaksrygningen. Tobaksrygning og asbestpåvirkning har en multiplikativ virkning, således at A's risiko for lungekræft var 20 procent, når begge forhold tages i betragtning.

Højesterets flertal kom frem til, at idet A var ryger, skulle der ikke tages udgangspunkt i den forøgede risiko for en ikke-ryger, men i at A's risiko for lungekræft i overensstemmelse med Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 4, 5 og A, var blevet fordoblet (fra 10 % til 20 %) som følge af asbestpåvirkningen. Højesteret fandt det dermed ikke godtgjort, at A's lungekræft med overvejende sandsynlighed skyldes andre forhold end den asbestpåvirkning (arbejdsskaden), han havde været udsat for.

Højesterets mindretal fandt imidlertid – under henvisning til Retslægerådets udtalelser – at tobaksrygning var den mest sandsynlige årsag til, at A fik lungekræft.

Sagen viser, at Retslægerådets udtalelse alene er en objektiv lægefaglig vurdering, der sammen med sagens øvrige oplysninger og omstændigheder indgår i den samlede bevisvurdering og den juridiske subsumption, som ligger til grund for rettens afgørelse.

3. Statistik

3.1 Sager modtaget i Retslægerådet 2016

A.	Psykiatriske sager	452
B.	Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse	77
C.	Sterilisation og kastration, ændring af navn og CPR-nr.	0
D.	Faderskabssager	9
E.	Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold	1148
F.	Administrative sager m.v.	30
H.	Aldersbestemmelser	64
L.	Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer	0
M.	Færdselssager med medicinindtagelse	82
I ALT		1832

Ad A-sager

A-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Sanktionsspørgsmål i straffesager	298
Ændring i strafferetlig foranstaltning	83
Tvangsindlæggelser, tvangstilbageholdelser	24
Ophævelse af farlighedsdekret	8
Overførsel til Sikringsafdelingen	3
Umyndiggørelser	0
Benådning	1
Diverse (løsladelse på prøve,	35

tjenestemandssager m.m.)	
I ALT	452
Ad B-sager	

B-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Indtagelse af spiritus alene	44
Indtagelse af såvel spiritus som medicin	33
Diverse	0
I ALT	77

Ad C-sager

C-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

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

Ad E-sager

E-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Klage over medicinalpersoner	6
Arbejdsskader/ulykker	332
Erstatning, pensionssager m.v.	711
Spørgsmål om vold, dødsårsag m.v.	25
Ikke-psykiatriske benådningssager	0
Diverse	74

I ALT	1148
-------	------

Ad L-sager

L-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

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

Ad M-sager

M-sagerne fordelte sig som nedenfor anført:

Færdselssager vedrørende medicinindtagelse	81
Færdselssager vedrørende sygdom	1
Diverse	0
I ALT	82

3.2 Antal lægefaglige sager modtaget i Retslægerådet 2016 (og 2014-2015)

	Sagstype	2014	2015	2016
A.	Psykiatriske sager	388	487	452
B.	Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse	99	78	77
C.	Sterilisation og kastration, ændring af navn og CPR-nr.	10	1	0
D.	Faderskabssager	19	16	9
E.	Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold	1044	1066	1148
H.	Sager vedr. aldersbestemmelse	50	66	64
L.	Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer	1	3	0
M.	Færdselssager med medicinindtagelse	87	106	82
	I ALT	1698	1823	1832

3.3 Antal lægefaglige sager afsluttet i Retslægerådet 2016 (og 2014 - 2015)

	Sagstype	2014	2015	2016
A.	Psykiatriske sager	367	443	443
B.	Færdselssager med spiritusindtagelse og spiritus- og medicinindtagelse	108	71	77
C.	Sterilisation og kastration, ændring af navn og CPR-nr.	12	1	0
D.	Faderskabssager	19	14	8
E.	Andre sager vedrørende enkeltpersoners retsforhold	1097	953	979
H.	Sager vedr. aldersbestemmelse	39	61	70
L.	Færdselssager med alkoholindtagelse hos personer med leverlidelse eller personer, som har indåndet flygtige stoffer	3	3	0
M.	Færdselssager med medicinindtagelse	80	92	86
	I ALT	1725	1638	1663

3.4 Sagsbehandlingstid, angivet i dage, i Retslægerådet 2016 (og 2013-2015)

	2013		2014		2015		2016	
	brutto	netto	brutto	Netto	Brutto	netto	brutto	netto
A	35	35	25	25	29	29	32	31
B	29	29	39	39	40	39	55	52
C	152	152	63	63	110	110	-	-
D	18	18	15	15	14	14	24	17
E	136	105	144	104	133	95	162	122
H	63	60	56	56	58	57	66	64
L	30	30	87	87	34	34	-	-
M	61	51	60	59	50	50	69	68

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

4. Retslægerådets lovgrundlag og organisation

4.1 Lovbestemmelser m.v.

Lov nr. 60 af 25.03.61 om Retslægerådet

§ 1. Retslægerådets opgave er at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold. Justitsministeren kan fastsætte nærmere regler om, hvilke myndigheder der over for rådet kan fremsætte begæring om afgivelse af skøn, og i hvilke sager dette kan ske.

§ 2. Rådet består af indtil 12 læger. Det arbejder i 2 afdelinger, af hvilke den ene behandler retspsykiatriske spørgsmål og den anden alle øvrige retsmedicinske spørgsmål.

Stk. 2. Medlemmerne beskikkes af kongen. Justitsministeren udpeger blandt dem en formand og 2 næstformænd, en for hver afdeling.

Stk. 3. Justitsministeren beskikker et antal sagkyndige, af hvilke rådet kan tilkalde en eller flere til deltagelse i en sags behandling.

Stk. 4. Såfremt en sags behandling forudsætter en særlig sagkundskab, som rådets medlemmer og de i stk. 3 nævnte sagkyndige ikke i tilstrækkeligt omfang er i besiddelse af, kan rådet tilkalde andre sagkyndige til at deltage i sagens behandling.

Stk. 5. Beskikkelse af medlemmer og de i stk. 3 nævnte sagkyndige sker for 6 år. Når omstændighederne taler derfor, kan beskikkelse dog ske for et kortere åremål.

§ 3. Justitsministeren beskikker et antal praktiserende læger, tandlæger, jordemødre, sygeplejersker, hospitalslaboranter, fysioterapeuter, apotekere og apotekermedhjælpere til at deltage i rådets behandling af de i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse § 5 og lov om apotekervæsen § 19 nævnte sager.

Stk. 2. Bestemmelsen i § 2, stk. 5, finder tilsvarende anvendelse.

§ 4. Justitsministeren fastsætter regler om rådets virksomhed.

§ 5. Lov nr. 131 af 16. april 1935 om Retslægerådet ophæves.

Forretningsorden af 17.12.01 for Retslægerådet

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

§ 1. Retslægerådet består af indtil 12 læger.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 5. Et medlem eller en sagkyndig, der er udpeget til at deltage i rådets behandling af en sag, og som er bekendt med, at der for den pågældendes vedkommende foreligger forhold, som er nævnt i

forvaltningslovens § 3, stk. 1, skal snarest underrette rådets formand herom, medmindre det er åbenbart, at forholdet er uden betydning.

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

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

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

- 1) ved fremsendelse af yderligere skriftligt materiale til rådet, eventuelt på baggrund af en fornyet undersøgelse,
- 2) ved at rådet forhandler med den læge, der tidligere har afgivet erklæring i sagen eller i øvrigt har kendskab til den person eller det forhold, sagen vedrører, eller
- 3) ved at rådet lader den person, sagen angår, undersøge af et eller flere af rådets medlemmer eller sagkyndige.

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

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

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

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

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

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

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

4.3 Retslægerådets medlemmer 2016

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

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

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

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

Overlæge, dr.med.
Jens Lund
Aalborg Psykiatriske Sygehus

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

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

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

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

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

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

4.3.1 *Sagkyndige anvendt i 2016*

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

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

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

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

Speciallæge i Almen Medicin
Jens Georg Hansen
Aarhus Universitet

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

Overlæge
Jens Skøt Hindrup
Gentofte Hospital
Reumatologisk Ambulatorium

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

Speciallæge Jens Otto Lund
Klinisk Fysiologi
/Nuklearmedicin

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

Overlæge, dr.med.
Jesper Sonne
Gentofte Hospital
Klinisk farmakologisk enhed
(alkohol- og
medicinpåvirkethed)

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

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

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

Professor, overlæge, ph.d., dr.
med. Michael Bjørn Russell

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

Ledende overlæge
Kim Schantz
Roskilde og Køge Sygehus
Ortopædkirurgisk afdeling

Overlæge Jesper Sonne
Gentofte Hospital
Klinisk Farmakologisk enhed

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

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

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

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

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

autorisationsforhold

4.3.2 *Ad hoc sagkyndige anvendt i 2016*

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

- | | |
|--|---|
| 1. Klinikchef
Karen Vitting Andersen
Rigshospitalet
Pædiatrisk Klinik | dr.med. Jens Peter Bonde
Bispebjerg Hospital
Arbejds- og Miljø-medicinsk
Klinik |
| 2. Professor, overlæge, dr.med.
Klaus E. Andersen
Odense Universitetshospital
Dermato-venerologisk afdeling | 12. Professor, overlæge,
dr.med. Gudrun Boysen
Holte
(neurologi) |
| 3. Overlæge, ph. d.
Ljubica V. Andersen
Aarhus Universitet
Institut for Retsmedicin | 13. Ledende overlæge
Camilla Bock
Anstalten ved Herstedvester
Psykiatri |
| 4. Overlæge, dr.med.
Ole Andersen
Værløse
(pædiatri) | 14. Klinikchef, dr. med.
Jannick Brennum
Rigshospitalet
Neurokirurgisk Klinik |
| 5. Overlæge, ph.d.
Henrik Gregersen
Aalborg Sygehus
Hæmatologisk Afdeling | 15. Overlæge, dr.med. Henning
Kelbæk
Sjællands Universitetshospital
Kardiologisk Afdeling |
| 6. Overlæge
Jon Thor Asmussen
Odense Universitetshospital
Radiologisk afdeling | 16. Professor, ph. d.
Kim Brixen
Odense Universitetshospital
Endokrinologisk afdeling M |
| 7. Overlæge
Birthe Højlund Bech
Rigshospitalet
Radiologisk klinik X | 17. Overlæge, ph. d.
Birgitte Brock
Aarhus Universitetshospital
Klinisk Biokemisk Afdeling |
| 8. Professor, overlæge, dr.med.
Toke Bek
Aarhus Universitetshospital
(oftamologi) | 18. Professor, overlæge,
dr.med. Christian Buchwald
HovedOrtoCentret,
Rigshospitalet |
| 9. Professor, overlæge, dr.med.
Henning Bliddal
Frederiksberg Hospital
Parker Institutet
(reumatologi) | 19. Professor, overlæge
Cody Bünger
Aarhus Sygehus
Ortopædkirurgisk afd. E, NBG |
| 10. Vicesstatsobducent
Lene Warner Boel
Aarhus Universitet
Institut for Retsmedicin | 20. Professor, overlæge,
dr.med.
Per Hove Thomsen
Børne- og ungdomspsykiatrisk
Hospital Børneafsnit A |
| 11. Professor, overlæge, | 21. Overlæge |

Hans Erik Bøtker
Aarhus Universitetshospital,
Hjertemedicinsk afd. B

22. Overlæge

Peter Brøgger Christensen
Aarhus Universitetshospital
Neurologisk Afdeling F

23. Professor, overlæge,

dr.med. Jens Sandahl
Christiansen
Aarhus Universitetshospital
Medicinsk Afdeling MEA

24. Overlæge, dr.med.

Leif Corydon
Vejle Sygehus
Øjenafdelingen

25. Professor, dr.med.

Kim P. Dalhoff
Bispebjerg Hospital
Klinisk Farmakologisk Enhed

26. Ledende overlæge

Hans Dieperink
Odense Universitetshospital
Nefrologisk afdeling Y

27. Overlæge, dr.med.

Asger Dirksen
Gentofte Hospital
Lungemedicinsk afdeling

28. Overlæge

Karen-Lisbeth Dirksen
Gentofte Hospital
Røntgenafdelingen

29. Klinikchef

Kjeld Dons
Rigshospitalet
Neurokirurgisk Klinik

30. Cand. psyk., europsykolog

Jette Stokholm Pedersen
Rigshospitalet
Hukommelsesklinikken, afsn
6243

31. Overlæge Carsten Anker

Edmund
Glostrup Hospital, Øjenafd. Ø

32. Specialeansvarlig overlæge

Søren Eiskjær
Aalborg Universitetshospital
Ortopædkirurgisk afdeling

33. Overlæge, dr.med.

Nanna Hurwitz Eller
Bispebjerg Hospital
Arbejds- og Miljømedicinsk
Afdeling

34. Overlæge, dr.med.

Kristian Emmertsen
Skejby Sygehus
Hjertemedicinsk afdeling B

35. Overlæge

Ole Fedders
Aalborg Sygehus Syd
Neurokirurgisk afdeling

36. Ledende overlæge

Per Klausen Fink
Aarhus Kommunehospital
Forskningsenheden for
Funktionelle Lidelser
(psykiatri)

37. Ledende overlæge, ph.d.

Henrik Flyger
Herlev Hospital
Brystkirurgisk afd.

38. Centerchefsyrgeplejerske,

MPA, Vibeke Freilev
Rigshospitalet
Neurocentret

39. Overlæge

Lars Henrik Frich
Odense Universitetshospital
Ortopædkirurgisk Afd

40. Professor, overlæge,

dr.med. Jørgen Frøkiær
Skejby Sygehus
Klinisk Fysiologi/Nuklear-
medicinsk afd.
(alkohol- og
medicinpåvirkethed)

41. Neuropsykolog, lektor

Anders Gade
Rigshospitalet
Neurologisk afdeling N

42. Overlæge

John Gelineck
Århus Universitetshospital
Radiologisk afdeling NBG

43. Klinikchef, professor, ph. d.

Anne-Marie Gerdes
Rigshospitalet
Klinisk Genetisk Klinik

44. Overlæge

Christian Godballe
Odense Universitetshospital
Øre-næse-halskirurgisk afd. F

45. Overlæge Peter Gottlieb
Vanløse
(retspsykiatri)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

55. Statsobducent, professor,
dr. med., MPA

Hans Petter Hougen
Københavns Universitet
Retsmedicinsk Institut
(retspatologi)

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

57. Overlæge
Lisbet Rosenkrantz Hölmich
Herlev Hospital
Plastikkirurgisk Afdeling

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

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

60. Professor, overlæge
Peter Iversen
Rigshospitalet
Urologisk Klinik D

61. Lektor, ph.d.
Lene Baad-Hansen
Aarhus Universitet
Institut for Odontologi - Oral
Fysiologi

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

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

64. Overlæge
Bent Skov Jensen
Skejby Sygehus
Karkirurgisk sektion

65. Overlæge
Claus Verner Jensen
Rigshospitalet
Radiologisk Klinik X

66. Overlæge, dr.med.
Gorm Boje Jensen

Hvidovre Hospital
Kardiologisk afdeling

67. Ledende overlæge
Jørn Jensen
Regionshospitalet Randers
Ortopædkirurgisk afdeling

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

69. Ledende overlæge
Morten Bischoff-Mikkelsen
Odense Universitetshospital
Plastikkirurgisk Afdeling Z

70. Overtandlæge
Thomas Jensen
Aalborg Universitetshospital,
Aalborg Sygehus Syd
Kæbekirurgisk Afd.

71. Neuropsykologisk
fagkonsulent
Kasper Jørgensen
Rigshospitalet
Nationalt Videnscenter for
Demens

72. Professor, overlæge, dr.
med. Lars Nannestad Jørgensen
Bispebjerg Hospital
Abdominalcenter K

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

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

75. Overlæge Katja Vogt
Rigshospitalet
Karkirurgisk Klinik, afsnit
3112

76. Ledende overlæge
Henrik Kiær
Svendborg Sygehus
Patologisk Institut

77. Overlæge, dr.med.
Thomas Kiær

Rigshospitalet
Ortopædkirurgisk klinik

78. Vicesstatsobducent
Peter Thiis Knudsen
Syddansk Institut
Retsmedicinsk Institut

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

80. Professor, overlæge,
dr.med. Niels Kroman
Rigshospitalet
Mammakirurgisk afd.

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

82. Professor
Palle Holmstrup
Tandlægehøjskolen
Københavns Universitet

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

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

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

86. Overlæge, ph.d.
Anette Kærsgaard
Regionshospitalet Herning
Arbejdsmedicinsk klinik

87. Overlæge Bent Lange
Aalborg Universitetshospital
Ortopædkirurgisk Afdeling

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

89. Overlæge, ph.d.
Vibeke André Larsen

Rigshospitalet
Neuroradiologisk Afdeling

90. Overlæge Tina Gram
Larsen
Aalborg Universitetshospital
Retspsykiatri

91. Overlæge
Annika Loft Jakobsen
Rigshospitalet
Klinik for Fysiologi og
Nuklearmedicin

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

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

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

95. Overlæge
Pernille Leicht
Rigshospitalet
Håndkirurgisk Sektion

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

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

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

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

100. Professor Axel Forman
Skejby Sygehus
Gynækologisk-Obstetrisk
afdeling Y

101. Lektor, dr. odont.
Merete Bakke

Odontologisk Institut
København

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

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

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

105. Overlæge
Erland Magnussen
Hvidovre Hospital
MR-afdeling 340

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

107. Overlæge
Tove Mathiesen
Knebel
(psykiatri)

108. Overlæge Annette
Midtgaard
Odense Universitetshospital
Radiologisk afdeling

109. Overlæge Bodil Moltesen
Herlev Hospital
Pædiatri

110. Overlæge
Michael Munksdorf
Dianalund
(plastikkirurgi)

111. Overlæge
Christian Møller
Center for Rygkirurgi
Hellerup

112. Overlæge, ph.d
Connie Palle
CFR Hospitaler

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

Anæstesiafdeling 4132

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

115. Overlæge
Jørgen Nepper-Rasmussen
Odense Universitetshospital
Røntgendiagnostisk afdeling

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

117. Ledende overlæge
Edith Nielsen
Aarhus Universitetshospital
Neuroradiologisk afdeling

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

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

120. Overlæge
René Tyranski Nielsen
Aarhus Universitetshospital
Neurokirurgisk Klinik

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

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

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

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

125. Overlæge Tina Obbekjær
Aarhus Universitetshospital
Neurokirurgi

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

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

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

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

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

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

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

133. Overlæge
Trine Stavnsgård
Rigshospitalet
Radiologisk Afdeling

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

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

136. Overlæge
Henning Andersen
Aarhus Universitetshospital

Neurologisk Afd. F-Neu.Cen

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

138. Overlæge
Alice Rasmussen
Psykiatrisk Center Bispebjerg

139. Overlæge
Jesper Ravn
Rigshospitalet
Thoraxkirurgisk Afdeling

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

141. Overlæge Morten Helvind
Rigshospitalet
Thoraxkirurgisk Klinik RT,
afsn 2152

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

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

144. Chefjordemoder
Mette Simonsen
Rigshospitalet
Obstetrisk Klinik, Juliane
Marie Centret

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

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

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

148. Klinikchef, dr.med.
Søren Solgaard
Hillerød Sygehus

Ortopædkirurgisk afdeling O

149. Overlæge Bodil Brandt
Rigshospitalet
Thoraxkirurgisk Afdeling RT,
afsnit 2152

150. Overlæge, dr. med.
Stig Sonne-Holm
Hvidovre Hospital
Ortopædkirurgisk afdeling

151. Overlæge Brian Stausbøl-
Grøn
Skejby Sygehus
Mr-spektroskopi

152. Overlæge, ph.d.
Tove Holst Filtenborg
Tvedskov
Rigshospitalet
Brystkirurgisk Klinik

153. Professor, overlæge,
dr.med. Torben Steiniche
Aarhus Universitetshospital,
Patologi

154. Overlæge, dr. med.
Lars Søndergaard
Rigshospitalet
Hjertemedicinsk Klinik B

155. Centerchef, overlæge
Per Sørensen
Psykoteraapeutisk Center
Stolpegård

156. Overlæge, dr. med.
Jens Benn Sørensen
Rigshospitalet
Onkologisk Afdeling

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

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

159. Overlæge
Leif Sørensen
Aarhus Universitetshospital
Neuroradiologisk Afdeling

160. Overlæge
Michael Sørensen
Hvidovre Hospital

- Gastroenheden
161. Overlæge
Preben Sørensen
Aalborg Universitetshospital
Neurokirurgisk Afdeling
162. Overlæge
Mogens Tange
Odense Universitetshospital
Neurokirurgisk afdeling
163. Professor, overlæge,
dr.med.
Øjvind Lidegaard
Rigshospitalet
Gynækologisk klinik 4232
164. Overlæge
Jane Frølund Thomsen
Bispebjerg Hospital
Arbejds- og Miljømedicinsk
Afdeling
165. Statsobducent, professor,
dr.med. Jørgen Lange Thomsen
Syddansk Universitet
Retsmedicinsk Institut
166. Overlæge
Per Thomsen
Holstebro Sygehus
Ortopædkirurgisk afdeling
167. Professor, overlæge,
dr.med. Palle Toft
Odense Universitetshospital
Anæstesiologi
168. Afdelingslæge, dr.med.
Peter Bjerre Toft
Rigshospitalet
Øjenafdelingen
169. Overlæge
Trine Torfing
Odense Universitetshospital
Muskeloskeletal sektion,
Radiologisk afd.
170. Professor, overlæge,
dr.med. Else Tønnesen
Aarhus Kommunchospital
Anæstesiafdelingen
171. Professor, overlæge, dr.
med. Niels Ulbjerg
Skejby Sygehus
Gynækologisk-Obstetrisk
afdeling
172. Speciallæge, dr.med.
Niels K. Veien
Aalborg
- (dermatologi)
173. Professor, overlæge,
dr.med. Hendrik von Arenstorff
Vilstrup
Aarhus Universitetshospital,
Medicinsk Hepato-
Gastroenterologisk Afd.
174. Overlæge
Mogens Vyberg
Aalborg Universitetshospital
Patologisk Institut
175. Professor, overlæge,
dr.med. Gunhild Waldemar
Rigshospitalet
Neurologisk afdeling N
176. Professor, overlæge,
dr.med. Steen Walter
Odense
(urologi)
177. Overlæge Per Balling
Retspsykiatrisk Afdeling,
Region Sjælland
Sikringsafdelingen
178. Professor, overlæge,
dr.med. Klaus Ølgaard
Rigshospitalet
Nefrologisk klinik P
179. Overlæge
Paul Frost Clementsen
Gentofte Hospital
Lungemedicinsk afdeling
180. Overlæge
Anne Estmann Christensen
Odense Universitetshospital
H. S. Andersens Børnehospital
181. Professor, dr. odont., ph.d.
Søren Kreiberg
Panum Institutet
Odontologisk Institut, Afd. f.
Pædagogik
182. Overlæge, ph.d.
Johan Hviid Andersen
Aarhus
183. Professor, overlæge,
dr.med.
Gorm Greisen
Rigshospitalet
Neonataalklinikken – 5021
184. Overlæge Claus Andersen
HCA-klinikken

185. Overlæge Karin Lassen
Odense Universitetshospital
Børneafdeling H

186. Overlæge
Steen Holger Hansen
Retsmedicinsk Institut
København

187. Specialtandlæge
Bjarne Neumann-Jensen
Aalborg

188. Klinikchef, overlæge
Jakob Trier Møller
Rigshospitalet
Anæstesiafdeling, afsn 4132

189. Lektor, praktiserende læge
Niels Damsbo
Syddansk Universitet
IST - Almen Medicin

190. Professor, overlæge,
dr.med
Jørgen Rungby
Gentofte Hospital

191. Overlæge Henrik Lajer
Rigshospitalet

Gynækologisk Afdeling

192. Professor Søren Ziebe
Rigshospitalet
Juliane Marie Centret,
Fertilitetsklinikken

193. Professor, overlæge, dr.
med
Jens Michael Hertz
Odense Universitetshospital
Klinisk Genetisk Afdeling

194. Professor, overlæge, ph.d.
dr. med.
Peter Vestergaard
Aalborg Universitetshospital
Endokrinologisk Afdeling

4.3.4 Retslægerådets sekretariat 2016

Adelgade 13, 1304 København K (pr. 1. juni 2017: Toldboden 2, 2. sal, 8800 Viborg)

Tlf. 33 92 33 34

E-mailadresse: retslægerraadet@retslægerraadet.dk

Hjemmeside: www.retslaegerraadet.dk

Juridiske medarbejdere

Sekretariatsleder Henning Hansen, fratrædt 30.09.16 (Konsulent siden 01.10.16)

Fuldmægtig Nanna Due Binø, fratrædt 31.05.16

Fuldmægtig Rasmus Kongsted (fg. Sekretariatsleder siden 01.10.16)

Fuldmægtig Mikkel Holt Christensen, tiltrædt 01.06.16

Fuldmægtig Catherina Hjelm Parastatis, tiltrædt 01.10.16

Konsulent Harry Mosekjær Madsen

Student Sofie Højris Bitzer, tiltrædt 01.05.16

Lægelige sekretærer

Overlæge Christina Jacobsen (16 timer ugentlig)

Professor, ph.d., Niels Lynnerup (16 timer ugentlig)

Overlæge Lars Tue Sørensen (16 timer ugentlig)

Overlæge Lars Willy Andersen (16 timer ugentlig)

Administrativt personale

Overassistent Jonna Sejer, fratrædt 31.05.16

Overassistent Karina Thougard Jensen, fratrædt 01.02.16

Overassistent Monika Verma, tiltrædt 01.02.16

Kontorfunktionær Nicoline Munk Mikkelsen, tiltrædt 08.08.16