

Betænkning om afkald på livsforlængende behandling (livstestamenter m.v.)

Afgivet af arbejdsgruppen
om lægers og patienters retsstilling
vedrørende behandling
af patienter, som ikke ønsker udsigtsløs
livsforlængende behandling



Betænkning nr. 1184
København 1989

Publikationen kan købes i boghandelen eller hos

Statens Informationstjeneste

Postboks 1103,1009 København K.

Telefon 33 92 92 28 - Postgirokonto nr. 1 09 14 25.

Ved fremsendelse af check eller ved indbetaling

på giro til Statens Informationstjeneste

undgås ekspeditionsgebyr.

 trykt på genbrugspapir

ISBN 87-503-8110-5

Stougaard Jensen/København

Ju 00-220-bet.

INDHOLDSFORTEGNELSE

	SIDE
KAPITEL 1	9
Indledning	9
1.1. Arbejdsgruppens nedsættelse, kommissorium og sammensætning	9
1.2. Betænkningens opbygning	12
KAPITEL 2	14
Beskrivelse af den gældende retstilstand	14
2.1. Indledende bemærkninger	14
2.2. "Aktiv dødshjælp"	15
2.2.1. Straffelovens bestemmelser om drab	15
2.2.2. Betydningen af en i øvrigt strafbar gernings atypiske karakter	17
2.2.3. Årsagssammenhæng. Flere samtidige skadesårsager	19
2.2.3.1. Særligt vedrørende forsøg	19
2.2.3.2. Særligt om "dobbelteffekten"	19
2.2.4. Særligt vedrørende livstestamenter	22
2.2.5. Særligt vedrørende straffelovens § 240, hjælp til selvmord	23
2.2.6. Særligt vedrørende muligheden for tiltalefravalg for aktiv dødshjælp	23
2.3. Den undladte behandling	25
2.3.1. Det strafferetlige udgangspunkt	25
2.3.2. Almindelige begrænsninger i den lægelige handling	27
2.3.3. Samtykke	29
2.3.3.1. Udgangspunktet (voksne, habile personer)	29
2.3.3.2. Børn og andre inhabile	31
2.3.3.3. Særligt vedrørende selvmordsforsøg	32
2.3.3.4. Særligt vedrørende sultestrejkende	33
2.3.3.5. Særligt vedrørende patienter, der afviser at modtage blodtransfusion	35
2.3.3.6. Særligt vedrørende bevidstløshedstilfælde	37
2.3.3.7. Andre tilfælde af forudgående afkald på livsnødvendig lægehjælp. Livstestamenter	43

	SIDE
2.3.3.7.1.	Indledende bemærkninger 43
2.3.3.7.2.	Livstestamentets indhold og fortolkning 43
2.3.3.7.3.	Livstestamentets (straffe)retlige betydning 45
2.3.3.7.4	Særligt vedrørende livstestamenters tilbagekal- delse 50
2.4.	Den afbrudte behandling 51
2.4.1.	Indledende bemærkninger 51
2.4.2.	Generelle begrænsninger i pligten til at fort- sætte en påbegyndt livsforlængende behandling 54
2.4.3.	Særligt vedrørende spørgsmålet om patientsamtykke 56
2.4.3.1.	Patientens begæring om afbrydelse af en igangvæ- rende livsforlængende behandling 56
2.4.3.2.	Forudgående begæringer om afbrydelse af fremti- dige behandlinger. Livstestamenter 58
2.5.	Sammenfatning 59
KAPITEL3	61
Retspolitiske overvejelser og lovforberedende arbejde i andre lande	61
3.1.	Indledende bemærkninger om arbejdsgruppens an- vendelse af retspolitiske overvejelser og lov- forberedende arbejde i andre lande 61
3.2.	De enkelte lande 62
3.2.1.	Norge 62
3.2.1.1.	Indledende bemærkninger 62
3.2.1.2.	Hovedpunkter i norsk strafferetlig teori 62
3.2.1.2.1.	Om grænserne for den lægelige hjælpepligt 62
3.2.1.2.2.	Særligt om patientens selvbestemmelsesret 65
3.2.1.3.	Afsluttende bemærkninger 66
3.2.2.	Sverige 66
3.2.2.1.	Indledende bemærkninger 66
3.2.2.2.	Den lægeetiske debat omkring dødshjælp 66
3.2.2.3.	Afsluttende bemærkninger 68
3.2.3.	Holland 68
3.2.3.1.	Indledende bemærkninger 68
3.2.3.2.	Hollandsk retspraksis i relation til aktiv dødshjælp 68

		SIDE
3.2.3.3.	Hollandske lovinitiativer	70
3.2.3.3.1.	D 66's lovforslag	70
3.2.3.3.2.	Regeringskoalitionens forslag	71
3.2.3.4.	Afsluttende bemærkninger	72
3.2.4.	Forbundsrepublikken Tyskland	72
3.2.4.1.	Indledende bemærkninger	72
3.2.4.2.	Det tyske juristforbunds forslag	72
3.2.4.3.	Afsluttende bemærkninger	74
3.2.5.	Schweiz	75
3.2.5.1.	Indledende bemærkninger	75
3.2.5.2.	Hovedkonklusionerne fra det lovforberedende arbejde i Schweiz	76
3.2.5.3.	Afsluttende bemærkninger	78
3.2.6.	Australien	78
3.2.6.1.	Indledende bemærkninger	78
3.2.6.2.	De enkelte delstater	78
3.2.6.2.1.	Hovedtrækkene i den gennemførte lovgivning i South Australia	78
3.2.6.2.2.	Hovedtrækkene i det lovforberedende arbejde i delstaten Victoria	79
3.2.6.3.	Afsluttende bemærkninger	82
3.2.7.	USA	82
3.2.7.1.	Indledende bemærkninger	82
3.2.7.2.	Hovedtrækkene i den retlige regulering på området i USA	83
3.2.7.2.1.	Stater, der har vedtaget særlig lovgivning om livstestamenter m.v.	83
3.2.7.2.2.	Stater, der ikke har indført særlig lovgivning om livstestamenter	85
3.2.7.3.	Afsluttende bemærkninger	86
3.2.8.	Canada	86
3.2.8.1.	Indledende bemærkninger	86
3.2.8.2.	Hovedkonklusionerne fra det canadiske lovforberedende arbejde	87
3.2.8.3.	Afsluttende bemærkninger	88

	SIDE
KAPITEL 4	90
Arbejdsgruppens hovedsynspunkter	90
4.1. Indledende bemærkninger	90
4.2. Aktiv dødshjælp	90
4.3. Hjælp til selvmord	91
4.4. Samtykke og information	92
4.4.1. Patientsamtykke som forudsætning for lægebehandling	92
4.4.1.1. Generelt	92
4.4.1.2. Særligt vedrørende børn	94
4.4.2. Særligt om udsigtsløs (livsforlængende) behandling af patienter, der ikke længere er habile	97
4.4.2.1. Ingen forudgående tilkendegivelse fra patienten	97
4.4.2.2. Betydningen af patientens forudgående tilkendegivelser	97
4.4.2.2.1. Udgangspunktet	97
4.4.2.2.2. Aktuell tilkendegivelse	98
4.4.2.2.3. Forudgående tilkendegivelser	99
4.4.2.2.4. Tilkendegivne ønsker om fortsat behandling	100
4.4.3. Principperne om samtykke og information i relation til patient- og persongrupper, der ikke er i en tilstand, hvor videre behandling kan anses for at være udsigtsløs livsforlængende	101
4.4.3.1. Generelle bemærkninger	101
4.4.3.2. Forudgående tilkendegivelser fra bestemte patient- og persongrupper	102
4.4.3.2.1. Patienter, der afviser livsforlængende behandling, når de er i en tilstand, hvor de "varigt vil være ude af stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt"	102
4.4.3.2.2. Patienter, der afviser transfusion af blod og blodprodukter	102
4.4.3.2.3. Sultestrejkende	103
4.4.3.2.4. Personer, der har forsøgt selvmord	103
4.5. Livstestamenters form og tilbagekaldelse m.v.	104
4.5.1. Form	104
4.5.2. Tilbagekaldelse	105
4.5.3. Registrering af livstestamenter m.v.	106

	SIDE
KAPITEL 5	108
Arbejdsgruppens lovudkast med tilhørende bemærkninger	108
5.1. Indledende bemærkninger	108
5.2. Flertallets lovudkast	108
5.3. Flertallets bemærkninger til flertallets lovudkast	109
5.3.1. Generelle bemærkninger	109
5.3.2. Bemærkninger til udkastets enkelte bestemmelser	110
5.4. Mindretallets lovudkast	114
5.5. Mindretallets bemærkninger til mindretallets lovudkast	115
5.5.1. Generelle bemærkninger	115
5.5.2. Bemærkninger til udkastets enkelte bestemmelser	116
 BELAG	 123
 BILAG 1	 125
Beslutningsforslag nr. B 124 (1986). Forslag til folketingsbeslutning om lægers og patienters retsstilling vedrørende behandling af patienter, som ikke ønsker udsigtsløs livsforlængende behandling	
 BILAG 2	 131
Retsudvalgets beretning over forslag nr. B 124 til folketingsbeslutning om lægers og patienters retsstilling vedrørende behandling af patienter, som ikke ønsker udsigtsløs livsforlængende behandling	
 BILAG 3	 132
Borgerlig straffelov i uddrag	
 BILAG 4	 138
Bekendtgørelse nr. 426 af 19. august 1976 af lov om udøvelse af lægegerning	
 BILAG 5	 146
Lægeløftet, lægeetiske regler og deklarationer	
 BILAG 6	 164
Sundhedsstyrelsens pressemeddelelser af 18. og 20. august 1986	
 BILAG 7	 166
Afsnit 7.3. fra Sundhedsstyrelsens redegørelse "Information og Samtykke - Lægers pligt og patienters ret"	
 BILAG 8	 169
Landsforeningen Mit Livstestamentes standardformular til et livstestamente	

KAPITEL 1.

Indledning.

1.1. Arbejdsgruppens nedsættelse, kommissorium og sammensætning.

Den 11. marts 1986 fremsattes i Folketinget et forslag til folketingsbeslutning om lægers og patienters retsstilling vedrørende behandling af patienter, som ikke ønsker udsigtsløs livsforlængende behandling (Beslutningsforslag nr. B 124 er optrykt som bilag 1 til betænkningen).

Forslaget indeholdt en henstilling til regeringen om "at nedsætte en arbejdsgruppe med henblik på at skabe en klarere retstilstand for **behandling/ikke-behandling** af patienter med håbløse sygdomme, så menneskers ret til en naturlig og værdig død sikres."

Beslutningsforslaget blev fremsat på baggrund af fælles henvendelser, som Den Almindelige Danske Lægeforening og Landsforeningen Mit Livstestamente havde rettet til justitsministeren og indenrigsministeren, og på baggrund af de fælles overvejelser, som de to foreninger havde gjort sig omkring et muligt kommissorium for en sådan arbejdsgruppe.

Forslaget blev undergivet 1. behandling i Folketinget den 30. april 1986 (Folketings-tidende 1985-86 spalte 10401-10414), hvor det efter forhandling og uden afstemning blev besluttet at henvise forslaget til Folketingets Retsudvalg.

Folketingets Retsudvalg afgav den 29. maj 1986 beretning over forslaget. Beretningen er optaget som bilag 2 til betænkningen.

Den 16. januar 1987 nedsatte justitsministeren herefter en arbejdsgruppe om lægers og patienters retsstilling vedrørende behandling af patienter, som ikke ønsker udsigtsløs livsforlængende behandling. Arbejdsgruppen fik følgende kommissorium:

"Arbejdsgruppen har til opgave at gennemgå de strafferetlige spørgsmål vedrørende lægers adgang til at standse eller undlade at påbegynde en behandling, som må anses nytteløs, eller som alene tilsigter at udskyde en naturlig afslutning på livet.

Arbejdsgruppen skal bl.a. under hensyntagen til strafferetlige principper klarlægge den betydning, der kan eller bør tillægges et samtykke eller ønsker, herunder tidligere ønsker, fra den pågældende med hensyn til behandling, respektive standsning eller ikke-påbegyndelse af behandling. I denne forbindelse bør det overvejes, hvordan det sikres, at sådanne ønsker kommer til lægens kendskab, samt om patienten har ret til, efter eller uden opfordring til lægen, at blive orienteret om sygdommens karakter, behandlingsmulighederne og konsekvenserne af behandling/ikke-behandling.

Arbejdsgruppen skal endvidere behandle spørgsmålet om anvendelse af smertestillende og andre midler, hvor der er risiko for, at indgivelse heraf kan medføre en fremskyndelse af dødstidspunktet.

På baggrund af arbejdsgruppens overvejelser af de nævnte spørgsmål anmodes arbejdsgruppen om at vurdere, om de gældende regler er hensigtsmæssige, og om der er behov for udfærdigelse af nye regler på området. Arbejdsgruppen bør i givet fald udarbejde forslag til sådanne regler."

Ved skrivelse af 30. september 1986 rettede Vagttårnets Bibel- og Traktatselskab henvendelse til indenrigsministeren vedrørende spørgsmålet om adgangen for medlemmer af trossamfundet Jehovas Vidner til at modsætte sig transfusion af blod og blodprodukter i forbindelse med lægebehandling.

Ved skrivelse af 12. december 1986 videresendte indenrigsministeren henvendelsen til Justitsministeriet, idet det grundlæggende problem i sagen efter Indenrigsministeriets opfattelse var en regelkonflikt mellem straffelovens § 253 og § 260.

Justitsministeriet orienterede herefter ved skrivelse af 17. december 1986 Vagttårnets Bibel- og Traktatselskab om nedsættelsen af arbejdsgruppen om lægers og patienters retsstilling vedrørende behandling af patienter, der ikke ønsker udsigtsløs livsforlængende behandling, idet man samtidig tilføjede, at

"Justitsministeriet er opmærksom på den omstændighed, at spørgsmålet om indgivelse af blodtransfusion kan opstå ved sædvanlig lægebehandling også af ikke-livstmende sygdomme m.v., men finder dog, at den grundlæggende konflikt mellem behandling, respektive ikke-behandling eller alternativ behandling efter patientens ønsker bærer de samme elementer i sig, hvad enten

det drejer som om blodtransfusions-ønsker konkret eller livsforlængende behandling mere generelt.

Justitsministeriet vil derfor lade henvendelsen fra Vagttårnets Bibel- og Traktatselskab indgå i overvejelserne i den kommende arbejdsgruppe."

Arbejdsgruppen har i overensstemmelse hermed medtaget problemstillingen omkring transfusionsbehandling med blod og blodprodukter af medlemmer af trossamfundet Jehovas Vidner i sine overvejelser.

Arbejdsgruppen havde ved betænkningens afgivelse følgende sammensætning:

Formand: Landsdommer Poul Sørensen

Medlemmer:

Professor, lic.jur. Vagn Greve (Justitsministeriet)

Oversygeplejerske Lone Hartmann (Dansk Sygeplejeråd)

Fuldmægtig Poul Dahl Jensen (Justitsministeriet)

Fuldmægtig Vibeke Brask Lemche (Sundhedsministeriet)

Overlæge, dr.med. Svend Nørregaard (Sundhedsstyrelsen)

Professor, dr.med. Jørn Simonsen (Den Almindelige Danske Lægeforening)

1. reservelæge Kirsten D. Hjort Sørensen (Den Almindelige Danske Lægeforening)

Fhv. arbejdsformidlingschef Aage Valbak (Landsforeningen Mit Livstestamente)

Statsadvokat Birgitte Vestberg (Rigsadvokaten)

Advokat Henrik Viltoft (Advokatrådet)

Professor, dr.phil. Lise Østergaard (Landsforeningen Mit Livstestamente)

Fuldmægtig Lars Bay Larsen, Justitsministeriet, har fungeret som sekretær for arbejdsgruppen.

Fuldmægtig Lars Bo Langsted, Justitsministeriet, var medlem af arbejdsgruppen frem til den 22. maj 1987, hvor han afløstes af fuldmægtig Poul Dahl Jensen.

Fuldmægtig i Sundhedsministeriet Vibeke Brask Lemche blev den 20. juli 1988 efter Sundhedsministeriets indstilling udpeget som yderligere medlem af arbejdsgruppen.

Stud.jur. Carsten Lang-Jensen har bistået arbejdsgruppens sekretær bl.a. ved gen-

nemgangen af dele af det indhentede materiale om fremmed ret.

Tekstbehandlingen er varetaget af overassistent Lizzi Mortensen og kontorfuldmægtig Karin Petersen, begge Justitsministeriet.

Arbejdsgruppen har afholdt 19 møder.

1.2. Betænkningens opbygning.

I betænkningens kapitel 2 har arbejdsgruppen søgt at beskrive den gældende retstilstand på de områder, der er omfattet af arbejdsgruppens kommissorium.

Kapitel 3 indeholder en sammenfatning af de væsentligste af de oplysninger om fremmed ret på området og om beslægtede retspolitiske overvejelser, som arbejdsgruppen har modtaget fra en række andre lande.

Arbejdsgruppen finder i den forbindelse anledning til at rette en særlig tak til ambassaderåd J. R. Lilje-Jensen, Den danske ambassade i Haag, for særligt indsigtfulde og fyldestgørende indberetninger vedrørende de retspolitiske overvejelser på området i Holland.

Kapitel 4 indeholder arbejdsgruppens bedømmelse af behovet for ændringer af den gældende retstilstand på området.

Arbejdsgruppen har været enig om, at der er behov for mindre præciseringer af retstilstanden gennem en udtrykkelig lovfæstelse af de gældende principper for information og samtykke. Der har endvidere været enighed om, at sådanne bestemmelser mest hensigtsmæssigt kan placeres i lægeloven.

For så vidt angår den konkrete udformning af udkast til bestemmelser om information og samtykke i lægeloven, har arbejdsgruppen imidlertid delt sig i et flertal og et mindretal.

Mindretallet har ønsket en noget mere udførlig affattelse af de omhandlede bestemmelser, end flertallet på sin side har fundet det nødvendigt og hensigtsmæssigt.

Mindretallet har endvidere foreslået, at der i lægeloven optages yderligere bestemmelser, der tilsigter en udtrykkelig lovfæstelse af livstestamenter.

Kapitel 5 indeholder såvel flertallets som mindretallets lovudkast med tilhørende bemærkninger.

Betænkningens sidste del rummer en række baggrundsbilag, herunder bl.a. relevante bestemmelser i straffeloven, den gældende lægelov, de lægeetiske regler og tilkendegivelser fra Sundhedsstyrelsen.

København, den 11. oktober 1989.

Poul Sørensen

Vagn Greve

Lone Hartmann

Jørn Simonsen

Svend Nørregaard

Kirsten D. Hjort Sørensen

Birgitte Vestberg

Aage Valbak

Lise Østergaard

Henrik Viltøft

Vibeke Brask Lemche

Poul D. Jensen

Lars Bay Larsen
(sekretær)

KAPITEL 2.

Beskrivelse af den gældende retstilstand.

2.1. Indledende bemærkninger.

Arbejdsgruppen er anmodet om "at gennemgå de strafferetlige spørgsmål vedrørende lægers adgang til at standse eller undlade at påbegynde en behandling, som må anses nytteløs, eller som alene tilsigter at udskyde en naturlig afslutning på livet."

I forbindelse med sin gennemgang af gældende ret er arbejdsgruppen særligt blevet bedt om at klarlægge den betydning, der kan tillægges et samtykke eller ønske, herunder tidligere ønsker, fra en patient med hensyn til behandling, respektive standstill eller ikke-påbegyndelse af behandling.

Spørgsmålet om tilladeligheden af at undlade at påbegynde eller at afbryde en livsforlængende lægelig behandling har hidtil ikke været gjort til genstand for selvstændig lovregulering i Danmark.

Dette indebærer, at en beskrivelse af gældende ret må tage sit udgangspunkt i de almindelige bestemmelser i straffelovens kapitel 25 om forbrydelser mod liv og lemme, i bestemmelserne i straffelovens kapitel 26 om forbrydelser mod den personlige frihed samt i visse af lægelovens bestemmelser.

Fælles for disse bestemmelser er, at de er formuleret generelt og med sigte på forhold, der på en række punkter afviger betydeligt fra de situationer, der kan opstå i lægeVpatientforholdet i forbindelse med spørgsmålet om afbrydelse af eller undladelse af at påbegynde en livsforlængende behandling.

Arbejdsgruppen har ved sin gennemgang af de gældende regler inddraget tilgængelig faglitteratur samt kendt rets- og administrativ praksis. Arbejdsgruppen finder imidlertid anledning til indledningsvis at understrege, at netop retsreglernes generelle karakter og lægeVpatientforholdets atypiske karakter bevirker, at der i fortolkningen i særlig grad må indgå et skønsmæssigt element.

Retsreglernes generelle formulering muliggør, at medicinske eller etiske vurderinger - f.eks. i form af sagkyndige udtalelser om god lægeskik - vil kunne tillægges

særlig vægt ved den juridiske fortolkning af retsreglerne på området.

2.2. "Aktiv dødshjælp".

2.2.1. Straffelovens bestemmelser om drab.

Den, som dræber en anden, straffes for manddrab efter straffelovens § 237 med fængsel fra 5 år indtil på livstid. Dette gælder principielt også den, der dræber en anden af medlidenhed, f.eks. på grund af den pågældendes lidelser som følge af en uhelbredelig, dødelig sygdom.

Efter omstændighederne vil det imidlertid i sådanne tilfælde (ofte) kunne komme på tale at lade den forskyldte straf nedsætte eller eventuelt ligefrem bortfalde i medfør af bestemmelsen i straffelovens § 85 ¹. Efter denne bestemmelse kan straffen nedsættes, når den strafbare handling er begået under indflydelse af stærk sindsbevægelse, eller når der foreligger andre særlige oplysninger om gerningsmandens sindstilstand eller omstændighederne ved gerningen, og de nævnte forhold taler for en mildere straf end den, som ellers ville finde anvendelse. Under særligt formildende omstændigheder, kan straffen bortfalde.

I visse situationer vil det endvidere kunne komme på tale at anvende bestemmelsen i straffelovens § 84, stk. 1, nr. 5, hvorefter den straf, som loven foreskriver for en strafbar handling, kan nedsættes, bl.a. når nogen ved sit afhængighedsforhold til en anden har ladet sig bevæge til gerningen .

Selv om den dræbte skulle have samtykket til drabet, fritager det ikke gerningsmanden for strafansvar. Sker drabet efter den pågældendes bestemte begæring, bevirker dette alene, at forholdet i stedet er omfattet af straffelovens § 239 om drab efter begæring , hvorefter straffen er fængsel indtil 3 år eller hæfte ikke under 60 dage.

Straffelovens § 85 er sålydende: "Straffen kan nedsættes, når en strafbar handling er begået under indflydelse af stærk sindsbevægelse, eller når der foreligger andre særlige oplysninger om gerningsmandens sindstilstand eller omstændighederne ved gerningen og de nævnte forhold taler for en mildere straf end den, som ellers ville finde anvendelse. Under særlig formildende omstændigheder kan straffen bortfalde."

Straffelovens § 84, stk. 1, nr. 5, er sålydende: "Den for en strafbar handling i loven foreskrevne straf kan nedsættes når nogen ved sit afhængighedsforhold til en anden eller ved trusel om betydelig skade har ladet sig bevæge til gerningen".

Straffelovens § 239 er sålydende: "Den, som dræber en anden efter dennes bestemte begæring, straffes med fængsel indtil 3 år eller med hæfte ikke under 60 dage."

Også i sådanne tilfælde vil en anvendelse af straffelovens § 85 ofte være nærliggende, men vil på grund af det væsentligt mindre strafminimum i straffelovens § 239 være af mindre direkte og afgørende betydning end i relation til den almindelige drabsbestemmelse i straffelovens § 237.

Begæringen må for at kunne bevirke, at forholdet henføres til straffelovens § 239 (drab efter begæring), være utvetydig, men behøver ikke nødvendigvis at være kommet til udtryk i ord. Der er dog i teorien ⁷ enighed om, at et umiddelbart forudgående selvmordsforsøg ikke i sig selv er tilstrækkeligt til at statuere, at der foreligger en bestemt begæring. Resultatet har støtte i den Vestre Landsrets dom, der er refereret i Ugeskrift for Retsvæsen 1955, s.551, og som er omtalt nedenfor i afsnit 2.2.3.1.

Den begærende skal både i henseende til alder og tilregnelighed besidde den fornødne habilitet. Den begærende må derfor i almindelighed være fyldt 18 år og må ikke på grund af sindssygdom, anden åndelig svækkelse, indtagelse af spiritus, narkotika eller medicin være i en sådan tilstand, at fornuftig stillingtagen er udelukket.

Domstolene har i øvrigt - som i andre straffesager - mulighed for gennem anvendelsen af helt eller delvist betingede domme (såkaldte kombinationsdomme) ⁸ at afpasse sanktionen efter den konkrete sags særlige omstændigheder.

Fra nyere praksis kan følgende afgørelse anføres:

Roskilde byrets dom af 20. december 1971 : En kvinde havde i mere end 20 år gentagne gange været

Vagn Greve, Bent Unmack Larsen og Per Lindegaard: Kommenteret Straffelov, Speciel Del, 4. udgave, 1988, s. 244-247 smh. s. 272 med yderligere henvisninger.

Dette følger af straffelovens § 56, stk. 1 og 2, der er sålydende:

"Finder retten det upåkrævet, at straf kommer til fuldbyrdelse, bestemmes det i dommen, at spørgsmålet om straffastsættelse udsættes og bortfalder efter en prøvetid.

Stk. 2. Såfremt det må anses for mere formålstjenligt, kan retten fastsætte straffen og bestemme, at fuldbyrdelsen udsættes og bortfalder ved udløbet af prøvetiden. Dette gælder dog kun, såfremt straffen er bøde, hæfte eller fængsel."

Muligheden for anvendelse af de såkaldte kombinationsdomme er reguleret i straffelovens § 58, der er sålydende:

"Skønnes anvendelse af ubetinget frihedsstraf påkrævet, men taler oplysningerne om tiltaltes personlige forhold for anvendelse af betinget dom efter § 56, kan retten bestemme, at en del af den forskyldte straf, dog højst 3 måneder, skal fuldbyrdes, medens dommen i øvrigt gøres betinget. I dette tilfælde kan ubetinget hæftestraf anvendes, selv om denne strafart ikke i øvrigt er hjemlet for overtrædelsen. Ubetinget hæftestraf kan idømmes i forbindelse med betinget fængselsstraf.

Stk. 2. I forbindelse med betinget dom kan der idømmes bøde, selv om sådan straf ikke er hjemlet for den pågældende lovovertrædelse."

Dommen er omtalt nærmere af Vagn Greve i artiklen: "Om læger og euthanasi" i Juristen 1974, s. 382-383.

indlagt på sygehuset på grund af en fremadskridende og meget smertefuld ledsygdom. De sidste år havde hun konstant ligget i sengen, da hun var ude af stand til at gå. Hun fik dagligt smertestillende indsprøjtninger. Hun havde flere gange bestemt bedt om at blive hjulpet til at dø. Hun spiste en dag en overdosis sovepiller og tog afsked med familien. Inden tabletterne havde nået at virke, blev hun indlagt på sygehuset. Tre dage efter blev familien underrettet om, at hun næppe ville kunne leve yderligere 24 timer til trods for en meget intensiv behandling. Det var åbenbart, at hun led meget. 1 1/2 døgn senere kvalte hendes voksne børn hende med et lagen. De blev idømt 3 måneders betinget fængsel for drab efter begæring (straffelovens § 239).

2.2.2. Betydningen af en i øvrigt strafbar gernings atypiske karakter ⁸⁾.

Der synes hverken i den juridiske teori eller i anklagemyndighedens tiltalepraksis at være tvivl om, at også den behandlende læge, der giver f.eks. en i forvejen døende kræftpatient en øjeblikkeligt dræbende indsprøjtning, vil kunne straffes for overtrædelse af straffelovens § 237 - eller, såfremt drabet sker efter den pågældende patients bestemte begæring, straffelovens § 239 - alt forudsat det fornødne forsæt er til stede.

Det er en betingelse for strafansvar efter de forsætlige drabsbestemmelser, at gerningsmanden enten direkte skal have haft til hensigt, at offeret skulle afdø ved døden, eller skal have indset, at døden var en nødvendig eller overvejende sandsynlig følge af gerningen. I de tilfælde, hvor et drab ikke kan tilregnes gerningsmanden som forsægtigt, men dog nok bebrejdes denne, vil gerningsmanden efter omstændighederne i stedet kunne straffes for overtrædelse af straffelovens § 241 om uagtsomt

Efter straffelovens § 1 kan straf kun pålægges for et forhold, hvis strafbarhed er hjemlet ved lov eller som ganske må ligestilles med et sådant.

De retssikkerhedsmæssige hensyn, der ligger bag affattelsen af straffelovens § 1, fører til, at den fortolkning, som også strafferetlige regler nødvendigvis må være genstand for, ofte vil have en indskrænkende (undtagende) karakter. En sådan fortolkning kan føre til, at en straffebestemmelse ikke anvendes på et tilfælde, selv om det ud fra en naturlig sproglig forståelse falder ind under bestemmelsen.

En anvendelse af indskrænkende undtagelsesfortolkning kan være særlig nærliggende, hvor man fra lovgivers side har indføjet ord som "retsstridig", "ulovlig" eller "ubeføjet" i gerningsbeskrivelsen.

Det antages imidlertid, at domstolene også uden for disse tilfælde, d.v.s. uden direkte lovstøtte, har adgang til at frifinde på grund af "materiel atypicitet" eller "**manglende** retsstridighed" i visse tilfælde, hvor en handling eller undladelse nok er omfattet af en straffebestemmelser ordlyd, men på grund af sin konkret atypiske karakter adskiller sig væsentligt fra den type af forhold, som det må antages, at lovgiver har villet regulere med den pågældende bestemmelse.

Der kan i den forbindelse bl.a. henvises til Vagn Greve, Bent Unmack Larsen og Per Lindegaard: Kommenteret Straffelov, Almindelig Del. 4. udg., 1989, s. 97, samt Stephan Hurwitz: Den Danske Kriminalret, Almindelig Del, 1971, s. 8ff. og 86ff.

8)

Således: Vagn Greve, Bent Unmack Larsen og Per Lindegaard, Kommenteret Straffelov: Speciel Del, 4. udg., 1988, s. 245, samt Knud Waabeu: Strafferettens specielle del, 1983, s. 34ff.

manddrab .

Fra nyere tiltalepraksis kan der henvises til den nedenfor under 2.2.6. omtalte Østre Landsrets dom af 5. september 1979, hvorved en overlæge af et nævningeting blev frifundet for drab på en patient, der led af akut leukæmi.

Endvidere kan Brønderslev rets dom af 28. september 1987 nævnes. Ved dommen blev en sygeplejerske, der var ansat som plejhjemsleder, idømt 1 års fængsel bl.a. for forsøg på drab efter straffelovens § 237, jfr. § 21. Af straffen ansås de 3 måneder for udstået med varetægtsfængslingen, medens de resterende 9 måneder gjordes betinget. Plejhjemslederen havde efter sin egen erkendelse givet en 91-årig døende plejhjemsbeboer en dræbende indsprøjtning. Beboeren døde knap 7 timer senere, men tiltalen blev alene rejst for forsøg på drab, idet anklagemyndigheden ikke fandt at kunne bortse fra muligheden af, at beboeren var død af sin sygdom, forinden indsprøjtningen havde haft sin fulde virkning.

Den omstændighed, at et (medlidenheds-)drab - evt. efter begæring - begås af en behandlende læge, vil ikke i sig selv medføre, at forholdet vil kunne anses for strafrit på grund af sin atypiske karakter. Tværtimod vil det snarere kunne anføres, at den strafferetlige vurdering af en læges handlinger og undladelser i så henseende vil være skærpet som følge af det særlige pligtforhold, der består mellem den behandlende læge og patienten.

Det kan - som det også anføres nedenfor under afsnit 2.3.1. - yderligere forekomme, at visse tilfælde, hvor en læge - i strid med de særlige handlepligter, der følger af det afhængigheds- og varetægtsforhold, som læge-/patientforholdet instituerer - undlader at påbegynde en livsnødvendig behandling, af domstolene vil blive retligt sidestillet med tilfælde, hvor der foreligger egentlige (aktive) drabshandlinger⁹⁾.

9)

Straffelovens § 241 er sålydende:

"Den, som uagtsomt forvolder en andens død, straffes med hæfte eller bøde, under skærpende omstændigheder med fængsel indtil 4 år."

Om lægers ansvar efter straffelovens § 241, se f.eks. Oluf Krabbe: Borgerlig Straffelov, 4. udg., 1947, s. 546, Knud Waaben: Strafferettens specielle del, 1983, s. 39f. samt Karnovs Lovsamling 11 udg., bind 7 (1988), s. 6678-6679 note 725-726 med yderligere henvisninger til litteratur og retspraksis.

I den strafferetlige teori taler man her om **"uegentlige"** undladelsesforbrydelser¹⁰⁾ eller om "overtrædelse af kommissivdelikter ved undladelse." Se herom f.eks. Stephan Hunvitz: Den Danske Kriminalret, Almindelig Del, 1971, s. 21-23, der omtaler de af Johs. Andenæs i "Straffbar unnladelse", Oslo 1942, opstillede grundsætninger. Herefter er det bl.a. muligt at henhøre en undladelse under et kommissivdelikt (som § 237), når "undladeren" har særlig tilknytning til den skadevoldende faktor eller den skadelidende interesse. Endvidere antages en offentlig tjenestestilling eller socialretlig stilling (som f.eks. læge) at kunne danne ansvarsgrundlag i sådanne tilfælde.

2.2.3. Årsagssammenhæng. Flere samtidige skadesårsager.

2.2.3.1. Særligt vedrørende forsøg.

For så vidt angår (medlidenheds)drab eller (medlidenheds)drab efter begæring af patienter, hvis død i forvejen på grund af patientens sygdom måtte anses for nært forstående, vil der ofte være tale om flere samtidige skadesårsager. Dette vil efter omstændighederne kunne medføre, at der konkret kun kan føres bevis for forsøg på drab, respektive forsøg på drab efter begæring, og der vil som følge heraf yderligere være mulighed for ved strafudmålingen at anvende straffelovens § 21, stk. 2, hvorefter den ved lovovertrædelsen forskyldte straf altid kan nedsættes ved forsøg .

Der kan i den forbindelse henvises til den Vestre Landsrets dom, der er refereret i Ugeskrift for Retsvæsen 1955, s.551. Ved dommen fandtes den tiltalte, der var læge, skyldig i forsøg på drab (efter straffelovens § 237) af sin hustru, der efter indtagelse af sovetabletter var indlagt i bevidstløs tilstand på et hospital, idet tiltalte dér havde indsprøjet en betydelig mængde af et morfinpræparat i en glucoseinfusionslange. Nævningene svarede ja til at nedsætte straffen i medfør af straffelovens § 21, stk. 2, men svarede samtidig nej til at anvende straffelovens § 85

Der kan endvidere henvises til den ovenfor nævnte byretsdom af 28. september 1987 , hvor en plejehjemsleder for forsøg på **drab** efter straffelovens § 237, jfr. § 21, af en 91-årig døende plejehjemsboer blev idømt 1 års fængsel, hvoraf de 9 måneder blev gjort betinget.

2.2.3.2. Særligt om "dobbelteffekten".

Af større praktisk interesse og betydning i forbindelse med spørgsmålet om flere samtidige skadesårsager er formentlig den strafferetlige vurdering af den såkaldte "dobbelteffekt".

Hvis den behandlende læge, som et led i et behandlingsforløb, giver f.eks. en **kræft**-syg døende patient med stærke smerter en eller flere indsprøjtninger med kraftige smertestillende midler - typisk af morfingruppen - kan følgen, bl.a. på grund af den

Straffelovens § 21, stk. 2, er sålydende: "Den for lovovertrædelsen foreskrevne straf kan ved forsøg nedsættes, navnlig når forsøget vidner om ringe styrke eller fasthed i det forbryderske forsæt."

Straffelovens § 85 er gengivet i note 1) ovenfor.

Jfr. foran under afsnit 2.2.2.

hæmmende indflydelse disse midler (som en bivirkning) har på patientens åndedrætsfunktion, blive, at patienten dør på et tidligere tidspunkt, end tilfældet ville have været, hvis patienten ikke var blevet indgivet disse midler

Dansk ret betjener sig i strafferetlig henseende af et meget vidt årsagsbegreb¹⁴⁾. I overensstemmelse hermed vil de nævnte indsprøjtninger derfor som udgangspunkt retligt set være en årsag til patientens død, også selv om de ikke er hovedårsagen¹⁵⁾.

Sundhedsstyrelsen har bl.a. gennem udsendelsen af en række pressemeddelelser givet udtryk for sin opfattelse af gældende ret vedrørende "dobbelteffekten", idet man bl.a. har udtalt:

"...at der altid og for hver enkelt patient skal og må foretages en konkret vurdering ved den ansvarlige læge af en patients tilstand og udsigter samt fore-

14)

Smertestillende medikamenter.

1) Stærktvirkende (centralt virkende), f.eks. morfin, metadon, opium, petidin.

Virkning: Den smertestillende virkning skyldes til en vis grad binding til såkaldte opiatreceptorer i centralnervesystemet (størhjernen og forlænget marv), hvorved der udøves en smertehæmmende effekt (via bestemte nervebaner).

Bivirkning: Sedation, d.v.s. beroligelse i form af en virkning på centralnervesystemet, hvorved psykisk og motorisk mental aktivitet dæmpes (kan måles ved elektroencephalografi, EEG) - evt. stigende til total bevidstløshed (koma).

Respirationshæmning, d.v.s. hæmning af vejrtrækningen i form af faldende respirationsfrekvens evt. helt ophør (apnø) af vejrtrækningen (gennem påvirkning af den forlængede marv).

Andre: Kvalme, opkastning, konfusion, eufomani, svimmelhed, vandladningsbesvær, forstoppelse.

Generelt gælder det, at der er behov for stærkt individualiseret behandling ved administration af morfika på grund af:

- 1) forskellig smerteintensitet og smertetype
- 2) forskellig smertetolerance
- 3) forskellig tilvænning af morfika
- 4) forskellig optagelse og omsætning af morfika
- 5) forskellige bivirkninger af morfika.

2) Andre svagere virkende (perifert virkende), f.eks. Kodimagnyl, Panodil.

Virkning: Mekanisme ikke ganske klarlagt, muligvis nedsættes smertereceptorernes (smertepunkternes) følsomhed.

Bivirkning: Få. oftest gener i mave tarmkanal. Almindeligvis ingen tilvænning som ved de stærke smertestillende præparater.

Dansk ret har på dette område sit udgangspunkt i "conditio sine qua non"-teorien, hvor den ansvarsbegrundende begivenhed (handling eller efter omstændighederne undladelse) må have karakter af en betingelse, uden hvilken skaden ikke ville være indtruffet.

Se hertil bl.a. Stephan Hurwitz: Den Danske Kriminalret, Almindelig Del, 1971, s. 161f.

Jfr. f.eks. Stephan Hurwitz: Den Danske Kriminalret, Almindelig Del, 1971, s. 164.

Den her gengivne tekst er uddrag af Sundhedsstyrelsens pressemeddelelse af 2. september 1974, jfr. Sundhedsstyrelsens Årsberetning 1979, s. 9ff., der i det væsentligste er gentaget i Sundhedsstyrelsens pressemeddelelse af 18. august 1986, der sammen med en præciserende pressemeddelelse af 20. august 1986 er optaget i Ugeskrift for Læger 1986, s. 2381-2382. Sundhedsstyrelsens sidstnævnte pressemeddelelser er optaget som **bilag 6** til denne betænkning.

liggende behandlingsmuligheder, og at det er lægens ansvar at foretage den-
ne totalvurdering og handle efter den under ansvar bl.a. efter lægeloven.

I tilfælde, hvor det efter en lægelig vurdering konstateres, at behandling af
en patient er udsigtsløs og døden nært forestående, må det anses for beretti-
get at indgive de nødvendige smertestillende midler, selv om dette som en ik-
ke tilsigtet virkning kan medføre risiko for, at døden indtræffer på et lidt tid-
ligere tidspunkt."

Arbejdsgruppen kan tilslutte sig denne beskrivelse af gældende ret. Det er således
utvivlsomt, at en sådan i øvrigt lægeligt forsvarlig smertestillende behandling hver-
ken er omfattet af straffelovens drabsbestemmelser eller udgør en tilsidesættelse af
lægelovens bestemmelser. Det må antages, at noget tilsvarende gælder for anven-
delsen af beroligende midler bl.a. i tilfælde, hvor indgivelsen af disse midler skønnes
lægeligt påkrævet med henblik på at mildne den terminale patients ubehag eller
dæmpe den pågældendes angst. I forbindelse hermed bemærkes det, at hverken læ-
geløftet eller de lægeetiske regler giver nærmere retningslinier for, hvorledes
en læge bør eller skal handle i sådanne situationer.

Hvorvidt man vælger at kvalificere argumentationen for det rimelige i denne vurde-
ring juridisk gennem en henvisning til "manglende typicitet" eller til "manglende
retsstridighed"¹¹, synes alene at være et terminologisk spørgsmål. Afgørende er, at
den omhandlede adfærd efter en samlet vurdering af hele forløbet er så atypisk i
forhold til det, der kan antages at være tilsigtet omfattet af drabsbestemmelserne, at

18)

I medfør af lægelovens § 2, stk. 1, lyder det danske lægeløfte således:

"Efter at have aflagt offentlig prøve på mine i de medicinsk-kirurgiske fag erhvervede kundskaber,
aflægger jeg herved det løfte, til hvis opfyldelse jeg end ydermere ved håndsækning har forpligtet
mig, at jeg ved mine forretninger som praktiserende læge stedse skal lade det være mig magtpå-
liggende, efter bedste skønnende at anvende mine kundskaber med flid og omhu til samfundets og
mine medmenneskers gavn, at jeg stedse vil bære lige samvittighedsfuld omsorg for den fattige
sorn for den rige uden persons anseelse, at jeg ikke ubeføjet vil åbenbare, hvad jeg i min egenskab
af læge har erfaret, at jeg vil søge mine kundskaber fremdeles udvidede og i øvrigt gøre mig be-
kendt med og nøje efterleve de mig og mit fag vedkommende anordninger og bestemmelser."

Den Almindelige Danske Lægeforening har optrykt lægeløftet med følgende indledende bemærk-
ninger:

"Lægeløftet og de etiske regler skal tjene til at styrke god lægegerning og til opretholdelse af et
godt kollegialt forhold mellem lægeforeningens medlemmer.

Medlemmerne skal nøje sætte sig ind i dette regelsæts bestemmelser og bør handle i overens-
stemmelse med disse. Reglerne må dog til enhver tid vige for de forpligtelser, der påhviler et
medlem i forhold til lovgivningen, overenskomster afsluttet gennem eller godkendt af D.a.d.l. eller
medlemmets ansættelsesmæssige pligter i øvrigt."

Lægeløftet og de lægeetiske regler er optaget som **bilag 5** til betænkningen.

19)

Nævnes kan dog de etiske reglers § 3:

"En læge må ved undersøgelse og behandling af en patient kun gøre brug af metoder og midler,
som forsvarlig lægevirksomhed tilsiger."

en sædvanlig, naturlig fortolkning af bestemmelserne fører til, at den nævnte adfærd ikke kan anses for omfattet heraf .

2.2.4. Særligt vedrørende livstestamenter.

Det bemærkes her indledningsvis, at den standardformular (se nedenfor i afsnit 2.3.3.7.2., jfr. også bilag 8) til et livstestamente, som Landsforeningen Mit Livstestamente har udarbejdet, ikke indeholder nogen opfordring til eller anmodning om ydelse af aktiv dødshjælp.

Individuelt udformede livstestamenter vil imidlertid kunne indeholde anmodninger om ydelse af aktiv dødshjælp i visse nærmere beskrevne situationer.

Såfremt en sådan situation indtræffer, og et sådant udformet livstestamente efterkommes af den behandlende læge, opstår derfor spørgsmålet om, hvorvidt den strafretlige vurdering af den ydede aktive dødshjælp påvirkes af livstestamentet.

Det er i teorien anført , at et livstestamente, der er oprettet i umiddelbar tilknytning til den konkrete situation, f.eks. umiddelbart før en operation, hvor det på forhånd har været muligt at stille en sikker diagnose, eventuelt vil kunne opfylde det i straffelovens § 239 indeholdte krav om en bestemt begæring, forudsat at testator ved oprettelsen har været i besiddelse af den fornødne habilitet.

Bortset fra sådanne specielle tilfælde, hvor et livstestamente efter omstændighederne kan bevirke, at et forhold henføres til straffelovens § 239 (drab efter begæring) frem for til den almindelige bestemmelse om forsætligt drab i § 237, må det antages, at der efter gældende ret principielt ikke kan lægges vægt på indholdet af et livstestamente, når det skal afgøres, hvilken straffebestemmelse der er overtrådt ved ydet aktiv dødshjælp.

Derimod vil eksistensen af et sådant livstestamente efter omstændighederne kunne have betydning i forbindelse med strafudmålingen, herunder ved valget mellem be-

Se hertil Vagn Greve: "Om læger og euthanasi" i Juristen 1974, s. 381-389, især s. 383. samt note 7 til afsnit 2.2.2. ovenfor.

Se hertil P. Blume: "Euthanasi og Livstestamentet" i Tidsskrift for Rettsvitenskap 1982, s. 534ff., navnlig s. 549-552. Smh. Vagn Greve, B. Unmack Larsen og Per Lindegaard: Kommenteret Straffelov, Speciel Del, 4. udg., 1988, s. 245.

tinget dom, delvis betinget dom (kombinationsdom) og ubetinget dom¹⁾.

2.2.5. Særligt vedrørende straffelovens § 240, hjælp til selvmord.

Forestiller man sig, at en behandlende læge (eller andre) - fremfor at efterkomme en døende patients begæring om at måtte få en dødbringende indsprøjtning el.lign. - i stedet overlader den pågældende patient medicin, som patienten herefter berøver sig selv livet med, vil forholdet ikke kunne henføres til hverken den almindelige drabsbestemmelse i straffelovens § 237 eller bestemmelsen om drab efter begæring i § 239, men derimod til straffelovens § 240²⁾, hvorefter den, som medvirker til, at nogen berøver sig selv livet, straffes med bøde eller hæfte. Hvis handlingen foretages af egennyttige bevæggrunde, er straffen fængsel indtil 3 år.

Som (ikke lægeligt) eksempel fra nyere praksis kan nævnes den Østre Landsrets dom, der er refereret i Ugeskrift for Retsvæsen 1978, s. 868:

En 38-årig mand overlod sin 43-årige ven, der var påvirket af spiritus (1,77 o/oo), en revolver med ét skud i tromlen, uagtet han vidste eller bestemt formodede, at vennen, der var nervesvækket og stærkt deprimeret, ville benytte revolveren til at berøve sig livet. Umiddelbart derefter skød vennen sig. For overtrædelse af bl.a. straffelovens § 240 (hjælp til selvmord) blev den pågældende idømt 14 dages hæfte. Domfældelsen omfattede tillige bl.a. overtrædelse af våbenloven og af lov om euforiserende stoffer (20 gram hash).

2.2.6. Særligt vedrørende muligheden for tiltalefrafald for aktiv dødshjælp.

I disse alvorligere sager påhviler det - i overensstemmelse med de nærmere regler i retsplejelovens kapitel 65 - som udgangspunkt vedkommende regionale statsadvokat at rejse tiltale mod den sigtede. Bortset fra tilfælde, hvor statsadvokaten skønner, at sagen f.eks. på grund af manglende eller utilstrækkelige beviser ikke vil kunne føres igennem til en fældende dom, har statsadvokaten normalt ikke mulighed for på egen hånd at undlade at rejse tiltale i drabssager eller tilsvarende alvorlige sager.

Om muligheden for anvendelse af betinget dom m.v. se note 5 til afsnit 2.2.1.

)

Straffelovens § 240 er sålydende:

"Den, som medvirker til, at nogen berøver sig selv livet, straffes med bøde eller hæfte. Hvis handlingen foretages af egennyttige bevæggrunde, er straffen fængsel indtil 3 år."

Se hertil Vagn Greve, B. Unmack Larsen og Per Lindegaard: Kommenteret Straffelov, Speciel Del, 4. udg., 1988, s. 246-247 med henvisninger.

Statsadvokaten har derimod mulighed for i tilfælde, hvor han finder, at påtale under hensyn til særlig formildende omstændigheder kan undlades uden skade for nogen offentlig interesse, at forelægge sagen for rigsadvokaten. Rigsadvokaten kan da - eventuelt efter at have forelagt sagen for Justitsministeriet - i medfør af retsplejelovens § 723, stk. 2²⁴⁾ beslutte, at der ikke skal rejses tiltale i sagen. Sådanne tiltalefrafald meddeles i praksis uden vilkår.

Fra de senere års praksis kan afgørelsen, omtalt som T 1146 i Anklagemyndighedens Årsberetning 1981, s. 15, nævnes. Her meddeltes en mand tiltalefrafald for drab efter begæring (straffelovens § 239) af sin 72-årige hustru, der var delvis lammet som følge af langvarig håbløs sygdom. Den pågældende mand havde selv indtaget en overdosis sovepiller i den hensigt at berøve sig selv livet og var som følge af selvmordsforsøget hospitalsindlagt i 10 dage.

I Anklagemyndighedens Årsberetning 1978, s. 22-23 er som T 868 omtalt en sag, hvor tiltale for overtrædelse af straffelovens § 240 (hjælp til selvmord) blev frafaldet mod 2 personer, der som nære pårørende til en 56-årig kvinde, der led af en uhelbredelig kræftsygdom, havde udrørt nogle sovetaletter, som den syge gennem nogen tid havde gemt, i et glas vand, som den syge drak. Tiltale for overtrædelse af straffelovens § 253 (tilsidesættelse af hjælpepligter) blev endvidere i samme sag frafaldet mod en tredje pårørende, der ikke havde medvirket til selvmordet, men havde været klar over det passerede uden at tilkalde hjælp.

Påtale vil imidlertid næppe kunne undlades "uden skade for nogen offentlig interesse" i tilfælde, hvor det er en læge, sygeplejerske eller andet plejepersonale, der har ydet "aktiv dødshjælp" - og derfor med føje er sigtet for overtrædelse af straffelovens § 237 (drab) eller § 239 (drab efter begæring). Hensynet til den tryghed, hvormed patienter må kunne lade sig undergive lægelig behandling, vil i sådanne tilfælde formentlig altid kræve, at påtale finder sted.

Arbejdsgruppen bekendt har anklagemyndigheden i de senere år kun haft lejlighed til at tage stilling til spørgsmålet i to sager. I den ene rejste man tiltale mod en overlæge for overtrædelse af straffelovens § 237 ved at have udtaget en patient, der led af akut leukæmi, af respirator og derefter indgivet den pågældende dødelige indsprøjtninger med en morfinopløsning med den følge, at patienten afgik ved død.

24) "..... Retsplejelovens § 723, stk. 2, er sålydende:
"Finder statsadvokaten i andre tilfælde" (end de i stk. 1 opregnede)", at påtale under hensyn til særlig formildende omstændigheder kan undlades uden skade for nogen offentlig interesse, skal han forelægge sagen for rigsadvokaten. Nærer denne tvivl, indstiller han spørgsmålet til justitsministerens afgørelse."

25) Jfr. retsplejelovens § 723, stk. 2.

den 15-20 min. efter den sidste indsprøjtning. Overlægen, der under hele sagen nægtede at have ydet patienten aktiv dødshjælp, blev af et nævningeting ved Østre Landsrets dom af 5. september 1979 fri-fundet.

I den anden sag, der er omtalt ovenfor i afsnit 2.2.2., rejstes der tiltale mod en plejhjemsleder, der havde erkendt at have givet en i forvejen døende 91-årig plejhjemsbeboer en dødelig indsprøjtning. Den pågældende plejhjemsleder blev ved Brønderslev rets dom af 28. september 1987 fundet skyldig i forsøg på drab efter straffelovens § 237, jfr. § 21.

2.3. Pen undladte behandling.

2.3.1. Det strafferetlige udgangspunkt.

Som allerede anført ovenfor under 2.2.2. vil en læges undladelse af at påbegynde en livsforlængende behandling i visse (særligt grove) tilfælde retligt kunne sidestilles med aktive drabshandlinger og således - under forudsætning af, at det fornødne drabsforsæt (jfr. herom under 2.2.2.) er til stede - kunne henføres til straffelovens § 237.

Spørgsmålet vil dog oftere være, om lægens undladelse af at påbegynde en livsforlængende behandling indebærer en tilsidesættelse af lægens hjælpepligter efter straffelovens bestemmelser eller en tilsidesættelse af bestemmelserne i lægelovens kapitel 2, hvorefter en læge i henhold til § 6 under udøvelsen af sin gerning er forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed og i henhold til § 7 er forpligtet til på begæring at yde den første fornødne lægehjælp.

De nævnte bestemmelser i lægeloven er dog ikke fuldt ud Strafsanktionerede. Efter lægelovens § 18, stk. 1, straffes (alene) den læge, der gør sig skyldig i grovere eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed i udøvelsen af sit kald. Straffen er bøde eller hæfte ²⁶⁾.

På den anden side kan lægelovens § 18, stk. 1, med sin generelle henvisning til lægens "udøvelse af sit kald" formentlig antages at have **straffebelagte** største og alvor-

Lægelovens § 18, stk. 1, er sålydende:

"Den læge, der gør sig skyldig i grovere eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed i udøvelsen af sit kald, straffes med bøde eller hæfte."

I tilfælde af overtrædelse af f.eks. lægelovens § 6, stk. 1, vil den retlige sanktion derfor ofte være begrænset til kritik fra sundhedsvæsenets patientklagenævn, jfr. Centralstyrelseslovens § 14.

ligste tilsidesættelser af, hvad der kan sammenfattes under betegnelsen "god lægeskik". I den forbindelse kan de lægeetiske regler ²⁷⁾ og de forskellige internationale lægeetiske deklARATIONER ²⁸⁾, som lægen ved sit lægeløfte ²⁹⁾ har forpligtet sig til at overholde, have en vis vejledende og udfyldende betydning. De omhandlede lægeetiske bestemmelser er imidlertid helt overvejende meget generelt formuleret omhandlende bl.a. lægens pligt til at "always bear in mind the obligation of preserving human life" ³⁰⁾ og lægens pligt til at "maintain the utmost respect for human life" ³¹⁾. Sådanne helt generelt affattede bestemmelser har næppe større betydning for retstilstanden i relation til de her omhandlede problemstillinger.

Undladelse af at påbegynde en nødvendig livsforlængende behandling vil endvidere kunne indebære en overtrædelse af straffelovens § 253, hvorefter bl.a. den, som, uagtet at det var ham muligt uden særlig fare eller opofrelse for sig selv eller andre, undlader efter evne at hjælpe nogen, der er i øjensynlig livsfare, eller undlader at træffe de foranstaltninger, som af omstændighederne kræves til redning af nogen tilsyneladende livløs, straffes med bøde eller hæfte indtil 3 måneder .

Mellem den behandlende læge og den patient, der har en dødelig lidelse, består der

Navnlig reglernes § 2, hvorefter

"En læge er i sin gerning forpligtet til at medvirke til at forebygge sygdomme og fremme sundhed.

En læge skal endvidere støtte den syge såvel som den raske i omsorgen for eget helbred.

En læge skal udøve sin gerning omhyggeligt og samvittighedsfuldt og efter evne lindre smerte og hjælpe den syge med at genvinde sit helbred.

En læge skal i udøvelsen af sin gerning under alle forhold respektere sine patienters værdighed og personlige integritet."

De lægeetiske regler m.v. er gengivet i **bilag 5** til betænkningen.

28)

Navnlig Geneve-, Helsinki-, Sydney- og Tokyo-deklARATIONERNE.

De nævnte deklARATIONER er gengivet i bilag 5 til betænkningen.

29)

Jfr. lægeløftets sidste del, se herved note 18 ovenfor.

Jfr. Internationale regler for lægeetik vedtaget på Verdenslægeforeningens 3. generalforsamling i London i 1949 med senere ændringer. (Gengivet i **bilag 5** til betænkningen).

Jfr. sidste led i Geneve-deklARATIONEN, som blev vedtaget på Verdenslægeforeningens 2. generalforsamling i Geneve i 1948, med senere ændringer. (Gengivet i **bilag 5** til betænkningen).

)

Straffelovens § 253 er sålydende:

"Med bøde eller hæfte indtil 3 måneder straffes den, som, uagtet det var ham muligt uden særlig fare eller opofrelse for sig selv eller andre, undlader

1) efter evne at hjælpe nogen, der er i **øjensynlig** livsfare, eller

2) at træffe de foranstaltninger, som af omstændighederne kræves til redning af nogen tilsyneladende livløs, eller som er påbudt til omsorg for personer, der er ramt af skibbrud eller anden tilsvarende ulykke."

Om lægers ansvar efter straffelovens § 253 se navnlig Vagn Greve, B. Unmack Larsen og Per Lindgaard: Kommenteret Straffelov, Speciel Del, 4. udg., 1988, s. 271-274 med henvisninger, samt Vagn Greve: "Om læger og euthanasi" i Juristen 1974 s. 381 - 389.

et særligt varetægtsforhold. Undlader lægen at påbegynde en (ny) livsforlængende behandling af denne patient, kan der derfor blive tale om, at lægen herved overtræder straffelovens § 250. Efter denne bestemmelse kan bl.a. den, der forlader en under hans varetægt stående person i hjælpeløs tilstand, straffes med fængsel. Bestemmelsen vedrører ikke kun den person, der "forlader" det pågældende sted, men også den, der bliver på stedet og forholder sig passiv. Straffen kan, når handlingen eller undladelsen har medført døden eller grov legemsbeskadigelse, under i øvrigt skærpende omstændigheder stige til fængsel i 8 år .

2.3.2. Almindelige begrænsninger i den lægelige handlepligt.

Som udgangspunkt er der efter de ovennævnte bestemmelser en handlepligt for den behandlende læge. Den behandlende læge er som udgangspunkt under straf forpligtet til at give en patient med en livstruende lungebetændelse antibiotika, til at foretage genoplivning af en patient, der har fået hjertestop, til at lægge en patient, hvis åndedræt svigter, i respirator etc.

Spørgsmålet er imidlertid, om dette også gælder i en situation, hvor den behandling, der overvejes påbegyndt, må beskrives som "udsigtsløs livsforlængende behandling".

Sundhedsstyrelsen har bl.a. udtalt sig således om spørgsmålet:)

"Hvis en behandling af en patient efter denne totalvurdering er udsigtsløs, fordi den blot vil forlænge en igangværende dødsproces, er det efter sundhedsstyrelsens opfattelse ikke i strid med almindeligt anerkendte principper for lægers handlemåde, at den ansvarlige læge træffer bestemmelse om at undlade at påbegynde eller fortsætte foranstaltninger, som kun kan udskyde tidspunktet for dødens indtræden."

Det erindres, at Sundhedsstyrelsen i forbindelse hermed har understreget,

-) Straffelovens § 250 er sålydende:
 "Den, som hensætter en anden i hjælpeløs tilstand eller forlader en under hans varetægt stående person i sådan tilstand, straffes med fængsel, der, når handlingen har medført døden eller grov legemsbeskadigelse, under i øvrigt skærpende omstændigheder kan stige til 8 år."
 Om anvendelsen af straffelovens § 250 på læger se især P. Blume: "Euthanasi og Livstestamentet" i Tidsskrift for Rettsvitenskap, 1982, s. 544ff.

"at der altid og for hver enkelt patient skal og må foretages en konkret vurdering ved den ansvarlige læge af en patients tilstand og udsigter samt foreliggende behandlingsmuligheder, og at det er lægens opgave at foretage denne totalvurdering og handle efter den under ansvar bl.a. efter Lægeloven."

I overensstemmelse hermed vil det til eksempel være straffrit, og i overensstemmelse med almindelige, anerkendte principper for lægers handlemåde, at træffe beslutning om at undlade at sætte et standset hjerte i gang, når det på grund af den siden hjertestopet forløbne tid må anses for sikkert, at hjertestopet allerede har medført svære, uoprettelige hjerneskader hos patienten.

Tilsvarende kan der efter arbejdsgruppens opfattelse ikke i alle tilfælde antages at bestå nogen ubetinget pligt for en læge til at diagnosticere og/eller behandle en patient med antibiotika ved en tilstødende lungebetændelse, når patienten i forvejen er i et såkaldt "terminalt forløb". Herved forstås, at patientens sygdom, uanset hvilken (kendt) behandling, der måtte blive ydet, i løbet af relativ kort tid må antages at ville medføre, at patienten afgår ved døden.

Under lignende omstændigheder vil det efter arbejdsgruppens opfattelse kunne være i overensstemmelse med almindelige, anerkendte principper for lægelig behandling at undlade at iværksætte respiratorbehandling ved åndedrætssvigt hos en patient, når behandlingen efter en konkret, samlet vurdering af patientens tilstand må beskrives som udsigtsløs.

Som yderligere eksempel kan nævnes, at en læge er berettiget til at undlade at gennemføre en større kræftoperation, når det ved indgrebs start kan konstateres, at kræften er så fremskreden, at patienten under alle omstændigheder må antages at dø inden for den nærmeste fremtid.

Sammenfattende kan det siges, at der ikke er nogen pligt til at iværksætte en livsforlængende behandling, når det med stor sikkerhed må antages, at behandlingen i bedste fald blot vil forlænge et igangværende terminalt forløb en kort tid, særlig hvis dette forløb vil være smertefuldt, eller hvis patienten f.eks. på grund af svære, uoprettelige hjerneskader må antages at ville være afskåret fra enhver form for egentlig menneskelig kontakt.

I de mere kvalificerede af disse tilfælde vil den behandlende læge eller behandlende sygehusafdeling - navnlig hvor patienten vil lide under en eventuel videre **behand-**

ling - ligefrem kunne være forpligtet til at afstå fra yderligere behandling.

2.3.3. Samtykke.

2.3.3.1. Udgangspunktet (voksne, habile personer).

Det anerkendes som et almindeligt princip i dansk ret, at enhver voksen, habil person har ret til at råde over sit legeme og sin sundhed. Sygehusindlæggelse er således som udgangspunkt en frivillig sag, og en patient kan på et hvilket som helst tidspunkt kræve sig udskrevet fra sygehuset. En patient skal - bortset fra særligt lov-hjemlede undtagelsestilfælde ³⁶⁾ - ikke lade sig underkaste nogen form for lægelig tvangsbehandling.

Dette indebærer, at hvis en i henseende til både alder og fornuft fuldt habil patient med forståelse af sin egen situation har afvist at lade sig behandle, vil den læge, der ikke respekterer patientens vilje, handle retsstridigt, og lægen vil eventuelt kunne straffes for overtrædelse af straffelovens § 260 om ulovlig tvang ³⁷⁾.

Skal patienten med mening kunne udøve denne selvbestemmelsesret, forudsætter det, at lægen - om nødvendigt af egen drift - i fornødent omfang har informeret patienten om dennes sygdom og om de foreliggende behandlingsmuligheder. Lægen antages i overensstemmelse hermed at være forpligtet til at sikre, at undersøgelse og behandling finder sted i samråd med patienten. Der kan dog muligvis tænkes ganske særlige undtagelsestilfælde, hvor lægens ret og pligt til at informere patienten i et vist omfang må vige for hensynet til patienten selv. En af Sundhedsstyrelsen nedsat arbejdsgruppe har i en redegørelse om "Information og Samtykke" i forbindelse med en drøftelse af denne problematik bl.a. anført, at en "fuld og åben information til en

Udtrykkelig lovhjemmel til **tvangsbehandling** er således indeholdt i lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien kap. 4 (§§ 12-13), lov om foranstaltninger mod smitsomme sygdomme §§ 5 og 6 (undersøgelse og indlæggelse) samt bistandslovens § 123, stk. 1, nr. 2, om tvangsanbringelse af børn i psykiatrisk hospital uden samtykke fra forældremyndighedens indehaver. Ved lov nr. 224 af 13. april 1988 blev lov om bekæmpelse af kønssygdomme - og dermed den i lovens § 4 indeholdte hjemmel til tvangsbehandling af kønssygdomme - ophævet.

36) Straffelovens § 260 er sålydende:

"Med bøde eller hæfte eller med fængsel indtil 2 år straffes for ulovlig tvang den, som

- 1) ved vold eller ved trusel om vold, om betydelig skade på gods, om frihedsberøvelse eller om at fremsætte usand sigtelse for strafbart eller ærerørigt forhold eller at åbenbare privatlivet tilhørende forhold tvinger nogen til at gøre, tåle eller undlade noget,
- 2) ved trusel om at anmelde eller åbenbare et strafbart forhold eller om at fremsætte **sande** ærerørigt beskyldninger tvinger nogen til at gøre, tåle eller undlade noget, for så vidt fremtvingeisen ikke kan anses tilbørlig begrundet ved det forhold, som truslen angår."

patient om hans håbløse lidelse kan være til ubodelig skade for ham og ødelægge resten af hans liv, måske endog føre til selvmord." .

Lider patienten af en livstruende sygdom, kan der, når patienten nægter at modtage den nødvendige behandling, for den behandlende læge synes at være en konflikt mellem på den ene side patientens selvbestemmelsesret og på den anden side hjælpepligten efter navnlig straffelovens bestemmelser.

Der kan imidlertid efter arbejdsgruppens opfattelse ikke antages at bestå nogen handlepligt i denne situation. Tværtimod vil det principielt kunne komme på tale at drage den behandlende læge til ansvar for overtrædelse af bl.a. straffelovens § 260³⁸⁾ om ulovlig tvang, såfremt lægen i denne situation tvangsbehandler patienten .

I de tilfælde, hvor den behandlende læge uden hjemmel tilbageholder en patient på et sygehus mod patientens vilje, vil lægen endvidere efter omstændighederne kunne drages til ansvar for ulovlig frihedsberøvelse efter straffelovens § 261. Efter denne bestemmelse kan den, der berøver en anden friheden, straffes med fængsel indtil 4 år eller under formildende omstændigheder med hæfte. Under visse skærpende omstændigheder, f.eks. hvor frihedsberøvelsen har været langvarig, er straffen fængsel fra 1 til 12 år³⁹⁾.

Det må dog antages, at både sundhedsmyndighederne og anklagemyndigheden vil være ganske tilbageholdende med at søge et eventuelt strafansvar placeret under omstændigheder, hvor beslutningen om at indlede en behandling mod patientens vilje træffes efter en omhyggelig overvejelse af en vanskelig situation, hvor lægen føler sig forpligtet til at tilsidesætte patientens selvbestemmelsesret.

Se Sundhedsstyrelsen, "Information og Samtykke - Lægers pligt og patienters ret", 1982, s. 16.

Endvidere fastslår de lægeetiske reglers § 4, 2. - 3. pkt., at:

"Lægen skal altid indleve sig bedst muligt i patientens samlede psykiske, sociale og somatiske situation og nøje overveje, i hvilken ånd informationen skal gives. Lægen bør således aldrig påtvinge en patient information, som denne åbenlyst ikke ønsker."

38)

Om spørgsmålet om, hvorvidt straffelovens § 260 (patientens selvbestemmelsesret) eller straffelovens § 253 (lægens hjælpepligt) skal have forrang, se bl.a. Alf Ross i "Livets hellighed contra individets autonomi" i Ugeskrift for Læger, 1979, s. 862-67.

39)

Straffelovens § 261 er sålydende:

"Den, som berøver en anden friheden, straffes med fængsel indtil 4 år eller under formildende omstændigheder med hæfte.

Stk. 2. Sker det for vindings skyld, eller har frihedsberøvelsen været langvarig eller bestået i, at nogen uberettiget holdes i forvaring som sindssyg eller åndssvag eller bringes i fremmed krigstjeneste eller i fængenskap eller anden afhængighed i fremmed land, er straffen fængsel fra 1 til 12 år."

2.3.3.2. Børn og andre inhabile.

Personer, der enten i henseende til alder eller fomuft savner den fornødne habilitet, kan ikke selv retsgyldigt give afkald på livsnødvendig lægehjælp. Der må formentlig normalt tages udgangspunkt i en 18 års aldersgrænse, hvorimod der ikke kan opstilles noget krav om myndighed. Alt afhængig af de konkrete omstændigheder vil der endvidere kunne forekomme situationer, hvor man i alt fald lægeetisk må tillægge en informeret tilkendegivelse fra en moden mindreårig om at undlade at påbegynde en behandling betydelig vægt.

Et sådant afkald kan heller ikke gives på den pågældende inhabiles vegne af hverken forældremyndighedens indehaver(e) eller fødte eller beskikkede værger .

Derfor er der for den behandlende læge en klar pligt til at yde børn og voksne inhabile, der lider af en livstruende sygdom, den nødvendige behandling, uanset om til eksempel forældremyndighedens indehavere ikke giver deres samtykke hertil. Der skal i overensstemmelse hermed om nødvendigt gives blodtransfusion i forbindelse med operation af børn, uanset om forældrene eventuelt af religiøse grunde måtte have frabedt sig, at blodtransfusion gives .

Lægens undladelse af at opfylde denne pligt vil indebære en overtrædelse ikke alene af lægelovens bestemmelser, men typisk tillige af straffelovens § 250 eller § 253.

I sin yderste konsekvens kan lægen i medfør af bistandslovens § 20 have pligt til at foranledige, at det sociale udvalg udnytter sin adgang til efter de nærmere be-

40)
Jfr. også "Information og Samtykke - Lægers pligt og patienters ret". Sundhedsstyrelsen 1982, s. 29ff.

41)
Jfr. bl.a. Alf Ross: "Livets hellighed contra individets autonomi", **Ugeskrift for Læger** 1979. s. 862-867, specielt s. 866, med en række yderligere henvisninger, samt "Information og Samtykke - Lægers pligt og patienters ret", Sundhedsstyrelsen 1982, s. 30.

42)
Bistandslovens § 20 er sålydende:
"Den, der får kendskab til, at et barn under 18 år fra forældres eller andre opdrageres side udsættes for vanrøgt eller nedværdigende behandling eller lever under forhold, der bringer dets sundhed eller udvikling i fare, har pligt til at underrette det sociale **udvalg**."

stemmelser i bistandslovens kap. 8 at iværksætte hjælpeforanstaltninger over for barnet uden samtykke fra forældremyndighedens indehaver. Efter bestemmelsen i bistandslovens § 123 kan det sociale udvalg således, når det er absolut påkrævet af hensyn til en mindreårigs velfærd, uden samtykke fra forældremyndighedens indehaver bl.a. træffe beslutning om at anbringe barnet uden for hjemmet⁴³⁾. Bestemmelsen vil i givet fald kunne anvendes for at sikre, at en mindreårig mod forældremyndighedens indehavers protest indlægges og tilbageholdes på et sygehus for dér at modtage den behandling, som lægeligt skønnes livsnødvendig.

Det bemærkes, at underretningspligten efter bistandslovens § 20 er ubetinget og omfatter enhver. Pligten til at underrette det sociale udvalg om, at et barns sundhed er truet, går således bl.a. forud for lægens tavshedspligt efter lægelovens § 9. Tilsidesættelse af underretningspligten er i sig selv strafbar efter bistandslovens § 21⁴⁵⁾.

2.3.3.3. Særligt vedrørende selvmordsforsøg.

Selve den omstændighed, at en person ikke længere ønsker at leve, kan ikke uden videre berettige til en antagelse om, at den pågældende ikke er fornuftshabil.

På den anden side kan et foretaget selvmordsforsøg ikke i sig selv indebære, at der er givet et retsgyldigt afkald på hjælp. En læge er i overensstemmelse hermed som udgangspunkt efter straffelovens § 253 forpligtet til at søge at genoplive personer, der har forsøgt selvmord.

43)

Bistandslovens § 123 er bl.a. sålydende:

"Når det er absolut påkrævet af hensyn til et barns velfærd, kan det sociale udvalg indtil barnets fyldte 18. år uden samtykke fra forældremyndighedens indehaver træffe beslutning om

1) at anbringe barnet uden for hjemmet,

2) at anbringe barnet i en psykiatrisk hospitalsafdeling eller et hospital for sindslidende med tilslutning fra hospitalets overlæge, selv om de almindelige betingelser i henhold til lovgivningen om sindslidende personers hospitalsophold ikke er opfyldt....."

44)

Resultatet følger direkte af lægelovens § 9, der er sålydende:

"En læge er under ansvar efter borgerlig straffelovs § 263, stk. 2, jfr. § 275 - (nu § 152b. jfr. bl.a. § 152e) - forpligtet til at iagttage tavshed om, hvad han under udøvelsen af sit kald erfarer eller får formodning om angående privatlivet tilhørende hemmeligheder, medmindre han ifølge lovgivningen er forpligtet til at udtale sig, eller medmindre han handler i berettiget varetagelse af en almen interesse eller af eget eller andres tarv."

Jfr. også Karnovs Lovsamling, 11 udg., 6. bind, 1988, s. 5633, note 72, ad bistandslovens § 20.

45)

Bistandslovens § 21 er bl.a. sålydende:

"Med bøde eller hæfte straffes, medmindre højere straf er forskyldt efter den øvrige lovgivning, den, der

3) overtræder § 20."

Flere domme har i forbindelse med selvmordsforsøg ladet private ifalde ansvar efter straffelovens § 253, f.eks. for undladelse af at tilkalde læge til en person, der har indtaget en overdosis af et sovemiddel. Ved afgørelsen, der er gengivet i Ugeskrift for Retsvæsen 1960, s.732, blev en 26-årig kvinde således straffet med 20 dagbøder for overtrædelse af straffelovens § 253, nr. 1, ved at have undladt at hjælpe den kvinde, hun delte lejlighed med. Den sidstnævnte havde efter at have indtaget en overdosis sovemiddel, men endnu ved fuld bevidsthed, bestemt frabedt sig hjælp.

2.3.3.4. Særligt vedrørende sultestrejkende.

Spørgsmålet om, hvorvidt der for den behandlende læge kan antages at være en pligt til at iværksætte tvangsernæring af en sultestrejkende sygehuspatient, har for nylig været forelagt Sundhedsstyrelsen. Baggrunden for forelæggelsen var en frivillig indlæggelse af en sultestrejkende asylsøgende, der nogle døgn før indlæggelsen havde syet sin mund sammen med sytråd. Da den pågældende efter nogle dages forløb fik ønsket om et ændret opholdssted opfyldt, afbrød han sin sultestrejke.

Sundhedsstyrelsen udtalte på baggrund af den konkrete forespørgsel bl.a. følgende:

"Sundhedsstyrelsen finder, at udgangspunktet for vurderingen må være den alment anerkendte grundsætning, at voksne, habile personer har ret til selv at bestemme, om de vil undergive sig lægelig behandling, og at der kræves speciel lovhjemmel for at gøre undtagelse herfra. Formålet med behandlingsvægringen er i den forbindelse uden betydning, og sundhedsstyrelsen mener derfor, at behandling mod patientens vilje ikke er berettiget.

Dette er naturligvis ikke til hinder for, at man i et tilfælde som det foreliggende indlægger patienten og behandler ham bedst muligt med respekt af hans selvbestemmelsesret.

Selv om det tilfælde, der har givet anledning til, at spørgsmålet er blevet rejst, falder uden for rammerne af Tokyo-deklarationen af 1975, allerede fordi der ikke er tale om en tvangstilbageholdt eller fængslet person, finder sundhedsstyrelsen anledning til at pege på, at det vil kunne være hensigtsmæssigt at følge den i deklarationens artikel 5 beskrevne fremgangsmåde ved vurderingen af en sultestrejkende fanges habilitet. Deklarationen anbefaler, at den ansvarlige læges vurdering af, at fangen er i stand til at danne sig en

fri og fornuftig vurdering af følgerne af en frivillig nægtelse af næringsindtagelse, bekræftes af mindst én anden uafhængig læge, efter de nævnte følger er blevet forklaret for fangen." '.

I den nævnte Tokyo-deklaration, der er vedtaget af Verdenslægeforeningen på dens 29. Generalforsamling i oktober 1975, og som indeholder retningslinier for læger angående tortur og anden grusom, umenneskelig eller nedværdigende behandling eller straf i forbindelse med tvangstilbageholdelse og fængsling , er det i artikel 5 udtalt følgende:

"Hvor en fange nægter at tage næring til sig og af lægen anses for at være i stand til at foretage en usvækket og fornuftig vurdering med hensyn til følgerne af en sådan frivillig vægring mod at tage næring til sig, skal han eller hun ikke ernæres kunstigt. Beslutningen om fangens evne til at nå til en sådan vurdering bør bekræftes af mindst én anden uafhængig læge. Lægen skal forklare fangen om følgerne af vægringen mod at tage næring til sig."

Efter arbejdsgruppens opfattelse kan der hverken efter lægelovens eller straffelovens bestemmelser antages at være nogen pligt for en læge til ved tvangsmæssig behandling at afbryde en voksen, habil sygehuspatients spisevægring. For så vidt angår spørgsmålet om habilitet, synes der ikke - som af Sundhedsstyrelsen antaget - at være anledning til at opstille noget krav om, at patienten nødvendigvis skal være myndig. Særligt for så vidt angår personer, der lider af "nervøs spisevægring" (anorexia **nervosa**), bemærkes det, at denne lidelse kan udvikle sig til en sindssygdom med deraf følgende adgang til om nødvendigt tvangsmæssigt at ernære den inhabile patient ⁴⁹⁾.

Den omstændighed, at en spisevægring indledes af en voksen, habil patient, der i forvejen lider af en dødelig sygdom, synes ikke at kunne begrunde en afvigelse fra udgangspunktet i patientens selvbestemmelsesret.

⁴⁶⁾ Jfr. den ovenfor nævnte udtalelse, der er refereret i Ugeskrift for Læger 1986, s. 555.

⁴⁷⁾ Tokyo-deklarationen er i sin helhed optrykt i bilag 5.

⁴⁸⁾ Jfr. den ovenfor nævnte udtalelse, der er refereret i Ugeskrift for Læger 1986, s. 555.

⁴⁹⁾ Jfr. §§ 12-13, jfr. § 5, i lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien. Tilfældet er nævnt i "Principbetænkning om tvang i psykiatrien I" (betænkning nr. 1068/1986) s. 202.

Det synes endvidere tvivlsomt, om der i denne situation er nogen iel for lægen til at indlede en tvangsmæssig behandling af patienten. Dette vil i givet fald indebære, at den behandlende læge foretager en handling, der er omfattet af straffelovens § 260, jfr. ovenfor under 2.3.3.1. Anklagemyndigheden og sundhedsmyndighederne vil dog, som det ligeledes er anført ovenfor under 2.3.3.1., formentlig være ganske tilbageholdende med at søge et eventuelt strafansvar statueret gennem tiltalerejsning i tilfælde, hvor der er fare for, at sultestrejken skal medføre patientens død eller en alvorlig beskadigelse af patientens legeme. (Se specielt om bevidstløshedstilfældene nedenfor under afsnit 2.3.3.6.).

2.3.3.5. Særligt vedrørende patienter, der afviser at modtage blodtransfusion.

En række patienter afviser bestemt at modtage transfusion af blod og blodprodukter selv i tilfælde, hvor afvisningen kan medføre overhængende fare for patientens liv. Afvisningen kan være religiøst begrundet, som det f.eks. er tilfældet for medlemmer af trossamfundet Jehovas Vidner, men kan også have andre årsager. Således kendes der tilfælde, hvor patienter har afvist at modtage transfusion af blod eller blodprodukter med henvisning til risikoen for herigennem at få AIDS.

Medlemmer af trossamfundet Jehovas Vidner tager med henvisning til bestemte bibelsteder alene afstand fra visse former for transfusionsbehandling, men ikke fra lægelig behandling i øvrigt. Således anser Jehovas Vidner transfusion af fuldblod, pakkede røde blodlegemer og plasma, såvel som indgift af hvide blodlegemer og blodplader for stridende mod Bibelens bud. Derimod udelukker Jehovas Vidner ikke anvendelsen af plasmaadditiver eller andre væsker, der ikke indeholder blodbestanddele, f.eks. albumin, globuliner eller hæmofilipræparater. Endvidere accepterer trossamfundet anvendelsen af dialyse- og hjerte-lungeapparater, som ikke spædes med blod.

Autotransfusion af patientens eget, oplagrede blod accepteres ikke af Jehovas Vidner, hvorimod trossamfundet ikke har indvendinger mod, at patientens blod under en operation føres ud af kroppen, når blot kredsløbet ikke brydes ⁵⁰⁾.

Der kan her være grund til at fremhæve, at sådanne tilfælde, hvor transfusion af

Jfr. artiklen "**Jehovas** Vidner - en lægeetisk udfordring" oversat fra artikel gengivet i den amerikanske lægeforenings tidsskrift "The Journal of the American Medical Association", 1981, s. 2471ff. Den danske oversættelse af artiklen er optrykt i trossamfundets blad "Vågn Op !" for 8. oktober 1982, s. 19-22. Se navnlig s. 19-20.

blod og blodprodukter afvises, generelt afviger fra dem, der i øvrigt er omfattet af arbejdsgruppens kommissorium. Patienterne lider således typisk af sygdomme, hvor behandling - navnlig hvis den gennemføres med transfusion af blod eller blodprodukter - langt fra er udsigtsløs, men tværtimod ofte vil kunne føre til fuldstændig helbredelse.

Den juridiske vurdering af de problemstillinger, som en patients afvisning af transfusion af blod eller blodprodukter kan give anledning til, må imidlertid også her tage sit udgangspunkt i det almindeligt anerkendte princip, hvorefter lægelig behandling af en voksen, habil patient forudsætter den pågældendes direkte eller indirekte samtykke.

Udøvelsen af patientens selvbestemmelsesret forudsætter også på dette punkt, at den behandlende læge - om fornødent af egen drift - grundigt har informeret patienten om sygdommens karakter og de foreliggende behandlingsmuligheder, jfr. herom ovenfor under afsnit 2.3.3.1.

Såfremt den voksne, habile patient efter at være blevet grundigt informeret om konsekvenserne af at undlade en behandling, der indebærer blodtransfusion eller muligheden herfor, fastholder sin afvisning, bør den behandlende læge, forinden videre behandling påbegyndes, så vidt muligt tilkendegive over for patienten, hvorvidt man i alle tilfælde agter at respektere patientens standpunkt. (Se specielt om bevidstløshedstilfældene nedenfor under afsnit 2.3.3.6.).

I en række tilfælde vil patienten herved kunne få mulighed for at blive overført til et andet sygehus eller blot blive behandlet af en anden læge, der er villig til ubetinget at undlade blodtransfusionsbehandling.

Det her anførte synes fuldt foreneligt med de tilkendegivelser, som man fra både Sundhedsstyrelsens og Sundhedsministeriets side er fremkommet med i forbindelse med den debat⁵¹⁾, der særligt har været koncentreret om konflikten

51) Jfr. bl.a. Ugeskrift for Læger 1987, s. 951-953.

Jfr. Sundhedsministeriets skrivelse af 11. marts 1988 (j.nr. l.kt. 5740/1-2/1987).

Se således Alf Ross i Ugeskrift for Læger 1979, s. 862-867, Hans Fehrmann i Ugeskrift for Læger 1987, s. 951, Michael von Magnus, Sundhedsstyrelsen, Ugeskrift for Læger 1987, s. 951-952, 1b Fenger Bache, Ugeskrift for Læger 1987, s. 1501, samt Michael von Magnus, Sundhedsstyrelsen, Ugeskrift for Læger 1987, s. 1501-1502.

mellem patientens selvbestemmelsesret i relation til blodtransfusion og lægens handlepligt i bevidstløshedstilfældene, jfr. herom nedenfor under afsnit 2.3.3.6.

Den læge, der mod en voksen, habil og informeret patients vilje indleder en behandling, der indebærer transfusion af blod eller blodprodukter, foretager herved en handling, der er i strid med patientens ret til selvbestemmelse og dermed efter omstændighederne kan være omfattet af straffelovens § 260 om ulovlig tvang.

Som anført ovenfor under afsnit 2.3.3.1. må det dog antages, at både sundhedsmyndighederne og anklagemyndigheden vil udvise nogen tilbageholdenhed med at søge et eventuelt strafansvar placeret i visse af de tilfælde, hvor den behandlende læge har følt sig lægeligt forpligtet til at tilsidesætte patientens selvbestemmelsesret for at redde patientens liv.

Denne tilbageholdenhed med tiltalerejsning m.v. må antages at være forstærket, hvor ydelse af blodtransfusion, der lægeligt set vurderes som et beskedent indgreb, har ført til, at patienten fuldt ud har genvundet sin fysiske sundhed.

Som anført allerede under afsnit 2.3.3.2. kan patientens ret til som udgangspunkt at afvise også livsnødvendig lægebehandling ikke udstrækkes til at gælde patienter, der i henseende til alder eller fornuft savner den fornødne habilitet.

Den livsnødvendige behandling - herunder blodtransfusion - kan heller ikke afvises på de pågældende inhabiles vegne af hverken forældremyndighedens indehaver(e) eller fødte eller beskikkede værger. Transfusion af blod eller blodprodukter skal således om nødvendigt anvendes ved behandling af børn, uanset om børnenes forældre måtte have modsat sig dette af religiøse eller andre grunde.

2.3.3.6. Særligt vedrørende bevidstløshedstilfælde.

Det har i teorien været diskuteret, hvorvidt en læge, der i overensstemmelse med det ovenfor anførte retmæssigt har undladt at indlede en tvangsmæssig ny behandling af en patient, der enten som følge af alvorlig sygdom, sultestrejke eller afvisning af at modtage transfusion af blod eller blodprodukter er i en livstruende situation, har pligt til at iværksætte en livsnødvendig behandling, når den pågældende

patients bevidsthed (på grund af den manglende behandling) sløres, og den pågældende således ikke længere er fornuftshabil, eller når patienten ligefrem mister bevidstheden helt.

Sundhedsstyrelsen har i forbindelse med den ovenfor nævnte sag om en sultestrej-kende sygehusindlagt asylansøger, der i øvrigt var rask, som sin opfattelse udtalt følgende ⁵⁵⁾.

Spørgsmålet om, hvorvidt der påhviler den ansvarlige læge ret eller pligt til at iværksætte behandling på et tidspunkt, hvor patienten på grund af sygdom eller afkræftelse ikke længere er i stand til at modsætte sig det, må efter sundhedsstyrelsens opfattelse besvares med udgangspunkt i en vurdering af patientens habilitet, forstået som hans evne til at handle fornuftsmæssigt på grundlag af modtagen information, idet det herved er forudsat, at den pågældende er myndig og dermed berettiget til at råde over sin egen person. Såfremt patienten bliver bevidstløs, omtåget på grund af feber eller så afkræftet, at han ikke længere er i stand til på fornuftsmæssig måde at give udttryk for sin holdning, skal behandling, som er umiddelbart livreddende eller uopsættelig for på længere sigt at forbedre patientens chance for overlevelse eller bedre resultat af behandlingen, iværksættes uden patientens vilje. Denne opfattelse støttes på borgerlig straffelovs bestemmelser om pligt (under strafansvar) til ikke at forlade en under vedkommendes varetægt stående person i hjælpeløs tilstand (§ 250) henholdsvis til ikke at undlade efter evne at hjælpe nogen, der er i øjensynlig livsfare (§ 253)."

Sundhedsministeren har endvidere den 17. februar 1988 besvaret et spørgsmål fra et folketingsmedlem * ' om, hvorvidt sundhedsministeren ville "tage initiativ til at indføre dispensationsadgang for læger, således at patienter, der ikke ønsker blodtransfusioner ved operative indgreb - af skræk for AIDS eller af religiøse grunde - kan få dette ønske respekteret, uden at læger risikerer ubehageligheder herfor i forhold til gældende lov."

Sundhedsministeren anførte bl.a. følgende i sit svar:

⁵⁵⁾ Jfr. Ugeskrift for Læger 1986, s. 555.

"Efter dansk ret forudsætter sygebehandling som hovedregel, at patienten direkte eller indirekte samtykker i den givne behandling.

Dette princip er baseret på straffelovens bestemmelse om individets selvbestemmelsesret, der er indeholdt i straffelovens § 260 om ulovlig tvang.

Her overfor står imidlertid bestemmelsen i straffelovens § 253 om pligten til at hjælpe nogen, der er i øjensynlig livsfare.

Denne hjælpepligt kan f.eks. tænkes at påhvile en læge, der skønner, at kun en operation med foretagelse af blodtransfusion kan redde den pågældende patient fra en livstruende situation.

Mange operationer kan udføres med positivt resultat uden blodtransfusion. En læge vil her, hvis det ønskes af patienten og efter en nøje vurdering af det enkelte tilfælde i samråd med patienten, være berettiget til at medvirke ved en sådan operation.

Hvis der imidlertid mod forventning under operationen opstår en livstruende situation med behov for blodtransfusion, må lægen efter Sundhedsministeriets opfattelse være både berettiget og forpligtet til at yde blodtransfusion. Patienten vil i disse tilfælde normalt være uden bevidsthed og kan derfor ikke inddrages i en stillingtagen til den opståede situation.

Det bemærkes, at spørgsmålet, om der i det enkelte tilfælde vil foreligge en overtrædelse af straffelovens bestemmelser, henhører under domstolene."

Den strafferetlige teori synes - i forsøget på at beskrive gældende ret - nærmest at være på linie med Sundhedsstyrelsens og Sundhedsministeriets opfattelse *), idet den behandlende læges handlepligt dog overvejende begrundes med henvisning til straffelovens § 250 fremfor til § 253 som følge af det særlige **varetægtsforhold**, der består mellem patienten og den behandlende læge .

57) Jfr. Vagn Greve i Juristen 1974, s. 383ff.

58)

Jfr. Vagn Greve, B. Unmack Larsen og Per Lindegaard: Kommenteret Straffelov. Speciel Del, 4.udg., 1988, s. 266, samt forudsætningsvis Knud Waaben: Strafferettens specielle del, Kbh. 1983, s. 55.

Denne opfattelse er dog samtidig både i den juridiske teori og i den kollegiale debat om lægeetik⁶⁰⁾, der specielt har vedrørt spørgsmålet om rækkevidden af sultestrejkende patienters selvbestemmelsesret samt spørgsmålet om rækkevidden af patienters adgang til at afvise at modtage blodtransfusion i forbindelse med lægelig behandling, blevet kritiseret - bl.a. fra Den Almindelige Danske Lægeforenings side - for sin manglende konsekvens i forhold til princippet om den voksne (habile) patients selvbestemmelsesret.

Det synes således i alt fald lægeetisk betænkeligt at antage, at den læge, der - i overensstemmelse med det foran under 2.3.3.5. anførte - forud for en operation har tilkendegivet en patient, at man vil gennemføre behandlingen på patientens præmisser, d.v.s. uden blodtransfusion, skulle have ret eller ligefrem pligt til at tilsidesætte sit tilsagn til patienten, såfremt det under operationen viser sig umuligt at gennemføre operationen med et gunstigt resultat uden anvendelse af blodtransfusion .

Bl.a. på baggrund af sådanne lægeetiske betragtninger må det formentlig antages, at sundhedsmyndighederne og anklagemyndigheden vil udvise tilbageholdenhed med i sådanne situationer at søge en behandlende læge draget til ansvar for en eventuel tilsidesættelse af lægens handlepligt efter straffelovens § 250 eller § 253.

Arbejdsgruppen bekendt har spørgsmålet inden for den seneste årrække kun i et enkelt konkret tilfælde, i 1987, foreligget til vurdering hos anklagemyndigheden. Denne sag vedrørte ikke som den ovennævnte, der dannede baggrund for Sundhedsstyrelsens udtalelse om behandling af sultestrejkende sygehuspatienter, en i øvrigt rask person, der med sin sultestrejke ønskede at opnå noget i levende live. Tværtimod vedrørte sagen en 56-årig plejehjemspatient, der led af en sjælden nervesygdom, en olivopontocerebellar atrofi, der viste sig ved en tiltagende degeneration af nerveceller i bestemte områder af hjernen, og som medførte svære funktionsnedsættelser, bl.a. lammelser i alle lemmer og alvorligt talebesvær. Den pågældende patient, der

59)
 Navnlig Alf Ross: "Livets hellighed contra individets autonomi", Ugeskrift for Læger 1979, s. 862ff, især s. 865ff.

Jfr. bl.a. Jens Dagaard i Ugeskrift for Læger 1981, s. 1103-1104, Daniel Andersen i Ugeskrift for Læger 1986, s. 994-995, Jørgen Ortmann, Ole Vedel Rasmussen og Marianne Kastrup i Ugeskrift for Læger 1986, s. 2190-2191, og Den Almindelige Danske Lægeforenings hovedbestyrelse i Ligeskrift for Læger 1986, s. 2191.

Jfr. Alf Ross i Ugeskrift for Læger 1979, s. 862ff, specielt s. 866, samt Ib Fenger Bache i Ugeskrift for Læger 1987, s. 1501.

ønskede at dø, men ikke var i stand til umiddelbart at berøve sig selv livet, nægtede i de sidste måneder af sit liv at tage imod næring. Under denne spisevægring blev patienten på grund af sin svækkelse af sin egen læge indlagt fra plejehjemmet på et sygehus, hvorfra patienten imidlertid efter få dages forløb blev udskrevet, idet den behandlende læge i forbindelse med udskrivelsen bl.a. anførte følgende i patientens journal:

"Patienten ønsker at komme hjem til plejehjemmet, hvor hun kun vil drikke en lille smule væske og ikke tage nogen medicin.

Sygdommen er progredieret voldsomt i de sidste måneder, og patienten er ikke i stand til længere at tale med sin mand, så der er ikke mere at leve for. Patienten virker ikke psykotisk, og hun bekræfter samtalens indhold ved håndtryk over for mig.

Jeg ser derfor ikke anden mulighed end at efterkomme ønsket, og patienten udskrives i dag til plejehjemmet."

To uger efter døde patienten efter nogen tids forudgående bevidstløshed, og uden at plejepersonalet benyttede den indtrådte bevidstløshed til at iværksætte (**tvangs**)ernæring af patienten.

Dødsattesten angav plejehjemspatientens sygdom som dødsårsag.

Den stedlige politimester fandt - efter at have indhentet udtalelser fra embedslægen og fra den pågældende kommunes social- og sundhedsforvaltning - ikke grundlag for at indlede en egentlig politimæssig efterforskning i sagen. Til støtte for afgørelsen anførte politimesteren i en redegørelse om sagen bl.a. følgende:

"Ved afgørelsen heraf har jeg i første række lagt vægt på, at det efter dødsattestens indhold er tvivlsomt om afdødes spisevægring er den direkte dødsårsag.

... Men selvom det skulle kunne godtgøres, at spisevægringen og ikke sygdommen var den direkte dødsårsag, kan dette efter min opfattelse ikke begrunde, at der indledes en efterforskning.

Ansvarsgrundlaget skulle i givet fald bestå i, at en eller flere personer blandt det implicerede plejehjems personale enten ved passivitet har pådraget sig

ansvar efter straffelovens § 240 ⁶²⁾, eller ved at undlade at hjælpe har pådraget sig ansvar efter straffelovens § 253, nr. 1, idet personalet undlod at tvangsernære patienten.

Spørgsmålet om passiviteten eller undladelsen var strafbar vedrører alene det eller de tidspunkter, hvor patienten var bevidstløs. På de tidspunkter, hvor patienten var ved bevidsthed og tilregnelig ville en tvangsernæring efter min opfattelse have været ulovlig.

Med det kendskab man havde til patientens sygdom og til hendes ønske om at dø, måtte personalet forudse, at en tvangsernæring af den bevidstløse patient ville have den følge, at hun efter at være kommet til bevidsthed ville gentage sit ønske om at dø, vægre sig ved at spise, miste bevidstheden, hvorefter situationen ville gentage sig, indtil patienten ville være så svækket, at hun ville dø.

Under disse omstændigheder kan og bør der efter min opfattelse ikke gøres strafferetligt ansvar gældende overfor nogen. Denne vurdering støtter jeg på Waaben, Spec, del p.35, hvor det bl.a. anføres, at der er "grund til at antage, at der er et område af straffri passiv dødshjælp, omfattende tilfælde, hvor døden har været nært forestående, og hvor det ikke er rimeligt at anse det som en pligt for hospitalet at iværksætte eller fortsætte en livsopholdende behandling af en patient, der har svære lidelser". Problemet er også behandlet af Vagn Greve i J 1974,381, navnlig p. 383 ff, hvor det fremføres, at en læges almindelige pligt til efter straffelovens § 253 og lægeloven at gribe ind og redde livet for en patient, der er i livsfare og samtidig bevidstløs næppe gælder undtagelsesfrit, og der henvises herved til tilfælde, hvor den "døende" alligevel ville dø i løbet af kort tid, eller hvor man ved indgreb ganske vist kunne give patienten et langt liv, men et liv, der ikke ville være menneskeværdigt. Greve anfører, at et medicinsk fornuftigt og velbegrundet skøn om i sådanne situationer at undlade behandling næppe vil blive underkendt af de juridiske autoriteter.

Endelig har jeg lagt vægt på, at situationen for det implicerede personale var så særegen, at skyld formentlig ville være udelukket... . Der forelå efter min opfattelse for personalet en sådan konflikt mellem kravene til legal handie-

Bestemmelsen angår hjælp til selvmord, jfr. afsnit 2.2.5. (note 23).

måde og de modstående hensyn, at forholdet bedømt i sin helhed ikke bør rammes af nogen retlig misbilligelse."

Sundhedsstyrelsen har over for arbejdsgruppen oplyst, at man efter en gennemgang af den omhandlede sag ikke har fundet noget grundlag for kritik af hverken de involverede læger eller plejepersonalet.

Heller ikke efter arbejdsgruppens opfattelse vil der i hvert fald i et tilfælde som det omhandlede, hvor en spisevægring er det eneste middel til selvmord for en patient, der lider af en uhelbredelig, pinefuld sygdom, efter gældende ret være grundlag for at gøre et ansvar gældende mod læger og plejepersonale, der undlader at iværksætte en tvangsernæring af den bevidstløse patient.

2.3.3.7. Andre tilfælde af forudgående afkald på livsnødvendig lægehjælp. Livstestamenter.

2.3.3.7.1. Indledende bemærkninger.

Som det fremgår af det ovenfor under 2.3.3.6. anførte, er der en vis tvivl om, hvorvidt den behandlende læge har ret endsige pligt til at respektere en afvisning af livsforlængende behandling, når patienten - muligt på grund af den manglende behandling - ikke længere kan anses for fornuftshabil eller eventuelt ligefrem er blevet bevidstløs og derfor er afskåret fra at fastholde sit ønske om ikke at modtage ny behandling.

Denne tvivl består, selv om afvisningen er fastholdt af en voksen, fornuftshabil patient på et tidspunkt, hvor det er klart for både patienten og den behandlende læge, at patienten er inde i et terminalt forløb.

Det er umiddelbart klart, at det - alt andet lige - er langt mere tvivlsomt, i hvilket omfang, der kan lægges afgørende vægt på et livstestamente eller en anden erklæring, der er afgivet tidligere i en situation, hvor behandling ikke var aktuel.

2.3.3.7.2. Livstestamentets indhold og fortolkning.

Landsforeningen Mit Livstestamente har (senest) i 1989 udarbejdet følgende stan-

dardformular til et livstestamente:)

"Jeg ved, at jeg som personligt myndig har ret til at bestemme over mig selv og dermed til at afslå lægebehandling, så længe jeg er i stand til at handle fornuftsmæssigt. Skulle jeg komme i en tilstand, hvor jeg er ude af stand til at udøve min selvbestemmelsesret, er det min vilje, at nedenstående respekteres af enhver:

1. At jeg fritages for livsforlængende behandling, hvis jeg er i en situation, hvor jeg er uafvendeligt døende.
2. At jeg ligeledes fritages for livsforlængende behandling i tilfælde af, at sygdom, fremskreden alderdomssvækkelse, ulykke, hjertestop e.l. har medført en så svær invaliditet, at jeg varigt vil være ude af stand til at tage vare på mig selv fysisk og mentalt.
3. At jeg under de i punkt 1 og 2 nævnte omstændigheder bliver holdt fri for smerter med smertestillende/beroligende midler, selvom dette skulle medføre risiko for fremskyndelse af dødstidspunktet.
4. At jeg så vidt muligt kan blive i mit hjem og dø dér, hvis det ikke er for belastende for mine nærmeste.

Hvis jeg er på plejehjem, ønsker jeg såvidt muligt at blive der til min død.

5.1 ovenstående har jeg overstreget følgende punkter:

6. Til Livstestamentet tilføjer jeg:

Personlig underskrift Dato:

Undertegnede to vitterlighedsvidner bekræfter underskriftens ægthed, datoen rigtighed, at underskriveren er ved sin fornufts fulde brug og er myndig eller besidder tilstrækkelig modenhed til at vurdere Livstestamentets indhold og konsekvenser."

Der henvises til betænkningens bilag 8.

Et livstestamente kan i følge sagens natur ikke tage udtrykkelig stilling til ethvert muligt sygdomsforløb eller enhver mulig sygdomstilstand og må derfor i vidt omfang være holdt i generelle vendinger (jfr. f.eks. "fremskreden alderdomssvækkelse", "så svær invaliditet", "varigt vil være ude af stand til at tage vare på mig selv fysisk og mentalt" og "døende"). Som følge heraf kan det være forbundet med fortolknings-
tvivl at afgøre, om en konkret situation skal anses for omfattet af et testaments klausuler, hvorefter ny livsforlængende behandling af testator ikke ønskes påbegyndt.

Såvel den lægelige som den juridiske fortolkning af et livstestaments klausuler er, i det omfang de i øvrigt tillægges selvstændig betydning, forsigtig, d.v.s. indskrænkende.

2.3.3.7.3. Livstestamentets (straffe)retlige betydning.

Professor, dr.jur. et phil. Alf Ross har i flere artikler nærmest givet udtryk for den opfattelse, at et livstestamente som f.eks. det ovenfor under 2.3.3.7.2. gengivne allerede efter gældende ret skulle være retligt bindende for den behandlende læge. Den øvrige teori synes skeptisk over for dette synspunkt.

Sundhedsstyrelsen ses ikke direkte at have taget stilling til spørgsmålet om livstestamenters retlige betydning. En af Sundhedsstyrelsen nedsat arbejdsgruppe har dog i en redegørelse med titlen "Information og Samtykke - Lægers pligt og patienters ret", der er afgivet i 1981, bl.a. anført følgende ⁶⁶⁾:

"Behandlingen af døende, som af den grund er inhabile, omfatter nogle specielle problemer, når den pågældende på et tidligere tidspunkt, hvor han var habil, har afgivet en viljestilkendegivelse, f.eks. i form af et skriftligt livstestamente, hvori han med henblik på den nu for ham foreliggende situation har nægtet samtykke til kunstigt livsforlængende behandling og indgreb.

Der er nogle, der har den opfattelse, at når en person selv er herre over sit liv

Således bl.a. i dagbladet "Berlingske Tidende" i artiklen "Mit livstestamente" den 14. maj 1978 og i dagbladet "Politiken" i kronikken "Patienters ret" den 27. maj 1976.

Jfr. herved Vagn Greve i Juristen 1974, s. 385, samt til dels Knud Waaben. Strafferettens specielle del 1983, s. 35, og P. Blume i Tidsskrift for Rettsvitenskap 1982, s. 551.

Jfr. s. 35-36 i redegørelsen.

og sin død og er berettiget til - som habil - at nægte at lade sig underkaste livsreddende behandling, må han også - stadig som habil - kunne træffe en tilsvarende bestemmelse med gyldighed i den fremtidige situation, hvor inhabilitet er indtrådt.

Sundhedsstyrelsen har (i 1974 og senere) i forbindelse med aktuelle sager fremsat udtalelser om forholdet, der er lagt til grund i domspraksis. I disse udtalelser anføres det, at hvis en behandling af en patient er udsigtsløs, fordi den blot vil forlænge en igangværende dødsproces, er det ikke i strid med almindeligt anerkendte principper for lægers handlemåde, at man træffer bestemmelse om at undlade at påbegynde eller fortsætte foranstaltninger, som kun kan udskyde tidspunktet for dødens indtræden.

Det ligger i sagens natur, at det alene er den ansvarlige læge, der har afgørelsen af, om han anser patienten for med sikkerhed at være i den terminale fase, og af spørgsmålet om, hvorvidt det er lægeligt forsvarligt at afstå fra yderligere livsforlængende foranstaltninger. Der må, som sundhedsstyrelsen har udtalt, altid og for hver enkelt patient foretages en konkret vurdering ved den ansvarlige læge af patientens tilstand og udsigter samt foreliggende behandlingsmuligheder, og det er lægens ansvar at foretage denne totalvurdering og handle efter den under ansvar bl.a. efter lægeloven.

Såfremt forudsætningerne er opfyldt og den ansvarlige læge beslutter at afstå fra yderligere behandling, kan der handles i overensstemmelse med patientens forud tilkendegivne vilje.

Pårørendes ønsker og synspunkter er også i de her omtalte situationer uden bindende retlig betydning i den forstand, at de ikke kan fritage den ansvarlige læge for det ansvar, han har for sine afgørelser om behandling eller undladelse heraf. De pårørende bør iøvrigt ligesom det medicinalpersonale (først og fremmest læger og sygeplejersker), der deltager i plejen af en patient i den terminale fase, nøje orienteres om den ansvarlige læges vurdering af udsigterne samt om formålet med behandlingen og evt. ændringer af denne."

Endvidere er daværende medicinaldirektør Søren Sørensen i Berlingske Tidende den 7. november 1976, på baggrund af en af Landsforeningen Mit Livstestamente tidligere udarbejdet standardformular til et livstestamente ⁶⁷⁾, refereret for bl.a.

følgende udtalelser:

"I et livstestamente tilkendegiver underskriveren sin mening om at blive holdt kunstigt i live i en håbløs situation. Og testamenterne kan have den betydning, at lægen, når han står og skal tage alt i betragtning og vurdere om han skal fortsætte eller standse en behandling, kan tage patientens tilkendegivelse med ind i billedet, sammen med de 20 andre - eller flere ting - der skal tages hensyn til, når den svære afgørelse skal træffes. På den måde kan testamenterne få vægt.

Men jeg kan ikke gå ind for, at de på nogen måde skal kunne lå eneret, når en læge skal beslutte, om en behandling skal fortsætte eller ikke. Det vil være at gå et skridt i retning mod hjælp til selvmord. Jeg mener heller ikke, at testamenterne skal have juridisk gyldighed."

Rigsadvokaten har bl.a. på baggrund af den ældre standardformular til et livstestamente - der på en række punkter afviger fra den foran gengivne standardformular, som Landsforeningen Mit Livstestamente nu anbefaler - udarbejdet et notat af 19. november 1976 om livstestamenters strafferetlige betydning .

Det er i dette notat anført, at det må

"..haves for øje, at det ikke er ganske afklaret, i hvilket omfang en strafbar adfærd fra lægers side i forbindelse med patientbehandling bliver straffri, fordi lægen har handlet i overensstemmelse med et klart ønske fra en patient, der har haft fuld forståelse af sin situation.

Det er umiddelbart indlysende, at det i sig selv må anses for langt mere tvivl-

Formularen var sålydende:

"1. Ved håbløs sygdom - herunder fremskreden alderdomssvækkelse og følger efter ulykkestilfælde - hvor jeg efter al sandsynlighed varigt har mistet muligheden for livsoplevelse på egne betingelser, ønsker jeg mig fritaget for kunstigt livsforlængende indgreb - f.eks. kunstig hjerte-lunge-nyrefunktion, større kirurgiske indgreb eller langstrakt kemisk behandling af infektioner.

2. Ligeledes - under de pkt. 1 nævnte omstændigheder - af stærke smerter, erklærer jeg mig hermed indforstået med at blive behandlet med stærke smertestillende midler, selv om indgift af disse midler skulle medvirke til afkortning af min sidste levetid.

3. I tilfælde af, at min død efter et lægeligt skøn nærmer sig - under de pkt. 1 nævnte omstændigheder - ønsker jeg at forblive i mit hjem og dø der, så vidt dette er praktisk muligt og ikke i utålelig grad belastende for mine nærmeste. Ved uomgængelig indlæggelse ønsker jeg indlæggelse et sted, hvor dette livstestamente respekteres."

68)

Rigsadvokatens j.nr. G 351.

somt, i hvilket omfang en strafbar adfærd kan "legitimeres" ved et livstestamente eller en anden erklæring, der er afgivet i en situation, hvor behandling ikke var aktuel. Muligheden for en ændret opfattelse hos patienten i den akutte situation kan ikke udelukkes.

Som konklusion af det anførte kan det på linie med medicinaldirektørens udtalelse af 7.11.1976 ... siges, at livstestamenter kan være ét af mange momenter af betydning for de læger, der skal træffe afgørelse om patientbehandlingen i en håbløs situation, ligesåvel som livstestamentet kan være ét af mange momenter ved anklagemyndighedens - evt. domstolens - vurdering af en læges handlemåde, hvor spørgsmål om strafansvar er blevet rejst.

Det må i den forbindelse fremhæves, at det i en konkret straffesag vil være af afgørende betydning for anklagemyndigheden ved dens stillingtagen til spørgsmålet om tiltalerejsning, hvorledes de lægelige autoriteter (retslægeråd og sundhedsstyrelse) vurderer patientens sygdomssituation og den iværksatte (eller undladte) behandling.

Det må almindeligvis antages, at berettigelsen af et fornuftigt skøn, der er udøvet på en hospitalsafdeling, næppe vil blive underkendt af anklagemyndigheden, hvis de medicinske autoriteter finder det udøvede skøn velbegrunderet.

Men der kan efter gældende ret ikke være tale om ubetinget at acceptere, at et eksisterende livstestamente kan betragtes som en faktor, der ophæver den behandlende læges fulde ansvar for behandlingen, herunder hans pligt til at foretage konkret vurdering af patientens tilstand og udsigter samt **foreliggende** behandlingsmuligheder.

Klare juridiske retningslinier for lægerne lader sig efter gældende lovgivning næppe opstille."

Som det fremgår, har man i beskrivelsen af gældende ret generelt været tilbageholdende med at antage, at livstestamenter skulle være juridisk bindende for den behandlende læge.

Dette forhold berettiger dog ikke til en antagelse om, at livstestamenter er uden betydning overhovedet. Således er det, som anført ovenfor under 2.3.2., efter Sund-

hedsstyrelsens og arbejdsgruppens opfattelse ikke i strid med almindelige, anerkendte principper for lægers handlemåde, at den ansvarlige læge, hvis en behandling af en patient efter lægens totalvurdering er udsigtsløs, fordi den blot vil forlænge en igangværende dødsproces, træffer bestemmelse om at undlade at påbegynde (eller fortsætte) foranstaltninger, som kun kan udskyde tidspunktet for dødens indtræden.

Drejer det sig derfor om den seneste standardformular til et livstestamente, som Landsforeningen Mit Livstestamente har ladet udarbejde ⁶⁹⁾, er det derfor berettiget at antage, at en stor del af de situationer, der omfattes af livstestamentets første og anden klausul, er situationer, hvor den behandlende læge i forvejen, d.v.s. uafhængig af livstestamentets indhold, vil have mulighed for at undlade at påbegynde en ny (udsigtsløs) livsforlængende behandling.

Som det fremgår af bl.a. de foran nævnte pressemeddelelser ⁷⁰⁾, som Sundhedsstyrelsen har udsendt om spørgsmålet, beror det på den eller de behandlende lægers konkrete skøn, om en ny livsforlængende behandling i hvert enkelt tilfælde skal iværksættes. I dette samlede skøn indgår en række forskellige forhold, herunder sygdommens art og stadium, de foreliggende behandlingsmuligheder, patientens alder og øvrige livssituation, de pårørendes holdning etc. Den indbyrdes vægt af disse forskellige momenter, hvortil indholdet af et eventuelt livstestamente som nævnt hører, lader sig dog efter gældende ret næppe angive.

Bestemmelser i et livstestamente vil således efter arbejdsgruppens opfattelse - selv om de ikke kan være eneafgørende - kunne indgå som et ikke uvæsentligt led i den række af forhold, som den eller de behandlende læger må tage i betragtning og afveje i forhold til hinanden i forbindelse med tilrettelæggelsen af en terminalbehandling.

Spørgsmålet om den retlige betydning af et livstestamentes klausuler har arbejdsgruppen bekendt ikke foreligget til konkret afgørelse hverken administrativt (hos sundhedsmyndigheder eller anklagemyndighed) eller i retspraksis.

69) Se afsnit 2.3.3.7.2. og **bilag 8**.

70) Se note 17 med henvisning til **bilag 6**.

2.3.3.7.4. Særligt vedrørende livstestamenters tilbagekaldelse.

Rent bortset fra den tvivl, der kan være forbundet med fortolkningen af livstestamentets enkelte bestemmelser, kan det være tvivlsomt, om et måske flere år gammelt livstestamente fortsat var i overensstemmelse med testators vilje, umiddelbart før testator blev fornuftsinhabil.

Det er i den forbindelse klart, at et livstestamente (som andre testamenter) kan tilbagekaldes, og at denne tilbagekaldelse kan ske formløst, f.eks. ved at livstestamentet ødelægges eller ved en mundtlig tilkendegivelse om tilbagekaldelsen. Det vil imidlertid, hvis patientens eget livstestamente ikke kan findes, men f.eks. patientens huslæge er i besiddelse af en kopi af livstestamentet, stille sig tvivlsomt for de behandlende læger, om livstestamentet skal anses for tilbagekaldt af testator, eller om det blot er bortkommet.

I arveretten gælder i sådanne situationer en formodning for testamentets opretholdelse, således at testamentet anses for værende i kraft, så længe det ikke med sikkerhed kan fastslås, at der foreligger en endelig og bestemt beslutning om tilbagekaldelse af testamentet. En sådan formodningsregel gælder ikke for livstestamenter.

Det antages endvidere i arveretten, at der principielt må stilles krav om fuld testationshabilitet i forbindelse med tilbagekaldelsen af et testament⁷²⁾. Det har i enkelte retspolitiske indlæg været foreslået på tilsvarende måde at stille krav om fuld testationshabilitet i forbindelse med tilbagekaldelsen af et livstestamente⁷¹⁾. Arbejdsgruppen finder imidlertid ikke noget grundlag for at antage, at der - i det omfang testamentets indhold i øvrigt måtte kunne tillægges selvstændig betydning - efter gældende ret i givet fald vil blive stillet mere end helt minimale krav til patientens habilitet i forbindelse med tilbagekaldelsen af et livstestamente.

71)

Jfr. herved arvelovens § 46, stk. 1, der er sålydende:

"En testamentarisk bestemmelse kan genkaldes i testamentsform eller ved, at testator på anden måde utvetydigt tilkendegiver, at den ikke længere skal være gældende."

Se hertil om beviskrav og bevisbyrde: Danielsen, Arveloven med kommentarer, 3. udg., 1982, s. 203ff, Finn Taksøe-Jensen, Arveretten, 1986, s. 248-249, samt T. Svénné Schmidt, J. Graversen, J. Nørgaard og P. Vesterdorf, Arveret, 1985, s. 206.

Se hertil bl.a. Danielsen, Arveloven med kommentarer, 3. udg., 1982, s. 208, Finn Taksøe-Jensen, Arveret, 1986, s. 250 og Betænkning nr. 291/1961 om arvelovgivning, s. 104.

Se således bl.a. P. Blume i Tidsskrift for Rettsvitenskap 1982, s. 577.

2.4. Den afbrudte behandling.

2.4.1. Indledende bemærkninger.

Afbrydelsen af en livsforlængende lægelig behandling kan med nogen rimelighed siges at udgøre en slags mellemform mellem på den ene side den "aktive dødshjælp", der er omhandlet foran under afsnit 2.2., og den "undladte behandling", der er behandlet ovenfor under afsnit 2.3.

Helt skarpe indbyrdes grænser mellem den "aktive dødshjælp" og de forskellige former for "passiv dødshjælp", d.v.s. undladt og afbrudt behandling, lader sig dog næppe opstille.

Således kan det give anledning til tvivl, om en regelmæssig indgivelse af et livsnødvendigt medikament - som f.eks. insulin til en svært sukkersyg eller en penicillinkur til en ældre patient med lungebetændelse - f.eks. flere gange i døgnet over en vis periode skal anskues som én fortløbende behandling eller i stedet som en serie af enkeltbehandlinger.

Ofte vil afbrydelsen af en livsforlængende behandling eller af et livsforlængende behandlingsforløb indebære en egentlig aktiv adfærd fra den behandlende læges side eller fra andet plejepersonales side efter lægens anvisning.

Således vil f.eks. afbrydelse af en kontinuerlig væskebehandling eller udtagelse af respirator indebære en aktiv adfærd fra den behandlende læges eller plejepersonalets side, hvorimod undladelsen af at påbegynde den samme behandling principielt ville have haft karakter af et rent passivt forhold. Det må antages, at denne aktive adfærd - alt andet lige - vil skærpe den strafferetlige vurdering i forhold til tilfælde, hvor det udviste forhold består i ren passivitet.

I en række tilfælde vil det, som anført ovenfor under 2.3.2., kunne være straffrit for den behandlende læge f.eks. at undlade at lægge en livløs patient i respirator under henvisning til, at åndedrætssvigtet med sikkerhed må antages allerede at have medført meget betydelige uoprettelige hjerneskader. Vælger imidlertid lægen at lægge den pågældende patient i respirator, hvorefter patienten kommer til en vis form for bevidsthed, er det - selv om der nu kan konstateres (de forventelige) omfattende uoprettelige hjerneskader hos patienten - vanskeligere for den behandlende læge at afbryde respiratorbehandlingen uden at risikere at ifalde ansvar for overtrædelse af

straffelovens § 237 (drab) eller for tilsidesættelse af sine hjælpepligter efter straffelovens § 250 (subsidiært § 253) og lægeloven.

Er den pågældende patient selv i stand til at trække vejret efter genoplivningen, er det efter gældende ret, jfr. ovenfor under 2.2., udelukket at yde patienten nogen form for aktiv dødshjælp.

Også i andre henseender kan den behandlende læge blive bundet til at fortsætte en indledt livsforlængende behandling. Således vil det ved samtidig modtagelse af flere behandlingskrævende patienter forud for behandlingens iværksættelse efter omstændighederne være legitimt at foretage en saglig prioritering af de foreliggende begrænsede personelle og materielle ressourcer under hensyn til de enkelte patienters behandlingsmuligheder og -udsigter. Derimod vil det ikke være lovligt at afbryde en allerede iværksat livsforlængende behandling af én patient med henvisning til, at en anden, senere modtaget, patient har et større behov (potentielt bedre helbredelsesmuligheder) for at nyde godt af de ressourcer, som den første patient lægger beslag på ⁷⁴⁾.

Som anført vil afbrydelsen af en livsforlængende behandling ofte indebære en aktiv adfærd fra det behandlende personales side. Herved kan den afbrudte behandling i visse tilfælde minde om den egentlige "aktive dødshjælp", der er omhandlet under afsnit 2.2.

Den afbrudte behandling adskiller sig dog også i disse tilfælde fra den egentlige aktive dødshjælp derved, at den aktive adfærd ikke består i selvstændige drabshandlinger (som f.eks. indgivelse af en dødelig dosis medicin), men derimod i ophør af en igangværende livsopretholdende behandling (som f.eks. insulin-behandling, kunstig ernæring eller respiratorbehandling).

Det må dog - som for den undladte behandlings vedkommende - antages, at visse mere kvalificerede tilfælde af afbrudte livsforlængende behandlinger efter omstændighederne retligt vil kunne sidestilles med aktiv dødshjælp og efter omstændighederne ligefrem anses som drab efter straffelovens § 237.

⁷⁴⁾ Jfr. Vagn Greve i *Juristen* 1974, s. 388.

Det er i teorien anført, at det ofte vil være mere nærliggende strafferetligt at si-destille en afbrudt behandling med aktiv dødshjælp i de tilfælde, hvor afbrydelsen af den livsforlængende behandling umiddelbart eller i løbet af meget kort tid fører til, at patienten afgår ved døden.

Det synes klart, at det bevismæssigt typisk lettere vil kunne lægges til grund, at afbrydelsen af en livsforlængende behandling har forvoldt en patients død i de tilfælde, hvor døden indtræder umiddelbart efter behandlingens afbrydelse.

Arbejdsgruppen finder det imidlertid tvivlsomt, om behandlingsafbrydelser, hvis (dødelige) virkning er beviselig, men først indtræder med nogen forsinkelse, af denne grund efter gældende ret generelt kan bedømmes særlig mildt. Se om dette spørgsmål i relation til patientens begæring om afbrydelse af en igangværende livsforlængende behandling nedenfor under afsnit 2.4.3.1.

Statsadvokaten i Ålborg har i en sag (J.nr. 1813/84) haft lejlighed til at tage stilling til nogle af de bevismæssige problemer, der kan være forbundet med at afbryde en behandling.

Sagen vedrørte en 88-årig plejehjemspatient, der i forbindelse med en influenza var blevet ordineret penicillin og tilførsel af ilt. Patienten havde et begyndende lungeødem (vand i lungerne) og mistede trods den indledte behandling bevidstheden. Da patienten på denne baggrund skønnedes døende, blev de pårørende tilkaldt.

Medens de pårørende var til stede, afbrød den vagthavende sygeplejerske på et tidspunkt ilttilførslen.

Sygeplejersken forklarede efterfølgende bl.a., at hun først havde slukket for ilttilførslen efter, at patienten var afgået ved døden. Efterforskningen kunne ikke fuldstændig klarlægge, om sygeplejerskens vurdering på dette punkt var korrekt, men en eventuel tiltale for drab efter straffelovens § 237 blev opgivet, allerede fordi sygeplejersken efter sin forklaring ikke kunne antages at have haft det fornødne drabsforsæt.

Anklagemyndigheden fandt herefter i overensstemmelse med sundhedsmyndighedernes indstilling alene at kunne bebrejde sygeplejersken, at hun havde afbrudt ilttilførslen uden forud behørigt at have sikret sig, at døden var indtrådt. Sygeplejersken vedtog i den anledning en bøde på 1.000 kr. for overtrædelse af sygeplejerskelovens § 5, stk. 1, jfr. § 10, stk. 2, hvorefter en sygeplejerske under udøvelsen af sin

gerning er forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed.

2.4.2. Generelle begrænsninger i pligten til at fortsætte en påbegyndt livsforlængende behandling.

Indlysende er det naturligvis, at pligten i alle tilfælde ophører, når patienten er afgået ved døden. Betydningen heraf er overordentlig beskeden ved det kombinerede hjerne- og hjertedøds-kriterium, som i øjeblikket gælder i dansk ret. Heller ikke en eventuel vedtagelse af det hjernedøds-kriterium, som justitsministeren den 14. januar og den 27. oktober 1987 stillede forslag om i Folketinget, kan antages at have større praktisk betydning for behandlingen af de her omhandlede problemstillinger. Derimod ville en eventuel indførelse af et døds-kriterium, hvorefter døden måtte kunne anses for indtrådt på et langt tidligere stadium af dødsprocessen (f.eks. ved bortfald af alene en del af hjernens processer) , efter omstændighederne kunne bevirke større begrænsninger i pligten til at fortsætte en behandling.

Heller ikke i øvrigt kan der antages nogen ubetinget pligt til at fortsætte en (udsigtsløs) **livsforlængende** behandling.

Sundhedsstyrelsen har i sine ovenfor omtalte pressemeddelelser udtalt bl.a.:

"... at der altid og for hver enkelt patient må foretages en konkret vurdering ved den ansvarlige læge af patientens tilstand og udsigter samt foreliggende behandlingsmuligheder, og det er lægens ansvar at foretage denne totalvurdering og handle efter den under ansvar bl.a. efter lægeloven.

Hvis en behandling af en patient efter denne totalvurdering er udsigtsløs, fordi den blot vil forlænge en igangværende dødsproces, er det efter sundhedsstyrelsens opfattelse ikke i strid med almindeligt anerkendte principper for lægers handlemåde, at den ansvarlige læge træffer bestemmelse om at undlade at påbegynde eller fortsætte foranstaltninger, som kun kan udskyde tidspunktet for dødens indtræden.")

Se herved Lars Adam Rehofs omtale af bl.a. "hjernebarkdøds-kriterier" i "Døds-kriterier", Ugeskrift for Retsvæsen 1986B, s. 305-323.

Se note 17 med henvisning til **bilag 6**.

78)

Uddrag af Sundhedsstyrelsens pressemeddelelse af 18. august 1986. Meddelelsen er gengivet i **bilag 6** til betænkningen.

Rigsadvokaten har i det ovenfor nævnte notat af 19. november 1976 om livstestamenters strafferetlige betydning anført bl.a.:

"...., at det i en konkret straffesag vil være af afgørende betydning for anklagemyndigheden ved dens stillingtagen til spørgsmålet om tiltalerejsning, hvorledes de lægelige autoriteter (retslægeråd og sundhedsstyrelse) vurderer patientens sygdomssituation og den iværksatte (eller undladte) behandling.

Det må almindeligvis antages, at berettigelsen af et fornuftigt skøn, der er udøvet på en hospitalsafdeling, næppe vil blive underkendt af anklagemyndigheden, hvis de medicinske autoriteter finder det udøvede skøn velbegrunnet.¹¹

Arbejdsgruppen kan tiltræde Sundhedsstyrelsens og rigsadvokatens beskrivelse af gældende ret. Der er således ikke grundlag for at antage, at en behandlende læge vil blive draget strafferetligt til ansvar, når lægens afbrydelse af en udsigtsløs livsforlængende behandling ligger inden for det område af lægeligt skøn, som Retslægerådet eller Sundhedsstyrelsen vil karakterisere som almindelig lægepraksis.

Det bør i den forbindelse, som anført allerede under 2.4.1., erindres, at adgangen til at afbryde en allerede iværksat behandling må anses for noget snævrere end adgangen til at undlade at påbegynde den samme behandling.

Arbejdsgruppen bekendt har lægers afbrydelse af (udsigtsløs) livsforlængende behandling kun i ganske få tilfælde givet anledning til kritik fra patientens pårørende eller andre.

Fra de seneste 10 år kendes således alene ét tilfælde, hvor en patient efter et selvmordsforsøg ved udspring fra 4. sals højde havde henligget meget syg gennem mere end 1 måned på et sygehus' intensive afdeling. Der var hos patienten klare tegn på enten hjernestammelidelse eller på sygdom dybt i venstre hjernehalvdel, der forårsagede vekslende grader af bevidstløshed og bevidsthedssvækkelse. Patienten var næsten helt lammet. Herudover havde patienten en mangelfuld lungefunktion, og endelig var der tale om en vedvarende betydelig leverskade. Den behandlende

79).....
Retslægerådets udtalelse af 9. juli 1986 samt Sundhedsstyrelsens afgørelse af 6. april 1987 i den pågældende klagesag er i anonymiseret form tilgået arbejdsgruppen.

overlæge besluttede, da patientens tilstand på trods af mere end 1 måneds intensiv behandling og intensive undersøgelser fortsat forvænedes, og da der var tegn på, at patientens kredsløb begyndte at svigte, at afbryde respiratorbehandlingen af patienten på et tidspunkt, hvor patienten dagen forinden havde været i stand til selv at trække vejret i 11 timer og til på opfordring at trykke den ene hånd sammen. Patienten afgik ved døden inden for et døgn efter afbrydelsen af respiratorbehandlingen.

Retslægerådet udtalte, at der i behandlingen af patienten ikke sås at være begået

"fejl eller udvist forsømmelighed. Behandlingen inclusive respiratorbehandlingen er standset på et tidspunkt, hvor maksimal diagnostisk og terapeutisk indsats gennem en måned har vist sig forgæves, og hvor yderligere indsats er vurderet som udsigtsløs med hensyn til såvel funktion som overlevelse. Retslægerådet finder både denne vurdering og den herpå baserede beslutning om standsning af al behandling inclusive respiratorbehandling korrekte og uangribelige."

Sundhedsstyrelsen fandt i overensstemmelse hermed ikke noget grundlag for kritik af den lægelige behandling, som patienten havde været undergivet. (Derimod fandt Sundhedsstyrelsen anledning til alvorligt at beklage, at respiratorbehandlingen blev standset, før man fra lægelig side havde opnået patientens forældres accept og forståelse for - og dermed forberedelse på - at afslutningen var nært forestående og yderligere behandling derfor udsigtsløs.).

2.4.3. Særligt vedrørende spørgsmålet om patientsamtykke.

2.4.3.1. Patientens begæring om afbrydelse af en igangværende livsforlængende behandling.

Det principielle udgangspunkt er, at ikke alene den lægelige handlepligt, **men også** den lægelige **handleret**, er begrænset, når patienten nægter at give samtykke til, at en ny. (eventuelt udsigtsløs) livsforlængende behandling **indledes**, jfr. ovenfor under 2.3.3. Indleder lægen under disse omstændigheder en tvangsmæssig behandling af den voksne, habile patient, vil lægen herved foretage en handling, der er omfattet af straffelovens § 260 om ulovlig tvang.

Også for den afbrudte behandlings vedkommende må udgangspunktet tages i det almindeligt anerkendte princip om, at modtagelse af lægebehandling for den voksne

habile patient er en frivillig sag.

Afbrydelse af behandlingen på den behandlende læges eget initiativ vil i visse tilfælde blive bedømt som drab efter straffelovens § 237. Er der tale om en i øvrigt lignende situation, hvor den livsopretholdende behandling afbrydes på begæring af en voksen habil patient, er det i alt fald i dele af den strafferetlige teori⁸⁰⁾ antaget, at patientens begæring alene kan medføre, at forholdet i stedet henføres under den mildere strafferamme i straffelovens § 239 om drab efter begæring. Resultatet har

81)

støtte i en af Københavns Byret den 13. februar 1974 afsagt dom . I denne sag havde en person, der var sygeplejeelev, efter en totallammet poliopatients bestemte begæring givet en morfinbaseindsprøjtning og, efter at patienten var blevet bevidstløs, fjernet respiratorkanylen. Den pågældende blev idømt 1 års betinget fængsel for drab efter begæring efter straffelovens § 239.

Den nævnte afgørelse vedrører imidlertid et tilfælde, hvor der så vidt ses var tale om en kombination af aktiv dødshjælp (morfinbaseindsprøjtningen) og afbrudt behandling (respiratorkanylen). Det er derfor tvivlsomt, hvilke indskrænkninger i den voksne, habile patients adgang til at kræve en livsforlængende behandling afbrudt der kan udledes af afgørelsen. Dommen lader sig dog vanskeligt forene med en antagelse om, at den behandlende læge ubetinget skulle have ret til at imødekomme en voksen, habil patients begæring om afbrydelse af en livsforlængende behandling.

I de tilfælde, hvor en imødekommelse af patientens anmodning umiddelbart eller i løbet af meget kort tid vil føre til, at patienten afgår ved døden, synes det - alt andet lige - særligt nærliggende at antage, at der foreligger en handling, der er omfattet af straffelovens § 239 om drab efter begæring.

I de tilfælde, hvor en afbrydelse af den livsforlængende behandling ikke umiddelbart vil medføre patientens død, og hvor lægens afbrydelse af behandlingen på eget initiativ muligt i praksis (alene) vil udgøre en tilsidesættelse af lægens hjælpepligter efter straffelovens § 250 (eller eventuelt blot efter straffelovens § 253 og lægeloven), kan det derimod formentlig antages, at en anmodning om afbrydelse af behandlingen fra en voksen, habil patient ofte vil medføre bortfald af lægens hjælpepligt. Fortsætter lægen behandlingen, vil det i enkelte af disse tilfælde evt. ligefrem kunne

80)

Se herved P. Blume i Tidsskrift for Rettsvitenskap 1982, s. 548ff.

81)

Dommen er omtalt af Vagn Greve i Juristen 1974, s. 387.

indebære en overtrædelse af straffelovens § 260 om ulovlig tvang. Der henvises i den forbindelse til det ovenfor under afsnit 2.3.3.1. (og 2.4.2.) anførte om sundhedsmyndighedernes og anklagemyndighedens tilbageholdenhed i forbindelse med tiltalelsesning m.v. i disse situationer.

Anmoder en totallammet, men fuldt tilregnelig voksen patient således den behandlende læge om at ophøre med en (livsopretholdende) kunstig ernæring af patienten, må det antages, at lægen kan efterkomme ønsket uden af den grund at risikere at ifalde ansvar for tilsidesættelse af sine hjælpepligter efter straffe- eller lægeloven. Muligt vil lægen ved i stedet at fortsætte ernæringen i strid med patientens vilje ligefrem kunne ifalde ansvar efter straffelovens § 260 om ulovlig tvang.

Med hensyn til spørgsmålet, om lægens hjælpepligt eventuelt indtræder på ny, når patienten på grund af den manglende behandling bliver **bevidsthedssløvet** eller ligefrem bevidstløs og dermed inhabil, henvises til det foran anførte under afsnit 2.3.3.6. om bevidstløshedstilfælde.

2.4.3.2. Forudgående begæringer om afbrydelse af fremtidige behandlinger. Livstestamenter.

Når en patient på trods af fortsat behandling bliver enten fornuftsinhabil eller ligefrem bevidstløs, vil der foreligge en ny situation, hvor det på den ene side bliver sværere at tillægge patientens nu forudgående anmodning om standsning af behandlingen afgørende vægt, men hvor på den anden side patientens situation - særligt i bevidstløshedstilfældene - nu i øvrigt kan være så radikalt ændret til det værre, at det - rent bortset fra en eventuel forudgående anmodning herom - muligt vil være i overensstemmelse med almindelig anerkendt lægepraksis at afbryde den livsforlængende behandling som udsigtsløs.

Beslutninger om at fortsætte en igangværende livsforlængende behandling eller om i stedet af afbryde en sådan behandling som udsigtsløs forudsætter, at den eller de behandlende læge(r) forinden har foretaget en samlet vurdering af den inhabile patients sygdomsforløb og situation samt af de foreliggende behandlingsmuligheder. Det må antages at være i overensstemmelse med almindelig anerkendt lægepraksis - og dermed formentlig reelt i overensstemmelse med gældende (straffe)ret - at inddrage indholdet af et foreliggende livstestamente som ét blandt den række af forhold, som en sådan lægelig helhedsvurdering må bygge på.

2.5. Sammenfatning.

Den gældende retstilstand kan herefter sammenfattes således, at der er et absolut forbud mod aktiv dødshjælp. Den behandlende læge er hermed - i lighed med andre personer - afskåret fra at foretage aktive drabshandlinger, som til eksempel indgivelse af en dødelig dosis medicin. Den behandlende læge er dog i de tilfælde, hvor det efter en lægelig vurdering kan konstateres, at behandlingen af en patient er udsigtsløs og døden nært forestående, berettiget til at indgive de smertestillende/beroligende midler, som er nødvendige for at lindre patienten, også selv om dette som en ikke tilstræbt virkning måtte indebære risiko for, at patientens død herved indtræder på et noget tidligere tidspunkt.

Såfremt en behandling af en patient er udsigtsløs, fordi den blot vil forlænge en igangværende dødsproces, vil den behandlende læge endvidere have mulighed for at træffe beslutning om at undlade at påbegynde eller fortsætte foranstaltninger, som kun kan udskyde tidspunktet for dødens indtræden.

Adgangen til at afbryde en igangværende behandling må dog, som det ligeledes er anført ovenfor, antages generelt at være noget snævrere end adgangen til at undlade at påbegynde den samme behandling under i øvrigt tilsvarende omstændigheder.

Det kan i den forbindelse fremhæves, at lægen, forudsat at patienten besidder den fornødne habilitet, og når bortses fra særligt lovhjemlede undtagelsestilfælde, ikke har ret til at indlede en behandling mod patientens vilje.

Derimod er det, som anført under afsnit 2.4., langt fra altid, at den behandlende læge har mulighed for på patientens begæring at afbryde en igangværende livsopretholdende behandling under i øvrigt tilsvarende omstændigheder.

Udtrykt anderledes vil afbrydelsen af en behandling under visse omstændigheder blive retligt sidestillet med egentlig aktiv dødshjælp, medens afbrydelsen under andre omstændigheder vil kunne være straffri på linie med de situationer, hvor en læge har mulighed for enten på eget eller patientens initiativ at afstå fra at påbegynde en behandling.

Livstestamenter og andre forudgående tilkendegivelser om undladelse af at iværksætte eller fortsætte behandling af patienten tillægges efter gældende ret vægt i visse relationer. Det må således anses for overensstemmende med god lægeskik at la-

de sådanne tilkendegivelser indgå som et blandt flere væsentlige elementer i den helhedsbedømmelse, som det påhviler den behandelende læge at anlægge over for enhver patient. Derimod er der efter gældende ret ikke nogen **pligt** for den behandelende læge til ubetinget at efterkomme bestemmelser i et livstestamente eller andre forudgående tilkendegivelser fra patienten, når denne på grund af bevidstløshed eller manglende habilitet i øvrigt ikke længere kan tage stilling til den videre behandling.

Den behandelende læges mulighed for at tilrettelægge den videre behandling i overensstemmelse med et livstestamente eller andre forud tilkendegivne ønsker fra patienten må antages at være størst i de tilfælde, hvor patienten fuldt informeret om den aktuelle sygdom og om de foreliggende behandlingsmuligheder umiddelbart forud for bevidsthedssløringen har fastholdt sin afvisning af yderligere behandling eller af en bestemt behandling.

Den hjælpepligt, som især visse af straffelovens bestemmelser pålægger lægen, bevirker imidlertid, at den behandelende læge end ikke i disse tilfælde altid vil have ret til at tilrettelægge den videre behandling i overensstemmelse med patientens forud tilkendegivne ønsker, jfr. nærmere ovenfor under afsnit 2.3.3.6.

KAPITTEL 3.

Retspolitiske overvejelser og lovforberedende arbejde i andre lande.

3.1. Indledende bemærkninger om arbejdsgruppens anvendelse af **retspolitiske** overvejelser og lovforberedende arbejde i andre lande.

Arbejdsgruppen har orienteret sig om indholdet af beslægtede overvejelser og lovforberedende arbejde m.v. i en række af de lande, som vi i Danmark normalt sammenligner os med. Undersøgelsen har navnlig rettet sig mod lande, hvor arbejdsgruppen er bekendt med, at der har været lovgivningsinitiativer på området.

Gennem Udenrigsministeriet har arbejdsgruppen indhentet et omfattende materiale, der giver et indtryk af navnlig de retspolitiske overvejelser, men også i betydeligt omfang af den gældende retstilstand, på området i Norge, Sverige, Finland, Holland, Forbundsrepublikken Tyskland, Schweiz, Frankrig, Australien, USA og Canada.

Blandt disse lande finder man imidlertid afgørende forskelle i retlig tradition og systematik. Disse forskelle må antages at forklare en del af de betydelige forskelle, der kan konstateres landene imellem i den retlige regulering af de spørgsmål, der er omfattet af arbejdsgruppens kommissorium. Herudover bevirker de nævnte forskelle i retlig tradition og systematik, at en egentlig sammenlignende analyse af gældende ret på området i de enkelte lande i høj grad vanskeliggøres. Det må i den forbindelse erindres, at selv blandt lande med fælles retstraditioner kan der konstateres store indbyrdes forskelle i udformningen af de generelle straffebestemmelser (drab, drab efter begæring, hjælp til selvmord, tilsidesættelse af hjælpepligter, ulovlig tvang m.v.), der er centrale for de problemstillinger, der er omfattet af arbejdsgruppens kommissorium.

Hertil kommer, at det indhentede materiale - sit betydelige omfang til trods - ikke har en sådan fuldstændig karakter, at det ville kunne udgøre et forsvarligt grundlag for en egentlig sammenlignende analyse.

Der har på denne baggrund været enighed i arbejdsgruppen om, at ethvert forsøg på at fremkomme med en egentlig, dogmatisk beskrivelse af gældende fremmed ret falder uden for rammerne af nærværende beretning.

Arbejdsgruppen har i stedet valgt forholdsvis kortfattet overvejende at omtale hovedindtrykkene fra de retspolitiske overvejelser og det lovforberedende arbejde, der har fundet sted i en række af de lande, som arbejdsgruppen har indhentet oplysninger og materiale fra.

3.2. De enkelte lande.

3.2.1. Norge.

3.2.1.1. Indledende bemærkninger.

Norsk juridisk teori har i ikke ubetydeligt omfang beskæftiget sig med den strafferetlige bedømmelse af lægelig dødshjælp m.v.

I det følgende omtales kort visse af de hovedsynspunkter, der er gjort gældende i den norske strafferetlige teori på området.

3.2.1.2. Hovedpunkter i norsk strafferetlig teori.

3.2.1.2.1. Om grænserne for den lægelige hjælpepligt.

De norske lovbestemmelser om bl.a. drab, legemskrænkelse, hjælp til selvmord, ulovlig tvang og pligt til at hjælpe nogen i øjensynlig livsfare udviser meget store lighedspunkter med de tilsvarende danske bestemmelser.

Den norske straffelov rummer dog i § 235, 2. led, ¹⁾ en udtrykkelig adgang til straffenedsættelse ved bl.a. medlidenhedsdrab på en håbløs syg person. Det synes imidlertid tvivlsomt, om bestemmelsen indebærer nogen reel afvigelse fra den danske retstilstand på området.

Den norske højesteretsadvokat Knut Blom har i en artikel om medlidenhedsdrab ²⁾ taget afstand fra enhver tanke om at legalisere aktiv dødshjælp, idet han samtidig

Bestemmelsen er sålydende:

"Er nogen med eget Samtykke dræbt eller tilføjet betydelig Skade paa Legeme eller Helbred, eller har nogen af Medlidenhed berøvet en haabløs syg Livet eller medvirket hertil, kan Straffen nedsættes under det ellers bestemte Lavmaal og til en mildere Strafart."

²⁾ Lov og Rett 1963, s. 241-248.

har tilføjet:

"Alt det jeg hittil har sagt peker hen på at det ikke er grunn til å forandre på regelen i strl. § 235. Men holder vi fast ved at medlidenhetsdrapet ikke må legaliseres, må vi også ha råd til å pålegge oss den ytterste **varsomhet** i straffhåndhevelsen. Står man overfor den samvittighetsfulle lege som av uegennyttige motiver har gått for langt, får man gi ham en rimelig margin før man dømmer ham for drap."

Der antages efter de gældende norske regler at være mulighed for i et vist omfang at yde passiv dødshjælp, herunder at afbryde eller undlade at påbegynde en udsigtsløs livsforlængende behandling.

Det bemærkes i den forbindelse, at det også i norsk teori antages, at man lettere ifalder ansvar for aktive handlinger (her behandlingsafbrydelser) end (behandlings-) undladelser.

Den norske læge, professor Enger, har imidlertid rejst spørgsmålet, om dette uden videre gælder også på det medicinske område:

"Selv om aktiv handling og passivitet bedømmes svært forskjellig etter norsk strafferett, er det likevel et spørsmål om en slik sonndring har samme berettigelse på det medisinske område. For meg er det vanskelig å se grunnlaget for dette. Årsaken er at de to holdninger fører til samme resultat, nemlig at døden inntreffer tidligere enn de tilgjengelige medisinske ressurser kunne gitt muligheter for. Det vanlige juridiske syn, dvs. at man ser mildere på passivitet enn på den aktive handling, kan lett få medisinsk sett uheldige konsekvenser. I dagens medisin er det mange apparattekniske muligheter til å redde eller forlenge et liv. Men etter noen tid kan det vise seg at tiltakene var forgjeves og bør avbrytes. Det kan f.eks. dreie seg om en respirator eller en elektrisk hjertestimulator. Hvis man skal se annerledes og alvorligere på dette enn på den passive holdning, kan det tenkes at man ved den første kontakt med en pasient som har muligheter til å leve, kvier seg for å bruke alle midler, dvs. inntar en passiv holdning for å unngå senere problemer hvis det viser seg at tiltakene likevel var forgjeves."

3) Lov og Rett 1963, s. 247.

4) Enger: Transplantasjoner. Medisinske, etiske og juridiske problemer, 1971, s. 133-134.

Det betones videre af Enger, at den behandlende læge - uanset om den håbløst syge patients død fremskyndes ved behandlingsundladelse, behandlingsafbrydelse eller som følge af indgivelse af smertestillende midler - må handle lægefagligt og læge-etisk forsvarligt, og at dette faktisk er muligt inden for rammerne af gældende norsk ret:

"Det er legens problem at han formelt setter seg ut over norsk lov ved handlinger som tydelig påskynder dødsprosessen. Det er viktig at han aldri stiller seg i denne situasjon uten etter en samvittighetsfull vurdering av de medisinske og etiske forhold, i en dyp personlig overbevisning om at han handler rett som lege. Det er grunn til å tro at slike tilfeller ikke vil bli **gjenstand** for strafferetlig forfølgning, men vil resultere i henleggelse eller påtaleunntatelse.

Sammenfatningsvis vil jeg hevde at det av og til er medisinsk og etisk akseptabelt å avslutte behandlingstiltak hos håpløst syke pasienter. Dette gjøres i Norge som i andre land. Selv om man da formelt kan komme i konflikt med norsk lov, bør ikke dette føre til krav om justering av gjeldende bestemmelser. Det er neppe grunn til å frykte at norske jurister vil tolke og praktisere dem på en **måte** som leger eller allmenhet vil oppfatte som urimelig strengt eller uforsvarlig lemfeldig. Legalisert adgang til dødshjelp kunne bli en farlig dørgløtt til en uoversiktlig fremtid."

Juristen, professor Anders Bratholm, går muligvis et skritt videre ved at sammenfatte den strafferetlige bedømmelse af disse tilfælde således:

"Generelt kan man si at så lenge en lege eller sykepleier handler innenfor yrkesetikken, må handlingen anses rettmessig."

Det er i den forbindelse bemerkelsesverdigt, at den behandlende læge efter Bratholms opfattelse i medfør af den norske straffelovs § 47 om nødret i visse tilfælde skulle være berettiget til at afbryde en udsigtsløs behandling, når de medicinske resourcer kan anvendes bedre. Som eksempel nævnes, at en hjertelungemaskine kan

Egner: Transplantasjoner. Medisinske, etiske og juridiske problemer, 1971, s. 135-137.

Anders Bratholm: Strafferett og Samfunn, 1980, s. 184.

anvendes til behandling af en patient, der er håb for.

3.2.1.2.2. Særligt om patientens selvbestemmelsesret.

Konflikten mellem lægens hjælpepligt og patientens selvbestemmelsesret er behandlet flere steder i den norske teori.

Udgangspunktet er i alle tilfælde grundsætningen om den voksne habile patients selvbestemmelsesret.

De juridiske professorer Johs. Andenæs og Anders Bratholm har udtrykt det således:

"I alminnelighet må legen bøye seg for pasientens standpunkt. Legen konstaterer f.eks. at pasienten lider av kreft, og at en operasjon er det eneste som kan redde livet, men pasienten vil heller la det hele gå sin gang. Det er klart at det da er urettmessig av legen om han med list eller tvang får pasienten bedøvet og **foretar** operasjonen. Legeetikken er også klar på dette punkt."

Dele af norsk teori antager dog, at livsnødvendig behandling - herunder operative ⁹⁾

indgreb og transfusion af blod og blodprodukter - kan ske mod patientens protest .

Der synes at være enighed om, at lægen har pligt til at søge at genoplive personer,

' Anders Bratholm: **Strafferett** og Samfunn, 1980, s. 184.

' Johs. Andenæs og Anders Bratholm: Spesiell Strafferett, 1983, s. 86.
Se endvidere Anders Bratholm: Strafferett og Samfunn, 1980, s. 184.

9)

Se i denne retning daværende rigsadvokat **Kjerschow** i Nordisk Tidsskrift for Strafferett. 1933, s. 8. samt det norske justitsministeriums lovafdeling i en udtalelse af 1. november 1976, j.nr. 2476/76E, hvor det antages, at lægen i visse tilfælde ligefrem kan være forpligtet til at behandle i strid med den voksne habile patients ønsker, jfr. det omhandlede notats pkt. 3. hvori det bl.a. anføres:

"3. Er pasienten i åpenbar livsfare, vil legen til og med kunne ha en uttrykkelig plikt til å gi den nødvendige blodoverføring utover pasientens samtykke eller mot pasientens vilje. Dette følger av straffeloven § 387 som lyder:

"§ 387. Med Bøder eller med Fængsel indtil 3 Maaneder straffes den, som undlader, uagtet det var ham muligt uden særlig Fare eller Opofrelse for ham selv eller andre

1. efter Evne at hjælpe den, der er i øiensynlig og overhængende Livsfare, eller
2. gennem betimelig Anmeldelse for vedkommende Myndighed eller på anden Maade efter Evne at afværge Ildsvaade, Oversvømmelse, Sprængning eller lignende Ulykke, der medfører Fare for Menneskeliv.

Såfremt paa Grund af Forseelsen nogen omkommer, kan Fængsel i indtil 6 Maaneder anvendes.""

der har forsøgt selvmord, omend retsstillingen i relation til sultestrejken, særligt i bevidstløshedstilfældene, ikke synes ganske afklaret .

Spørgsmålet om livstestamenters retlige betydning ses ikke endeligt afgjort i norsk ret.

Det er dog i teorien anført, at et foreliggende livstestamente kan bevirke, at den behandelende læge i tvivlstilfælde lettere kan indstille en udsigtsløs behandling, og at livstestamentet i alle tilfælde bør indgå i lægens beslutningsgrundlag.

3.2.1.3. Afsluttende bemærkninger.

Det norske justitsministerium har over for arbejdsgruppen oplyst, at man ikke for tiden overvejer at søge retstilstanden vedrørende dødshjælp ændret.

3.2.2. Sverige.

3.2.2.1. Indledende bemærkninger.

Heller ikke i Sverige er der givet særlige regler om dødshjælp m.v., der derfor er reguleret af den svenske straffelovs (Brottsbalkens) almindelige bestemmelser om drab, hjælpepligter m.v.

Det kan i den forbindelse fremhæves, at hjælp til selvmord, der er strafbart i Norge og Danmark, ikke er strafbart i Sverige. Generelt ligger retstilstanden i øvrigt tæt op ad den norske og danske.

3.2.2.2. Den lægeetiske debat omkring dødshjælp.

Der har i de senere år blandt svenske læger udspundet sig en betydelig lægeetisk og retspolitisk debat omkring dødshjælp.

Debatten har navnlig drejet sig om grænserne mellem aktiv og passiv dødshjælp og i tilknytning hertil om tilladeligheden af aktiv dødshjælp.

Johs. Andenæs og Anders Bratholm: Spesiell Strafferen, 1983, s. 87.

Johs. Andenæs og Anders Bratholm: Spesiell Strafferett, 1983, s. 32, samt Anders Bratholm: Strafferen og Samfunn, 1980, s. 184.

Enkelte læger - og andre deltagere i debatten - har således med henvisning til udviklingen i Holland slået til lyd for, at aktiv dødshjælp under visse omstændigheder bør accepteres både lægeetisk og juridisk .

Den helt overvejende opfattelse synes imidlertid at være, at aktiv dødshjælp ikke bør legaliseres.

Bl.a. den svenske lægeforening har kraftigt fastholdt dette synspunkt).

Den svenske euthanasi-debat lader til gengæld formode, at der hersker en høj grad af enighed om det etisk og juridisk forsvarlige i at afstå fra udsigtsløs livsforlængende behandling og i at anvende de fornødne smertestillende midler, også selv om det måtte fremskynde patientens død noget.

Den svenske lægeforening har i en vejledning herom fra 1974 udtalt følgende:

"I livets slutskede, då återvändo till en meningsfylld tillvaro är utesluten och döden bedöms vara nära förestående, bör därför de sjukvårdande insatserna på ett naturligt sätt koncentreras på den fundamentala personliga omvårdnaden. Läkarens främsta uppgift bör i detta läge vara att med respekt för den sjuks integritet lindra hans lidande. .. Det är den ansvarige läkarens sak att avgöra, vilken medicinsk behandling patientens **tillstånd** fordrar. Därvid bör man så långt ske kan försöka tillgodose patientens önskemål och detta även i fall där denne genom sin svaghet förlorat förmågan att själv råda över sin be-lägenhet, men i övrigt bevarat sitt personlighetsmedvetande. Den moderna sjukvårdens mer avancerade tekniska resurser - såsom blodtransfusion, dropp med tillförsel av vätska, näring och läkemedel, respiratorbehandling, defibril-lering och pacemakerbehandling ävensom vissa operativa ingrepp - bör ut-nyttjas i den omfattning det kan anses vara till gagn för patienten. Här som eljest måste läkarens handlande styras av hans bedömning av det medicinska

Således tidligere overlæge Mats Pers i bl.a. Läkartidningen 1986, s. 4257-4258, samt Berit Hedeby og Olle Rydberg i to indlæg i Läkartidningen 1986, s. 3596.

Formanden for den svenske lægeforenings medicinsk-etiske delegation, professor Gunnar Dahlström, afdelingschef Viking Falk, Socialstyrelsen, og formanden for den svenske lægeforenings etiske råd, docent Olle Westerbom i Läkartidningen 1986, s. 3597-3600, Viking Falk i Läkartidningen 1986, s. 4256. Staffan Arnér i Läkartidningen 1986, s. 4256, Olle Westerbom i Läkartidningen 1986, s. 4257, samt Gustav Giertz i Läkartidningen 1986, s. 4258-4259.

vårdbehovet, icke av föreställningen om skyldighet att "förlänga patientens liv" eller "förkorta hans lidande".

3.2.2.3. Afsluttende bemærkninger.

Det svenske Socialdepartement har over for arbejdsgruppen oplyst, at der ikke for tiden er overvejelser om at søge den gældende retstilstand på området ændret.

3.2.3. Holland. ¹⁵⁾

3.2.3.1. Indledende bemærkninger.

Den særlige udvikling i Holland omkring den strafferetlige bedømmelse af specielt aktiv dødshjælp udøvet af læger har gennem de seneste år påkaldt sig betydelig international interesse.

Hollandske domstole har således ved deres afgørelser på området i et vist omfang accepteret aktiv dødshjælp udøvet af læger.

Endvidere har det ved flere lejligheder været overvejet at indføre udtrykkelige lovregler til kodificering og præcisering af den retstilstand, som domstolene allerede har skabt.

3.2.3.2. Hollandsk retspraksis i relation til aktiv dødshjælp.

Praksis ved de hollandske domstole har siden 1973 udviklet sig i retning af en indrømmelse af straffrihed for læger, der har udøvet aktiv dødshjælp.

På baggrund af den hidtidige retspraksis, der samtidig afspejles i anklagemyndighedens kriterier for tiltalerejsning, synes følgende betingelser som udgangspunkt at skulle være opfyldt, for at domstolene med henvisning til nødretsprincipper vil indrømme straffrihed for medlidenhedsdrab af en patient:

14) ...
Her gengivet fra Gustav Giertz: "Meningslös behandling kan och bör avbrytas". Läkartidningen 1986, s. 4258-4259.

Den følgende fremstilling bygger i det væsentlige på de meget udførlige oplysninger, som arbejdsgruppen har modtaget fra ambassaderåd J. R. Lilje-Jensen, den danske ambassade i Haag. En kort omtale af den hollandske lægeforenings positive holdning til aktiv dødshjælp findes endvidere i den svenske Läkartidningen 1986, s. 3600-3601.

- 1) Medlidenhedsdrab må kun foretages af en læge.
- 2) Patienten skal udtrykkeligt (skriftligt eller mundtligt) have tilkendegivet sin begæring om, at livet bringes til en afslutning.
- 3) Patientens tilkendegivelse skal være frivillig og have en permanent karakter (fastholdes).
- 4) Patientens begæring skal være informeret, hvilket indebærer, at patienten skal være fuldt bekendt med sin helbredstilstand og de foreliggende behandlingsmuligheder og skal have afvejet disse overfor hinanden.
- 5) Patienten skal være i en situation, der er forbundet med alvorlige og uudholdelige fysiske eller psykiske lidelser, og hvor der ikke findes rimelige alternativer til en bedring eller lindring af patientens situation.
- 6) Der skal være tale om en omhyggelig beslutningsproces, der bl.a. skal have indebåret, at en anden læge har været konsulteret.

Derimod synes det ikke at være nogen betingelse, at en naturlig død har været umiddelbart forestående.

Den hollandske højesteret har kun i et enkelt tilfælde, i 1984, haft lejlighed til at tage stilling til problemstillingen. Det følger af dommen, at nødretsgrundsætningen i den hollandske straffelovs art. 40 kan påberåbes i visse tilfælde, når den tiltalte læge omhyggeligt har afvejet de modstridende pligter og interesser i den konkrete sag under særlig hensyntagen til de gældende lægefaglige og lægeetiske normer, og det i øvrigt efter en samlet vurdering af sagens konkrete omstændigheder skønnes rimeligt, at lægen har udøvet aktiv dødshjælp.

I dommen henviste retten således til muligheden af, at det af tiltalte udførte medlidenhedsdrab efter objektiv medicinsk indsigt kunne anses for berettiget som en nødretshandling.

Der foreligger ingen sikre oplysninger om antallet af tilfælde, hvor hollandske læger har udøvet dødshjælp. Det har fra hollandsk side været anslået, at der ydes dødshjælp i mellem 5.000 og 10.000 tilfælde om året.

Opinionsundersøgelser har indikeret, at flertallet i den hollandske befolkning finder, at der bør være adgang til legalt at yde aktiv dødshjælp i visse situationer.

3.2.3.3. Hollandske lovinitiativer.

3.2.3.3.1. D 66's lovforslag.

I 1984 udarbejdede det hollandske centrumparti "D'66" et lovforslag, hvorefter aktiv dødshjælp ydet enten som drab efter begæring eller som hjælp til selvmord i visse tilfælde skulle være lovlig.

Lovteknisk er forslaget udformet som en nyformulering af artiklerne 293-294 i den hollandske straffelov.

I art. 293, stk. 2, foreslås det som en undtagelse til hovedbestemmelsen i art. 293, stk. 1, om drab efter begæring, at drab efter begæring ikke skal være strafbart, såfremt det begås af en læge i forbindelse med omhyggelig ydelse af hjælp til en person, som befinder sig i en udsigtsløs nødsituation.

Forslagets art. 294, stk. 3, indeholder en tilsvarende bestemmelse for så vidt angår hjælp til (men ikke anstiftelse af) selvmord.

Lovforslaget indeholder i øvrigt nærmere betingelser for, at lægen straffrit kan yde aktiv dødshjælp. Betingelserne svarer i det væsentlige til de betingelser, som synes at kunne udledes af hollandsk retspraksis på området, jfr. ovenfor under afsnit 3.2.3.2.

Det bemærkes, at lovforslaget tilsigter at åbne mulighed for aktiv dødshjælp også til mindreårige under forudsætning af, at de pågældendes værger er indforstået hermed.

Forslagets art. 293, stk. 4, fastslår, at aktiv dødshjælp - såfremt betingelserne i øvrigt er opfyldt - kan udøves i henhold til en forudgående skriftlig tilkendegivelse (livstestamente) fra patienten.

Forslagets art. 294B fastslår, at ingen læge kan have pligt til at udøve aktiv dødshjælp.

Såfremt det strider mod lægens overbevisning at yde aktiv dødshjælp, er lægen forpligtet til i givet fald omgående at meddele patienten dette.

Forslaget har navnlig på **grund** af modstand fra det største parti i den daværende koalitionsregering, det kristelige demokratiske parti **CDA**, ikke kunnet finde flertal i det hollandske parlament.

3.2.3.3.2. Regeringskoalitionens forslag.

Regeringskoalitionen udsendte i 1986 et foreløbigt udkast til udformning af art. 293 - 294 i den hollandske straffelov.

Forslaget begrænser i forhold til lovudkastet fra partiet D 66 området for den tilladte aktive dødshjælp i flere henseender.

I følge regeringsforslaget er det således en yderligere betingelse, at patienten er døende og samtidig lider uudholdeligt, ligesom videre behandling skal være udsigtsløs.

Det præciseres på den anden side i forslaget, at passiv dødshjælp i form af afbrydelse af eller undladelse af at iværksætte udsigtsløs livsforlængende behandling i alle tilfælde er straffri. Det samme gælder afbrydelse af eller undladelse af påbegyndelse af enhver anden behandling efter patientens udtrykkelige begæring, ligesom også dødsfald som følge af den såkaldte dobbelteffekt i alle tilfælde holdes uden for det strafbare område.

I august 1987 fremkom regeringen med et nyt egentligt udkast til lovbestemmelser på området.

Der foreslås nu ingen ændringer i straffeloven, og aktiv dødshjælp skal således som udgangspunkt fortsat være strafbart (også for læger) som enten drab efter begæring eller hjælp til selvmord - alene med de modifikationer, som domstolene måtte fastsætte med henvisning til den almindelige nødretsbestemmelse i art. 40 i den hollandske straffelov.

Til gengæld foreslås nu fastsat en lang række bestemmelser i lægeloven, hvori det anføres, hvilke procedurer m.v. den behandlende læge bør følge, såfremt lægen mener sig berettiget til i kraft af et nødretssynspunkt at udøve aktiv dødshjælp.

Bl.a. den hollandske anklagemyndighed har stærkt kritiseret regeringens seneste forslag. Man har i den forbindelse særlig vendt sig imod den noget usædvanlige lovtekniske konstruktion, som forslaget er udtryk for, ligesom man har påpeget, at for-

slaget ikke synes at bidrage til nogen afklaring af den usikkerhed, der både blandt læger og andre kan spores omkring de i øjeblikket domstolsbestemte grænser for lovlig aktiv dødshjælp.

3.2.3.4. Afsluttende bemærkninger.

Det synes endnu i sommeren 1989 usikkert, om noget af de foreliggende forslag vil kunne samle flertal i det hollandske andetkammer, hvor forslagene i øjeblikket afventer videre behandling - dette uanset at de foreliggende forslag i temmelig vidt omfang synes at være forsøg på at kodificere en allerede gældende retstilstand, der i det væsentlige er bred - også politisk - accept af.

3.2.4. Forbundsrepublikken Tyskland.

3.2.4.1. Indledende bemærkninger.

I Forbundsrepublikken Tyskland har man i de seneste år flere gange drøftet spørgsmål i relation til passiv og aktiv dødshjælp samt mulighederne for at indføre egentlige lovbestemmelser herom.

Disse drøftelser har overvejende haft karakter af faglige debatter, der har udspundet sig blandt jurister og retsmedicinere, uden at drøftelserne endnu har ført til fremsættelse af lovforslag eller lignende i de lovgivende forsamlinger.

Overvejelserne har navnlig fundet sted i det tyske juristforbunds (**DJV's**) regi. På den 56. Deutsche Juristentag i september 1986 diskuterede man således indgående et udkast til lovtekst om dødshjælp, som en såkaldt "Alternativkreis" under **juristforbundet** havde udarbejdet.

Spørgsmålet om udformningen af og behovet for en eventuel lovgivning vedrørende dødshjælp har i øvrigt både før og efter drøftelserne på den 56. Deutsche Juristentag været genstand for debat i den tyske juridiske faglitteratur.

3.2.4.2. Det tyske juristforbunds forslag.

Forslaget, der betegnedes "Gesetzestexte Alternativentwurf Sterbehilfe", blev på ju-

ristmødet anerkendt som en retspolitisk programmerklæring '.

Efter den foreslåede affattelse af den tyske straffelovs § 214, stk. 1, handler den, der afbryder eller undlader at iværksætte livsbevarende foranstaltninger, ikke retsstridigt, når det sker efter den pågældendes ("patientens") udtrykkelige og alvorlige begæring (§214, stk. 1, nr. 1), eller den pågældende ("patienten") efter lægelig erkendelse uopretteligt har mistet bevidstheden eller, når det drejer sig om en svært skadet nyfødt, aldrig vil komme til bevidsthed (§ 214, stk. 1, nr. 2), eller den pågældende lægeligt skønnes ude af stand til at udøve sin selvbestemmelsesret, men der er pålidelige holdepunkter for at antage, at den pågældende (hvis han havde været habil) ville have afvist videre - navnlig udsigtsløs livsforlængende - behandling (§ 214, stk. 1, nr. 3), eller der er tale om ("patientens") nært forestående død, og videre livsforlængende behandling lægeligt må anses for udsigtsløs (§ 214, stk. 1, nr. 4).

Forslagets § 214a om smertestillende foranstaltninger tilsigter en udtrykkelig anerkendelse af den såkaldte dobbelteffekt.

§ 215 i forslaget præciserer, at det som udgangspunkt skal være straffrit at undlade at hindre en voksen habil persons velovervejede selvmord.

Ved den foreslåede affattelse af § 216 i den tyske straffelov skal der ved § 216, stk. 2, indføres en fakultativ adgang til strafbortfald ved visse kvalificerede tilfælde af aktiv dødshjælp, nemlig hvor et medlidenhedsdrab udføres efter begæring for at tilendebringe en meget pinefuld tilstand, som det ikke er muligt at fjerne eller lindre på anden måde.

Forslaget synes alene for så vidt angår § 215, stk. 1, om undladelse af at forhindre selvmord og § 216, stk. 2, om fakultativt strafbortfald for visse former for medlidenhedsdrab efter begæring at lægge op til en lidt mildere strafferetlig bestemmelse af dødshjælp end den, der allerede finder sted i gældende dansk ret.

Derimod illustrerer forslaget de vanskeligheder, der er forbundet med at gennemføre en detaljeret, udtrykkelig lovregulering af bl.a. lægers handlepligt og handleret i relation til udsigtsløs livsforlængende behandling.

Det er da også efterfølgende i den tyske juridiske teori gjort gældende, at området på grund af sin kompleksitet ikke er egnet til detaljeret, udtrykkelig lovregulering ¹⁷⁾. Det er i den forbindelse blevet anført, at en eventuel regulering i givet fald snarere burde ske gennem en præcisering og udbygning af de lægeetiske regler end gennem ændringer af den tyske straffelovs bestemmelser ¹⁸⁾.

Herudover er det bemærkelsesværdigt, at forslaget, der blev fremlagt med særlig henvisning til princippet om patientens selvbestemmelsesret, ikke indebærer nogen direkte retlig anerkendelse af livstestamenter.

Baggrunden herfor er formentlig, at den foreslåede affattelse af § 214, stk. 1, nr. 1, om patientens udtrykkelige (aktuelle) tilkendegivelse og af § 214, stk. 1, nr. 3, om patientens formodede vilje samt de tilsvarende formuleringer i den foreslåede affattelse af § 214a om smertestillende midler antages at ville give det fornødne retlige grundlag for at tillægge patientens forud tilkendegivne ønsker tilstrækkelig vægt ved tilrettelæggelsen af behandlingen.

Hertil kommer, at man i tysk juridisk teori synes mindre tilbøjelig til at ville anerkende livstestamenter som juridisk eneafgørende for lægens tilrettelæggelse af be-
19)

handlingen af patienten ¹⁹⁾.

3.2.4.3. Afsluttende bemærkninger.

Som allerede nævnt har den tyske debat på området endnu ikke ført til egentlige lovgivningsinitiativer.

Rent bortset fra spørgsmålet om, hvorvidt debatten kan siges at have afsløret noget behov for ændringer af de tyske regler på området, kan der i den forbindelse være grund til at pege på de særlige historiske forudsætninger, som drøftelsen af døds-hjælp hviler på i Tyskland.

De seneste års tyske debat er således ikke alene affødt af den almindelige udvikling

Jfr. Hans Joachim Hirsch i Festschrift für Karl Lackner, 1987, "Behandlungsabbruch und Sterbehilfe", s. 619. Se endvidere Herbert Tröndle: "Warum ist die Sterbehilfe ein rechtliches Problem?", Zst.W. 1987, s. 46-48.

18)

Jfr. Hans Joachim Hirsch i Festschrift für Karl Lackner, 1987, s. 616.

19)

Jfr. Hans Joachim Hirsch i Festschrift für Karl Lackner, 1987, s. 604.

i den medicinske teknologi, men kan også anskues som et forsøg på at frigøre døftelserne af dødshjælp fra de tusinder af såkaldte medlidenhedsdrab på bl.a. sindsyge og mentalt handicappede ("Vernichtung lebensunwerten Lebens"), som de tyske myndigheder systematisk gennemførte i slutningen af 30'erne og begyndelsen af 40'erne i henhold til det særlige "Euthanasie"-dekret .

3.2.5. Schweiz.

3.2.5.1. Indledende bemærkninger.

I Schweiz har man ved flere lejligheder på forskellige politiske niveauer overvejet, hvorvidt der kunne være anledning til at foretage ændringer i de strafferetlige regler omkring bl.a. dødshjælp og medlidenhedsdrab m.v. særligt for så vidt angår patienter, der ikke ønsker udsigtsløs livsforlængende behandling.

Således har man inden for de seneste knap 15 år i alt fald i fire tilfælde haft lejlighed til at forholde sig til lovgivningsmæssige initiativer på området:

- 1) Det schweiziske nationalrådsmedlem M. Allgöwer, der tillige var professor i kirurgi, stillede den 27. januar 1975 forslag om indførelse af en lovsikret ret til udøvelse af passiv dødshjælp. Forslaget blev herefter nøje overvejet af en af Nationalrådet nedsat kommission. Kommissionens anbefalinger til Nationalrådet fremgår af en rapport, "Initiative parlementaire sur l'euthanasi passive. Rapport de 1a commission du Conseil national", der blev afgivet den 27. august 1975 og er gengivet i Feuille federale 1975 II, s. 1356 ff.
- 2) I kantonen Zürich stillede man den 3. februar 1975 et kantonalt lovforslag, der skulle sikre visse patienter ret til at modtage egentlig aktiv dødshjælp. Dette forslag blev efter behørig folkeafstemningsprocedure i kantonen undergivet kommissionsbehandling, hvis resultat fremgår af rapporten, "Initiative du canton de Zürich. Euthanasie en faveur des malades incurable. Rapport de 1a commission de Conseil national", der blev afgivet den 3. november 1978 og er gengivet i Feuille federale 1978 II, s. 1609 ff.
- 3) Den 30. juli 1980 fremsatte en såkaldt "initiativ-komite" (comité d'initiative) et

20).
Jfr. Hans Joachim Hirsch i Festschrift für Karl Lackner, 1987, s. 597-598, med yderligere henvisninger.

privat ændringsforslag til den schweiziske forbundsforfatning. Forslaget, der tilsigtede at grundlovfæste en ret for borgerne til at bestemme over deres eget liv, blev sendt til folkeafstemning, men blev den 9. juni 1985 afvist af de schweiziske vælgere. Forslaget er nærmere gennemgået og diskuteret af en parlamentskommission i en rapport af 28. februar 1983, der er gengivet i Feuille federale 1983 II, s. 1 ff.

- 4) Endelig har det schweiziske forbundsråd i en beretning ("message") af 26. juni 1985 på baggrund af undersøgelser, som en ekspertkommission havde gennemført, udtalt sig bl.a. om behovet for en ændring af art. 114 i den schweiziske straffelov (code penal) om drab efter begæring. Rapporten er gengivet i Feuille federale 1985 II, s. 16 ff.

3.2.5.2. Hovedkonklusionerne fra det lovforberedende arbejde i Schweiz.

Grundelementet i nationalrådsmedlem M. **Allgövers** forslag af 27. januar 1975 var indførelsen af en lovsikret ret til passiv dødshjælp efter forelæggelse af de konkrete sager for et panel bestående af 3-5 læger. Om de nærmere betingelser, der i givet fald måtte knyttes til patientens helbredstilstand m.v., indskrænker forslaget sig i det væsentlige til at pege på behovet for, at disse betingelser opstilles direkte i lovgivningen.

Den kommission, som det schweiziske nationalråd anmodede om at gennemgå forslaget, tog i sin rapport af 27. august 1975 enstemmigt afstand fra forslaget. Kommissionen henviste herved til, at strenge og detaljerede lovregler om passiv dødshjælp ville kunne svække den behandlende læges ansvarsfølelse over for det enkelte menneskes liv og værdighed, ligesom en sådan lovgivning ville kunne vanskeliggøre lægens tilrettelæggelse af behandlingsforløbet for patienten. Kommissionen pegede endvidere på, at selv de dygtigste læger kan stille forkerte diagnoser, og at der kan ske helbredelse selv af patienter, hvis sygdom er diagnosticeret som uhelbredelig.

Forslaget af 3. februar 1975 fra kantonen Zürich tilsigtede at indføre en ret til aktiv dødshjælp for patienter med en uhelbredelig, smertefuld sygdom, når patienterne var kommet i den terminale fase. Patientens anmodning om aktiv dødshjælp skulle fremsættes under iagttagelse af de formkrav, der gælder for testamenter, og skulle fremsættes på ny efter forløbet af mindst 72 timer. Endvidere skulle diagnosen for patienten og patientens habilitet bekræftes af særligt sagkyndige læger.

Den parlamentskommission, der behandlede forslaget, indstillede i sin rapport af 3. november 1978 forslaget til forkastelse, idet man anførte, at det aldrig bør blive en opgave for læger - selv af medlidenhed - aktivt at forkorte patienters liv. Endvidere pegede kommissionen på risikoen for, at patienten trods de fremsatte anmodninger om aktiv dødshjælp skulle skifte mening i takt med den principielt uforudsigelige helbredstilstand.

Nationalrådet tog kommissionens indstilling til følge, og forslaget bortfaldt.

Det af den såkaldte "initiativkomité" fremsatte forslag af 30. juli 1980 havde til formål at tilsikre borgerne en konstitutionel ret til eget liv samt til legemlig og åndelig integritet.

Kommissionen, der behandlede forslaget, anførte i sin rapport af 28. februar 1983, at en gennemførelse af forslaget i givet fald ville berøre en række andre retsområder - således bl.a. reglerne om abort - ud over de dele af strafferetten, der har betydning for bedømmelsen af dødshjælp. Samtidig bemærkede man, at det måtte anses for usikkert, i hvilken udstrækning den strafferetlige bedømmelse af dødshjælp ville blive påvirket af en forfatningsændring som den foreslåede, ligesom man generelt fandt det umuligt at vurdere, i hvilket omfang den foreslåede ændring af forfatningen ville nødvendiggøre ændringer af den schweiziske lovgivning. Da kommissionen endvidere i det hele fandt forslaget for konturløst i sine generelt formulerede princip- og programmerklæringer og dermed uegnet til at løse de komplicerede problemer, der knytter sig til spørgsmålet om "retten til eget liv", indstillede man forslaget til forkastelse.

I øvrigt anførte man i rapporten, at der efter kommissionens opfattelse ikke var behov for at gennemføre en særlig lovgivning vedrørende dødshjælp m.v., idet man fandt området tilstrækkeligt reguleret ved de gældende lægeetiske direktiver m.v.
21)

Som nævnt blev forslaget den 9. juni 1985 forkastet ved en folkeafstemning.

Endelig har det schweiziske forbundsråd i sin beretning ("message") af 26. juni 1985 i forbindelse med en drøftelse af behovet for eventuelle ændringer i art. 114 i den schweiziske straffelov (code penal) om drab efter begæring udtalt sig om den straf-

21) *Feuille federale* 1983 II, s. 26.

feietlige regulering af medlidenhedsdrab m.v. Det konkluderes i beretningen, at det næppe vil være muligt ved formuleringen af generelle retsregler at gøre op med den mangfoldighed af situationer, hvor de helt konkrete omstændigheder bør være afgørende. På denne baggrund ønskede man ikke gennem ændret lovgivning at rokke ved det behandlingsmæssige skøn, der tilkommer den behandlende læge i vurderingen af den enkelte patients tilstand og helbredelsesudsigter.

3.2.5.3. Afsluttende bemærkninger.

Det er over for arbejdsgruppen oplyst, at spørgsmålet om ændringer i den schweiziske straffelov for tiden er genstand for politiske overvejelser på baggrund af den ovennævnte beretning af 26. juni 1985 fra det schweiziske forbundsråd.

3.2.6. Australien.

3.2.6.1. Indledende bemærkninger.

I flere af Australiens delstater har man inden for de senere år overvejet eller gennemført nye regler vedrørende dødshjælp, medlidenhedsdrab og livstestamenter m.v.

Delstaten South Australia vedtog således allerede i 1983 "The Natural Death Act", der navnlig tilsigter at give en juridisk beskyttelse af livstestamenter.

I delstaten Victoria anmodede det lokale parlament i 1985 et stående udvalg, "The Social Development Committee", om at afgive en beretning om forskellige spørgsmål i forbindelse med dødshjælp og medlidenhedsdrab m.v. Komitéens overvejelser er samlet i 2 beretninger, henholdsvis "First Report on Inquiry into Options for Dying with Dignity" (marts 1986) og "Inquiry into Dying With Dignity - Second and Final Report" (april 1987).

3.2.6.2. De enkelte delstater.

3.2.6.2.1. Hovedtrækkene i den gennemførte lovgivning i South Australia.

The Natural Death Act, der trådte i kraft den 30. september 1984, bestemmer i artikel 4, stk. 1, at enhver fornuftshabil person ("of sound mind"), der er fyldt 18 år, og som ikke ønsker at udsætte sig for ekstraordinær udsigtsløs livsforlængende **behand-**

ling, kan træffe bestemmelse herom under overholdelse af visse (beskedne) formkrav.

Artikel 4, stk. 2, foreskriver således tilstedeværelsen af 2 vidner (ved oprettelsen af livstestamentet).

I artikel 4, stk. 3, fastslås det, at den behandlende læge, hvor et livstestamente foreligger, og hvor der ikke er rimelig anledning til at drage testators habilitet i tvivl eller til at antage, at testator har fortrudt oprettelsen af livstestamentet, har pligt til at forholde sig i overensstemmelse med livstestamentets bestemmelser om at undlade eller afbryde en ekstraordinær, udsigtsløs, livsforlængende behandling ("extraordinary measures in the event of his suffering from a terminal illness").

I artikel 4, stk. 4, fremhæves det, at de foranstående bestemmelser ikke gør nogen indskrænkning i den behandlende læges pligt til at informere en habil patient om de foreliggende behandlingsmuligheder med henblik på, at patienten får mulighed og grundlag for at tage stilling til, hvorvidt en given behandling skal gennemføres eller ej.

I lovens artikel 5 er det bl.a. udtrykkeligt fastslået, at loven i øvrigt ikke ændrer ved den i Common Law antagne ret til at afvise lægelig behandling. Endvidere fremhæves det, at den behandlende læge ikke ifalder ansvar, såfremt han "i begrundet god tro" tilsidesætter et livstestamentets bestemmelser, f.eks. fordi lægen (fejlagtigt) antager, at patienten ved testamentsoprettelsen savnede den fornødne habilitet, eller fordi lægen (fejlagtigt) antager, at patienten ikke er inde i et terminalt forløb.

I artikel 6, stk. 1, fastslås det, at en afbrydelse eller undladelse af at påbegynde en ekstraordinær (udsigtsløs) livsforlængende behandling af en terminal patient ikke skal anses som den pågældende patients dødsårsag.

Artikel 7 indeholder undtagelsesbestemmelser, hvorefter bl.a. kredsløb og åndedræt kan holdes kunstigt igang (hos en død) med henblik på at muliggøre transplantation eller for at bevare fosterets liv, hvor den afdøde var en gravid kvinde.

3.2.6.2.2. Hovedtrækkene i det lovforberedende arbejde i delstaten Victoria.

Den stående "Social Development Committee" har i sine ovennævnte beretninger navnlig gjort sig overvejelser i relation til følgende problemstillinger:

- 1) Spørgsmålet om, hvorvidt man ved lov eller på anden måde bør sikre ældre og patienter i et terminalt forløb en egentlig "ret til at dø".
- 2) Efter hvilke retningslinier et regelsæt om informeret samtykke skal udformes og i forbindelse hermed spørgsmålet om, hvorledes og i hvor vid udstrækning patienters ret til information kan og skal sikres.
- 3) En række almindelige og særlige habilitetsproblemer, herunder bl.a. spørgsmålet om anvendelse af fuldmægtige for inhabile patienter.

Ad 1). Komitéen har - på trods af en modstående holdning i den folkelige opinion - i sin beretning taget afstand fra at lovfæste en egentlig "ret for patienter til at dø". Komitéen har i den forbindelse anført, at det ville være forbundet med noget nær uoverstigelige begrebsmæssige og praktiske vanskeligheder at definere indholdet af en sådan "ret".

Derimod har komitéen fundet, at retsstillingen på området i visse henseender trænger til en præcisering, specielt i relation til spørgsmålet om habile såvel som inhabile patienters mulighed for at afvise lægelig behandling.

Endvidere finder komitéen, at en afklaring af den behandlende læges eventuelle strafansvar i forbindelse med afbrydelse af livsnødvendige behandlinger ("life support systems") ville være ønskelig.

Komitéen anbefaler, at patienters principielle selvbestemmelsesret i relation til lægelig behandling lovfæstes bl.a. gennem indførelse af et særligt strafansvar for iværksættelsen eller fortsættelsen af en lægelig behandling imod en habil patients udtrykte vilje ("medical trespass").

Komitéen er dog ikke fremkommet med noget udkast til en sådan lovgivning.

Ad 2). Komitéens overvejelser om patientinformation tager navnlig sigte på en forbedring af de administrative procedurer på området. Man anbefaler således etableringen af et udbygget og mere åbent informationssystem, idet man lægger vægt på, at den enkelte patient i højere grad end nu bliver informeret om sin sygdom, samt om behandlingens indhold, følger og risici. Komitéen henstiller til delstatens parlament og Sundhedsministerium, at der gennemføres en undersøgelse af samtykkeprocedurer på forskellige sygehuse med henblik på at sikre, at der fremover kan ydes en

mere fuldstændig og lettere forståelig information til patienterne .

Ad 3). Komitéen har i sine anbefalinger understreget den betydning for patienters selvbestemmelsesret på det lægelige område, som habilitetsspørgsmål har.

Det er komitéens opfattelse, at habile patienter bør have ret til at afvise enhver form for lægelig behandling samt ret til på et hvilket som helst tidspunkt at tilbagekalde et tidligere givet samtykke til en bestemt lægelig behandling, og at den behandlende læge skal kunne handle i overensstemmelse hermed uden at risikere at pådrage sig et strafansvar ²³⁾ .

For så vidt angår inhabile patienter henstiller komitéen, at der ikke gennemføres lovgivning i delstaten, hvorefter livstestamenter umiddelbart skal virke juridisk forpligtende for den behandlende læge ("legally enforceable"). Komitéen har i den forbindelse lagt vægt på risikoen for misbrug eller ligefrem forfalskning af livstestamenter samt på risikoen for, at den nu inhabile testator måtte have fortrudt oprettelsen af livstestamentet .

Komitéen anbefaler dog samtidig, at et foreliggende livstestamente inddrages som et væsentligt element i den behandlende læges beslutningsgrundlag i forbindelse med tilrettelæggelsen af en terminal behandling .

Endelig har komitéen gjort sig en række overvejelser om spørgsmålet vedrørende anvendelsen af fuldmagt eller delegation af selvbestemmelsesretten ("power of attorney") i relation til lægelig behandling. Komitéen anbefaler, at en fuldmagt, der tilsigter at give en fuldmægtig ret til at træffe beslutning om lægelig behandling af fuldmagtsgiveren, bør tillægges juridisk gyldighed i de tilfælde, hvor fuldmagtsgiveren senere bliver inhabil, og fuldmagten efter sit indhold skal være virksom i en så-

Jfr. Parliament of Victoria, Social Development Committee: "Inquiry into Options for Dying with Dignity - Second and Final Report", 1987, s. VI.

23)

Jfr. Parliament of Victoria, Social Development Committee: "Inquiry into Options for Dying with Dignity - Second and Final Report", 1987, s. **VI-VII**.

24)

Jfr. Parliament of Victoria, Social Development Committee: "Inquiry into Options for Dying with Dignity - Second and Final Report", 1987, s. 196.

Jfr. Parliament of Victoria, Social Development Committee: "Inquiry into Options for Dying with Dignity - Second and Final Report", 1987, s. 196.

dan situation).

3.2.6.3. Afsluttende bemærkninger.

Det er over for arbejdsgruppen oplyst, at parlamentet i delstaten Victoria endnu ikke har taget endelig stilling til den ovennævnte komité's anbefalinger. Det er endvidere oplyst, at der ikke tegner sig noget entydigt billede af de retspolitiske drøftelser på området i de øvrige australske delstater, hvor de her omhandlede problemstillinger - om end i mindre omfang - også har givet anledning til offentlig debat.

3.2.7. USA.

3.2.7.1. Indledende bemærkninger.

Fastsættelse af regler vedrørende udsigtsløs livsforlængende behandling, livstestamenter m.v. er et anliggende, der ikke direkte er omfattet af de amerikanske forbundsmyndigheders kompetence, men derimod henhører under de enkelte delstater.

Retstilstanden kan derfor variere betydeligt fra stat til stat. Langt de fleste delstater har vedtaget love, "National Death Acts" eller "Living Will Statutes", der bl.a. tilsigter at give livstestamenter en juridisk anerkendelse. Blandt det store flertal af stater, der har indført sådan lovgivning, er der imidlertid dels på grund af forskelle i reglernes udformning, dels på grund af forskelle i den fortolkning, som domstolene i de enkelte stater anlægger, ikke helt ubetydelige forskelle i retstilstanden.

Visse af den amerikanske forfatnings bestemmelser - specielt vedrørende "privatlivs fred" og "kropslig integritet" - antages dog af domstolene i temmelig vidt omfang at sikre patientens ret til selvbestemmelse og sætter derved forholdsvis snævre grænser for de indbyrdes forskelle i de enkelte delstaters regulering på området.

Nedenfor er det søgt kort at sammenfatte nogle af de væsentligste fælles træk, der gør sig gældende i den retlige regulering på området i henholdsvis stater, der har

Jfr. Parliament of Victoria, Social Development Committee: "Inquiry into Options for Dying with Dignity - Second and Final Report", 1987, s. 194-199.

27)

Der kan i den forbindelse bl.a. henvises til gennemgangen hos Janice Mac Aroy-Snitzer: "Pregnancy Clauses in Living Will Statutes", Columbia Law Review, 1987, s. 1280ff.

vedtaget egentlig lovgivning på området, og stater, hvor reguleringen er domstolsbestemt som "case-law".

3.2.7.2. Hovedtrækkene i den retlige regulering på området i USA.

3.2.7.2.1. Stater, der har vedtaget særlig lovgivning om livstestamenter m.v.

I 1976 vedtog Californien som den første amerikanske delstat sin "Natural Death Act", der bl.a. indførte en udtrykkelig juridisk anerkendelse af livstestamenter.

Parallele lovgivninger blev i det følgende 10-år vedtaget i flertallet af de amerikanske delstater, således at 38 stater samt District of Columbia i begyndelsen af 1987 havde indført "Natural Death Acts" i mere eller mindre forskellig udformning ²⁸⁾.

De forskellige lovgivninger på området kan formentlig alle i vidt omfang anses for forsøg på en praktisk udmøntning af en del af den grundlæggende selvbestemmelsesret, som den amerikanske forfatning - også i stater uden "Natural Death Acts" - antages at tilsikre patienter.

De enkelte staters lovgivning sikrer patientens ret til at afvise udsigtsløs **livsforlænge**nde behandling. Det var dog endnu i 1987 kun i et fåtal (7) af de omhandlede (39) stater, at domstolene (udtrykkeligt) havde anerkendt, at retten til at afvise behandling også skal gælde i den situation, hvor en afbrydelse af en igangværende behandling ville medføre patientens øjeblikkelige død ²⁹⁾.

I 27 af de nævnte 39 stater var der i 1987 i lovgivningen optaget såkaldte graviditetsforbehold ("pregnancy clauses"), hvorefter patientens selvbestemmelsesret i større eller mindre omfang tilsidesættes under graviditet af hensyn til fosterets tarv. Det bemærkes herved, at det i teori og praksis er omtvistet, hvorvidt sådanne "pregnancy clauses" er forenelige med den amerikanske forfatning ³⁰⁾.

28)

Jfr. Janice Mac Aroy-Snitzer: "Pregnancy Clauses in Living Will Statutes", Columbia Law Review, 1987, s. 1280-1281.

29)

Jfr. Fenella Rouse: "Questions and Answers about the Right to Die" i "The Physician and the Hopelessly Ill Patient: Legal, Medical and Ethical Guidelines", 1985.

Jfr. Janice Mac Aroy-Snitzer: "Pregnancy Clauses in Living Will Statutes", Columbia Law Review, 1987, s. 1280-1300.

De enkelte lovgivninger indeholder i øvrigt normalt bestemmelser om habilitet, form og fremgangsmåde ved oprettelse af livstestamenter.

Normalt kræves der, at testator er fyldt 18 år og fornuftshabil. Den foreskrevne form er typisk det skriftlige testamente - ofte oprettet på grundlag af en i lovgivningen indeholdt standardformular - og underskrevet eller vedkendt for 2 vidner, der normalt ligeledes skal være fyldt 18 år.

En række personer er i de fleste lovgivninger på grund af generel eller speciel inhabilitet udelukket fra gyldigt at bevidne oprettelsen af et livstestamente. Foruden testator nærtstående personer (herunder personer, der er ansat under testator, og testators arvinger) er det bl.a. almindeligt, at testators læge(r) og dennes (deres) underordnede udtrykkeligt er afskåret fra at virke som testamentsvidner³²⁾.

Ofte er det udtrykkeligt fastslået i loven, at livstestamentet frit kan tilbagekaldes af testator³²⁾.

Det påhviler normalt testator selv at overgive sin læge et eksemplar af livstestamentet, hvorefter testators læge har pligt til at lade testamentet indgå i testators lægejournal med henblik på at sikre, at livstestamentet lettest kommer til en senere behandlende læges kundskab.

Amerikanske livstestamenter indeholder ofte bestemmelser, hvori en bestemt person udpeges til at varetage testators interesser, når testator bliver inhabil. Heri ligger for det første, at den udpegede skal påse, at den videre behandling af testator foregår i overensstemmelse med de ønsker, som testator har tilkendegivet i sit livstestamente.

Ikke sjældent rækker sådanne testamenter imidlertid videre, idet den udpegede understyres med en egentlig "fuldmagt" ("proxy" eller "power of attorney") til at træffe beslutninger på den inhabile testators vegne.

Udformningen og anvendelsen af disse særlige "fuldmagts"- eller "værgemåls"-institutter varierer fra stat til stat. I en række stater er anvendelsen af "proxies" eller "po-

Jfr. f.eks. art. 7188 i staten Californias National Death Act.

Jfr. Janice Mac Aroy-Snitzer: "Pregnancy Clauses in Living Will Statutes", Columbia Law Review, 1987, s. 1282

wer of attorneys" i relation til medicinsk behandling af inhabile udtrykkelig hjemlet i lovgivningen. I andre stater hviler den juridiske anerkendelse på konkrete domstols-afgørelser).

Endelig kan det nævnes, at flertallet af stater ikke i deres lovgivning skelner mellem den undladte og afbrudte behandling. Hvor man imidlertid i litteraturen - og i nogle få staters lovgivning - skelner juridisk mellem de 2 former, synes tendensen at være, at man nødigere accepterer den undladte behandling (der jo endnu ikke har vist sig nyttesløs) end den afbrudte behandling (der jo har vist sig nyttesløs) .

3.2.7.2.2. Stater, der ikke har indført særlig lovgivning om livstestamenter.

Også i disse stater er udgangspunktet det nævnte, forfatningsmæssigt sikrede princip om patientens selvbestemmelsesret. Den nærmere udmøntning af princippet er her blot sket ved domstolenes retsanvendelse, d.v.s. skabelsen af "case-law".

Det kan i den forbindelse nævnes, at blandt de 11 stater, hvori domstolene i 1987 havde anerkendt retten til at afbryde en udsigtsløs livsforlængende behandling, selv hvor afbrydelsen medfører patientens øjeblikkelige død, var hele 4 stater, der ikke havde nogen lovgivning om livstestamenter .

Det bemærkes i den forbindelse, at såvel stater uden lovgivning om livstestamenter som stater, hvor en sådan lovgivning er gennemført, anerkender princippet om "substituted judgments" for inhabile patienter. Det kan være i den form, at et familie-medlem til patienten over for retten giver udtryk for patientens vilje på grundlag af de ønsker, som patienten tidligere formløst har udtrykt. Relationen mellem patient og interessebærer kan i visse tilfælde have sit udspring i en egentlig "fuldmagt" fra patienten (jfr. ovenfor under 3.2.7.2.1. om "proxy" og "power of attorney"-institutet).

"Substituted judgments" kendes endvidere i den videregående form, hvor familie-medlemmet - ikke bekendt med patientens specielle ønsker, men ud fra sit alminde-

Se herved bl.a. Society for the Right to Die: "What You Should Know About Durable Power of Attorney" (pamflet), 1986.

34)

Se herved bl.a. Fenella Rouse: "Questions and Answers about the Right to Die" i "The Physician and the Hopelessly Ill Patient: Legal, Medical and Ethical Guidelines", 1985.

Massachusetts, Minnesota, New Jersey og New York, jfr. Fenella Rouse: "Questions and Answers about the Right to Die" i "The Physician and the Hopelessly Ill Patient: Legal, Medical and Ethical Guidelines", 1985.

lige kendskab til den nu inhabile patients personlighed - over for domstolen søger at sætte sig i patientens sted.

Den udtalte tendens i amerikansk ret til ikke at ville acceptere afbrydelsen af selv den mest udsigtsløse, livsforlængende behandling, uden at patientens vilje eventuelt i hypotetisk form er blevet fastslået, må antages at være baggrunden for amerikansk rets konsekvente anerkendelse og anvendelse af "substituted judgment"-instituttet.

3.2.7.3. Afsluttende bemærkninger.

Sammenfattende kan det konstateres, at den udstrakte retlige regulering på området i USA - enten ved egentlig lovgivning eller ved case-law - næppe kan tages som udtryk for en væsentlig mere vidtgående generel tendens til retlig anerkendelse af livstestamenter end den, der kendes i Danmark. Baggrunden for den mere synbare amerikanske regulering på området er formentlig tværtimod det amerikanske udgangspunkt i en langt mere udtalt modvilje mod at indstille en udsigtsløs livsforlængende behandling, end man kender i gældende dansk ret.

Der synes ikke at være grundlag for en antagelse om, at den amerikanske lovgivningsproces på området skulle have medført en bedre retlig beskyttelse af patientens ønsker i relation til udsigtsløs livsforlængende behandling end den, der allerede gælder i Danmark.

Det bemærkes endelig, at fremkomsten og udformningen af de amerikanske regler om livstestamenter i nogen grad synes påvirket af de særlige amerikanske erstatningsregler.

3.2.8. Canada.

3.2.8.1. Indledende bemærkninger.

Den canadiske Law Reform Commission har igennem en årrække været forum for retspolitiske overvejelser af den canadiske lovgivning vedrørende bl.a. medlidenhedsdrab, hjælp til selvmord og vedrørende betydningen af patientsamtykke for lovligheden af en behandling eller et behandlingsophør.

Kommissionens overvejelser er beskrevet i en række "arbejdspapirer", hvoriblandt særligt kan nævnes Working Paper 26, Medical Treatment and Criminal Law

(1980), Working Paper 28, Euthanasia, Aiding Suicide and Cessation of Treatment (1982), og Working Paper 29, The General Part: Liability and Defences (1982).

De overvejelser om forslag til ændret lovgivning, der er beskrevet i disse arbejds-papirer, har kommissionen siden sammenfattet og viderebearbejdet i beretninger ("reports") til det canadiske parlament. Således afgav kommissionen den 11. oktober 1983 Report nr. 20 "Euthanasia, Aiding Suicide and Cessation of Treatment", og i marts 1986 Report nr. 28 "Some Aspects of Medical Treatment and Criminal Law".

3.2.8.2. Hovedkonklusionerne fra det canadiske lovfoiberedende arbejde.

For så vidt angår de problemstillinger, der er omfattet af nærværende arbejdsgruppes kommissorium, har den canadiske kommissions overvejelser i særlig grad omhandlet følgende spørgsmål:

- 1) Hvorvidt aktiv dødshjælp skulle legaliseres eller i alt fald afkriminaliseres,
- 2) hvorvidt den bestemmelse i den canadiske straffelov, der forbyder hjælp til selvmord, skulle ophæves, samt
- 3) hvorvidt den canadiske straffelovs bestemmelser om legemsangreb m.v. skulle revideres med henblik på at afstikke nærmere retningslinier for betydningen af patientsamtykke m.v. i forbindelse med behandlingsundladelser og behandlingsafbrydelser.

Kommissionen har i sine beretninger taget afstand fra enhver tanke om at legalisere nogen form for aktiv dødshjælp. Kommissionens holdning er begrundet i hensynet til den offentlige moral og til faren for misbrug af en sådan lovgivning.

Tilsvarende er kommissionen bl.a. på grund af faren for misbrug veget tilbage fra at anbefale en afkriminalisering af hjælp til selvmord.

Derimod har kommissionen foreslået en række ændringer i den canadiske straffelov med henblik på at præcisere princippet om patientens selvbestemmelsesret i forbindelse med lægebehandling m.v., således at der tilvejebringes klarere forudsætninger for at tilrettelægge bl.a. en terminalbehandling i overensstemmelse med patientens ønsker.

Princippet om, at et forudgående patientsamtykke - bortset fra nødstilfælde, hvor samtykke ikke kan indhentes - er en nødvendig forudsætning for al lægebehandling, foreslås lovfæstet. I den forbindelse foreslås det understreget, at alene et frit afgivet, informeret samtykke kan tillægges betydning.

Det foreslås i den forbindelse, at den canadiske straffelovs bestemmelser om legemsangreb suppleres af undtagelsesbestemmelser, der fastslår, at en (habil) person har ret til at afvise lægebehandling og ret til at anmode om, at sådan lægebehandling afbrydes, med den virkning at læger og plejepersonale ikke risikerer at ifalde strafansvar ved at handle i overensstemmelse med patientens ønsker.

En læge skal i øvrigt efter forslagene i alle tilfælde have en lovfæstet ret til at afbryde eller til at undlade at påbegynde en behandling, der skønnes uden terapeutisk værdi, og som ikke er i overensstemmelse med patientens interesser ("best interests").

Endelig foreslår kommissionen, at accepten af "dobbelteffekten" i forbindelse med anvendelse af smertestillende/beroligende midler i den terminale behandling udtrykkeligt lovfæstes i form af en undtagelsesbestemmelse i den canadiske straffelovs afsnit om legemsangreb.

Den canadiske Law Reform Commission har i de nævnte beretninger til det canadiske parlament understreget, at den medicinsk-teknologiske udvikling på længere sigt eventuelt vil kunne tilsige, at der til erstatning eller supplement af de foreslåede undtagelsesbestemmelser i den canadiske straffelov udarbejdes et særskilt regelsæt.

Kommissionen har dog samtidig påpeget, at "virkelige reformer" meget ofte finder sted nok så meget som følge af ændringer i befolkningsgruppernes holdninger og adfærd som i kraft af gennemførelsen af lovændringer.

3.2.8.3. Afsluttende bemærkninger.

Den canadiske Law Reform Commissions kontor har umiddelbart før betænkningens afgivelse oplyst, at det canadiske justitsministerium for tiden overvejer at fremsætte et samlet forslag til ændring af den canadiske straffelov. Disse overvejelser finder sted på baggrund af en sammenfattende rapport ("Report 31"), som kommis-

Jfr. herved "Report 28 - Some Aspects of Medical Treatment and Criminal Law", 1986, s. 4.

Jfr. herved "Report 28 - Some Aspects of Medical Treatment and Criminal Law", 1986, s. 2.

sionen har afgivet, og som for så vidt angår det her omhandlede område i det hele er baseret på de anbefalinger, der er indeholdt i kommissionens tidligere rapporter på området.

KAPITEL 4.

Arbejdsgruppens hovedsynspunkter.

4.1. Indledende bemærkninger.

På baggrund af den analyse af gældende dansk ret, som arbejdsgruppen har gennemført, jfr. ovenfor i kapitel 2, samt på baggrund af de oplysninger, som arbejdsgruppen har indhentet om gældende ret på området og om de retspolitiske overvejelser og det lovforberedende arbejde, der har fundet sted i andre lande, jfr. ovenfor i kapitel 3, har arbejdsgruppen drøftet behovet for ændringer af den gældende danske retstilstand.

Arbejdsgruppens overvejelser har i hovedsagen været koncentreret omkring de problemstillinger i relation til lægeVpatientforholdet i forbindelse med udsigtsløs livsforlængende behandling, der direkte er omfattet af arbejdsgruppens kommissorium. Arbejdsgruppen har dog fundet det naturligt i enkelte tilfælde, jfr. nedenfor, også at knytte bemærkninger til gældende dansk ret på visse områder, der ikke direkte er omfattet af arbejdsgruppens kommissorium, men som har en naturlig sammenhæng med de problemstillinger, som arbejdsgruppen er anmodet om at vurdere.

4.2. Aktiv dødshjælp.

Arbejdsgruppen har ikke fundet grundlag for at foreslå ændringer af den retlige behandling af medlidenhedsdrab på patienter, der lider af en sygdom, for hvilken videre behandling må anses som udsigtsløs. Arbejdsgruppen mener således ikke, at der bør indføres regler, der tillader aktiv dødshjælp, det være sig efter eller uden patientens begæring.

Gennemgangen af det eksisterende regelsæt og af den kendte praksis på området har efter arbejdsgruppens opfattelse ikke afsløret behov for indførelse af sådanne regler. De gældende regler kriminaliserer aktiv dødshjælp, men har på den anden side efter arbejdsgruppens opfattelse åbnet mulighed for en tilstrækkelig nuanceret strafferetlig bedømmelse af medlidenhedsdrab og af medlidenhedsdrab efter begæring. Som det fremgår ovenfor af afsnit 2.2.1. og 2.2.2., ses praksis at være i overensstemmelse hermed.

Det må i tilknytning hertil fremhæves, at det gældende regelsæt ikke har været nogen hindring for den retlige anerkendelse af den såkaldte dobbelteffekt ved indgivelse af smertestillende midler, jfr. nærmere ovenfor bl.a. under afsnit 2.2.3.2. samt nedenfor under afsnit 4.4.2.1. om udsigtsløs behandling (af inhabile patienter).

Det kan i den forbindelse også befrygtes, at dele af befolkningen måske ville kunne nære utryghed ved at lade sig undergive lægebehandling, såfremt lovgivningen åbener mulighed for, at den eller de behandlende læger straffrit kunne yde visse patienter aktiv dødshjælp.

Hertil kommer, at det må antages at være forbundet med en alvorlig risiko for misbrug at indføre regler, der tillader aktiv dødshjælp.

4.3. Hjælp til selvmord.

Arbejdsgruppen har i tilknytning til sine drøftelser om aktiv dødshjælp været inde på, om der kunne være anledning til nærmere at overveje en ændret retlig bedømmelse af hjælp til selvmord.

Den retlige bedømmelse af hjælp til selvmord udviser betydelige forskelle fra land til land. Således har man i svensk ret - i modsætning til bl.a. dansk ret - ikke nogen selvstændig kriminalisering af hjælp til selvmord. Betragtningen bag synes at være, at når selvmord og selvmordsforsøg ikke er strafbart, bør medvirken hertil som udgangspunkt heller ikke være strafbart. I Frankrig har man i 1987 indført bestemmelser, der kriminaliserer visse former for hjælp til selvmord.

Arbejdsgruppen har ikke fundet tilstrækkeligt behov for at foreslå indførelsen af særregler vedrørende den strafferetlige bedømmelse af den hjælp, der ydes til selvmord, som begås af patienter, der lider af en alvorlig sygdom, for hvilken videre behandling må karakteriseres som udsigtsløs. Arbejdsgruppen har i den forbindelse lagt særlig vægt på, at den eksisterende affattelse af straffelovens § 240 ikke har været til hinder for en meget betydelig nuancering af rets- og tiltalepi aksis, jfr. ovenfor under afsnit 2.2.5. og 2.2.6.

Overvejelser af spørgsmålet om, hvorvidt der generelt er behov for en ændret strafferetlig bedømmelse af hjælp til selvmord, må i givet fald finde sted i andet regi. I

forbindelse hermed kan det nævnes, at Straffelovrådet i betænkning nr. 1099/1987 om strafferammer og prøveløsladelse foreløbig har bemærket, at de "spørgsmål om kriminalisering af hjælp til selvmord, som måske kunne rejses i forbindelse med et egentligt revisionsarbejde vedrørende straffelovens kap. 25, har Straffelovrådet måttet lade ligge" ²⁾.

4.4. Samtykke og information.

4.4.1. Patientsamtykke som forudsætning for lægebehandling.

4.4.1.1. Generelt.

Patientsamtykke og patientinformation indtager forudsætningsvis en central plads i arbejdsgruppens kommissorium.

Arbejdsgruppen kan fuldt ud tilslutte sig det allerede gældende princip, hvorefter lægebehandling er en frivillig sag, således at behandling forudsætter et samtykke fra patienten, og således at den habile patient på ethvert tidspunkt kan afslå yderligere behandling.

I praksis vil et sådant samtykke til behandling ofte foreligge stiltiende, idet den behandlende læge i en lang række situationer, hvor patienten selv henvender sig eller af andre bringes til behandling, med god grund vil kunne gå ud fra, at det fornødne samtykke til sædvanlig behandling foreligger.

Forudsætningen for, at patienten med mening kan tage enten stiltiende eller udtrykkelig stilling til spørgsmålet om (videre) behandling, er selvsagt, at lægen har opfyldt sin pligt til - om fornødent af egen drift - at informere patienten om sygdommen og om de foreliggende behandlingsmuligheder.

I Sundhedsstyrelsens redegørelse med titlen "Information og Samtykke - Lægers pligt og patienters ret" ³⁾, har man grundigt drøftet spørgsmålet om lægers informationspligt, jfr. ovenfor under afsnit 2.3.3.1.

Straffelovrådets betænkning 1099/1987 om strafferammer og prøveløsladelse, s. 162.

Sundhedsstyrelsen: "Information og Samtykke - Lægers pligt og patienters ret". 1982, specielt s. 18-26.

Nærværende arbejdsgruppe finder - som også Sundhedsstyrelsen har gjort det med sit cirkulære af 21. oktober 1982 om information og samtykke samt med sit cirkulære af 28. juni 1983 om information og samtykke for så vidt angår patienter med psykiske lidelser ⁴⁾ - at kunne tiltræde de konklusioner, der er indeholdt i afsnit 7.3. i den nævnte redegørelse om information og samtykke. (Det pågældende afsnit er optaget som bilag 7 til denne betænkning).

Arbejdsgruppen finder således ikke, at det vil være muligt eller hensigtsmæssigt i lovgivningen eller på anden **måde** at fastsætte detaljerede, formelle regler om, hvorledes en læge skal informere patienten, og om hvorledes patientens samtykke til undersøgelse og behandling skal indhentes.

Det bemærkes herved, at arbejdsgruppen deler Sundhedsstyrelsens opfattelse , hvorefter der allerede har dannet sig en alment accepteret norm for god og forsvarlig lægegerning på disse områder.

I den forbindelse bemærkes det, at denne norm nu er udmøntet i en generel bestemmelse om information og samtykke i de lægeetiske regler .

Arbejdsgruppen finder imidlertid, at princippet om patientsamtykke indtager en så central placering i forholdet mellem patienten og den behandlende læge, at det vil være hensigtsmæssigt, om princippet finder direkte udtryk i en bestemmelse i læge-loven.

Arbejdsgruppen har i den forbindelse lagt særlig vægt på, at patienters samtykke til behandling, som nævnt, i praksis ofte foreligger i indirekte, udtalt form, derved at den behandlende læge - med føje - kan antage, at der foreligger et ønske hos patienten om at blive behandlet, og at dette ønske fortsat er til stede, så længe patienten ikke - hverken i ord eller gerning - giver udtryk for andet. Netop dette forhold bevir-

Cirkulæret af 28. juni 1983 er nu ophævet ved Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 617 af 21. september 1989 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger.

Sundhedsstyrelsen: "Information og Samtykke - Lægers pligt og patienters ret", 1982, s. 9 og 39.

§ 4 i de etiske regler for læger er sålydende:

"En patient har ret til fuld information om diagnose, prognose og behandlingsmuligheder m.v. samt ret til på grundlag af denne information at afgøre, om han eller hun vil acceptere eller frabede sig en given behandling.

Lægen skal altid indleve sig bedst muligt i patientens samlede psykiske, sociale og somatiske situation og nøje overveje, i hvilken ånd informationen skal gives. Lægen bør således aldrig påtvinge en patient information, som denne åbenlyst ikke ønsker.

ker efter arbejdsgruppens opfattelse, at der både i forhold til lægen og patienten og patientens pårørende kan være et behov for gennem en egentlig lovregel at udtrykke princippet om lægebehandlingens frivillighed.

I sammenhæng hermed kan medtages lægens pligt til - medmindre patienten må antages ikke at ønske sådan information - om fornødent af egen drift at informere patienten om sygdommens art og om de foreliggende behandlingsmuligheder og -udsigter, således at patienten herigennem får de nødvendige forudsætninger for - om ønsket - at udøve sin selvbestemmelsesret. En lovfæstelse af de gældende principper for patientsamtykke og patientinformation vil endvidere kunne have en særlig betydning i relation til patientens pårørende i visse af de tilfælde, hvor der kan konstateres uoverensstemmelser mellem de pårørendes ønsker og patientens holdning til den videre behandling.

Endelig har arbejdsgruppen hæftet sig ved, at der i § 3 i lov nr. 331 af 19. maj 1989 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien nu er fastsat regler om vejledning af patienterne samt regler om informeret samtykke, der skal sikre, at patienterne i

7) videst muligt omfang hele tiden er indforstået med den behandling, der foretages . Når sådanne regler er indført for denne særlige patientgruppe, finder arbejdsgruppen det naturligt, at der sideløbende hermed udformes egentlige lovregler vedrørende information af og samtykke fra de patienter, som der ikke er nogen adgang til at behandle mod deres vilje.

De generelle lovregler, som arbejdsgruppen på dette område foreslår indført, vil som udgangspunkt omfatte alle patienter og rækker dermed videre end blot til de lægepatient-relationer, der er omfattet af arbejdsgruppens kommissorium.

4.4.1.2. Særligt vedrørende børn.

Arbejdsgruppen har drøftet, hvorvidt det ville være hensigtsmæssigt at begrænse området for de foreslåede udtrykkelige regler om informeret patientsamtykke til at angå patienter over en vis aldersgrænse.

For så vidt angår spørgsmålet om rækkevidden af lægens informationspligt finder arbejdsgruppen ikke, at det vil være hensigtsmæssigt at fastsætte nogen fast aldersgrænse. Den behandlende læge vil derfor i relation til mindreårige patienter kunne

have en dobbelt informationspligt, idet såvel indehaverne af forældremyndigheden som den mindreårige selv ofte bør informeres og inddrages i tilrettelæggelsen af behandlingen af den mindreårige.

Det er imidlertid klart, at lægens pligt til at informere den mindreårige patient selv i særlig grad må afpasses efter den mindreåriges personlige udvikling og modenhed.

For så vidt angår spørgsmålet om meddelelse af samtykke til lægebehandling af mindreårige foreslår arbejdsgruppen ingen ændringer i de gældende principper.

Dette indebærer bl.a., at den behandlende læge ikke har pligt til af egen drift at drøfte en ukontroversiel behandling af en almindelig, ufarlig sygdom hos et større modent barn med forældremyndighedens indehaver, når barnet selv henvender sig for at modtage lægebehandling.

I andre tilfælde, f.eks. hvor et større, modent barn søger lægelig behandling eller vejledning på områder med direkte relation til seksuallivet, vil den behandlende læge ligefrem kunne være uberettiget til at inddrage forældremyndighedens indehaver(e) i behandlingens tilrettelæggelse eller blot til at informere forældremyndighedens indehaver(e). Tavshedspligten følger, hvor specielle lovregler ikke regulerer forholdet, jfr. nedenfor, af "forholdets" stærkt personlige "natur" sammenholdt med bestemmelserne om lægens tavshedspligt i lægelovens § 9 og straffelovens § 152b¹.

Det bemærkes i den forbindelse, at spørgsmålet om kompetencens placering mellem barnet selv og forældremyndighedens indehaver(e) i visse af disse situationer er særskilt lovreguleret.

I henhold til § 3 i lov om svangerskabshygiejne og fødselshjælp kan vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende midler således tilbydes og ydes til personer, der er under 18 år og ugifte, uden samtykke fra forældremyndighedens indehaver.

Vedrørende det mere indgribende spørgsmål om svangerskabsafbrydelse er der ikke tillagt kvinder under 18 år nogen fuldstændig selvbestemmelsesret, men de pågældende er dog ved de nærmere bestem-

Straffelovens § 152b er sålydende:

"Med samme straf som efter § 152 - (d.v.s. bøde, hæfte eller fængsel indtil 6 måneder, under skærpende omstændigheder fængsel indtil 2 år) - straffes den, som udøver eller har udøvet en virksomhed eller et erhverv i medfør af offentlig beskikkelse eller anerkendelse, og som uberettiget videregiver eller udnytter oplysninger, som er fortrolige af hensyn til private interesser, og hvortil den pågældende i den forbindelse har fået kendskab."

melser i §§ 4-6 i lov om svangerskabsafbrydelse sikret en betydelig medindflydelse.⁹⁾

I de mere alvorlige sygdomstilfælde, samt for så vidt angår mindre børn, vil kompetencen til at give samtykke til lægebehandling af barnet i øvrigt, som hidtil, som udgangspunkt ligge hos forældremyndighedens indehaver(e).

Lægen bør i forbindelse med, at han fremkommer med et forslag til behandling, drøfte behandlingens tilrettelæggelse med forældremyndighedens indehaver(e) samt, hvor patientens udvikling og modenhed gør dette muligt, tillige med patienten selv. Som anført bl.a. under afsnit 2.3.3.2. vil der kunne forekomme situationer, hvor den behandlende læge bør tillægge en informeret tilkendegivelse fra et modent barn om at afbryde eller undlade at påbegynde en behandling betydelig vægt ved tilrettelæggelsen af sin behandling.

Nægter forældremyndighedens indehaver(e) at meddele samtykke til den foreslåede behandling, og skønner lægen, at det af hensyn til barnets velfærd er påkrævet at gennemføre behandlingen, vil lægen have pligt til at informere det sociale udvalg, således at dette får mulighed for at udnytte sin adgang til efter de nærmere bestemmelser i bistandslovens kapitel 8 at iværksætte de fornødne hjælpeforanstaltninger over for barnet uden samtykke fra forældremyndighedens indehaver.

Disse regler muliggør bl.a., at en mindreårig mod forældremyndighedens indehaver(e)s protest kan indlægges og tilbageholdes på et sygehus for dér at modtage den behandling, som lægeligt skønnes nødvendig.

Den behandlende læge vil i kraft af bestemmelserne i lægeloven og straffeloven om lægers hjælpepligt have en ubetinget pligt til på egen **hånd** at iværksætte eller fortsætte behandlingen af den mindreårige patient i tilfælde, hvor patientens akutte tilstand ikke tillader, at sagen forelægges for de sociale myndigheder, forinden der tages stilling til spørgsmålet om den videre behandling af patienten.

Arbejdsgruppen foreslår ingen ændringer i disse regler. Det bemærkes herved, at spørgsmålet om ændringer i bistandslovens bestemmelser om tvangsforanstaltninger m.v. over for mindreårige for tiden er genstand for overvejelse i en arbejdsgruppe, der er nedsat under Socialministeriet.

9) --
Se hertil Sundhedsstyrelsen: "Information og Samtykke - Lægers pligt og patienters ret", 1982, s. 30. ---

4.4.2. Særligt om udsigtsløs (livsforlængende) behandling af patienter, der ikke længere er habile.

4.4.2.1. Ingen forudgående tilkendegivelse fra patienten.

I de tilfælde, hvor en (nu) inhabil eller ligefrem bevidstløs patient ikke forudgående har taget stilling til den videre behandling, er den behandlende læge, hvis behandlingen af patienten skønnes udsigtsløs, fordi den blot vil forlænge en igangværende dødsproces, allerede efter gældende ret, jfr. ovenfor under afsnit 2.3.2., **berettiget** til at træffe beslutning om at undlade at påbegynde eller fortsætte foranstaltninger, som kun kan udskyde tidspunktet for dødens indtræden. Den behandlende læge eller behandlende sygehusafdeling vil i visse situationer - navnlig hvor patienten vil lide under en fortsat behandling - ligefrem kunne være **forpligtet** hertil.

Den behandlende læge vil endvidere, jfr. ovenfor under afsnit 2.2.3.2. om "dobbelteffekten", i disse tilfælde være berettiget til at indgive de lægeligt indicerede smertestillende/beroligende midler, som er nødvendige for at lindre patienten, også selv om dette som en ikke tilstræbt virkning måtte medføre, at patientens død herved indtræder på et noget tidligere tidspunkt. Lægen vil efter omstændighederne ligefrem kunne være forpligtet hertil.

Arbejdsgruppen mener ikke, der er behov for at foreslå ændringer i retstilstanden i disse situationer.

To af arbejdsgruppens medlemmer, Aage Valbak og Lise Østergaard, finder dog, at den gældende retstilstand bør lovfæstes.

4.4.2.2. Betydningen af patientens forudgående tilkendegivelser.

4.4.2.2.1. Udgangspunktet.

Har patienten, medens han eller hun endnu var habil, tilkendegivet, at udsigtsløs, livsforlængende behandling ikke ønskes eller kun ønskes i begrænset omfang og udstrækning, er det klart, at den behandlende læge vil have mindst den samme adgang **til** at afbryde eller undlade en udsigtsløs, livsforlængende behandling som i de tilfælde, hvor patienten ikke er fremkommet med nogen tilkendegivelse.

Systematisk må der sondres mellem på den ene side de tilfælde, hvor patientens for-

udgående tilkendegivelse er fremkommet i den aktuelle sygdomssituation på et tidspunkt, hvor den endnu habile patient kunne forudse den nuværende - udsigtsløse - situation som en nærliggende mulighed, og på den anden side de tilfælde, hvor patienten forud for den aktuelle sygdomssituation generelt har tilkendegivet sine mere eller mindre specificerede ønsker om undladelse eller afbrydelse af en eventuel livsforlængende behandling. Der kan i disse tilfælde også være tale om, at patienten har tilkendegivet, at alene visse nærmere beskrevne former for (livsforlængende) behandling ønskes eller ikke ønskes anvendt. Patienten kan således have frabedt sig anvendelse af f.eks. transfusionsbehandling eller respiratorbehandling i det hele taget eller blot under visse nærmere forudsætninger. Omvendt kan patienten udtrykkeligt have anmodet om f.eks. anvendelse af bestemte former for smertebehandling i forbindelse med en måske i øvrigt udsigtsløs livsforlængende behandling.

4.4.2.2.2. Aktuel tilkendegivelse.

Har patienten i disse tilfælde - behørigt informeret om sin sygdomssituation og de foreliggende behandlingsformer og behandlingsmuligheder - utvetydigt tilkendegivet, at han ønsker sig fritaget for livsforlængende behandling, hvis han efter en lægelig vurdering er uafvendeligt døende, er den behandlende læge allerede efter gældende ret berettiget til at imødekomme ønsket, jfr. ovenfor under afsnit 2.3.2.

Det er imidlertid arbejdsgruppens opfattelse, at den behandlende læge i disse tilfælde også har pligt til på patientens begæring at undlade at iværksætte behandling, der tilsigter at forlænge livet. Dette fritager imidlertid ikke lægen fra at iværksætte den fornødne Undrende behandling. Det skal i den forbindelse understreges, at det er lægen eller den pågældende sygehusafdeling, der afgør, hvorvidt en given livsforlængende behandling skal karakteriseres som udsigtsløs, fordi den pågældende patient er uafvendeligt døende. Endvidere må der i alle tilfælde indrømmes den behandlende læge eller sygehusafdeling den fornødne tid til foretagelse af eventuelle yderligere undersøgelser og til drøftelse af patientens tilstand m.v.

Det kan dog ikke udelukkes, at der kan forekomme sjældne undtagelsestilfælde, hvor tungtvejende hensyn kan gøre det berettiget - midlertidigt - at tilsidesætte patientens forud tilkendegivne ønsker.

Som et muligt eksempel herpå finder et flertal i arbejdsgruppen al kunne anføre tilfælde, hvor en kvinde, der omtrent har fuldført en graviditet, er undergivet lægelig behandling, der i relation til kvinden selv må bedømmes som udsigtsløs livsforlæn-

gende, men hvor en fortsættelse af behandlingen - eventuelt efter faderens begæring - en kortere tid væsentligt vil forbedre fosterets muligheder for at overleve. Det synes i sådanne situationer tvivlsomt, om den behandlende læge i alle tilfælde ubetinget skal imødekomme en anmodning fra den gravide patient om at indstille behandlingen med den virkning, at patienten - og dermed også fosteret - må antages at afgå ved døden.

Arbejdsgruppen har imidlertid ikke fundet, at det ved lovgivning eller på anden måde vil være muligt at opstille nærmere, faste retningslinier for tilrettelæggelsen af den lægelige behandling i sådanne atypiske tilfælde. De regler, som arbejdsgruppen foreslår indføjet i lægeloven, vil ikke udelukke, at der også fremover kan anlægges en tilstrækkeligt nuanceret bedømmelse af disse situationer.

4.4.2.2.3. Forudgående tilkendegivelser.

Også i de tilfælde, hvor den forudgående tilkendegivelse, til eksempel i form af et livstestamente, er fremkommet, medens patienten endnu var rask, følger det af det, der er anført lige ovenfor samt under afsnit 2.3.2., at den behandlende læge allerede efter gældende ret vil være berettiget til at efterkomme patientens forudgående anmodning om at blive fritaget for udsigtsløs livsforlængende behandling, såfremt patienten efter en lægelig vurdering nu er uafvendeligt døende.

En tilkendegivelse, som patienten er fremkommet med - efter omstændighederne længe - før den akutte sygdomssituation opstod, skal ikke nødvendigvis tillægges samme vægt som de ønsker om den videre behandling, som en patient har fremsat med fuldt kendskab til den akutte sygdomssituation. Det er imidlertid arbejdsgruppens opfattelse, at den behandlende læge/afdeling normalt bør tillægge patientens også forud tilkendegivne ønsker om at blive fritaget for udsigtsløs, livsforlængende behandling afgørende vægt ved tilrettelæggelsen af den videre behandling af patienten.

Der bør således kræves tungtvejende grunde for at tilsidesætte et livstestamentes bestemmelser om fritagelse for udsigtsløs, livsforlængende behandling i tilfælde, hvor patienten efter en lægelig vurdering er uafvendeligt døende. En optagelse i lægeloven af princippet om patientsamtykke vil indebære en tydeliggørelse af retsstillingen for såvel borgeren som den behandlende læge.

Et livstestamentes rækkevidde kan imidlertid være begrænset af manglende klarhed

f.eks. i testamentets beskrivelse af de situationer, hvor det skal finde anvendelse.

Herudover vil der være tilfælde, hvor et livstestamentes bestemmelser vil skulle tilsidesættes, fordi de forudsætninger, som testator må antages at have lagt til grund ved oprettelsen af livstestamentet, siden er bristet eller har vist sig at være urigtige.

Endelig kan det ikke afvises, at der kan forekomme sjældne undtagelsestilfælde, hvor andre tungtvejende hensyn kan tilsige, at livstestamentets bestemmelser **tilsidesættes**, eller at i alt fald dets opfyldelse udskydes noget.

Mindretallet - Aage Valbak og Lise Østergaard - kan ikke tiltræde de foran anførte forbehold og begrænsninger i livstestamentets gyldighed, idet patientens i livstestamentet udtrykte ønsker må respekteres, indtil livstestamentet er tilbagekaldt, og forud for skønsmæssige vurderinger om livstestamentets alder, bristede forudsætninger m.v. Der henvises **herved** til mindretallets lovudkast § 6, stk. 3 og 4, samt § 6 a og bemærkningerne til disse bestemmelser.

4.4.2.2.4. Tilkendegivne ønsker om fortsat behandling.

De foregående bemærkninger har helt overvejende været rettet mod situationer, hvor patienten ønsker en lægelig behandling afbrudt (lidt) tidligere, end den behandlende læge selv ville have gjort.

Der kan dog også forekomme tilfælde, hvor patienten i stedet - enten forudgående eller i den aktuelle situation - har insisteret på fortsættelsen af en livsforlængende behandling, der efter et sædvanligt lægeligt skøn må karakteriseres som udsigtsløs.

Også i disse tilfælde må den behandlende læge antages at have en forpligtelse til at søge at tilrettelægge en behandling, der så vidt muligt tilgodeser patientens ønsker.

Patienten har imidlertid langt fra samme ret til at foreskrive en bestemt behandling, som patienten har til at afslå en bestemt behandling. Den behandlende læge bør således i alle tilfælde antages at have ret til at nægte at yde en behandling, som han anser for direkte nytteløs eller som afgørende strider mod den lægefaglige/lægeetiske opfattelse. Det bemærkes herved, at den behandlende læge efter lægelovens § 6, stk. 1, udtrykkeligt er "**forpligtet** til at vise omhu og samvittighedsfuldhed, herunder også ved økonomisk ordination af lægemidler, benyttelse af medhjælp m.v."

I disse tilfælde bør lægen imidlertid efter arbejdsgruppens opfattelse være forpligtet til nøje at gennemdrøfte problemerne med patienten og/eller dennes pårørende samt om muligt at anvise patienten andre anerkendte behandlingstilbud, der i højere grad måtte stemme overens med patientens ønsker.

4.4.3. Principperne om samtykke og information i relation til patient- og persongrupper, der ikke er i en tilstand, hvor videre behandling kan anses for at være udsigtsløst livsforlængende.

4.4.3.1. Generelle bemærkninger.

Det følger af de regler, som arbejdsgruppen foreslår indført, at den behandlende læge ubetinget - d.v.s. også når patienten bliver inhabil - vil være forpligtet til at efterkomme en aktuel, utvetydig og informeret tilkendegivelse fra en voksen habil patient om, at vedkommende ikke ønsker en behandling påbegyndt eller fortsat.

Som et praktisk eksempel herpå kan nævnes, at en alvorligt, men (endnu) ikke håbløst, kræftsyg patient tilkendegiver, at den pågældende ikke ønsker operation, strålebehandling og/eller kemoterapi uanset en eventuel mulighed for helbredelse gennem anvendelse af en sådan behandling. Tilsvarende forekommer det, at en **HIV**-positiv, der får konstateret AIDS i begyndende udbrud, tilkendegiver, at vedkommende ikke ønsker livsforlængende behandling med bestemte præparater.

Retsstillingen vil være særlig klar i de tilfælde, hvor den pågældendes tilstand nærmer sig det udsigtsløse; men retsstillingen vil - stadig for så vidt angår de aktuelle tilkendegivelser - være den samme, selv om patientens tilstand langt fra kan karakteriseres som udsigtsløs.

Er der i de sidstnævnte tilfælde tale om en forudgående tilkendegivelse, eventuelt i form af et livstestamente oprettet måske længe før testator pådrog sig sin sygdom, vil situationen ofte give anledning til større tvivl.

I det følgende har arbejdsgruppen søgt at sammenfatte sine betragtninger i relation til sådanne forudgående tilkendegivelser fra visse bestemte patient- og persongrupper i tilfælde, hvor det ikke er muligt at få en aktuel tilkendegivelse.

4A3.2. Forudgående tilkendegivelser fra bestemte patient- og persongrupper.

4.4.3.2.1. Patienter, der afviser livsforlængende behandling, når de er i en tilstand, hvor de "varigt vil være ude af stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt".

Arbejdsgruppen har i denne sammenhæng drøftet indholdet af pkt. 2 i det reviderede udkast til livstestamente, som Landsforeningen Mit Livstestamente i 1989 har udarbejdet. Det nævnte pkt. er affattet således:

2. At jeg ligeledes fritages for livsforlængende behandling i tilfælde af, at sygdom, fremskreden alderdomssvækkelse, ulykke, hjertestop e.l. har medført en så svær invaliditet, at jeg varigt vil være ude af stand til at tage vare på mig selv fysisk og mentalt.

Klausulen har selvstændig betydning, hvor patienten ikke er i en sådan tilstand, at den igangværende eller påtænkte behandling kan karakteriseres som udsigtsløst livsforlængende, idet den sidstnævnte situation allerede omfattes af livstestamentets pkt. 1.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at den behandlende læge bør lade tilstedeværelsen af en sådan klausul indgå i grundlaget for behandlingens tilrettelæggelse.

Det er dog flertallets opfattelse, at klausulens relative ubestemthed kan bevirke, at den i praksis får mindre afgørende betydning for behandlingens tilrettelæggelse. Flertallet har i den forbindelse lagt særlig vægt på den usikkerhed, der kan være forbundet med fortolkningen af klausulens centrale, vidtrækkende beskrivelse af en "så svær invaliditet, at jeg varigt vil være ude af stand til at tage vare på mig selv fysisk og mentalt".

Mindretallet - Aage Valbak og Lise Østergaard - er af den opfattelse, at klausulen er formuleret således, at det ikke vil være forbundet med vanskeligheder at afgøre, om de pågældende situationer er omfattet af lovudkastet, særligt når dette sammenholdes med bemærkningerne til mindretallets lovudkast.

4.4.3.2.2. Patienter, der afviser transfusion af blod og blodprodukter.

Også behandlingen af patienter, der afviser at modtage transfusion af blod og blod-

produkter af religiøse eller andre årsager, vil være omfattet af forslagets bestemmelser om information og samtykke. Forslaget indebærer, at en aktuel, utvetydig og informeret tilkendegivelse fra en voksen habil patient om, at vedkommende ikke under nogen omstændigheder ønsker at modtage transfusion af blod eller blodprodukter, ubetinget - d.v.s. også når patienten bliver inhabil - skal respekteres af den behandlende læge, der på denne baggrund må vurdere, hvorvidt han ønsker at gennemføre behandlingen på patientens præmisser.

Er dette ikke tilfældet, bør lægen om muligt aktivt medvirke til, at patienten får mulighed for at blive behandlet af en anden læge, der er villig til at undlade transfusionsbehandling.

Efter arbejdsgruppens opfattelse bør udgangspunktet være det samme, hvor der er tale om en forudgående skriftlig og utvetydig tilkendegivelse fra en voksen habil person, om at vedkommende ikke under nogen omstændigheder ønsker at modtage transfusion af blod eller blodprodukter.

4.4.3.2.3. Sultestrejkende.

Tilsvarende vil det efter arbejdsgruppens opfattelse efter de foreslåede generelle regler sammenholdt med bestemmelsen i straffelovens § 260 om ulovlig tvang ikke være tilladt for en læge at afbryde en iværksat spisevægring - selv ikke efter at lægen har opfyldt sin pligt til at informere den sultestrejkende om konsekvenserne af, at spisevægringen fortsættes - når spisevægringen utvivlsomt er frivilligt iværksat af en voksen habil person.

Forslaget bidrager således til en afklaring af den tvivl, der har kunnet konstateres omkring rækkevidden af hjælpepligterne i straffelovens § 250 og § 253, jfr. foran i afsnit 2.3.3.4. og 2.3.3.6.

4.4.3.2.4. Personer, der har forsøgt selvmord.

Som anført foran i afsnit 2.3.3.3. indebærer et foretaget selvmordsforsøg ikke i sig selv, at der er givet et retsgyldigt afkald på hjælp. En læge er i overensstemmelse hermed som udgangspunkt efter straffelovens § 253 og § 250 forpligtet til at søge at genoplive personer, der har forsøgt selvmord. Den foreslåede lovfæstelse af principperne om patientsamtykke og -information indebærer ingen ændringer i dette udgangspunkt.

Selv om man fra selve den omstændighed, at en person ved sin handling har tilkendegivet, at han ikke længere ønsker at leve, ikke nødvendigvis kan slutte, at den pågældende er fornuftsinhabil, må den behandlende læge forsigtigvis som altovervejende hovedregel tage udgangspunkt i en sådan antagelse.

Erfaringen viser da også, at en stor del af dem, der ved lægelig indgriben overlever et selvmordsforsøg, ikke senere forsøger at begå selvmord.

4.5. Livstestamenters form og tilbagekaldelse m.v.

4.5.1. Form.

Arbejdsgruppen har drøftet, hvorvidt der bør stilles særlige formkrav til livstestamenter og andre forudgående tilkendegivelser om fremtidig lægelig behandling.

Et livstestamente bør oprettes i en sådan form, at der gives størst mulig sikkerhed omkring rækkevidden af dets enkelte bestemmelser og omkring testators identitet og habilitet.

Dette indebærer efter arbejdsgruppens opfattelse, at det i praksis kan anbefales ved oprettelsen af livstestamenter at forholde sig i overensstemmelse med de formkrav, der stilles ved oprettelsen af ordinære vidnetestamenter .

Et livstestamente bør således altid oprettes skriftligt, ligesom det kan anbefales at lade oprettelsen ske i overværelse af testamentsvidner og lade disse påtegne livstestamentet.

Det må endvidere - også med henblik på at sikre, at testamentet kommer til den behandlende læges kundskab - anbefales, at testator forud for testamentetsoprettelsen nøje drøfter testamentets indhold med sin egen læge. Både testator og testators læge bør være opmærksom på, at der straks efter oprettelsen af livstestamentet gøres

0) Jfr. arvelovens §§ 40, 42 og 43.

Efter disse bestemmelser skal **testamentet** oprettes skriftligt og underskrives eller vedkendes for to testamentsvidner. Vidnerne skal være samtidigt til stede som testamentsvidner efter testators ønske, og de skal have kendskab til, at det er oprettelsen af et testamente, de bevidner.

Vidnerne skal være fyldt 18 år og være fornuftshabile. Endelig må vidnerne ikke være specielt inhabile, derved at de (eller dem nærtstående personer) kan have en personlig (økonomisk) interesse i testators død (testamentets opfyldelse).

antegnelse herom i testators journal hos lægen, jfr. i øvrigt nærmere om registreringsproblematikken nedenfor under 4.5.3.

Flertallet finder imidlertid ikke, at der er tilstrækkeligt grundlag for på nuværende tidspunkt at foreslå indførelse af regler, hvorefter overholdelse af bestemte formkrav gøres til en betingelse for et livstestamentes gyldighed.

Mindretallet - Aage Valbak og Lise Østergaard - henviser til sit forslag om lovfæstelse af livstestamenter (lægelovens § 6 a) og de hertil knyttede bemærkninger til forslaget, hvorefter man forudsætter, at der fastsættes regler om formkrav og registrering m.v. med henblik på at sikre, at indholdet af de livstestamenter, der oprettes, bliver i overensstemmelse med den af mindretallet foreslåede affattelse af lovens § 6, stk. 3 og 4.

4.5.2. Tilbagekaldelse.

Arbejdsgruppen har ikke fundet, at der bør indføres regler, hvorefter et livstestamente af sig selv skulle bortfalde efter et vist tidsrum, f.eks. 5 år, efter oprettelsen.

Et livstestamente vil således kunne få virkning, indtil det som følge af testators formløse erklæring herom eller på andet grundlag må anses for bortfaldet eller uvirksomt. Det er i den forbindelse klart, at jo længere tid, der er forløbet siden oprettelsen af et livstestamente, desto mere nærliggende vil det - alt andet lige - være at overveje, om livstestamentet eventuelt skal anses for bortfaldet.

Det vil derfor kunne anbefales testator med jævne (få års) mellemrum, f.eks. ved en kort, dateret påtegning på livstestamentet, at bekræfte, at testamentets bestemmelser fortsat skal anses som udtryk for den pågældendes vilje.

Mindretallet - Aage Valbak og Lise Østergaard - henviser i den forbindelse til sit forslag om lovfæstelse af livstestamenter og bemærkningerne hertil, hvorefter nærmere regler om registrering og tilbagekaldelse etc. forudsættes udformet.

Livstestamenter bør efter arbejdsgruppens opfattelse fortsat kunne tilbagekaldes formløst på samme måde som arveretlige testamenter. Tilbagekaldelsen vil således bl.a. kunne ske ved testators mundtlige eller skriftlige erklæring herom, eller ved at testator destruerer livstestamentet. Der bør i forbindelse med tilbagekaldelse af livstestamenter kun stilles små krav til testators habilitet.

Netop adgangen til formløst at tilbagekalde livstestamenter vil - sammen med den manglende adgang til at lade livstestamenter registrere - i nogle tilfælde - som det også kendes ved arveretlige testamenter - kunne føre til tvivl om, hvorvidt et livstestamente skal anses for tilbagekaldt eller eventuelt blot bortkommet. Det kan derfor anbefales i forbindelse med tilbagekaldelse af et livstestamente at orientere så vidt muligt alle pårørende og testators egen læge samt søge samtlige kopier af livstestamentet destrueret.

Det bemærkes dog, at arbejdsgruppens flertal finder det tvivlsomt, om der i tilfælde af (bevis-)tvivl om et livstestamentes tilbagekaldelse kan opstilles nogen formodningsregel - svarende til den for arveretlige testamenter gældende - for livstestamentets opretholdelse.

Mindretallet bestående af Aage Valbak og Lise Østergaard er af den opfattelse, at der ved væsentlig tvivl om beviset for tilbagekaldelse må være en formodning for, at livstestamentet ikke er tilbagekaldt.

4.5.3. Registrering af livstestamenter m.v.

Såfremt der blev åbnet mulighed for en central registrering af oprettede livstestamenter, ville man både kunne mindske mulighederne for tvivl omkring et livstestamentes eventuelle tilbagekaldelse og samtidig stærkt forbedre mulighederne for, at et foreliggende livstestamente i alle tilfælde kommer til den behandlende læges kundskab tidligt i behandlingsforløbet.

I øjeblikket er det overladt til den enkelte testator ved overgivelse af kopier af livstestamentet til egen læge og til nære bekendte og pårørende samt ved at bære en kopi af testamentet på sig, f.eks. sammen med sygesikringsbeviset, at tilvejebringe størst mulig sikkerhed for, at et livstestamente kommer til de behandlende lægers kundskab også ved en akut sygehusindlæggelse i bevidstløs tilstand.

Sundhedsministeriet har over for arbejdsgruppen oplyst, at det har været overvejet at indføre et nyt offentligt identitetskort forsynet med mikrochip eller magnetbånd indeholdende bl.a. den enkelte borgers sygesikringsdata. Indholdet af et foreliggende livstestamente ville i givet fald kunne læses ind på et sådant livskort, der umiddelbart kunne aflæses maskinelt på alle landets sygehuse straks ved patientens indlæggelse. Sundhedsministeriet har imidlertid oplyst, at der ikke i

øjeblikket er aktuelle planer om udstedelse af sådanne identitetskort.

Sundhedsministeriet har endvidere over for arbejdsgruppen oplyst, at oplysning om oprettelse af et livstestamente (men ikke indholdet heraf) teknisk ville kunne registreres ved den enkelte testators meddelelse til folkeregisteret, hvorfra oplysningerne via Det Centrale Personregister (CPR) kan overføres til patientregistreringssystemerne på Kommunedatas Skejby-central og/eller til de amtskommunale og kommunale sygehusregistre.

Det bemærkes, at der allerede på det eksisterende sygesikringskort i rubrikken "bemærkninger" er mulighed for at gøre opmærksom på, at bæreren af beviset har oprettet livstestamente. Det er imidlertid ikke hensigtsmæssigt, at så personlige oplysninger, som der her er tale om, fremgår af dokumenter, der i andre sammenhænge anvendes som almindelige legitimationsbeviser.

Efter arbejdsgruppens opfattelse ville indførelse af et elektronisk læsbart "livskort" afgjort være den af de skitserede løsninger, der giver de bedste muligheder for, at et foreliggende livstestamente - og i øvrigt andre relevante medicinske oplysninger om en patient - kan komme til den behandlende læges kundskab i rette tid.

Arbejdsgruppen har - bl.a. henset til sin sammensætning - imidlertid ikke på det foreliggende grundlag ment at kunne gå dybere ind i overvejelserne af de forskellige tekniske - og økonomiske - muligheder for at gennemføre en registrering af livstestamenter.

KAPITEL 5.

Arbejdsgruppens lovudkast med tilhørende bemærkninger.

5.1. Indledende bemærkninger.

Som det fremgår af det foregående kapitel, har arbejdsgruppen været enig om, at der i relation til spørgsmålet om eventuelle lovændringer er behov for en tydeliggørelse af retstilstanden gennem en udtrykkelig lovfæstelse af de gældende principper for information og samtykke. Der har endvidere været enighed om, at sådanne bestemmelser mest hensigtsmæssigt kan placeres i lægelovens kapitel II om lægens pligter.

For så vidt angår den konkrete udformning af udkast til bestemmelser om information og samtykke i lægeloven, har arbejdsgruppen imidlertid delt sig i et flertal og et mindretal.

Mindretallet bestående af Aage Valbak og Lise Østergaard har således ønsket en noget mere udførlig affattelse af de omhandlede bestemmelser, end flertallet på sin side har fundet det nødvendigt og hensigtsmæssigt. Mindretallet ønsker endvidere, at der i lægeloven optages bestemmelser, der udtrykkeligt lovfæster livstestamenter.

Nedenfor gengives først i afsnit 5.2. flertallets udkast til ændring af lægeloven og i afsnit 5.3. flertallets bemærkninger til dette lovudkast.

I afsnit 5.4. og 5.5. gengives henholdsvis mindretallets lovudkast og mindretallets bemærkninger hertil.

5.2. Flertallets lovudkast.

I lov om udøvelse af lægegerning, jfr. lovebkendtgørelse nr. 426 af 19. august 1976, foretages følgende ændringer:

§ 1.

1. § 6 og § 6 a affattes således:

"§ 6. En læge er under udøvelsen af sin gerning forpligtet til at vise omhu og samvittighedsfuldhed, herunder også ved økonomisk ordination af lægemidler, benyttelse af medhjælp m.v.

Stk. 2. Lægen skal, hvor det er muligt, og hvor der ikke er grund til at antage, at det strider mod patientens ønsker, oplyse patienten om dennes helbredstilstand og behandlingsmulighederne.

Stk. 3. Lægen må ikke indlede eller fortsætte en behandling mod patientens vilje, medmindre andet er særligt hjemlet.

§ 6 a. Den, der udøver lægevirksomhed, må ikke drive apotek eller uden sundhedsministerens samtykke være knyttet til en virksomhed, der fremstiller lægemidler."

2.1 § 22, stk. 1, ændres "§ 6, stk. 2" til "§ 6 a".

§2.

Loven træder i kraft den.....

5.3. Flertallets bemærkninger til flertallets lovudkast.

5.3.1. Generelle bemærkninger.

Arbejdsgruppen har som anført foran i kapitel 4 ikke fundet, at der er behov for at foreslå større ændringer i patienters og lægers retsstilling i relation til patienter, der ikke ønsker udsigtsløs livsforlængende behandling.

Arbejdsgruppens beskrivelse foran i kapitel 2 af den gældende retstilstand er navnlig baseret på straffelovens almindelige bestemmelser om drab, drab efter begæring, hjælp til selvmord, tilsidesættelse af hjælpepligter og ulovlig tvang samt på enkelte af lægelovens bestemmelser, således som fortolkningen af disse bestemmelser er kommet til udtryk ikke alene i retspraksis, men også i anklagemyndighedens tiltalepraksis, i sundhedsmyndighedernes udtalelser om bl.a. almindeligt anerkendte principper for lægers handlemåde samt i den juridiske og lægelige faglitteratur.

Arbejdsgruppen har imidlertid, som det fremgår af kapitel 4, fundet, at der kan være behov for gennem indførelsen af egentlige lovregler at lovfæste visse af de grundlæggende anerkendte principper om patientsamtykke og patientinformation for derigennem at tydeliggøre lægers og patienters retsstilling i de af arbejdsgruppens kommissorium omhandlede situationer.

Arbejdsgruppen har i den forbindelse fundet, at det lovteknisk ville være uheldigt i straffeloven at søge indsat særlige bestemmelser til tydeliggørelse af lægers og patienters stilling i relation til straffelovens enkelte bestemmelser.

I stedet anbefaler arbejdsgruppen, at de nævnte anerkendte principper vedrørende patientsamtykke og patientinformation optages som nye bestemmelser i lægeloven i tilknytning til den nugældende lovs § 6, hvor en række af lægens pligter allerede er beskrevet.

Da der er tale om almindelige, anerkendte principper vedrørende patientsamtykke og patientinformation, er de enkelte bestemmelser i lovudkastet affattet generelt og dermed omfattende langt flere end de mere specielle situationer, der er omfattet af arbejdsgruppens kommissorium. Sundhedsministeriets repræsentant i arbejdsgruppen - Vibeke Brask Lemche - finder på denne baggrund at måtte tage et generelt forbehold over for bestemmelsernes endelige udformning.

5.3.2. Bemærkninger til udkastets enkelte bestemmelser.

Ad § 6, stk. 1. Bestemmelsen er identisk med § 6, stk. 1, i den gældende lov.

Bestemmelsen pålægger lægen under udøvelsen af sin lægegerning at vise "omhu og samvittighedsfuldhed" og indeholder hermed en "generalklausul" for udøvelse af lægegerning, som lovens og lovudkastets øvrige bestemmelser om lægens pligter må anses som en ikke udtømmende udmøntning af.

Bestemmelsen i § 6, stk. 1, pålægger således læger en pligt til i deres lægegerning at udvise en adfærd, som gode og omhyggelige, fagligt kompetente læger udviser, og som opfylder de faglige og etiske krav, der på baggrund af lovgivningens regler om lægers funktioner må opstilles.

Det nærmere indhold af denne retlige standard for udøvelse af lægevirksomhed vil

også fremover være afhængig af de til enhver tid gældende faglige og etiske opfattelser, hvorved kravene til lægers virksomhed vil blive tilpasset ændringer i samfundsforholdene, herunder såvel ændrede moralske opfattelser som ny medicinsk teknologi og viden.

Som anført er den norm for "god lægeskik", som generalklausulen i § 6, stk. 1, må antages at indeholde, nærmere udmøntet ved de øvrige bestemmelser i lovens kapitel II, §§ 6-13.

Herudover må de lægeetiske regler og de forskellige internationale lægeetiske deklARATIONER, som lægen ifølge lægeløftet har pligt til at sætte sig ind i og efterleve, antages at ville have en vejledende betydning ved fortolkningen af generalklausulen i § 6, stk. 1.

Lægens hensyntagen til patientens ønsker, der efter arbejdsgruppens opfattelse indgår som en meget væsentlig bestanddel af den i § 6, stk. 1, indeholdte norm for "god lægeskik", foreslås på de mest centrale punkter vedrørende information og samtykke mere udførligt reguleret ved den foreslåede affattelse af lovens § 6, stk. 2 og 3.

Ad § 6, stk. 2. Bestemmelsen, der er ny, tilsigter at fremhæve de gældende principper for lægers informationspligt. Formuleringen svarer for så vidt til formuleringen i § 3, stk. 2, i lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, jfr. foran under afsnit 4.4.1.1. med note 5 og nu også de lægeetiske reglers § 4.

Lægens opfyldelse af sin informationspligt er en forudsætning for, at patienten med mening kan udøve sin selvbestemmelsesret, jfr. lovudkastets § 6, stk. 3, jfr. stk. 1.

Pligten indebærer, at lægen - om nødvendigt af egen drift - så tidligt som muligt og i øvrigt løbende under behandlingsforløbet orienterer patienten om dennes helbreds-tilstand, de foreliggende behandlingsmuligheder, formålet med behandlingen samt udsigterne til en bedring af helbredstilstanden.

I en række tilfælde vil det imidlertid på grund af patientens tilstand ikke være muligt forudgående at drøfte behandlingens tilrettelæggelse - enten fordi patientens tilstand kræver øjeblikkelig lægelig indgriben, eller fordi patientens øjeblikkelige åndelige tilstand ikke giver forudsætninger for en meningsfuld drøftelse af behandlingens tilrettelæggelse.

Endvidere forekommer der en række tilfælde, hvor det må antages, at patienten ikke ønsker at blive informeret eller ikke ønsker at blive informeret fuldt ud om sin helbredstilstand og de foreliggende behandlingsmuligheder og -udsigter.

Bestemmelsen om lægens informationspligt er affattet med skyldig hensyntagen til disse situationer.

I relation til mindreårige patienter vil der ofte gælde en dobbelt informationspligt. I en række situationer vil lægen således have pligt til at informere både den pågældende patient selv og forældremyndighedens indehavere. For så vidt angår den selvbestemmelsesret, der i visse tilfælde tilkommer større modne børn, henvises der i øvrigt til det foran under afsnit 4.4.1.2. anførte. Lægen har i alle tilfælde - men særligt i forhold til børn - pligt til at afpasse informationen til de pågældendes personlige udvikling og modenhed.

Ad § 6, stk. 3. Bestemmelsen, der er ny, har til formål at fremhæve det gældende princip, hvorefter enhver form for lægeundersøgelse og lægebehandling som udgangspunkt er en frivillig sag for patienten. Der kan i den forbindelse forudsætningsvis henvises til lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, § 3, stk. 1, og de lægeetiske reglers § 4.

En voksen, habil patient må således - bortset fra særligt lovhjemlede undtagelsestilfælde - ikke undergives nogen form for lægelig tvangsbehandling.

Skal patienten med mening kunne udøve denne selvbestemmelsesret, forudsættes det, at lægen har opfyldt sin informationspligt over for patienten, jfr. den foreslåede affattelse af § 6, stk. 1 og 2.

Selvbestemmelsesretten indebærer, at hvis en i henseende til både alder og fornuft fuldt habil patient med forståelse af sin egen situation har afvist at lade sig behandle, så vil den læge, der ikke respekterer patientens vilje, handle retsstridigt, og overtrædelsen vil eventuelt foruden efter lægelovens § 18 og centralstyrelseslovens § 14 kunne sanktioneres efter straffelovens § 260 om ulovlig tvang og § 157 om kvalificeret forsømmelse og skødesløshed i offentlig tjeneste eller hverv.

Der vil dog fortsat kunne forekomme situationer, hvor lægens afbrydelse af **behand-**

lingen på patientens begæring bevirker, at patienten umiddelbart afgår ved døden, og hvor lægens handling derfor efter omstændighederne vil kunne anses for omfattet af straffelovens § 239 om drab efter begæring, jfr. foran under afsnit 2.4.3.1.

Den foreslåede affattelse af § 6, stk. 3, indebærer sammenholdt med den gældende affattelse af § 6, stk. 1, en vidtgående forpligtelse for lægen til at tilrettelægge sin behandling i overensstemmelse med de ønsker, som en patient enten i den aktuelle sygdomssituation eller tidligere - f.eks. i form af et livstestamente - har tilkendegivet. Omvendt har patienten ikke noget krav på at modtage en bestemt behandling, som lægen af lægefaglige eller økonomiske grunde modsætter sig.

Den behandlende læge vil ikke ved at tilrettelægge behandlingen i overensstemmelse hermed pådrage sig ansvar efter hverken § 250 eller § 253 i straffeloven.

Der kan i den forbindelse for så vidt angår udsigtsløs, livsforlængende behandling henvises til det foran under afsnit 4.4.2.2. anførte.

Det skal imidlertid understreges, at det fortsat vil påhvile den behandlende læge at foretage den grundige og lægefagligt korrekte undersøgelse og bedømmelse, der vil være påkrævet for at kunne afgøre, om patienten med den fornødne sikkerhed kan siges at befinde sig i en tilstand som beskrevet i patientens livstestamente.

Særligt for så vidt angår personer, der afviser at modtage transfusion af blod og blodprodukter, indebærer bestemmelsen sammenholdt med § 6, stk. 1, at en utvetydig og informeret tilkendegivelse fra en voksen, habil patient herom ubetinget - d.v.s. også når patienten bliver inhabil - skal respekteres af den behandlende læge, der på denne baggrund må vurdere, hvorvidt han ønsker at gennemføre en behandling på patientens præmisser.

Forslaget indebærer i så henseende ingen ændring i relation til behandlingen af mindreårige, hvor transfusion af blod eller blodprodukter i overensstemmelse med de nærmere bestemmelser i bistandslovens kapitel 8 om nødvendigt vil kunne anvendes, uanset om forældremyndighedens indehaver(e) måtte have frabedt sig denne behandling af religiøse eller andre grunde.

Med hensyn til sultestrejkende indebærer forslaget, at en læge ikke har ret til at afbryde en sultestrejke ved at påbegynde tvangsernæring, når sultestrejken er frivilligt

iværksat af en voksen habil person, jfr. herved foran under afsnit 2.3.3.4. og afsnit 4.4.3.2.3.

Ad § 6 a. Ændringen er alene af redaktionel karakter. Bestemmelsen svarer i det hele til § 6, stk. 2, i den gældende affattelse af lægeloven, men foreslås på grund af den mindre direkte tilknytning til det foreslåede indhold af § 6 udskilt som en selvstændig paragraf.

Ad § 22, stk. 1. Ændringen er en konsekvens af forslagets udskillelse af den gældende § 6, stk. 2, til selvstændig § 6 a. Ændringen er således af rent redaktionel karakter, men afspejler samtidig arbejdsgruppens opfattelse, hvorefter forslagets § 6 - som det nu er tilfældet med den gældende § 6, stk. 1, - alene skal være selvstændigt straf-sanktioneret ved bestemmelsen i lægelovens § 18.

5.4. Mindretallets lovudkast.

I lov om udøvelse af lægegerning, jfr. lovbekendtgørelse nr. 426 af 19. august 1976, foretages følgende ændringer:

§ 1.

1. § 6, § 6 a og § 6 b affattes således:

"§ 6. En læge er under udøvelsen af sin gerning forpligtet til at vise omhu og samvittighedsfuldhed, herunder også ved økonomisk ordination af lægemidler, benyttelse af medhjælp m.v.

Stk. 2. Lægen skal, hvor det er muligt, og hvor der ikke er grund til at antage, at det strider mod patientens ønsker, oplyse patienten om dennes helbredstilstand og behandlingsmulighederne.

Stk. 3. Lægen må ikke indlede eller fortsætte en behandling mod patientens vilje, medmindre andet er særligt hjemlet. Bestemmelsen gælder også, hvor patienten ved et livstestamente har udtrykt ønske om fritagelse for livsforlængende behandling i en situation, hvor testator er uafvendeligt døende. Endvidere, hvis det i livstestetamentet er bestemt, at testator ikke ønsker livsforlængende behandling i tilfælde af, at sygdom, fremskreden alderdomssvækkelse, ulykke, hjerte-

stop e.l. har medført en så svær invaliditet, at den pågældende varigt vil være ude af stand til at tage vare på sig selv såvel fysisk som mentalt.

Stk. 4.1 en situation, hvor patienten er uafvendeligt døende, men hvor livstestamente ikke foreligger, kan lægen undlade at påbegynde eller fortsætte foranstaltninger, som kun kan udskyde tidspunktet for dødens indtræden. Lægen kan under samme omstændigheder indgive de smertestillende/beroligende midler, som er nødvendige for at lindre patientens tilstand, selv om dette kan medføre fremskyndelse af dødstidspunktet.

§ 6 a. Enhver, der er myndig, eller som besidder tilstrækkelig modenhed, kan oprette et livstestamente. Heri udttykkes testators ønsker om behandlingen, når testator måtte komme i en tilstand, hvor selvbestemmelsesretten ikke længere kan udøves på anden måde.

Stk. 2. Sundhedsministeren udfærdiger de nærmere regler om livstestamenters oprettelse, udformning, registrering, tilbagekaldelse etc.

§ 6 b. Den, der udøver lægevirksomhed, må ikke drive apotek eller uden sundhedsministerens samtykke være knyttet til en virksomhed, der fremstiller lægemidler."

2.1 § 22, stk. 1, ændres "§ 6, stk. 2" til "§ 6 b".

§2.

Loven træder i kraft den.....

5.5. Mindretallets bemærkninger til mindretallets lovudkast.

5.5.1. Generelle bemærkninger.

Mindretallet - Aage Valbak og Lise Østergaard - lægger afgørende vægt på, at der skabes lovæssig klarhed over patienters rettigheder på den ene side og lægers pligter og rettigheder på den anden side i spørgsmålet om behandling af døende og håbløst syge. Heroverfor stiller flertallet sig i nogen grad tilfreds med, at spørgsmålet i de senere år er blevet afklaret gennem en ændret praksis, bl.a. som følge af den

omtalte Ritzau-meddelelse fra Sundhedsstyrelsen i 1974, ligesom anklagemyndighedens praksis er mildnet med hensyn til tiltalerejsning over for læger, som har undladt eller standset formålsløs behandling af uafvendeligt døende patienter. Ikke desto mindre registrerer Landsforeningen Mit Livstestamente til stadighed gennem henvendelser og i medierne, at nogle læger respekterer patienters ønske om at afstå fra udsigtsløs behandling, medens andre ikke gør det, med den følge, at udsigtsløs behandling fortsættes i tilfælde, hvor blot et enkelt medlem af det medicinske team modsætter sig behandlingens ophør.

Mindretallet finder, at usikkerhed og fejllopfattelser stadig kan bestå i befolkningen og blandt professionelle, dersom gældende ret ikke udmøntes i klart formulerede lovbestemmelser. Dette synspunkt støttes bl.a. gennem lektor Peter Blumes beskrivelse af den nuværende retstilstand på området (Tidsskrift for Rettsvidenskab 1982 s. 534-582). Heri konkluderes, at livstestamenter bør legaliseres, hvilket mindretallet har tilsluttet sig gennem udarbejdelsen af ovenstående lovudkast.

Det skal sikre en ligestilling mellem den habile patient og den patient, der ikke længere er i stand til at tale for sig selv, men som har udtrykt sin vilje i et livstestamente. Endvidere understreges det, at læger ikke blot har ret til at afstå fra udsigtsløs behandling, men at det påhviler lægen at afstå herfra, når patienten i et livstestamente har udtrykt ønske herom. Lovforslaget understreger således en retstilstand, som omfatter både læge og patient.

5.5.2. Bemærkninger til udkastets enkelte bestemmelser.

Ad § 6, **stk.** 1-2. Bestemmelserne er identiske med § 6, stk. 1-2, i flertallets lovudkast.

Ad § 6, **stk.** 3. Bestemmelsen, der er ny, og som i 1. pkt. er identisk med flertallets forslag, tilsigter at fastslå det gældende princip om patientens selvbestemmelsesret over sin person, således at lægebehandling ikke kan finde sted i strid med patientens vilje.

Bestemmelsen må ses i sammenhæng med bestemmelsen i stk. 1 og stk. 2 om lægens informationspligt.

Såfremt patienten aktuelt er kommet i en tilstand, hvor han ikke kan udtiyykke sin

vilje, men hvor han, umiddelbart forinden han kom i denne tilstand, har tilkendegivet sin vilje, må lægen naturligvis stadig respektere denne.

Såfremt patienten er kommet i en tilstand, hvor selvbestemmelsesretten ikke længere kan udøves, hvor han befinder sig i en situation som beskrevet i § 6, stk. 3, andet og tredje punktum, og hvor han på et tidligere tidspunkt har taget stilling til denne situation gennem oprettelse af et livstestamente, må lægen respektere patientens i livstestamentet tilkendegivne vilje.

Dette er fastslået i bestemmelsens andet punktum, for så vidt angår fritagelse for livsforlængende behandling i en situation, hvor testator er uafvendeligt døende.

I bestemmelsens tredje punktum er fastslået, at lægen ligeledes må respektere patientens i et livstestamente udtrykte vilje om, at han ikke ønsker livsforlængende behandling i tilfælde af, at han er i en tilstand, der ikke ved behandling kan sætte ham i stand til i nogen henseende at tage vare på sig selv fysisk og mentalt. Der er herved tænkt på tilstande af så svær invaliditet, at patienten på forhånd har anset en fortsættelse af livet som så meningsløst og/eller lidelsesfyldt, fysisk og mentalt, at han ikke ønsker en behandling, der kun kan forlænge denne tilstand uden at forbedre den. Der tænkes herved på de mest håbløse former for uhelbredelige og totalt invaliderende lidelser som f.eks.:

Cerebrale lidelser:

Svær Senil Demens (Alzheimer o.lign.)

d.v.s. patienten er som følge af tiltagende hjernesvind ude af stand til at forstå sine omgivelser, meddele sig til omgivelserne på en forståelig måde, kan intet huske og er rodende og omflakkende.

Invaliderende følger efter haemorrhagia cerebri

d.v.s. patienten er efter en hjerneblødning eller blodprop i hjernen så medtaget, at han hverken opfatter, hvad der siges, eller selv er i stand til at meddele sig til sine omgivelser (impressiv og ekspressiv afasi).

Invaliderende følger efter cerebrale traumer

d.v.s. patientens hjerne er efter et trafik- eller andet ulykkestilfælde så svært beskadiget, at han ikke er i stand til at gøre sig forståelig, ude af stand til at klare sig selv og derfor fuldstændig afhængig af andres hjælp.

Pulmonale lidelser:

Terminal Respirationsinsufficiens

d.v.s. patienten lider af en fremadskridende lungesvækkelse som, uden der samtidig er tale om ledsagende behandlingsbar sygdom, nu er så fremskreden, at kun en respiratorbehandling kan forlænge livet.

Rygmarvslidelser:

Højt Medullært tværsnitssyndrom

d.v.s. patienten er efter at have brækket nakken totalt lammet og ude af stand til at meddele sig til omverdenen.

Det påhviler i de nævnte situationer den behandlende læge at foretage den grundige og lægefagligt korrekte undersøgelse og bedømmelse, der vil være påkrævet for at kunne afgøre, om patienten befinder sig i en tilstand, som beskrevet i patientens livstestamente.

Det er alene den nævnte bedømmelse af patientens tilstand, der kan tillægges betydning, hvorimod andre hensyn så som lægens personlige holdning, pårørendes ønsker, forskningsinteresser eller økonomiske hensyn ikke må spille ind.

Ad § 6, **stk.** 4. Bestemmelsen er ny. Den er udtryk for den retstilstand, som arbejdsgruppen har beskrevet i kapitel 4 i sine hovedsynspunkter, og som beskriver den ændring i den tidligere gældende retstilstand, som har udviklet sig i de seneste årtier, og som støttes navnlig på udtalelser fra sundhedsmyndighederne og anklagemyndighedens tiltalepraksis samt i den juridiske og lægelige faglitteratur.

Da det imidlertid må anses for uklart, i hvilket omfang det nævnte grundlag for rets-

opfattelsen er af juridisk bindende karakter, findes det hensigtsmæssigt, at den nævnte retstilstand udtrykkeligt fastslås som foreslået i en ny bestemmelse i lægelovens § 6, stk. 4. Det er også af betydning, at denne grundlæggende bestemmelse af hensyn til lægers kendskab hertil finder direkte udtryk i lovteksten.

Ad § 6 a. Bestemmelsen er ny og skal ses i sammenhæng med § 6, stk. 3 og 4.

Legaliseringen af livstestamente må ses i forbindelse med den udvikling, som har fundet sted siden stiftelsen i 1976 af Landsforeningen Mit Livstestamente - en værdig død. Siden da har foreningens ca. 25.000 medlemmer oprettet livstestamente på den formular, som er udarbejdet af foreningen, og hvorefter opretteren har tilkendegivet sit ønske om at undgå livsforlængende behandling i en situation, hvor testator er uafvendeligt døende, samt i tilfælde, hvor sygdom, fremskreden alderdomssvækkelse, ulykke, hjertestop c.l. har medført en så svær invaliditet, at testator varigt vil være ude af stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt.

Yderligere indeholder livstestamente testators ønske om under de nævnte omstændigheder at blive holdt fri for smerter med smertestillende midler, selv om dette skulle medvirke til afkortning af testators sidste levetid.

Det har været tvivlsomt, hvilken retlig betydning der kunne tillægges et sådant livstestamente, men i de forløbne år er det i praksis blevet anerkendt, at tilstedeværelsen af et livstestamente har afgørende betydning for lægens beslutning med hensyn til iværksættelse eller fortsættelse af livsforlængende behandling i de nævnte situationer, ligesom sundhedsmyndighederne har tilkendegivet, at tilstedeværelsen af et livstestamente må tillægges betydning ved den behandlende læges beslutning om behandling af patienten.

Der har dog været stor usikkerhed blandt læger om, hvilken betydning der måtte tillægges det af patienten i et livstestamente udtrykte ønske. Det er det almindelige indtryk, at mange læger har taget hensyn til patientens ønske, medens andre har fulgt den tidligere gældende opfattelse, hvorefter lægen var forpligtet til at søge livet opretholdt til det yderste.

Det er nu i lovens § 6, stk. 3, fastslået, at patientens vilje, hvor den er udtrykt i et livstestamente, skal respekteres af lægen i de nævnte situationer, ligesom det i § 6, stk. 4, er fastslået, at lægen under disse omstændigheder kan indgive de smertestil-

lende/beroligende midler, der er nødvendige for at lindre patientens tilstand, selv om dette kan medføre fremskyndelse af dødstidspunktet.

Som konsekvens heraf bestemmer § 6 a, at enhver, der er myndig, kan oprette et livstestamente, og det foreslås, at livstestamente kan oprettes af yngre personer, hvorved der er tænkt på modne unge mennesker i 15-17 års alderen, som har gjort sig overvejelser, der resulterer i ønsket om oprettelse af et livstestamente.

Der er ikke i loven optaget detaljerede regler om livstestamenters oprettelse, udformning, registrering, tilbagekaldelse m.v., idet udfærdigelsen af disse regler er overladt til sundhedsministeren.

Ved fastsættelsen af disse detaljerede regler må det iagttages, at livstestamentets indhold bliver i overensstemmelse med lovens § 6, stk. 3 og 4. Livstestamentets udformning bør ske i overensstemmelse med den formular til livstestamente, som er benyttet af de ca. 25.000 medlemmer af Landsforeningen mit Livstestamente siden foreningens oprettelse i 1976, idet bemærkes, at den oprindelige udformning er blevet ændret i 1989, således at den nøje svarer til de nu foreslåede bestemmelser til lovudkastets § 6, stk. 3 og 4.

Formuleringen er herefter således, som den er gengivet i bilag 8 til betænkningen.

Det bemærkes, at formularen i punkt 5 indeholder en udtrykkelig bestemmelse om opretterens eventuelle ønske om at slette en eller flere af bestemmelserne i punkt 1-3.

Endvidere indeholder formularen i punkt 4 og 6 bestemmelser, der ikke er retligt bindende, men som kan være af faktisk betydning for det behandlende personale og for patientens pårørende. Med hensyn til **witterlighedspåtegningen** kan det eventuelt bestemmes, at for personer under 18 år skal det ene vitterlighedsvidne være forældremyndighedens indehaver og/eller en læge.

Der må fastsættes regler for livstestamenters registrering i et offentligt register samt regler om, hvorledes et livstestamente formelt kan annulleres. Der erindres herved om, at opretteren til enhver tid kan tilbagekalde livstestamentet formløst, f.eks. ved mundtlig tilkendegivelse over for den behandlende læge.

I forbindelse med livstestamenters registrering i et offentligt register må der pålægges den behandlende læge forpligtelse til at gøre anvendelse af registeret, når der foreligger en situation, hvor et livstestamente kan være aktuelt.

Eventuelt kan der i selve testamentsformularen indføjes en bestemmelse om, at det anbefales opretteren at deponere en kopi af livstestamentet hos opretterens læge og eventuelt hos en af hans nærmeste pårørende.

Ad § 6 b. Ændringen er af redaktionel karakter, idet bestemmelsen er identisk med den gældende affattelse af § 6, stk. 2, og dermed med § 6 a i flertallets lovudkast.

B I L A G

- BILAG 1 Beslutningsforslag nr. B 124 (1986). Forslag til folketingsbeslutning om lægers og patienters retsstilling vedrørende behandling af patienter, som ikke ønsker udsigtsløs livsforlængende behandling
- BILAG 2 Retsudvalgets beretning over forslag nr. B 124 til folketingsbeslutning om lægers og patienters retsstilling vedrørende behandling af patienter, som ikke ønsker udsigtsløs livsforlængende behandling
- BILAG 3 Borgerlig straffelov i uddrag
- BILAG 4 Bekendtgørelse nr. 426 af 19. august 1976 af lov om udøvelse af lægegerning
- BILAG 5 Lægeløftet, lægeetiske regler og deklarationer
- BILAG 6 Sundhedsstyrelsens pressemeddelelser af 18. og 20. august 1986
- BILAG 7 Afsnit 7.3. fra Sundhedsstyrelsens redegørelse "Information og Samtykke - Lægers pligt og patienters ret"
- BILAG 8 Landsforeningen Mit Livstestamentes standardformular til et livstestamente

Beslutningsforslag nr. B 124

Folketinget 1985-86

Blad nr. 574

Fremsat den 11. marts 1986 af Ole Espersen (S), Joanna Rønn (S), Erik B. Smith (S) og
Bernhard Baunsgaard (RV)

Forslag til folketingsbeslutning

om lægers og patienters retsstilling vedrørende behandling
af patienter, som ikke ønsker udsigtsløs livsforlængende
behandling

Folketinget henstiller til regeringen at nedsætte en arbejdsgruppe med henblik på at skabe en klarere retstilstand for behandling/ikke-behandling af patienter med håbløse sygdomme, så menneskers ret til en naturlig og værdig død sikres.

λ

Bemærkninger til forslaget

Igennem en årrække har der været bestræbelser i gang for at afklare den komplicerede retstilstand omkring behandling eller ikke-behandling af patienter i terminalfasen, dvs. når udsigten til helbredelse eller fortsættelse af liv under acceptable vilkår ikke længere er til stede.

Landsforeningen Mit Livstestamente har igen adskillige år arbejdet herpå, i de seneste par år i enighed med Den almindelige danske Lægeforening.

Landsforeningen fremsatte i sin tid opfordringer til den tidligere regering, som indstillede, at man søgte at opnå enighed med Den almindelige danske Lægeforening, bl.a. fordi man fandt, at problemerne var komplicerede, og at det især var væsentligt at have lægestandens indforståelse med et resultat.

Den almindelige danske Lægeforening og Landsforeningen Mit Livstestamente er nu enedes om et sådant fælles ønske, og det er forslagsstillernes opfattelse, at ønsket snarest bør imødekommes.

I overensstemmelse med de to foreningers ønske foreslår forslagsstillerne følgende kommissorium for arbejdsgruppen:

1. At undersøge behovet for gennemførelse af regler ved lov eller på anden måde, der fastslår, at en læge ikke handler ulovligt, når vedkommande beslutter at standse eller undlade at påbegynde en behandling, der er nytteløs, og som alene tilsigter at udskyde en naturlig afslutning på livet.
2. At overveje, hvorledes patientens retsstilling i den omhandlede situation bør være, herunder specielt om patientens ønsker med hensyn til behandling, respektive standsning eller ikke-påbegyndelse af behandling, bør respekteres af lægen. I denne forbindelse bør det overvejes, om patienten har ret til, efter elier uden opfordring til lægen, at blive orienteret om sygdommens karakter, behandlingsmulighederne og konsekvenserne af behandling/ikke-behandling.
3. At overveje, om en døende patient, hvis tilstand udelukker mulighed for tilkendegivelse af ønsker, har krav på, at et tidligere udtrykkeligt

fremsat ønske f.eks. i form af et livstestamente skal respekteres af lægen.

4. At overveje, hvilke krav med hensyn til form, indhold, registrering, tilbagekaldelse m.v. der bør stilles for, at et livstestamente eventuelt kan tillægges nævnte retlige eller faktiske betydning. I denne forbindelse bør det undersøges, hvorledes det kan sikres, at tilstedeværelsen af et livstestamente kommer til den behandlende læges kundskab.
5. At overveje, om det i forbindelse med en eventuel fastlæggelse af retsregler vedrørende punkt 1 og 2 bør tilkendegives, at forlængelse af liv ikke er en absolut værdi i sig selv, men at lægens virke skal tilgodes patientens interesse under hensyntagen til en tålelig livskvalitet og patientens egne ønsker med hensyn til forlængelse af livet i den terminale fase.

I denne forbindelse bør overvejes, i hvilket omfang og under hvilke betingelser patienten bør behandles med smertestillende midler i tilfælde, hvor dette kan medføre en fremskyndelse af dødstidspunktet.

6. At fremsende eventuelle forslag som følge af de ovennævnte undersøgelser og overvejelser til indenrigsministeren.

Indenrigsministeren har afslået at imødekomme ønsket om nedsættelse af en arbejdsgruppe som den foreslåede ud fra den betragtning, at det må være rigtigst at afvente resultatet af udvalgsarbejdet vedrørende hjernedøden som dødkriterium og den debat, dette vil rejse.

Det er forslagsstillernes opfattelse, at spørgsmålet om fastlæggelse af dødkriterier ikke har en sådan sammenhæng med det her rejste problem, at en sammenkædning er nødvendig eller rimelig. Uanset hvilke dødkriterier man vil nå frem til, vil dette være uden betydning for forudgående terminalfase.

Som bilag vedlægges afskrift af Den almindelige danske Lægeforenings og Landsforeningen Mit Livstestamentes fælles henvendelse af 26. november 1984 til justitsministeren (bilag I), indenrigsministerens svar af 11. juni 1985 (bilag 2) samt de to

foreningers fornyede fælles henvendelse af 8. juli
1985 (bilag 3).

Skriftlig fremsættelse

Ole Espersen (S):

Jeg skal hermed på forslagsstillernes vegne
tillade mig at fremsætte:

*Forslag til folketingsbeslutning om lægers
og patienters retsstilling vedrørende behandling*

*af patienter, som ikke ønsker udsigtsløs livsfor-
længende behandling.*

(Beslutningsforslag nr. B 124).

Jeg henviser i øvrigt til de bemærkninger,
der ledsager forslaget, og anbefaler det til
tingets velvillige behandling.

Afskrift af brev til justitsminister Erik Ninn-Hansen, dateret 26. november 1984

Landsforeningen Mit Livstestamente har siden sin stiftelse i 1976 haft en omfattende korrespondance og mødevirksomhed med såvel lægeforeningen som justitsministeriet, rigsadvokaten, indenrigsministeriet og sundhedsstyrelsen med henblik på at få indført en retstilstand, der sikrer menneskets ret til en værdig død i situationer, hvor alle behandlingsmuligheder må anses for udtømt. Det har i dette øjemed været et af landsforeningens hovedformål at få anerkendt de såkaldte livstestamenter som retligt forpligtende for de behandlende læger.

Under lægeforeningens mødevirksomhed og korrespondance med landsforeningen er man blevet orienteret om, at justitsminister Ole Espersen ved et møde med Landsforeningen Mit Livstestamente den 29. april 1982 skal have meddelt, at der under forudsætning af lægeforeningens positive medvirken ville

kunne påregnes nedsat en arbejdsgruppe med den opgave at undersøge mulighederne for retlig regulering af de problemer, som den teknologiske udvikling har medført for læger og patienter i relation til spørgsmålet om, i hvilket omfang lægen skal respektere et tidligere tilkendegivet ønske fra patienten om ikke at påbegynde behandling eller at ophøre med behandling i situationer, hvor alle behandlingsmuligheder er udtømt.

I denne anledning skal man meddele, at lægeforeningen og landsforeningen har udarbejdet vedlagte kommissorium for en sådan arbejdsgruppe, som man herefter venligst skal anmode Dem om at nedsætte. Det bemærkes herved, at såvel lægeforeningen som Landsforeningen Mit Livstestamente ønsker at blive repræsenteret i den nævnte arbejdsgruppe.

På vegne

DEN ALMINDELIGE DANSKE LÆGEFORENING
Landsforeningen Mit Livstestamente

København, den 11. juni 1985

I. s. kt. j.nr. 5700/0-17/1983. SL/ABP

Landsforeningen Mit Livstestamente
 Jægersborgvej 68, st.
 2800 Lyngby

Indenrigsministeriet har fra justitsministeren modtaget en fælles henvendelse fra lægeforeningen og Landsforeningen Mit Livstestamente om nedsættelse af et udvalg med den opgave at undersøge mulighederne for retlig regulering af de problemer, der gør sig gældende vedrørende livstestamenter.

Jeg er enig i, at sundhedsvæsenet må sikre mennesker retten til en naturlig og værdig død, og jeg forstår derfor også, at en nærmere afklaring af disse problemstillinger er vigtige spørgsmål for de to foreninger.

Det fremgår af foreningens udkast til kommissorium for et eventuelt udvalgsarbejde, at der er tale om problemstillinger, som er særdeles vanskelige og komplicerede. Det er min umiddelbare opfattelse, at det er meget usikkert, om der kan fastlægges klare retningslinier for behandling/ikke-behandling

af patienter med håbløse sygdomme. Sagen rejser efter min opfattelse de samme etiske og retlige spørgsmål, som en stillingtagen til dødskriteriet vil rejse; omend sidstnævnte nok kan formuleres noget mere klart.

Da der netop for tiden pågår et udvalgsarbejde i sundhedsstyrelsen om hjernedøden som døds-kriterium, vil jeg finde det rigtigst, at spørgsmålet om eventuel nedsættelse af et udvalg vedrørende livstestamentet afventer resultatet af dette udvalgsarbejde og den debat dette vil rejse.

En stillingtagen hertil vil endvidere give en bedre baggrund for livstestamentespørgsmålet, ligesom en løsning af døds-kriteriespørgsmålet eventuelt kan løse en del af de forhold, der er omfattet af livstestamenter.

Jeg har med tilsvarende skrivelse underrettet justitsministeren samt lægeforeningen.

Med venlig hilsen

BRITTA SCHALL HOLBERG

Den 8. juli 1985

Indenrigsminister Britta Schall Holberg
Indenrigsministeriet
 Christiansborg Slotsplads 1
 1218 København K

Vedrørende 1. s. kt. j.nr. 5700/0-17/1983. SL/ABP

Med indenrigsministerens skrivelse af 11. juni 1985 har Den almindelige danske Lægeforening og Landsforeningen Mit Livstestamente modtaget svar på de nævnte foreningers fælles henvendelse af 26. november 1984 til justitsministeren, hvilken henvendelse af justitsministeren er videregivet til besvarelse af indenrigsministeren.

I indenrigsministerens nævnte svarsskrivelse meddeles, at ministeren ikke kan imødekomme den fremsatte anmodning om nedsettelse af et udvalg med den opgave at undersøge mulighederne for en afhjælpning af den bestående retsikkerhed om lægers og patienters retsstilling vedrørende behandling i patientens terminalfase, idet ministeren henviser til, at spørgsmålet om eventuel nedsettelse af et sådant udvalg må afvente resultatet af det udvalgsarbejde, der er i gang vedrørende dødsriteriet.

Som det fremgår af henvendelsen til justitsministeren og det medsendte udkast til kommissorium, er baggrunden for de to foreningers henvendelse til justitsministeren en stigende bekymring for, om den gældende retstilstand yder læger tilstrækkeligt spillerum for vurdering af, i hvilket omfang en patients tidligere udtrykkeligt meddelte ønske om standsning af udsigtsløs livsforlængelse bør respekteres. Det bemærkes i den forbindelse, at mange lægers bekymring i denne

sammenhæng beror på de nugældende bestemmelser i straffeloven vedrørende døds-hjælp m.v., som hidrører fra 1930, og som med den siden da skete, **medicinsk-** teknologiske udvikling ikke længere kan anses for up-to-date.

Den almindelige danske Lægeforening og Landsforeningen Mit Livstestamente finder, at de i henvendelsen fremdragne problemer om lægens og patientens retsstilling i patientens terminalfase er af overvejende juridisk karakter og principielt uafhængige af resultaterne af nævnte udvalgsarbejde vedrørende dødsriteriet. Da det således ikke i første række er et lægefagligt problem, men i højere grad et juridisk, skal foreningerne henstille, at indenrigsministeren tager den trufne beslutning op til fornyet overvejelse, eventuelt med henblik på tilbageføring af sagen til behandling i justitsministeriet.

Vi tillader os i øvrigt at henlede ministerens opmærksomhed på, at 7 af folketingets partier deltog i en offentlig høring den 23. marts 1985 på H. C. Ørsted Institutet i København foranlediget af Landsforeningen Mit Livstestamente, hvor partiernes repræsentanter alle gav udtryk for deres støtte til forslaget om en hurtig behandling af de omhandlede problemer, og at flere af repræsentanterne var indstillede på at søge sagen fremmet gennem en folketingsbeslutning.

På vegne

Den almindelige danske Lægeforening
 ERIK HOLST

Landsforeningen Mit Livstestamente
 ARNE KOLD

Beretning afgivet af retsudvalget den 29. maj 1986

Beretning

over

Forslag til folketingsbeslutning om lægers og patienters retsstilling vedrørende behandling af patienter, som ikke ønsker udsigtsløs livsforlængende behandling

[af Ole Espersen (S) og Bernhard Baunsgaard (RV) m.fl.]

Udvalget har behandlet beslutningsforslaget i nogle møder Og har herunder stillet spørgsmål til justitsministeren, som denne har besvaret skriftligt.

Der er mellem udvalget og justitsministeren opnået enighed om at nedsætte en arbejdsgruppe med følgende kommissorium:

Arbejdsgruppen har til opgave at gennemgå de strafferetlige spørgsmål vedrørende lægers adgang til at standse eller undlade at påbegynde en behandling, som må anses nyteløs, eller som alene tilsigter at udskyde en naturlig afslutning på livet.

Arbejdsgruppen skal bl.a. under hensyntagen til strafferetlige principper klarlægge den betydning, der kan eller bør tillægges et samtykke eller ønsker, herunder tidligere ønsker, fra den pågældende med hensyn til behandling, respektive standsning eller ikke-påbe-

gyndelse af behandling. I denne forbindelse bør det overvejes, hvordan det sikres, at sådanne ønsker kommer til læges kendskab, samt om patienten har ret til, efter eller uden opfordring til lægen, at blive orienteret om sygdommens karakter, behandlingsmulighederne og konsekvenserne af behandling/ikke-behandling.

Arbejdsgruppen skal endvidere behandle spørgsmålet om anvendelse af smertestillende og andre midler, hvor der er risiko for, at indgivelse heraf kan medføre en fremskyndelse af dødstidspunktet.

På baggrund af arbejdsgruppens overvejelser af de nævnte spørgsmål anmodes arbejdsgruppen om at vurdere, om de gældende regler er hensigtsmæssige, og om der er behov for udfærdigelse af nye regler på området. Arbejdsgruppen bør i givet fald udarbejde forslag til sådanne regler.

P. u. v.

HAGEN HAGENSEN
formand

BILAG 3.**BORGERLIG STRAFFELOV I UDDRAG****AF ALMINDELIG DEL**Fra 1. kapitel

Indledende bestemmelser

"§ 1. Straf kan kun pålægges for et forhold, hvis strafbarhed er hjemlet ved lov, eller som ganske må ligestilles med et sådant. Med hensyn til de i kapitel 9 nævnte retsfølger gælder en tilsvarende regel."

Fra kapitel 3.

Strafbarhedsbetingelser

"§ 13. Handlinger foretagne i nødværge er straffri, for så vidt de har været nødvendige for at modstå eller afværge et påbegyndt eller overhængende uretmæssigt angreb og ikke åbenbart går ud over, hvad der under hensyn til angrebets farlighed, angriberens person og det angrebne retsgodes betydning er forsvarligt.

Stk. 2. Overskrider nogen grænserne for lovligt nødværge, bliver han dog straffri, hvis overskridelsen er rimeligt begrundet i den ved angrebet fremkaldte skræk eller ophidselse.

Stk. 3. Tilsvarende regler finder anvendelse på handlinger, som er nødvendige for på retsmæssig måde at skaffe lovlige påbud adlydt, iværksætte en lovlig pågribelse eller hindre en fanges eller tvangsanbragt persons rømning."

"§ 14. En handling, der ellers ville være strafbar, straffes ikke, når den var nødvendig til afværgelse af truende skade på person eller gods, og lovovertrædelsen måtte anses for at være af forholdsvis underordnet betydning."

Fra 4. kapitel

Forsøg og medvirken

"§ 21. Handlinger, som sigter til at fremme eller bevirke udførelsen af en forbrydelse, straffes, når de ikke fuldbyrdes, som forsøg.

Stk. 2. Den for lovovertrædelsen foreskrevne straf kan ved forsøg nedsættes, navnlig når forsøget vid-

ner om ringe styrke eller fasthed i det forbryderske forsæt.

Stk. 3. For så vidt ikke andet er bestemt, straffes forsøg kun, når der for lovovertrædelsen er foreskrevet højere straf end hæfte."

"§ 22. Forsøg straffes ikke, når gerningsmanden frivillig og ikke på grund af tilfældige hindringer for gerningens udførelse eller for opnåelsen af det ved denne tilsigtede øjemed afstår fra iværksættelsen eller hindrer fuldbyrdelsen, eller foretager handlinger, som ville have hindret fuldbyrdelsen, hvis denne ikke, ham uafvidende, var mislykkedes eller ad anden vej var **afværget**."

"§ 23. Den for en lovovertrædelse givne straffebestemmelse omfatter alle, der ved tilskyndelse, råd eller dåd har medvirket til gerningen. Straffen kan nedsættes for den, der kun har villet yde en mindre væsentlig bistand eller styrke et allerede fattet forsæt, samt når forbrydelsen ikke er fuldbyrdet eller en tilsigtet medvirken er mislykkedes.

Stk. 2. Straffen kan ligeledes nedsættes for den, der medvirker til krænkelse af et særligt pligtforhold, men selv står uden for dette.

Stk. 3. For så vidt ikke andet er bestemt, kan straf for medvirken ved lovovertrædelser, der ikke straffes med højere straf end hæfte, bortfalde, når den medvirkende kun har villet yde en mindre væsentlig bistand eller styrke et allerede fattet forsæt, samt når hans medvirken skyldes uagtsomhed."

"§ 24. Den medvirkende straffes ikke, hvis han under de i § 22 angivne betingelser hindrer fuldbyrdelsen eller foretager handlinger, som ville have hindret fuldbyrdelsen, hvis denne ikke, ham uafvidende, var mislykkedes eller ad anden vej var afværget."

Fra 7. kapitel

Betingede domme

"§ 56. Finder retten det upåkrævet, at straf kommer til fuldbyrdelse, bestemmes det i dommen, at spørgsmålet om straffastsættelse udsættes og bortfalder efter en prøvetid.

Stk. 2. Såfremt det må anses for mere formålstjenligt, kan retten fastsætte straffen og bestemme, at fuldbyrdelsen udsættes og bortfalder ved udløbet af prøvetiden. Dette gælder dog kun, såfremt straffen er bøde, hæfte eller fængsel.

Stk. 3. Udsættelsen betinges af, at den dømte ikke i prøvetiden begår strafbart forhold, og at han overholder de vilkår, som måtte være fastsat i medfør af § 57. Prøvetiden fastsættes af retten og kan i almindelighed ikke overstige 3 år. Under særlige omstændigheder kan dog fastsættes en prøvetid på indtil 5 år."

"§ 58. Skønnes anvendelse af ubetinget frihedsstraf påkrævet, men taler oplysningerne om tiltaltes per-

sonlige forhold for anvendelse af betinget dom efter § 56, kan retten bestemme, at en del af den forskyldte straf, dog højst 3 måneder, skal fuldbyrdes, medens dommen i øvrigt gøres betinget. I dette tilfælde kan ubetinget hæftestraf anvendes, selv om denne strafart ikke i øvrigt er hjemlet for overtrædelsen. Ubetinget hæftestraf kan idømmes i forbindelse med betinget fængselsstraf.

Stk. 2.1 forbindelse med betinget dom kan der idømmes bøde, selv om sådan straf ikke er hjemlet for den pågældende lovovertrædelse."

Fra 10. kapitel

Straffens fastsættelse

"§ 80. Ved straffens udmåling skal der tages hensyn til lovovertrædelsens grovhed og til oplysninger om gerningsmandens person, herunder om hans almindelige personlige og sociale forhold, hans forhold før og efter gemingen samt hans bevæggrunde til denne.

Stk. 2. At gemingen er udført af flere i forening, vil i reglen være at anse som en skærpende omstændighed."

"§ 84. Den for en strafbar handling i loven foreskrevne straf kan nedsættes:

- 1) når nogen har overskredet grænserne for lovligt nødværge eller for den ved § 14 hjemlede nødret;
- 2) når gerningsmanden, da han foretog den strafbare handling, ikke var fyldt 18 år, og anvendelsen af lovens fulde straf på grund af hans ungdom må anses unødvendig eller skadelig. Straffen for sådanne personer må ikke overstige fængsel i 8 år;
- 3) når gerningsmanden har handlet i undskyldelig uvidenhed om eller undskyldelig misforståelse af retsregler, der forbyder eller påbyder handlingens foretagelse;
- 4) når gemingen er udført i en af den skadelidende ved retsstridigt angreb eller grov fornærmelse fremkaldt oprørt sindsstemning;
- 5) når nogen ved sit afhængighedsforhold til en anden eller ved trusel om betydelig skade har ladet sig bevæge til gemingen;
- 6) når gerningsmanden, efter at den strafbare handling er fuldbyrdet, frivillig har afværget den af hans handling flydende fare;
- 7) når gerningsmanden, efter at den strafbare handling er **fuldbyrdet**, fuldt ud har genoprettet den ved gemingen forvoldte skade;
- 8) når han i øvrigt frivilligt har bestræbt sig for at forebygge fuldbyrdelsen eller genoprette den ved gemingen forvoldte skade;
- 9) når han frivilligt har angivet sig selv og aflagt fuldstændig tilståelse.

Stk. 2.1 de under nr. 1-6 omhandlede tilfælde kan straffen under i øvrigt formildende omstændigheder bortfalde."

"§ 85. Straffen **kan** nedsættes, når en strafbar handling er begået under indflydelse af stærk sindsbevægelse, eller når der foreligger andre særlige oplysninger om gerningsmandens sindstilstand eller omstændighederne ved gerningen og de nævnte forhold taler for en mildere straf end den, som ellers ville finde anvendelse. Under særlig formildende omstændigheder kan straffen bortfalde."

AF SÆRLIG DEL

Fra 16. kapitel

Forbrydelser i offentlig tjeneste eller hverv ni.v.

"§ 150. Når nogen, som virker i offentlig tjeneste eller hverv, misbruger sin stilling til at tvinge nogen til at gøre, tåle eller undlade noget, straffes han med hæfte eller med fængsel indtil 3 år."

"§ 151. Den, som tilskynder eller medvirker til, at nogen ham i offentlig tjeneste eller hverv underordnet forbryder sig i denne tjeneste, straffes, uden hensyn til om den underordnede kan straffes eller på grund af vildfarelse eller af andre grunde er straffri, med den for den pågældende handling foreskrevne straf forhøjet med indtil det halve."

"§ 152. Den, som virker eller har virket i offentlig tjeneste eller hverv, og som uberettiget videregiver eller udnytter fortrolige oplysninger, hvortil den pågældende i den forbindelse har fået kendskab, straffes med bøde, hæfte eller fængsel indtil 6 måneder.

Stk. 2. Straffen kan stige til fængsel indtil 2 år, hvis forholdet er begået med forsæt til at skaffe sig eller andre uberettiget vinding eller der i øvrigt foreligger særlig skærpende omstændigheder.

Stk. 3. En oplysning er fortrolig, når den ved lov eller anden gyldig bestemmelse er betegnet som sådan, eller når det i øvrigt er nødvendigt at hemmeligholde den for at varetage væsentlige hensyn til offentlige eller private interesser."

"§ 152 b. Med samme straf som efter § 152 straffes den, som udøver eller har udøvet en virksomhed eller et erhverv i medfør af offentlig beskikkelse eller anerkendelse, og som uberettiget videregiver eller udnytter oplysninger, som er fortrolige af hensyn til private interesser, og hvortil den pågældende i den forbindelse har fået kendskab."

"§ 152 c. Bestemmelserne i §§ 152 -152 b gælder også for de pågældende personers medhjælpere."

"§ 152 d. Bestemmelserne i §§ 152 -152 c finder tilsvarende anvendelse på den, som uden at have medvirket til gerningen uberettiget skaffer sig, videregiver eller udnytter oplysninger, der er fremkommet ved en sådan overtrædelse."

"§ 152 e. Bestemmelserne i §§ 152 - 152 d omfatter ikke tilfælde, hvor den pågældende:

- 1) er forpligtet til at videregive oplysningen eller
- 2) handler i berettiget varetægelse af åbenbar almeninteresse eller af eget eller andres tarv."

"§ 152 f. Overtrædelse af §§ 152 - 152 d, hvorved der alene er krænket private interesser, er undergivet privat påtale.

Stk. 2. Offentlig påtale kan dog ske, når den forurettede anmoder herom."

"§ 154. Har nogen i udførelsen af offentlig tjeneste eller hverv gjort sig skyldig i falsk anklage, forbrydelse vedrørende bevismidler, legemsangreb, frihedsberøvelse, underslæb eller mandatsvig, kan den for den pågældende forbrydelse foreskrevne straf forhøjes med indtil det halve."

"§ 155. Misbruger i øvrigt nogen, som virker i offentlig tjeneste eller hverv, sin stilling til at krænke private eller det offentlige ret, straffes han med bøde eller hæfte. Sker det for at skaffe sig eller andre uberettiget fordel, kan fængsel indtil 2 år anvendes."

"§ 156. Når nogen, som virker i offentlig tjeneste eller hverv, nægter eller undlader at opfylde pligt, som tjenesten eller hvervet medfører, eller at efterkomme lovlig tjenstlig befaling, straffes han med bøde eller hæfte. Udenfor foranstående bestemmelse falder hverv, hvis udførelse hviler på offentlige valg."

"§ 157. Samme straf finder anvendelse, når nogen, som virker i offentlig tjeneste eller hverv, gør sig skyldig i grov eller oftere gentagen forsømmelse eller skødesløshed i tjenestens eller hvervets udførelse eller i overholdelsen af de pligter, som tjenesten eller hvervet medfører. Bestemmelsen i § 156, 2. punktum, finder tilsvarende anvendelse."

Fra 25. kapitel

Forbrydelser mod liv og legeme

"§ 237. Den, som dræber en anden, straffes for manddrab med fængsel fra 5 år indtil på livstid."

"§ 239. Den, som dræber en anden efter dennes bestemte begæring, straffes med fængsel indtil 3 år eller med hæfte ikke under 60 dage."

"§ 240. Den, som medvirker til, at nogen berøver sig selv livet, straffes med bøde eller hæfte. Hvis handlingen foretages af egennyttige bevæggrunde, er straffen fængsel indtil 3 år."

"§ 241. Den, som uagtsomt forvolder en andens død, straffes med hæfte eller bøde, under skærpende omstændigheder med fængsel indtil 4 år."

"§ 250. Den, som hensætter en anden i hjælpeløs tilstand eller forlader en under hans varetægt stående person i sådan tilstand, straffes med fængsel, der, når handlingen har medført døden eller grov legemsbeskadigelse, under i øvrigt skærpende omstændigheder kan stige til 8 år."

"§ 253. Med bøde eller hæfte indtil 3 måneder straffes den, som, uagtet det var ham muligt uden særlig fare eller opofrelse for sig selv eller andre, undlader

- 1) efter evne at hjælpe nogen, der er i øjensynlig livsfare, eller
- 2) at træffe de foranstaltninger, som af omstændighederne kræves til redning af nogen tilsyneladende livløs, eller som er påbudt til omsorg for personer, der er ramt af skibbrud eller anden tilsvarende ulykke."

Fra 26. kapitel

Forbrydelser mod den personlige frihed

"§ 260. Med bøde eller hæfte eller med fængsel indtil 2 år straffes for ulovlig tvang den, som

- 1) ved vold eller ved trusel om vold, om betydelig skade på gods, om frihedsberøvelse eller om at fremsætte usand sigtelse for strafbart eller ærerørigt forhold eller at åbenbare privatlivet tilhørende forhold tvinger nogen til at gøre, tåle eller **undlade** noget,
- 2) ved trusel **om** at anmelde eller åbenbare et strafbart forhold eller om at fremsætte sande ærerørigte beskyldninger tvinger nogen til at gøre, tåle eller undlade noget, for så vidt fremtvingeisen ikke kan anses tilbørlig begrundet ved det forhold, som truslen angår."

"§ 261. Den, som berøver en anden friheden, straffes med fængsel indtil 4 år eller under formildende omstændigheder med hæfte.

Stk. 2. Sker det for vindings skyld, eller har frihedsberøvelsen været langvarig eller bestået i, at nogen uberettiget holdes i forvaring som sindssyg eller åndssvag eller bringes i fremmed krigstjeneste eller i fangenskab eller anden afhængighed i fremmed land, er straffen fængsel fra 1 til 12 år."

"§ 262. Den, som ved grov uagtsomhed forvolder en frihedsberøvelse af den i § 261, stk. 2, nævnte art, straffes med bøde eller hæfte eller under skærpende omstændigheder med fængsel indtil 1 år.

Stk. 2. Påtale kan bortfalde efter den forurettedes **begæring**."

BILAG 4.

LOVTIDENDE A



1976 - NR. XLIV

19. august.

1053

Nr. 426.

Bekendtgørelse af Lov om udøvelse af lægegerning.

Herred bekendtgøres lov om udøvelse af lægegerning, jfr. lovbekendtgørelse nr. 197 af 14. maj 1970, med de ændringer, der følger af lov nr. 275 af 26. maj 1976. Den bekendtgjort« lovt tekst gælder først fuldtud fra den 1. dec. 1976.

Kapitel I

Ret til at udøve lægegerning.

§ 1. Ret til at udøve lægegerning og betegne sig som læge har kun den, der har modtaget autorisation eller i øvrigt har adgang til at udøve lægegerning i henhold til §§ 2, 3 og 3 a.

§ 2. Autorisation som læge meddeles af sundhedsstyrelsen den, der har bestået dansk lægevidenskabelig embedseksamen, og som overfor et lægevidenskabelig fakultet har aflagt lægeløftet.

Stk. 2. Reglerne for lægevidenskabelig embedseksamen fastsættes af undervisningsministeren efter forhandling med indenrigsministeren.

Stk. 3. Autorisation kan ikke meddeles den, der må antages at være farlig for sine medmennesker under udøvelse af lægegerning enten på grund af legemlige mangler eller varig eller med mellemrum indtrædende mangelfuld sjælstilstand, hvad enten denne skyldes sygdom eller misbrug af alkohol, lægemidler og lignende, eller på grund af udvist grov uduelighed. Autorisation kan endvidere nægtes under de i straffelovens § 78, stk. 2, nævnte omstændigheder.

Stk. 4. Tilladelse til selvstændigt virke som læge meddeles af sundhedsstyrelsen den læge, der har gennemgået den i stk. 5 omhandlede uddannelse eller en uddannelse, der kan sidestilles hermed.

Stk. 5. Indenrigsministeren fastsætter ef-

ter forhandling med undervisningsministeren nærmere regler for den supplerende praktiske grunduddannelse af de i stk. 1 nævnte læger med henblik på selvstændigt virke som læge. Uddannelsen skal foregå under ansættelse og have en varighed på 18 måneder.

Stk. 6. Såfremt det er nødvendigt for at skaffe læger adgang til den i stk. 5 nævnte uddannelse kort efter aflagt eksamen, kan indenrigsministeren pålægge statens og kommunernes sygehuse samt private sygehuse, som modtager offentlig støtte, eller på hvilke patienter indlægges for offentlig regning, at modtage læger i forhold til deres behov for lægeuddannet personale. Nærmere regler om sådanne pålæg fastsættes af indenrigsministeren efter forhandling med Københavns magistrat. Frederiksberg kommunalbestyrelse og Amtsrådsforeningen i Danmark, og således at der ikke pålægges noget sygehus m. v. pligt til at modtage et større antal læger end gennemsnittet at det antal, som i de sidste 3 år har haft tilsvarende virksomhed på sygehuset m. v.. medmindre forholdene forandres. I tilfælde, hvor læger ikke inden for et rimeligt tidsrum efter eksamen kan få adgang til den kliniske uddannelse, bemyndiges indenrigsministeren til at dispensere fra de i medfør af stk. 5 fastsatte regler.

§ 3. En læge, som ikke har opnået den i § 2, stk. 4, nævnte tilladelse, kan virke i underordnet stilling på sygehus eller som amanuensis hos eller midlertidigt stedfortræ-

der for en alment praktiserende læge. Indenrigsministeren kan, for så vidt det skønnes nødvendigt for at undgå misbrug af foranstående regel, fastsætte begrænsninger i denne. Forinden en læge kan tiltræde en af de nævnte stillinger, skal han overfor embedslægeinstitutionen, i København stads-lægen, ved forevisning af autorisationsbevis godtgøre at opfylde betingelserne for stillingens overtagelse.

Stk. 2. Indenrigsministeren fastsætter regler for videreuddannelse udover den i § 2, stk. 5. nævnte uddannelse med henblik på udøvelse af nærmere bestemte lægelige funktioner, herunder virke i almen praksis, og for anvendelse af særlige betegnelser for læger, der har gennemgået sådan uddannelse.

Stk. 3. Såfremt befolkningens behov for lægehjælp under større epidemier og lignende ikke kan **fyldestgøres**, kan sundhedsstyrelsen efter bemyndigelse fra indenrigsministeren meddele andre end læger midlertidig tilladelse til at udøve lægegerning.

§ 3 a. Indenrigsministeren kan fastsætte sådanne bestemmelser om udøvelse af lægegerning her i landet, som er nødvendige til gennemførelse af overenskomster om fælles nordisk arbejdsmarked for læger og direktiver vedtaget af De europæiske Fællesskaber.

Stk. 2. Sundhedsstyrelsen kan meddele personer, der i udlandet har gennemgået uddannelser, som kan sidestilles med de i § 2 nævnte uddannelser, autorisation og tilladelse til selvstændigt virke som læge her i landet. I tilladelsen kan fastsættes begrænsninger i den pågældendes udøvelse af lægegerning. Tilladelsen kan tidsbegrænses.

Stk. 3. Er autorisation som læge her i landet givet på grundlag af autorisation i et andet land, kan sundhedsstyrelsen fratage den pågældende autorisationen, dersom autorisationen i det andet land fratages ham eller på anden måde taber sin gyldighed.

§ 4. En læge må ikke uden særlig tilladelse betegne sig som speciallæge. Indenrigsministeren afgør efter en gennem sundhedsstyrelsen fremsendt indstilling fra det i stk. 2 nævnte specialistnævn, inden for hvilke grene af lægevidenskaben læger kan opnå tilladelse til at betegne sig som speciallæge. Efter indstilling af specialistnævnet meddeles tilladelsen af sundhedsstyrelsen.

Stk. 2. Indenrigsministeren fastsætter efter indstilling fra sundhedsstyrelsen mere regler for sammensætningen af specialistnævnet, der udnævnes for 4 år ad gangen. Indenrigsministeren udnævner efter indstilling fra sundhedsstyrelsen nævnets formand, der skal være læge. De øvrige medlemmer udnævnes af **sundhedsstyrelsen**. Samtidig udnævnes suppleanter til at fungere i medlemmernes forfald. Til at vejlede nævnet udnævner sundhedsstyrelsen for 4 år ad gangen speciallæger inden for hvert anerkendt speciale. Sundhedsstyrelsen kan fastsætte regler for nævnets virksomhed.

§ 5. Autorisation som læge kan fratages — og generhverves — efter reglerne i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse.

Stk. 2. En læge kan over for sundhedsstyrelsen fraskrive sig sin autorisation for tid eller indtil videre. Autorisationen generhverves, når en fastsat tidsfrist for fraskrivelsen er udløbet, og kan tillige generhverves efter ansøgning til sundhedsstyrelsen, såfremt de omstændigheder, der begrundede fraskrivelsen, ikke længere findes at være til stede.

Stk. 3. Sundhedsstyrelsens afgørelse kan påklages til indenrigsministeren. Afslår indenrigsministeren klagen, kan klageren forlange indenrigsministerens afgørelse indbragt for domstolene, såfremt der er forløbet mindst 1 år efter, at den pågældende har fraskrevet sig autorisationen, eller efter, at generhvervelsen er nægtet ved dom. Indenrigsministerens afgørelse skal indeholde oplysning om adgangen til at begære domstolsprøvelse og om fristen herfor.

Stk. 4. Begæring efter stk. 3 om domstolsprøvelse skal fremsættes over for indenrigsministeren inden 3 uger efter, at indenrigsministerens afgørelse er meddelt den pågældende. Indenrigsministeren anlægger sag imod den pågældende i den borgerlige retsplejes former.

Kapitel I. A.

Særligt om retten til at ordinere euforiserende stoffer.

§ 5 a. Anser sundhedsstyrelsen det for ønskeligt, at der føres kontrol med en læges ordinationer af euforiserende stoffer, kan

den pålægge ham at føre nøjagtige optegnelser om disse ordinationer, herunder om ordinationernes tidspunkt, art og mængde, patientens navn og adresse og indikationen for ordinationen, og at indsende disse optegnelser til embedslægen efter nærmere af sundhedsstyrelsen fastsatte bestemmelser.

Stk. 2. Bestemmelserne om ordination i dette kapitel gælder også om lægens personlige forbrug.

Stk. 3. Sundhedsstyrelsen afgør, hvad der i dette kapitel skal forstås ved euforiserende stoffer.

§ 5 b. Dersom en læge, hvem der er meddelt pålæg efter § 5 a. begår væsentlig overtrædelse af dette, eller dersom det af hans optegnelser fremgår, at han ordinerer euforiserende stoffer på uforsvarlig måde, kan sundhedsstyrelsen fratage ham retten til at ordinere alle eller enkelte grupper af disse stoffer for en tid af fra 1 til 5 år eller indtil videre.

Stk. 2. I påtrængende tilfælde kan sådan fratagelse ske, selvom der ikke er meddelt pålæg efter § 5 a, når det af foreliggende oplysninger fremgår, at en læge ordinerer euforiserende stoffer til eget forbrug på uforsvarlig måde. Der skal dog først være givet lægen lejlighed til mundtligt at udtale sig overfor sundhedsstyrelsen.

Stk. 3. Afslår indenrigsministeren en klage over sundhedsstyrelsens fratagelse af retten til at ordinere euforiserende stoffer, kan lægen forlange indenrigsministerens afgørelse indbragt for domstolene. Han skal i så fald over for indenrigsministeren fremsætte begæring herom inden 3 uger efter, at indenrigsministerens afgørelse er meddelt den pågældende. Indenrigsministeren anlægger sag imod den pågældende i den borgerlige retsplejes former.

Stk. 4. Sundhedsstyrelsens afgørelse har, dersom den ikke bestemmer andet, virkning straks fra afgørelsens modtagelse og uafhængigt af, om sagen indbringes for indenrigsministeren og domstolene.

§ 5 c. En læge kan overfor sundhedsstyrelsen fraskrive sig retten til at ordinere euforiserende stoffer eller en nærmere angiven gruppe af sådanne stoffer for tid eller indtil videre.

§ 5 d. Når en læge efter ovenstående bestemmelser helt eller delvis har mistet retten til at ordinere euforiserende stoffer, påhviler det embedslægeinstitutionen (i København stadslægen) at foretage de til lægens praksis fornødne ordinationer af sådanne stoffer. Sundhedsstyrelsen kan dog udpege en anden dertil villig læge til at foretage disse ordinationer. Nærmere regler om fremgangsmåden ved disse ordinationer kan fastsættes af sundhedsstyrelsen.

§ 5 e. Sundhedsstyrelsen kan på ethvert tidspunkt efter ansøgning tilbagegive en læge retten til at ordinere euforiserende stoffer eller en nærmere angiven gruppe af stofferne. Afslår indenrigsministeren en klage over sundhedsstyrelsens afgørelse, kan lægen begære denne afgørelse prøvet ved domstolene, hvis der er forløbet mindst et år, efter at der er truffet endelig bestemmelse om rettens bortfald, og mindst et år, efter at generhvervelse senest er nægtet ham ved dom. Det er en betingelse for afgørelsens prøvelse ved domstolene, at lægen fremsætter begæring herom overfor ministeren inden 3 uger fra det tidspunkt, da han ved forkyndelse eller anbefalet brev er blevet gjort bekendt med afgørelsen. Indenrigsministeren foranlediger herefter retssag anlagt mod lægen i den borgerlige retsplejes former.

Kapitel II.

Lægens pligter.

§ 6. En læge er under udøvelsen af sin gerning forpligtet til at vise omhu og samvittighedsfuldhed, herunder også ved økonomisk ordination af lægemidler, benyttelse af medhjælp m. v.

Stk. 2. Den, der udøver lægevirksomhed, må ikke drive apotek eller uden indenrigsministerens samtykke være knyttet til en virksomhed, der fremstiller lægemidler.

§ 7. Enhver læge er forpligtet til på begæring at yde den første fornødne lægehjælp, når hurtig lægehjælp efter de foreliggende oplysninger må anses for påtrængende nødvendigt, såsom ved forgiftningstilfælde, større blødninger, kvælningsanfald og fødsler, hvor jordemoderhjælp ikke kan skaffes til veje, eller hvor jordemoderen tilkalder lægen. Har

lægen gyldigt forfald, eller **kan** rettidig lægehjælp blive ydet af en anden, som efter forholdene er nærmere **detil**, er han dog fritaget for den omhandlede forpligtelse.

Stk. 2. Ønsker en læge ikke længere at virke som læge, kan han ved derom at afgive skriftlig meddelelse til sundhedsstyrelsen frigøre sig for den i stk. 1 omhandlede pligt til at yde lægehjælp. Sundhedsstyrelsen udsteder offentlig bekendtgørelse om, at pågældende har ophørt at virke som læge.

§ 8. En læge skal ved udfærdigelse af erklæringer, som han afgiver i sin egenskab af læge, udvise omhu og uhildethed og nøje følge de herom givne almindelige og særlige regler.

Stk. 2. Indenrigsministeren udfærdiger efter indstilling af sundhedsstyrelsen almindelige regler for afgivelse af lægeattester. Kræves en i lovgivningen foreskrevet eller forudsat lægeattest afgivet på særlig blanket, eller ønsker en statsinstitution iøvrigt at benytte en særlig attestblanket, skal sundhedsstyrelsen forinden have lejlighed til at udtale sig angående blankettens affattelse; herfra **und** tages dog simple syge- og **raskmeldingsattester**, f. eks. skoleattester.

Stk. 3. En læge er forpligtet til på begæring af en offentlig myndighed i det efter øjemedet fornødne omfang at afgive attest til offentligt brug om de lægelige iagttagelser, som han er i stand til at meddele oplysning om, vedrørende en af ham undersøgt eller behandlet person, der søger eller oppebærer pension, understøttelse eller anden offentlig hjælp, herunder hjælp i henhold til forsikrings- og forsørgelseslovene. Samme pligt påhviler sygehuse og lignende institutioner. De i henhold til denne bestemmelse modtagne oplysninger er at betragte som tjenestehemmeligheder.

§ 9. En læge er under ansvar efter borgerlig straffelovs § 263, stk. 2*), jfr. § 275, forpligtet til at iagttage tavshed om, hvad han under udøvelsen af sit kald erfarer eller får formodning om angående privatlivet tilhørende hemmeligheder, medmindre han ifølge lovgivningen er forpligtet til at udtale sig, eller medmindre han handler i berettiget

varetagelse af en almen interesse eller af eget eller andres tarv.

§ 10. Ophævet.

§ 11. Læger er forpligtede til at afgive de indberetninger og anmeldelser, som af hensyn til den offentlige sundhedspleje afkræves dem af sundhedsmyndighederne samt at opfylde den dem efter lovgivningen i øvrigt påhvilende oplysnings- og indberetningspligt.

Stk. 2. Har en læge ydet fødselshjælp ved en fødsel, ved hvilken ingen jordemoder har medvirket, påhviler det lægen efter nærmere af indenrigsministeren fastsatte regler at foretage de for jordemødre påbudte optegnelser og indberetninger.

§ 12. Kommer en læge i sin virksomhed til kundskab om, at en person lider af sådanne sygdomme eller mangler i legemlig eller sjælelig henseende, at han i betragtning af de forhold, hvorunder han lever eller arbejder, udsætter andres liv eller helbred for nærliggende fare, er lægen forpligtet til at søge faren afbødet ved henvendelse til vedkommende selv, om fornødent ved anmeldelse til pågældende embedslægeinstitution eller sundhedsstyrelsen.

§ 13. Indenrigsministeren fastsætter efter indstilling fra sundhedsstyrelsen regler for, i hvilket omfang og på hvilken måde læger af hensyn til den dem påhvilende indberetnings- og oplysningspligt skal føre ordnede optegnelser over visse dele af deres virksomhed, såsom om behandling af smitsomme sygdomme, ulykkestilfælde og sygdomme, der kan antages at få varig indflydelse på patientens helbredstilstand.

Stk. 2. Sygehuse, klinikker o. lign. er pligtige til at føre ordnede optegnelser over deres behandling af syge og over, hvad der er iagttaget vedrørende de pågældende sygdomstilfælde. Der fastsættes af indenrigsministeren regler for, i hvilket omfang speciallæger skal føre sådanne optegnelser.

Stk. 3. De i stk. 1 og 2 omhandlede optegnelser skal af vedkommende læge, klinik eller sygehus opbevares i mindst 10 år.

*) Nugældende § 264 b.

Kapitel III.

Lægevirksomhed i forhold til den offentlige.

§ 14.1 statslige og kommunale lægestillinger må **kun** ansættes autoriserede læger, og besættelse af sådanne lægestillinger sker efter forudgående offentligt opslag. Inden en stilling som ledende læge ved sygehus eller anden større **helbredsinstitution** besættes, skal der indhentes en udtalelse fra sundhedsstyrelsen om, hvilke ansøgere der er kvalificerede til stillingen. Forinden denne udtalelse afgives, indhenter sundhedsstyrelsen en sagkyndig vurdering af ansøgernes kvalifikationer. Til at afgive denne vurdering vælger hvert af de lægevidenskabelige selskaber for 4 år ad gangen et råd på 3 medlemmer, af hvilket mindst 1 medlem skal have tjenestested uden for Stor-København.

Stic. 2. Kun læger er berettigede til at udøve den lægevirksomhed, som udkræves ifølge forsikrings- og forsørgelseslovene og lovgivningen i øvrigt.

Stk. 3. Aftaler eller overenskomster, der tilsigter at hindre, at de i stk. 1 nævnte lægestillinger søges af læger, der ikke er medlemmer af bestemte foreninger eller sammenslutninger, er ugyldige og kan ikke tillægges retsvirkning, når vedkommende læge af sundhedsstyrelsen i øvrigt anses for kvalificeret.

Stk. 4. Såfremt en læge udelukkes fra sygekassepraksis på grund af aftaler eller overenskomster, der tager sigte på at gøre retten til sådan praksis afhængig af medlemskab af en faglig sammenslutning af læger, kan den pågældende læge forelægge sagen for socialministeren, som derpå efter samråd med indenrigsministeren træffer afgørelse i sagen.

Stk. 5. Såfremt der i anledning af en mellem læger og offentlige myndigheder eller sygekasser opstået konflikt er indledet forligsmægling, er lægerne, indtil forligsmæglingen er tilendebragt, dog ikke ud over 3 måneder, pligtige til at yde befolkningen lægehjælp på samme vilkår som hidtil. Tilvejebringes der ikke forlig inden for nævnte tidsrum, er organisationsmæssige pålæg eller private aftaler mellem lægerne indbyrdes, der måtte tilsigte at unddrage befolkningen den nødvendige lægehjælp, ugyldige og kan ikke tillægges retsvirkning.

Kapitel IV.

Betaling for lægehjælp.

§ 15. Som betaling for sin bistand, herunder for udstedelse af attester, kan en læge ikke fordr mere end, hvad der er rimeligt under hensyn til ydelsens art og omfang. Ej heller kan en læge som befordringsgodtgørelse kræve mere end dækning af de til en rimelig befordring medgående udgifter og ingen sinde mere end gennemsnittet af de inden for vedkommende landsdel til enhver tid for en sådan befordring gældende takster; besøger lægen flere patienter på samme rejse, vil der være at foretage en passende fordeling af befordringsudgifterne.

Stk. 2. Er lægehjælp ydet i henhold til bestemmelserne i § 7, fritager den omstændighed, at betalingspligt ellers er afhængig af en forudgående henvendelse, ikke den, der har modtaget hjælpen, eller den person, institution eller offentlige myndighed, hvem betalingspligt i øvrigt påhviler, for at betale for den begærede hjælp. I andre tilfælde, hvor det offentlige betaler lægeregningen, er betalingspligt som regel afhængig af, at lægens tilkaldelse er godkendt af vedkommende offentlige myndighed.

Stk. 3. Såfremt en læge ved et offentligt sygehus ifølge de for ham fastsatte ansættelsesvilkår har ret til at beregne sig betaling for operationer eller anden behandling af patienter, som indlægges på sygehuset, skal der i sygehusets regulativ indsættes faste regler for sådan betaling.

§ 16. Vedkommende minister kan efter forhandling med pågældende lægeorganisation fastsætte takster for sådanne lægeattester, som udkræves ifølge forsikrings- og forsørgelseslovene og lovgivningen i øvrigt, og som hviler på lægeundersøgelser, hvis omfang i det væsentlige ligger fast.

Stk. 2. Det samme gælder med hensyn til lægeundersøgelser m. v., hvis omfang i det væsentlige ligger fast, og som foretages til brug for domstolene eller forvaltningen.

Kapitel V.

Tilsyn og ansvar.

§ 17. Læger er undergivet tilsyn af sundhedsstyrelsen, der påser, at de i deres gerning holder sig lovgivningen efterrettelig.

Sundhedsstyrelsen er **berettiget** til at kræve dem de for tilsynets gennemførelse fornødne oplysninger.

§ 18. Den læge, der gør sig skyldig i grovere eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed i **udøvelsen** af sit kald, straffes med **bøde** eller hæfte.

Stk. 2. Overtrædelser af stk. 1 påtales af statsadvokaten.

§ 19. På samme måde straffes den læge, der træder i samarbejde med lægfolk, som tager syge i kur, på en måde, der er egnet til at bibringe almenheden den urigtige forestilling, at behandlingen sker efter lægens anvisning eller på hans ansvar.

§ 20. Såfremt en læge i **medfør** af straffelovens § 79, stk. 1, frakendes retten til at udøve lægegerning, skal anklagemyndigheden tilstille sundhedsstyrelsen meddelelse herom.

§ 21. Med bøde straffes den læge, der ved bekendtgørelse, skiltning, udsendelse af beskrivelser eller på anden måde reklamerer for sin virksomhed, for så vidt reklamen er egnet til at vække urigtige forestillinger med hensyn til hans kvalifikationer eller de af ham anvendte behandlingsmåder.

Stk. 2. Såfremt en person, der har mistet retten til at virke som læge, vedblivende udøver sådan virksomhed, straffes han med bøde eller hæfte i indtil 3 måneder.

§ 22. Den læge, der gør sig skyldig i overtrædelse af de bestemmelser, som indeholdes i eller udfærdiges i medfør af § 4, § 6, stk. 2, § 7, stk. 1, § 8, §§ 11-13, § 14, sidste stykke, og § 16, straffes med bøde.

Stk. 2. En læge, der i **medfør** af §§ 5 h eller 5 c har mistet retten til at ordinere euforiserende stoffer, men som **desuagtet** foretager sådanne ordinationer eller giver andre læger vildledende oplysninger for at få dem til at ordinere stofferne for sig, straffes med **bøde** eller hæfte.

Kapitel VI.

Kvaksalveri.

§ 23. Den, der uden at have autorisation som læge, betegner sig som læge eller på

anden måde, der er egnet til at vække forestilling om, at han har sådan autorisation, straffes med bøde.

§ 24. Tager en person, der ikke har autorisation som læge, syge i kur, og udsætter han derved nogens helbred for påviselig fare, straffes han med bøde eller hæfte. Under skærpende omstændigheder, såsom hvis pågældende har forårsaget væsentlig skade på legeme eller helbred, eller hvis han tidligere er domt for overtrædelse af denne paragraf eller §§ 25 eller 26, kan straffen stige til fængsel i indtil 1 år. Det samme gælder, hvis patienten er sindssyg, åndssvag, under 18 år eller umyndiggjort, således at han ikke selv kan tage bestemmelse om sine personlige forhold.

§ 25. Den, der uden at have autorisation som læge, behandler en person for veneriske sygdomme i smittefarligt stadium, tuberkulose eller anden smitsom sygdom, straffes med hæfte eller med fængsel i indtil 1 år, under formildende omstændigheder med bøde. At pågældende som følge af sin manglende lægekyndighed ikke har været i stand **til** at erkende sygdommens natur, fritager ham ikke for straf.

Stk. 2. Med samme straf anses den, der uden at have autorisation som læge eller anden i lovgivningen hjemlet særlig adkomst, foretager operative indgreb, iværksætter fuldstændig eller lokal bedøvelse eller yder fødselshjælp, eller som anvender lægemidler, der kun må udleveres fra apotekerne mod recept, eller anvender røntgen- eller radiumbehandling eller behandlingsmetoder med elektriske apparater, mod hvis anvendelse af uautoriserede personer indenrigsministeren har nedlagt forbud på grund af behandlingens farlighed.

§ 26. Straf af bøde eller hæfte i indtil 3 måneder finder anvendelse, hvis en person, der ikke har dansk indfødsret eller indfødsret i et af de lande, der er medlemmer af De europæiske Fællesskaber, og ikke har opholdt sig her i landet i 10 år, uden at have autorisation som læge eller uden indenrigsministerens, når særlige grunde måtte tale derfor, meddelte tilladelse tager syge i kur, såvel som hvis en person, der ikke har autorisation som læge, under omrejsen tager syge i kur.

Stk. 2. Dersom en person, der ikke er autoriseret til at udøve lægevirksomhed, ved bekendtgørelse — bortset fra en almindelig meddelelse om vedkommendes adresse —, reklameskiltning, udsendelse af beskrivelser eller på anden måde giver almenheden eller ham ukendte personer meddelelse om, at han tager syge i kur, straffes han med bøde.

§ 27. Dersom en person, der tidligere er idømt frihedsstraf for overtrædelse af §§ 24, 25 eller 26 eller forordning af 5. september 1794 angående straf for kvaksalvere, jfr. lov af 3. marts 1854, på ny idømmes sådan straf for overtrædelse af en af de fornævnte paragraffer, kan der ved dommen gives ham pålæg om helt at afholde sig fra at tage syge i kur. Overtrædelse af sådant pålæg straffes med bøde eller hæfte i indtil 3 måneder.

Kapitel VII.

Slutnings- og overgangsbestemmelser.

§ 28. Sundhedsstyrelsen giver offentlig meddelelse om autorisationer og tilladelser samt fratagelser og fraskrivelser i medfør af kapitel I. Meddelelse om bortfald og generhvervelse af retten til at ordinere euforiserende stoffer gives til landets apotekere og embedslæger.

§ 28 a. Sundhedsstyrelsen er berettiget til at udsende meddelelse til læger og apotekere om personer, der efter de for sundhedsstyrelsen foreliggende oplysninger må antages at misbruge euforiserende stoffer.

§ 29. Personer, som ved denne lovs ikrafttræden er berettigede til at udøve lægegerning, er uanset bestemmelserne i §§ 1 og 2 vedblivende berettiget til at udøve sådan gerning og til at betegne sig som læge, idet de skal anses som lige med læger, der er autoriserede efter denne lov.

§ 30. En læge, som ved denne lovs ikrafttræden af Den almindelige danske Lægeforening har fået anerkendelse som speciallæge med ret til at betegne sig som sådan, er uanset bestemmelserne i § 4 vedblivende berettiget til at virke og betegne sig som speciallæge. Efter indstilling af det i § 4, stk. 2, nævnte specialistnævn kan sund-

hedsstyrelsen undtagelsesvis meddele en læge, som inden 1. januar 1932 faktisk har ført betegnelsen speciallæge uden at være anerkendt som sådan af Den almindelige danske Lægeforening, tilladelse til fortsat at virke og betegne sig som speciallæge.

Stk. 2. Bestemmelsen i § 4, stk. 3. 1. pkt., gælder ikke for læger, der ved lovens ikrafttræden i henhold til § 2, jfr. § 11. i lov nr. 40 af 25. februar 1916 om udøvelse af tandlægevirksomhed er berettiget til at betegne sig som tandlæge eller deres virksomhed som tandlægevirksomhed.

§ 31. Denne lov træder i kraft den 1. januar 1935. Fra samme tidspunkt ophæves:

Forordning af 4. december 1672 om medicis og apotekere i det omfang, hvori den endnu er i kraft.

Forordning af 5. september 1794 angående straf for kvaksalvere m. m. §§ 5 og 6.

Plakat af 14. maj 1813 angående takster for læger.

Plakat af 30. januar 1838 angående en forenet **medicinsk-chirurgisk** examen m. m. § 1.

Cancellie-Plakat af 28. januar 1840 for Danmark angående udlændinges ret til lægepraksis, når de have underkastet sig **examen** her i landet.

Lov af 3. marts 1854, hvorved straffebestemmelserne i 5. paragraph i forordning af 5. september 1794 forandres.

Lov af 30. januar 1861 angående barbeernæringen samt om adgang til at årelade og kopsætte § 2, for så vidt angår de deri omhandlede forretninger af kurativ art, og §§ 4 og 6.

Lov nr. 2 af 2. januar 1871 om ligsyn § 8, stk. 1. for så vidt angår den deri fastsatte takst for betaling til læger for foretagelse af ligsyn og udstedelse af dødsattest.

Lov nr. 87 af 21. april 1914 om **embedslægevæsenets** ordning § 4. stk. 1, for så vidt angår bestemmelsen om, at amtslægen skal høres angående ansættelse af overlæger og enelæger ved amts- og bykommunale sygehuse.

Lov nr. 40 af 25. februar 1916 om udøvelse af tandlægevirksomhed § 2, for så vidt reglerne deri er ændret ved nærværende lovs § 4, stk. 3.

Stk. 2. Endelig ophæves alt, hvad der i øvrigt i de hidtil gældende love og anordninger måtte være stridende mod denne lov, dog at det skal have sit forblivende ved de i medfør af § 1, nr. 1 b., i lov nr. 273 af 28. juni 1920 om udvidelse af **sundhedslovgivningens** gyldighed til de sønderjydske landsdele ved bekendtgørelse nr. 405 af 12. september 1922 fastsatte bestemmelser om udøvelse af virksomhed som lægpraktikant i de nævnte landsdele.

Stk. 3. Regeringen bemyndiges til ved kgl. anordning at sætte nærværende lov i kraft på Færøerne med de ændringer, som følger af øernes særlige forhold.

Lov nr. 275 af 26. maj 1976 indeholder følgende ikrafttrædelsesbestemmelser:

§2.

Stk. 1. Loven træder i kraft den 1. december 1976.

Stk. 2. Læger, der i medfør af § 4, stk. 1, i lov om udøvelse af lægegerning, jfr. lovbe- kendtgørelse nr. 197 af 14. maj 1970, har fået tilladelse til at betegne sig som special- læge før denne lovs ikrafttræden, har ad-

gang til selvstændigt virke som læge. Tilsvarende gælder læger, der før denne lovs ikrafttræden har påbegyndt **uddannelsen** til speciallæge og opnår tilladelse til at betegne sig som sådan.

Stk. 3. Tilladelser til at udøve virksomhed som alment praktiserende læge eller til at udøve selvstændig virksomhed (erhverv) som fødselshjælper og læge ligestilles med tilladelse i henhold til § 2, stk. 4, i lov om udøvelse af lægegerning.

Stk. 4. Læger, der har aflagt lægevidenskabelig embedseksamen efter bestemmelserne i kongelig anordning nr. 275 af 26. august 1954 om den lægevidenskabelige embedseksamen ved Københavns og Århus universiteter med senere ændringer, skal inden for 5 år efter bestået eksamen have ret til at opnå autorisation til at udøve selvstændig virksomhed (erhverv) som fødselshjælper og læge efter de hidtil gældende regler.

§3.

Loven gælder ikke for Færøerne, men kan ved kgl. anordning sættes i kraft på øerne med de afvigelser, som de særlige færøske forhold tilsiger.

Indenrigsministeriet, den 19. august 1976.

P. M V.

Zeuthen.

/ Niels Bentsen.

BILAG 5.

LÆGELØFTET, LÆGEETISKE REGLER OG DEKLARATIONER.

"Lægeløftet og etiske regler for læger-

Lægeløftet.

Lægeløftet og de etiske regler skal tjene til at styrke god lægegerning og til opretholdelse af et godt kollegialt forhold mellem lægeforeningens medlemmer.

Medlemmerne skal nøje sætte sig ind i dette regelsæts bestemmelser og bør handle i overensstemmelse med disse. Reglerne må dog til enhver til vige for de forpligtigelser, der påhviler et medlem i henhold til lovgivningen, overenskomster afsluttet gennem eller godkendt af D.a.d.l. eller medlemmets ansettelsesmæssige pligter i øvrigt.

I medfør af lægelovens § 2, stk. 1 lyder det danske lægeløfte således:

Efter at have aflagt offentlig prøve på mine i de medicinsk-kirurgiske fag erhvervede kundskaber, aflægger jeg herved det løfte, til hvis opfyldelse jeg end ydermere ved håndsækning har forpligtet mig, at jeg ved mine forretninger som praktiserende læge stedse skal lade det være mig magtpåliggende, efter bedste skønnende at anvende mine kundskaber med flid og omhu til samfundets og mine medmenne-skers gavn, at jeg stedse vil bære lige samvittighedsfuld omsorg for den fattige som for den rige uden persons anseelse, at jeg ikke ubeføjet vil åbenbare, hvad jeg i min egenskab af læge har erfaret, at jeg vil søge mine kundskaber fremdeles udvidede og i øvrigt gøre mig bekendt med og nøje efterleve de mig og mit fag vedkommende anordninger og bestemmelser.

Etiske regler for læger.

(Vedtaget af repræsentantskabet den 24. september 1989).

§ 1. Formål

De etiske regler for læger skal tjene til at styrke god lægegerning og et tillidsfuldt samarbejde mellem læger og patienter. En læge kan ikke påtage sig arbejdsopgaver, som strider mod reglerne.

§ 2. Omhu og **samvittighedsfuldhed**

En læge er i sin gerning forpligtet til at medvirke til at forebygge sygdomme og fremme sundhed. En læge skal endvidere støtte den syge såvel som den raske i omsorgen for eget helbred.

En læge skal udøve sin gerning omhyggeligt og samvittighedsfuldt og efter evne lindre smerte og hjælpe den **syge** med at genvinde sit helbred.

En læge skal i udøvelsen af sin gerning under alle forhold respektere sine patienters værdighed og personlige integritet.

§ 3. Forsvarlig lægevirksomhed

En læge må ved undersøgelse og behandling af en patient kun gøre brug af metoder og midler, som forsvarlig lægevirksomhed tilsiger.

§ 4. Information og samtykke

En patient har ret til fuld information om diagnose, prognose og behandlingsmuligheder m.v. samt ret til på grundlag af denne information at afgøre, om han eller hun vil acceptere eller frabede sig en given behandling.

Lægen skal altid indleve sig bedst muligt i patientens samlede psykiske, sociale og somatiske situation og nøje overveje, i hvilken ånd informationen skal gives. Lægen bør således aldrig påtvinge en patient information, som denne åbenlyst ikke ønsker.

§ 5. Patientens krav på diskretion/den lægelige tavshedspligt

Det er en patients ret, at oplysninger om helbredsmæssige og andre personlige forhold, som er afgivet til en læge, ikke uden patientens samtykke videregives til andre, som ikke er fagligt impliceret i undersøgelse og behandling af patienten.

Stk. 2. En læge har pligt til nøje at respektere denne ret og overholde sin tavshedspligt, også efter patientens død, medmindre patienten har givet sit samtykke til videregivelse af oplysningerne.

I tilfælde, hvor lovgivningen forpligter en læge til at udtale sig til en offentlig myndighed om en patients helbredsmæssige eller personlige forhold, skal videregivelsen begrænses til kun at omfatte oplysninger, der er absolut nødvendige for sagsbehandlingen.

Herudover kan en læge kun videregive helbredsmæssige og personlige oplysninger om patienter i tilfælde, hvor det er nødvendigt af hensyn til patientens tarv, for at redde andres liv eller for at tilbagevise åbenbart usande påstande.

§ 6. Medicinske registre

Deltager en læge i oprettelse af registre over patienter eller forsøgspersoner, kan dette kun ske på lægens ansvar. En læge, der afgiver oplysninger til sådanne registre, er ansvarlig for, at afgivelsen ikke indebærer eller må antages at indebære brud på den lægelige tavshedspligt, jf. § 5.

§ 7. Samarbejde med lægfolk

En læge, der træder i samarbejde med lægfolk, som tager syge i kur, påtager sig personligt ansvaret for forsvarlig diagnostik og behandling.

Nærværende bestemmelse gælder også for lægers deltagelse i forskningsprojekter, som tjener til videnskabeligt at vurdere diagnose- og behandlingsmetoder, der anvendes af lægfolk.

§ 8. Handlepligt/hjælpepligt

Tilkaldes en læge til en syg, og må det efter det oplyste antages, at hurtig lægehjælp er påtrængende nødvendig, skal lægen yde hjælp snarest muligt.

I tilfælde, hvor det er sikkert, at hjælp vil blive ydet af en anden læge, og i tilfælde, hvor det viser sig, at der ikke foreligger behov for akut lægehjælp, fritages lægen dog for hjælpepligten.

§ 9. Pligt til publicering af forskningsresultater

En læge bør fremlægge ethvert forskningsresultat eller konklusion, som er af væsentlig betydning for diagnostik, behandling og forebyggelse. Fremlæggelsen bør almindeligvis ske i passende form for et lægefagligt forum, inden det meddeles til offentligheden.

§ 10. Professionel uafhængighed/uvildighed

Hvis en læge udtaler sig som repræsentant for en forening, en offentlig eller en privat virksomhed eller institution, skal det fremgå, i hvilken egenskab lægen udtaler sig.

§ 11. Ret/pligt til deltagelse i den sundhedspolitiske debat

En læge, der bliver opmærksom på forhold, som lægen opfatter som sundhedsfagligt uforsvarlige, bør tilkendegive sin mening herom ved deltagelse i den offentlige debat.

§ 12. Forbud mod deltagelse i tortur og nedværdigende behandling

En læge må hverken aktivt eller passivt medvirke i procedurer eller aktiviteter, der indebærer inhuman, nedværdigende eller grusom behandling af mennesker.

§ 13. Forpligtelser i forbindelse med biomedicinsk forskning

Ved forskningsprojekter, hvori der indgår patienter og/eller forsøgspersoner, skal hensynet til disses vel veje tungest.

Stk. 2. Informeret samtykke må ikke fremskaffes ved nogen form for pression, og den, der anmodes om samtykke, skal altid gives tid til at overveje sin stilling samt informeres om, at samtykket til enhver tid kan trækkes tilbage.

Stk. 3. Forskningsprojekter, der omfattes af Helsinki-deklarationen II, skal altid anmeldes til den regionale videnskabsetiske komité.

Stk. 4. Forskningsprojekter eller anden form for systematisk dataindsamling i forskningsøjemed, der medfører henvendelse til nuværende eller tidligere patienter eller disses pårørende, skal ligeledes anmeldes til den regionale videnskabsetiske komité.

Stk. 5. Ligeledes skal enhver anmodning om adgang til oplysninger fra lægelige registre eller journalarkiver i forskningsøjemed være ledsaget af udtrykkelig meddelelse om, at forskningsprojektet er anmeldt til den regionale videnskabsetiske komité.

§ 14. Lyd- og billedgengivelser

Lyd- og billedgengivelser af identificerbare patienter og personalegrupper må kun finde sted til undervisnings- og forskningsformål og i oplysningsvirksomhed med de pågældendes tilladelse. Lægen er ansvarlig for, at anvendelse sker i overensstemmelse med god lægeskik.

Patienter og ansatte bør have tid til at overveje deres deltagelse, inden tilladelsen gives.

§ 15. Ansættelsesundersøgelser

En læge må ikke udarbejde helbredserklæringer til brug for arbejdsgiveres vurdering af stillingsansøgere, medmindre dette er påbudt ved lovgivning, eller afgørende hensyn til patienten eller andre taler derfor.

Stk. 2. Efter en stillingsbesættelse kan en læge med patientens samtykke udarbejde anbefalinger til brug for arbejdsgiveres vurdering af hensigtsmæssig placering af patienten på arbejdspladsen.

§ 16. Deltagelse i kollektive arbejdskonflikter

En læge, der deltager i en kollektiv arbejdskonflikt, er fortsat bundet af sine etiske forpligtelser.

§ 17. Medvirken ved reklame

En læge må ikke reklamere for lægemidler eller varer af anden art, herunder forbrugsartikler, der angives at have helbredende eller forebyggende virkning på sygdomme eller sygdomssymptomer. Omtale af lægemidler m.m. i medicinsk-faglig sammenhæng i artikler, foredrag eller lignende uden vindingsøjemed betragtes ikke som reklame.

En læge må under ingen form medvirke ved annoncering eller markedsføring af sundhedsfarlige produkter.

En læge skal være opmærksom på, at udtalelser, foredrag eller artikler af sundhedsoplysende, forskningsmæssig eller lignende art ikke har en sådan udformning, at de kan opfattes som reklame.

§ 18. Ikrafttræden

Nærværende regler træder i kraft med virkning fra offentliggørelsen i Ugeskrift for Læger af repræsentationskabets vedtagelse."

"International Code of Medical Ethics.

Adopted by the 3rd General Assembly of the World Medical Association, London, England, October 1949 amended by the 22nd World Assembly, Sydney, Australia, August 1968, and the 35th World Medical Assembly, Venice, Italy, October 1983.

Duties of physicians in general.

A physician shall always maintain the highest standards of professional conduct.

A physician shall not permit motives of profit to influence the free and independent exercise of professional judgement on behalf of patients [doctor must practice his profession uninfluenced by motives of profit].

A physician shall, in all types of medical practice, be dedicated to **providing** competent medical service in full technical and moral independence, with compassion and respect for human dignity.

A physician shall deal honestly with patients and colleagues, and strive to expose those physicians deficient in character or competence, or who engage in fraud or deception.

The following practices are deemed to be unethical conduct:

- a) Self advertising by physicians, unless permitted by the laws of the country and the Code of Ethics of the National Medical Association.
- b) Paying or receiving any fee or any other consideration solely to procure the referral of a patient or for prescribing or referring a patient to any source.

A physician shall respect the rights of patients, of colleagues, and of other health professionals, and shall safeguard patient confidences.

A physician shall act only in the patient's interest when providing medical care which might have the effect of weakening the physical and mental condition of the patient.

A physician shall use great caution in divulging discoveries or new techniques or treatment through non-professional channels.

A physician shall certify **only** that which he has personally verified.

Duties of physicians to the sick.

A physician shall always bear in mind the obligation of preserving human life.

A physician shall owe his patients complete loyalty and all the resources of his science. Whenever an examination or treatment is beyond the physician's [his] capacity he should summon another physician [doctor] who has the necessary ability.

A physician shall preserve absolute confidentiality [secrecy] on all he knows about his patient even after the patient has died.

A physician shall give emergency care as a humanitarian duty unless he is assured that others willing and able to give such care.

Duties of physicians to each other.

A physician shall behave towards [to] his colleagues as he would have them behave towards [to] him.

A physician shall not entice patients from his colleagues.

A physician shall observe the principles of the "Declaration of Geneva" approved by the World Medical Association.

Internationale regler for lægeetik.

Vedtaget på **Verdenslægeforeningens** tredje generalforsamling, London, England, oktober 1949, ændret af den 22. verdenslægeforsamling, Sydney, Australien, august 1968 og den 35. verdenslægeforsamling, Venedig, Italien, oktober 1983.

Lægers generelle pligter.

En læge skal altid udvise størst mulig omhu under udøvelsen af sit fag.

En læge må ikke lade økonomiske motiver få indflydelse på den frie og uafhængige udøvelse af sit faglige skøn i forbindelse med patientbehandling.

En læge skal i enhver form for lægevirksomhed yde kvalificeret lægehjælp under fuldstændig uafhængighed i medfølelse og respekt for menneskets værdighed.

En læge skal optræde ansvarsbevidst over for patienter og kolleger og må ikke dække over læger, som

i deres geruing optræder uetisk.

Følgende fremgangsmåder anses for at være uetiske:

- a) at reklamere for sig selv, medmindre landets love eller den nationale lægeforenings regler for lægeetik tillader dette.
- b) at modtage honorar eller andet vederlag alene for at sørge for henvisning af en patient til et andet sted.

En læge skal respektere de rettigheder, som patienter, kolleger og andre inden for sundhedssektoren har, og skal beskytte patienternes fortrolige oplysninger.

En læge, der yder lægebehandling, som kan svække patientens fysiske eller psykiske tilstand, må kun handle i overensstemmelse med patientens interesse.

En læge skal udvise stor forsigtighed med at offentliggøre opdagelser eller en ny teknik eller behandling nd ikke faglige kanaler.

En læge må kun attestere, hvad han personligt har observeret.

Lægers pligter over for syge.

En læge har altid pligt til at bevare menneskeliv. En læge skal være fuldstændig loyal over for sine patienter og skal stille alle de ressourcer til rådighed for dem, som videnskaben kan tilbyde. I tilfælde af, at en undersøgelse eller behandling falder uden for lægens kompetence, bør denne henvise til en anden læge, der har de fornødne forudsætninger.

En læge skal iagttage absolut tavshed med alt, hvad han ved om sin patient, også efter patientens død.

En læge har en humanitær forpligtelse til at yde hjælp i nødsituationer, medmindre lægen har sikret sig, at andre er villige til og i stand til at yde en sådan hjælp.

Lægers indbyrdes pligter.

En læge skal behandle sine kolleger, som han ønsker, at de behandler ham.

En læge må ikke fratage sine kolleger patienter. En læge skal overholde principperne i "**Genève-deklarationen**", som er vedtaget af Verdenslægeforeningen.

Declaration of Geneva.

Adopted by the 2nd General Assembly of the World Medical Association, Geneva, **Switzerland**, September 1948, amended by the 22nd World Medical Assembly, Sydney, Australia, August 1968, and the 35th World Medical Assembly, Venice, Italy, October 1983.

At the time of being admitted as a member of the medical profession:

I solemnly pledge myself to consecrate my life to the service of humanity;

I will give to my teachers the respect and gratitude which is their due;

I will practice my profession with conscience and dignity;

The health of my patient will be my first consideration;

I will respect the secrets which are confined in me, even after the patient has died;

I will maintain by all the means in my power, the honor and the noble traditions of the medical profession;

My colleagues will be my brothers;

I will not permit considerations of religion, nationality, race, party politics or social standing to intervene between my duty and my patient;

I will maintain the utmost respect for human life from its beginning [the time of conception] even under threat and I will not use my medical knowledge contrary to the laws of humanity;

I make these promises solemnly, freely and upon my honor.

Genève-deklARATIONEN.

Vedtaget på Verdenslægeforeningens anden generalforsamling, **Genève**, Schweiz, september 1948, ændret af den 22. verdenslægeforsamling, Sydney, Australien, august 1968 og den 35. verdenslægeforsamling, Venedig, Italien, oktober 1983.

På det tidspunkt, hvor jeg bliver optaget som medlem af lægestanden:

lover jeg højtideligt, at jeg vil vie mit liv til tjeneste for menneskeheden.

Jeg vil yde mine lærere den respekt og taknemmelighed, som jeg er dem skyldig.

Jeg vil udøve mit kald samvittighedsfuldt og værdigt.

Min patients helbred skal altid stå først i mine overvejelser.

Jeg vil respektere de hemmeligheder, som bliver mig betroet af min patient, også efter patientens død.

Jeg vil, så godt jeg formår, hævde lægestandens ære og ædle traditioner.

Mine kolleger skal være mine brødre.

Jeg vil ikke tillade, at overvejelser om religion, nationalitet, race, politisk parti eller social klasse stiller sig mellem min pligt og min patient.

Jeg vil nære den højeste respekt for menneskets liv fra dets begyndelse, selv under trusler, og jeg vil ikke gøre brug af min lægelige kunnen imod almindelige humanitære principper.

Jeg aflægger dette løfte højtideligt, frivilligt og på mit æresord.

Declaration of Sydney. Statement on Death.

Adopted by the 22nd World Medical Assembly, Sydney, Australia, August 1968, and amended by the 35th World Medical Assembly, Venice, Italy, October 1983.

1. The determination of the time of death is in most countries the legal responsibility of the physician and should remain so. Usually the physician will be able without special assistance to decide that a person is dead, employing the classical criteria **known** to all physicians.
2. Two modern practices in medicine, however, have made it necessary to study the question of the time of death further:
 - a) the ability to maintain by artificial means the circulation of oxygenated blood through tissues of the body which may have been irreversibly injured and
 - b) the use of cadaver organs such as heart or kidneys for transplantation.
3. A complication is that death is a gradual process at the cellular level with tissues varying in their ability to withstand deprivation of oxygen. But clinical interest lies not in the state of preservation of isolated cells but in the fate of a person. Here the point of death of the different cells and organs is not so important as the certainty that the process has become irreversible by whatever techniques of resuscitation that may be employed.
4. It is essential to determine the irreversible cessation of all functions of the entire brain, including the brain stem. This determination will be based on clinical judgement supplemented if necessary by a number of diagnostic aids. However, no single technological criterion is entirely satisfactory in the present state of medicine nor can any technological procedure be substituted for the overall judgement of the physician. If transplantation of an organ is involved, the decision that death exists should be made by two or more physicians and the physicians determining the moment of death should in no way be immediately concerned with performance of transplantation.
5. Determination of the point of death of the person makes it ethically permissible to cease attempts at resuscitation and in countries where the law permits, to remove organs from the cadaver provided that prevailing legal requirements of consent have been fulfilled.

Sydney deklarationen. Udtalelse om død.

Vedtaget af den 22. verdenslægeforsamling, Sydney, Australien, august 1968, og ændret af den 35. verdenslægeforsamling, Venedig, Italien, oktober 1983.

1. Fastsættelsen af dødstidspunktet er i de fleste lande lægens juridiske ansvar og bør forblive **således**. Normalt vil lægen være i stand til uden særlig assistance at afgøre om en person er død ved at benytte de klassiske kriterier, som alle læger er bekendt med.

2. Imidlertid har to moderne metoder inden for lægevidenskaben **nødvendiggjort** særlig omhu i forbindelse med **dødstidspunktet**:

- a) evnen til kunstigt at opretholde cirkulationen af iltet blod gennem kropsvæv, som **måske** er blevet uopretteligt skadet, og
- b) anvendelsen af organer fra døde som f.eks. hjerte eller **nyrer** til transplantation.

3. Det betragtes som en vanskeliggørende faktor, at døden anses som en proces, der indtræder gradvist på celleniveau, idet væv har forskellig evne til at tåle iltmangel. Imidlertid ligger den kliniske interesse ikke i opretholdelsen af cellefunktionen, men i menneskets skæbne. Derfor anses de forskellige cellers og organers død ikke for at være så afgørende som visheden om, at individets død er uigenkaldelig, uanset hvilken genoplivningsteknik, der tages i anvendelse.

4. Det er vigtigt at konstatere det uigenkaldelige ophør af alle funktioner i hele hjernen, herunder hjernestammen. Denne konstatering skal baseres på en lægelig vurdering, eventuelt suppleret med en række diagnostiske hjælpemidler. Der findes imidlertid intet enkelt kriterium, der er fuldt ud tilfredsstillende på nuværende tidspunkt inden for lægevidenskaben, ligesom der ikke findes nogen teknisk metode, der kan erstatte lægens generelle skøn. I tilfælde, hvor det drejer sig om transplantation af et organ, skal det forhold, at døden er indtrådt, afgøres af to eller flere læger, og de læger, der fastsætter **tidspunktet** for dødens indtræden, må ikke direkte varetage transplantationen.

5. Konstatering af dødens indtræden gør det etisk tilladeligt at standse eller ophøre med genoplivningsforsøg og - i lande hvor det er tilladt - at fjerne organer fra liget, forudsat at de stedlige juridiske krav om samtykke er opfyldt.

Declaration of Helsinki.

Recommendations guiding physicians in biomedical research involving human subjects.

Adopted by the 18th World Medical Assembly, Helsinki, Finland, June 1964, amended by the 29th World Medical Assembly, Tokyo, Japan, October 1975, and the 35th World Medical Assembly, Venice, Italy, October 1983.

Introduction.

It is the mission of the physician to safeguard the health of the people. His or her knowledge and conscience are dedicated to the fulfillment of this mission.

The declaration of Geneva of The World Medical Association binds the physician with the words, "The health of my patient will be my first consideration", and the International Code of Medical Ethics declares that, "A physician shall act only in the patient's interest when providing medical care which might have the effect of weakening the physical mental condition of the patient."

The purpose of biomedical research involving human subjects must be to improve diagnostic, therapeutic

tic and prophylactic procedures and the understanding of the aetiology and **pathogenesis** of disease.

In current medical practice most diagnostic, therapeutic or prophylactic procedures involve hazards. This applies especially to biomedical research.

Medical progress is based on research which ultimately must rest in part on experimentation involving human subjects.

In the field of biomedical research a fundamental distinction must be recognized between medical research in which the aim is essentially diagnostic or therapeutic for a patient, and medical research, the essential object of which is purely scientific and without direct diagnostic or therapeutic value to the person subjected to the research.

Special caution must be exercised in the conduct of research which may affect the environment, and the welfare of animals used for research must be respected.

Because it is essential that the results of laboratory experiments be applied to human beings to further scientific knowledge and to help suffering humanity, The World Medical Association has prepared the following recommendations as a guide to every physician in biomedical research involving human subjects. They should be kept under review in the future. It must be stressed that the standards as drafted are only a guide to physicians all over the world. Physicians are not relieved from criminal, civil and ethical responsibilities under the laws of their own countries.

I. Basic principles.

1. Biomedical research involving human subjects must conform to generally accepted scientific principles and should be based on adequately performed **laboratory** and animal experimentation and on a thorough knowledge of the scientific literature.
2. The design and performance of each experimental procedure involving human subjects should be clearly formulated in an experimental protocol which should be transmitted to a specially appointed independent committee for consideration, comment and guidance.
3. Biomedical research involving human subjects should be conducted only by scientifically qualified persons and under the supervision of a clinically competent medical person. The responsibility for the human subject must always rest with a medically qualified person and never rest on the subject of the research, even though the subject has given his or her consent.
4. Biomedical research involving human subjects cannot legitimately be carried out unless the importance of the objective is in proportion to the inherent risk to the subject.
5. Every biomedical research project involving human subjects should be preceded by careful assessment of predictable risks in comparison with foreseeable benefits to the subjects or to others. Concern

for the interest of the subject must always prevail over the interests of science and society.

6. The right of the research subject to safeguard his or her integrity must always be respected. Every precaution should be taken to respect the privacy of the subject and to minimize the impact of the study on the subject's physical and mental integrity and on the personality of the subject.

7. Physicians should abstain from engaging in research projects involving human subjects unless they are satisfied that the hazards involved are believed to be predictable. Physicians should cease any investigation if the hazards are found to outweigh the potential benefits.

8. In publication of the results of his or her research, the physician is obliged to preserve the accuracy of the results. Reports of experimentation not in accordance with the principles laid down in this Declaration should not be accepted for publication.

9. In any research on human beings, each potential subject must be adequately informed of the aims, methods, anticipated benefits and potential hazards of the study and the discomfort it may entail. He or she should be informed that he or she is at liberty to abstain from participation in the study and that he or she is free to withdraw his or her consent to participation at any time. The physician should then obtain the subject's freely-given informed consent preferably in writing.

10. When obtaining informed consent for the research project the physician should be particularly cautious if the subject is in a dependent relationship to him or her or may consent under duress. In that case the informed consent should be obtained by a physician who is not engaged in the investigation and who is completely independent of this official relationship.

11. In case of legal incompetence, informed consent should be obtained from the legal guardian in accordance with national legislation. Where physical or mental incapacity makes it impossible to obtain informed consent, or when the subject is a minor, permission from the responsible relative replaces that of the subject in accordance with national legislation.

Whenever the minor child is in fact able to give consent, the minor's consent must be obtained in addition to the consent of the minor's legal guardian.

12. The research protocol should always contain a statement of the ethical considerations involved and should indicate **that the** principles enunciated in the present Declaration are complied with.

II. Medical research combined with professional care. (Clinical research).

1. In the treatment of the sick person, the physician must be free to use a new diagnostic and therapeutic measure, if in his or her judgement it offers hope of saving life, reestablishing health or alienating suffering.

2. The potential benefits, hazards and discomfort of a new method should be weighed against the advantages of the best current diagnostic and therapeutic method.

3. In any medical study, every patient - including those of a control group, if any - should be assured of the best proven diagnostic and therapeutic methods.

4. The refusal of the patient to participate in a study must never interfere with the physician-patient relationship.

5. If the physician considers it essential not to obtain informed consent, the specific reasons for this proposal should be stated in the experimental protocol for transmission to the independent committee (1.2).

6. The physician can combine medical research with professional care, the objective being the acquisition of a new medical knowledge, only to the extent that medical research is justified by its potential diagnostic or therapeutic value for the patient.

III. Non-therapeutic biomedical research involving human subjects. (Non-clinical biomedical research).

1. In the purely scientific application of medical research carried out on a human being, it is the duty of the physician to remain the protector of the life and health of that person on whom biomedical research is being carried out.

2. The subjects should be volunteers - either healthy persons or patients for whom the experimental design is not related to the patient's illness.

3. The investigator or the investigating team should discontinue the research if in his/her or their judgement it may, if continued, be harmful to the individual.

4. In research on man, the interest of science and society should never take precedence over considerations related to the **wellbeing** of the subjects.

Helsinki deklARATIONEN.

Anbefalinger til vejledning for læger inden for bio-medidnsk forskning med mennesket som forsøgsperson.

Vedtaget af den 18. verdenslægeforsamling, Helsinki, Finland, juni 1964, ændret af den 29. verdenslægeforsamling, Tokyo, Japan, oktober 1975 og den 35. verdenslægeforsamling, Venedig, Italien, oktober 1983.

Indledning.

Det er lægens opgave at beskytte menneskets helbred. Hans eller hendes viden og samvittighed bør være viet til opfyldelsen af dette formål. **Verdenslægeforeningens Genève-deklARATION** forpligter lægen med ordene "min patients helbred skal være mit første hensyn", og Den internationale Codex for lægeetik udtaler, at "enhver handling eller ordination, som kan svække menneskets fysiske eller sjælelige modstandskraft, kun må foretages i den **pågældendes** egen interesse". Formålet med biomedicinsk forskning, der angår mennesket som forsøgsperson, skal være at forbedre undersøgelses-, behandlings- og forebyggelsesmetoder og indsigten i sygdommens årsager og opståelsesmetoder.

I gængs lægelig praksis medfører de fleste diagnostiske, terapeutiske eller forebyggende indgreb risici. Dette gælder specielt for biomedicinsk forskning.

Lægelige fremskridt hviler på forskning, som igen må hvile på forsøg, der omfatter mennesker.

Inden for biomedicinsk forskning må der foretages en fundamental adskillelse mellem lægevidenskabelig forskning, hvis formål primært er diagnostisk eller terapeutisk for en patient, og lægevidenskabelig forskning, hvis væsentligste mål er rent videnskabeligt og uden direkte diagnostisk eller terapeutisk værdi for den person, som underkastes forsøget.

Særlig forsigtighed må udvises i tilfælde af forskning, som kan påvirke omgivelserne, og forsøgsdyrs velfærd må respekteres.

Fordi det er væsentligt, at resultaterne af laboratorieforsøg overføres til mennesket for at fremme den videnskabelige indsigt og for at hjælpe den lidende menneskehed, har **Verdenslægeforeningen** udformet de følgende anbefalinger, der skal tjene som vejledning for enhver læge, der udfører biomedicinsk forskning, omfattende mennesket som forsøgsperson. Vejledningerne bør stadig underkastes en vurdering med henblik på en eventuel fremtidig revision. Det skal understreges, at de fremførte regler kun er vejledende for læger verden over. Læger fritages ikke for strafferetlige, civilretlige og etiske ansvarsforhold i overensstemmelse med loven i deres hjemlande.

I. Basale principper.

1. Biomedicinsk forskning, som omfatter mennesker, skal være i overensstemmelse med alment accepterede videnskabelige principper og skal baseres på hensigtsmæssigt udførte laboratorie- og dyreforsøg og på et nøje kendskab til den videnskabelige litteratur.
2. Forsøgsplan og -metoder for hvert forsøg, som omfatter menneskelige forsøgspersoner, skal beskrives nøje i en forsøgsprotokol, som skal sendes til en særlig udnævnt uafhængig komité til overvejelse, kommentarer og vejledning.
3. Biomedicinsk forskning, som omfatter menneskelige forsøgspersoner, skal alene gennemføres af videnskabeligt uddannede personer og under opsyn af en klinisk kompetent medicinalperson. Ansvar for forsøgspersonen skal altid forblive hos en kvalificeret medicinalperson og må aldrig overføres til forsøgspersonen, selv ikke når personen har givet sit samtykke.
4. Biomedicinsk forskning, som omfatter menneskelige forsøgspersoner, kan ikke udføres under lovlige omstændigheder, medmindre vigtigheden af forsøgets formål står i forhold til den iboende risiko for forsøgspersonen.
5. Ethvert biomedicinsk forskningsprojekt, som omfatter menneskelige forsøgspersoner, skal forudgå af en omhyggelig vurdering af forudsigelige risici, sammenlignet med de forventelige fordele for forsøgspersonen eller andre. Omsorgen for forsøgspersonens interesser skal altid veje tungere end videnskabens og samfundets interesser.
6. Forsøgspersonens eller -patientens ret til at sikre hans eller hendes integritet skal altid respekteres.

Enhver **forholdsregel** skal tages for at respektere forsøgspersonens privatliv og for at reducere undersøgelsens indflydelse på personernes fysiske og mentale **integritet** og på personligheden til et minimum.

7. Læger skal afstå fra at deltage i forskningsprojekter med mennesket som forsøgsperson, medmindre de er overbeviste om, at de risici, som er indeholdt, virkelig anses for at være forudsigelige. Læger skal ophøre med enhver undersøgelse, hvis de indeholdte risici viser sig at være tungere end de mulige fordele.

8. Ved offentliggørelse af resultaterne af hans eller hendes forskning er lægen forpligtet til at opretholde en korrekt beskrivelse af resultaterne. Forsøgsrapporter, der ikke er i overensstemmelse med principperne i nærværende deklaration, bør ikke accepteres til offentliggørelse.

9. Ved al forskning på menneskelige væsener skal enhver mulig forsøgsperson eller -patient informeres i tilstrækkelig grad om formålet, metoderne, det forventede udbytte og de mulige risici ved undersøgelsen og det ubehag, den kan medføre. Forsøgspersonen eller -patienten skal informeres om, at han eller hun er frit stillet, hvad angår at afstå fra deltagelse i undersøgelsen, og han eller hun er ligeledes frit stillet til at tilbagetrække samtykket til deltagelse på ethvert senere tidspunkt. Lægen skal efter den **nævnte** information indhente forsøgspersonens frit afgivne, informerede samtykke, fortrinsvis i skriftlig form.

10. Når informeret samtykke til deltagelse i et **forskningsprojekt** skal indhentes, skal lægen være særlig forsigtig, hvis forsøgspersonen eller -patienten står i et afhængighedsforhold til lægen eller kan forventes at samtykke under pres. I så tilfælde skal det informerede samtykke indhentes af en læge, som ikke tager del i undersøgelsen, og som er fuldstændig uafhængig af denne professionelle forbindelse mellem de to parter.

11. I tilfælde af umyndighed skal det informerede samtykke indhentes fra værger i overensstemmelse med den nationale lovgivning. Når fysisk eller sjæleligt handicap gør det umuligt at opnå informeret samtykke, eller når forsøgspersonen eller -patienten er mindreårig, erstatter tilladelsen fra den ansvarlige nærmeste pårørende personens samtykke i overensstemmelse med den nationale lovgivning. I tilfælde, hvor den mindreårige er i stand til at give sit samtykke, skal dennes samtykke opnås sammen med samtykke fra den juridiske værge.

12. Forsøgsprotokollen skal altid indeholde en omtale af de etiske overvejelser, som er indeholdt i projektet, og skal direkte udtrykke, at forsøget er i overensstemmelse med de principper, som er nedlagt i nærværende deklaration.

II. Medicinsk forskning kombineret med lægelig omsorg (klinisk forskning)

1. Ved behandling af en patient står det lægen frit for at bruge nye diagnostiske og terapeutiske metoder, hvis han eller hun skønner, at det giver håb om at redde liv, genvinde helbred eller lindre lidelse.

2. Mulige fordele, risici og ubehag, der er forbundet med en ny metode, skal afvejes mod fordelene ved de bedste gængse diagnostiske og terapeutiske metoder.

3. I enhver lægevidenskabelig undersøgelse skal enhver patient - indbefattet patienterne i en kontrol-

- gruppe, hvis en sådan er anvendt - sikres de beviseligt effektive diagnostiske og terapeutiske metoder.
4. Hvis en patient afslår at deltage i en videnskabelig undersøgelse, må dette aldrig påvirke læge-patient-forholdet.
 5. Hvis lægen anser det for væsentligt ikke at opnå informeret samtykke, skal de særlige grunde til dette forslag udtrykkes i forsøgsprotokollen, som skal sendes til vurdering i en uafhængig komité. (1.2).
 6. Det kan kun tillades en læge at kombinere medicinsk forskning med professionel omsorg i den hensigt at opnå ny lægevidenskabelig viden, hvis forskningsprojektet er **retfærdiggjort** ved de mulige diagnostiske og terapeutiske værdi for patienten.

III. Ikke terapeutisk biomedicinsk forskning, som angår mennesker

(ikke klinisk biomedicinsk forskning)

1. Ved rent lægevidenskabelige forskningsprojekter, som alene udføres på mennesker med videnskabeligt sigte, er det lægens pligt at forblive beskytter af liv og helbred for den person, der indgår i et biomedicinsk forskningsprojekt.
2. Forsøgspersonerne skal være frivillige - enten sunde forsøgspersoner eller patienter, for hvem det gælder, at forsøgsplanen er uden relation til patientens egen sygdom.
3. Undersøgeren eller undersøgerholdet skal afbryde et forskningsprojekt, hvis han eller hun (de) skønner, at det i tilfælde af videreførelse kan være skadeligt for forsøgspersonen.
4. Ved forskningsprojekter på menneskelige forsøgspersoner må videnskabens og samfundets interesser aldrig veje tungere end hensynet til forsøgspersonernes vælfærd.

Declaration of Tokyo.

Adopted by the 29th World Medical Assembly, Tokyo, Japan, October 1975.

Guidelines for medical doctors concerning torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment in relation to detention and imprisonment.

Preamble.

It is the privilege of the medical doctor to practice medicine in the service of humanity, to preserve and restore bodily and mental health without distinction as to persons, to comfort and to ease the suffering to his or her patients. The utmost respect for human life is to maintained even under threat, and no use made of any medical knowledge contrary to the laws of humanity.

For the purpose of this Declaration, torture is defined as the deliberate, systematic or wanton infliction of physical or mental suffering by one or more persons acting or on the orders of any authority, to force another person to yield information, to make a confession or for any other reason.

Declaration.

1. The doctor shall not countenance, condone or participate in the practice of torture or other form of cruel, inhuman or degrading procedures, whatever the offence of which the victim of such procedures is suspected, accused or guilty, and whatever the victim's beliefs or motives, and in all situations, including armed conflict and civil strife.
2. The doctor shall not provide any premises, instruments, substances or knowledge to facilitate the practice of torture or other forms of cruel, inhuman or degrading treatment or to diminish the ability of the victim to resist such treatment.
3. The doctor shall not be present during any procedure during which torture or other forms of cruel, inhuman or degrading treatment is used or threatened.
4. A doctor must have complete clinical independence in deciding upon the care of a person for whom he or she is medically responsible. The doctor's fundamental role is to alleviate the distress of his or her fellow men, and no motive whether personal, collective or political, shall prevail against this higher purpose.
5. Where a prisoner refuses nourishment and is considered by the doctor as capable of forming an unimpaired and rational judgement concerning the consequences of such a voluntary refusal of nourishment, he or she shall not be fed artificially. The decision as to the capacity of the prisoner to form such a judgement should be confirmed by at least one other independent doctor. The consequences of the refusal of nourishment shall be explained by the doctor to the prisoner.
6. The World Medical Association will support, and should encourage the international community, the national medical associations and fellow doctors, to support the doctor and his or her family in the face of threats or reprisals resulting from a refusal to condone the use of torture or other forms of cruel, inhuman or degrading treatment.

Tokyo deklARATIONEN.

Retningslinier for læger angående tortur og anden grusom, umenneskelig eller nedværdigende behandling eller straf i forbindelse med tvangstilbageholdelse og fængsling.

Vedtaget af den 29. verdenslægeforsamling, Tokyo, Japan, oktober 1975.

Indledning.

Det er lægens privilegium at udøve lægevirksomhed i menneskehedens tjeneste, at bevare og genoprette legemlig og mental sundhed uden hensyn til, hvem der behandles, og trøste og lindre hans eller hendes patienters smerter. Der må udvises den yderste respekt for menneskeliv, selv under trusler, og der må ikke gøres brug af nogen lægelig viden i strid med de humanitære love.

I denne deklARATION defineres tortur som den forsætlige, systematiske eller hensynsløse påførelse af fysisk eller psykisk lidelse fra en eller flere personers side, der handler på egen hånd eller efter ordre fra en myndighed for at tvinge en anden person til at afgive oplysninger, aflægge tilståelse eller af nogen

anden grund.

Erklæring.

1. Lægen må ikke tillade, billige eller deltage i udøvelse af tortur eller andre former for grusom, umenneskelig eller nedværdigende behandling, uanset hvilken forbrydelse, offeret for en sådan behandling måtte være mistænkt for, anklaget for eller skyldig i, og uanset hvad offerets overbevisning eller motiver måtte være. Dette gælder i alle situationer, herunder væbnet konflikt og indre stridigheder.
2. Lægen må ikke tilvejebringe lokaler eller instrumenter, stoffer eller viden med det formål at lette udøvelse af tortur eller andre former for grusom, umenneskelig eller nedværdigende behandling eller at svække offerets evne til at modstå en sådan behandling.
3. Lægen må ikke være til stede i nogen situation, hvor tortur eller andre former for grusom, umenneskelig eller nedværdigende behandling bruges, eller hvor der trues hermed.
4. En læge skal have fuldstændig faglig uafhængighed i sin beslutning om pleje af en person, for hvem han eller hun er lægeligt ansvarlig. Lægens grundlæggende rolle er at lindre sine medmenneskers lidelse, og ingen bevæggrund - hvad enten den er personlig, kollektiv eller politisk - må veje tungere end dette formål.
5. Hvor en fange nægter at tage næring til sig og af lægen anses for at være i stand til at foretage en usvækket og fornuftig vurdering med hensyn til følgerne af en sådan frivillig vægring mod at tage næring til sig, skal han eller hun ikke ernæres kunstigt. Beslutningen om fangens evne til at nå til en sådan vurdering bør bekræftes af mindst én anden uafhængig læge. Lægen skal forklare fangen om følgerne af vægring mod at tage næring til sig.
6. Verdenslægeforeningen vil støtte og bør tilskynde det internationale samfund, nationale lægeforeninger og andre læger til ligeledes at støtte lægen og hans eller hendes familie over for trusler eller repressalier som følge af, at lægen nægter at billige anvendelse af tortur eller andre former for grusom, umenneskelig eller nedværdigende behandling."

BILAG 6.

SUNDHEDSSTYRELSEN

Store Kongensgade 1.1264 København K.

Telefon (01) 14 10 11

Den 18. august 1986

J.nr.

B.nr.

P R E S S E M E D D E L E S E**Udsigtsløs frgh.fltid.ting-**

Idet sundhedsstyrelsen gerne vil bidrage til, at patienter, uanset deres helbredtilstand, med fuld tryghed kan lade sig indlægge på sygehus, understreger sundhedsstyrelsen

at der altid og for hver enkelt patient må foretages en konkret vurdering ved den ansvarlige læge af patientens tilstand og udsigter samt foreliggende behandlingsmuligheder, og det er lægens ansvar at foretage denne totalvurdering og handle efter den under ansvar bl.a. efter lægeloven.

Hvis en behandling af en patient efter denne totalvurdering er udsigtsløs, fordi den blot vil forlænge en igangværende dødsproces, er det efter sundhedsstyrelsens opfattelse ikke i strid med almindeligt anerkendte principper for lægers handlemåde, at den ansvarlige læge træffer bestemmelse om at undlade at påbegynde eller fortsætte foranstaltninger, som kun kan udskyde tidspunktet for dødens indtræden.

I tilfælde, hvor det efter den lægelige vurdering konstateres, at behandling af en patient er udsigtsløs og døden nært forestående, må det anses for berettiget at indgive de smertestillende midler, som er nødvendige for at lindre patientens smerter, selv om dette som en ikke tilsigtet virkning kan medføre risiko for, at døden indtræffer på et lidt tidligere tidspunkt.

I kritiske situationer er det specielt vigtigt nøje at orientere de pårørende om udsigterne samt om formålet med behandlingen og eventuelle ændringer af behandlingen.

De pårørendes ønsker og synspunkter i disse situationer er uden bindende retlig betydning i den forstand, at de ikke kan fritage den ansvarlige læge for det ansvar, han har for sine afgørelser om behandling eller undladelse heraf.

Der bør imidlertid tages de videst mulige hensyn til de pårørendes ønsker for behandlingen af deres familiemedlem. I øvrigt må en nøje samordning sikres i de tilfælde, hvor flere personer indgår i vurdering, beslutning og behandling.

Sundhedsstyrelsen har i dag anmodet ugeskrift for læger om at optage en meddelelse af dette indhold snarest muligt."

"SUNDHEDSSTYRELSEN

Store Kongensgade 1.1264 København K.

Telefon (01) 14 10 11

Den 20. august 1986

J.nr.

B.nr.

P R E S S E M E D D E L E S E

Tilføjelse til pressemeddelelse af 18. august 1986 om udsigtsløs behandling.

Som det fremgår af indholdet, udtrykker sundhedsstyrelsens pressemeddelelse af 18. august 1986 de almindeligt anerkendte principper for lægers handlemåde, når det drejer sig om udsigtsløs behandling, i tilfælde, hvor dødsprocessen er i gang. Sundhedsstyrelsens opfattelse herom blev første gang udsendt i 1974 og var dengang fuldstændig identisk med pressemeddelelsen fra den 18. ds. Opfattelsen - stadig identisk - er senere gentaget blandt andet i sundhedsstyrelsens årsberetning 1979, der som bekendt offentliggøres og tilsendes folketinget og pressen, og i en redegørelse om "information og samtykke - lægers pligt og patienters ret" udsendt fra sundhedsstyrelsen til landets læger 1982.

Pressemeddelelsen af 18. august 1986 omtaler således ikke dødkriteriet og ej heller behandling af patienter, hvorfra der efter gældende lov kan udtages **væv/organer** til transplantation. Det anerkendte dødkriterium er: "Dødens indtræden må være konstateret ved, at spontant åndedræt og spontan hjertevirksomhed er ophørt og hjernevirksomhed totalt og uopretteligt ophævet". Dette bliver respekteret på danske sygehuse, ligesom enhver behandlingsindsats, der giver livet en yderligere chance, fortsættes til nævnte kriterium er opfyldt.

Spørgsmål til sundhedsstyrelsen i forbindelse med en fornyet diskussion i medierne var anledningen til, at sundhedsstyrelsen endnu engang ønskede at understrege, at alle trygt kan lade sig **indlægge** på danske sygehuse, idet den moderne teknik anvendes til det yderste, hvor der er udsigt til bedring, men ikke misbruges til en udsigtsløs behandling."

BILAG 7.

Afsnit 7.3. fra Sundhedsstyrelsens redegørelse "Information og Samtykke - Lægers pligt og patienters ret."

"7.3. Arbejdsgruppens konklusion.

Om det er hensigtsmæssigt at fastlægge nærmere retningslinier for, hvorledes samtykke til lægers behandling/indgreb bør indhentes, må i første række være afhængigt af, om den norm, der eksisterer i dag, er tilstrækkelig, herunder med hensyn til at beskytte patienterne mod uønskede indgreb.

Det må, som tidligere nævnt, anses for at være en almindeligt anerkendt standard eller norm for lægeringen, at voksne, habile patienter har ret til information om deres sygdom, om behandling og indgreb samt komplikationer og bivirkninger i det omfang, de ønsker det, som baggrund for deres selvbestemmelsesret. Undtagelser herfra forekommer, når patientens tarv tilsiger det.

Eksistensen af en sådan standard er i overensstemmelse med det princip, som lægeloven bygger på, og som giver sig udtryk på andre områder, specielt med hensyn til normer for behandlingens kvalitet: Det er lægens opgave under ansvar efter lægeloven at træffe sin afgørelse på grundlag af en konkret vurdering af omstændighederne i det enkelte tilfælde.

Ses der bort fra den temmelig teoretiske mulighed for ansvar efter borgerlig straffelovs regler om ulovlig tvang og frihedsberøvelse, afgrænses og fastholdes standarder/normer af denne art ved lægelovens bestemmelser om lægens pligt til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed samt om straf for den læge, der gør sig skyldig i grov eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed i udøvelsen af lægevirksomhed.

Sundhedsstyrelsen har i nogle få tilfælde disciplinært udtrykt misbilligelse eller beklagelse af manglende omhu og samvittighedsfuldhed over for læger i anledning af mangelfuld patientinformation, f.eks. om muligheden for et sterilisationsindgrebs manglende effekt og om den evt. betydning for forplantningsevnen ved indgreb i **under** livsregionen.

Tiltalerejsning for grov forsømmelse eller skødesløshed i sådan anledning er ikke forekommet og ville nok kun kunne komme på tale i ekstreme tilfælde, og da i forbindelse med fejlagtig behandling.

De eksisterende rammer for den nævnte standard forekommer tilstrækkelige. Det kan naturligvis ikke afvises, at fastlæggelse af egentlige regler om pligt for læger til at informere deres patienter kan have

både principiel og psykologisk virkning, men den praktiske virkning er tvivlsom. Det er karakteristisk for selve problematikken i bestemmelser af denne art, at informationspligtens nærmere omfang i det enkelte tilfælde i realiteten kun kan afgøres af lægen. Situationen kommer derved til at svare til de allerede eksisterende forhold, hvor læger har informationspligt ikke i medfør af en direkte lovbestemmelse herom, men som følge af en af lægeloven afledet standard eller norm for, hvad der kan betragtes som god og forsvarlig lægegerning.

Arbejdsgruppen finder derfor, at det ikke er muligt i lovgivning eller på anden **måde** at fastsætte regler for, i hvilke konkrete situationer, der skal gives information, og i hvilket omfang. Uanset hvor detaljerede sådanne regler måtte være, indgår der et skøn i afgørelsen, som må foretages af lægen på grundlag af hans vurdering.

Ud fra den betragtning, at det er en forudsætning for et gyldigt samtykke, at patienten har modtaget information i ønsket omfang, rejser sig spørgsmålet, om samtykket bør have en bestemt form, således at det kan tjene som dokumentation både for, at information er givet, og for selve samtykkets afgivelse.

Et krav om en bestemt form ville praktisk betyde, at ethvert samtykke måtte være skriftligt. Dette ville imidlertid være urimeligt byrdefuldt for begge parter og må anses for unødvendigt. Kommunikationen mellem læge og patient finder normalt sted som en dialog af uformel karakter på en måde, der sikrer, at patienten ikke behandles eller udsættes for komplikationer m.v. mod sin vilje. Selv hvor det drejer sig om større indgreb med nærliggende risiko for alvorligere følger, komplikationer eller bivirkninger, er der og bør der være adgang til at nøjes med den information, som patienten finder tilstrækkelig.

Et generelt krav om, at der i alle tilfælde skal foreligge en skriftlig samtykkeerklæring, der i detaljer gengiver den givne information, må det anses for praktisk umuligt at efterleve.

Udformes på den anden side samtykkeerklæringer som standardblanketter, vil de næppe have nogen reel betydning, da de i så fald vil savne det individuelle indhold som den forudgående information, som er en forudsætning for deres værdi som bevis. Det kan heller ikke anses for rimeligt, at bevisbyrden for, at information har fundet sted i ønsket omfang, lægges på lægen alene.

Dette skal ikke forstås således, at skriftlig fastholdelse af enkeltheder i et **informations-/samtykkeforløb** er uden betydning af nogen art og derfor altid kan undlades. Det vil tværtimod være hensigtsmæssigt, at der gøres optegnelser i den praktiserende læges eller sygehusets patientjournal, når der er informeret om nærliggende eller alvorlige komplikationer og bivirkninger m.v.

Dette vil også i kompagniskabspraksis og ved sygehusindlæggelse have den fordel, at patienten ikke modtager forskellig information fra forskellige læger.

Det vil i tilfælde af denne art også være hensigtsmæssigt, at patienten gøres bekendt med, hvad der anføres i journalen. Herved opnås tillige, at en evt. tvivl om samtykkets rækkevidde bliver bragt ud af verden."

Mit Livstestamente

Fulde navn: _____

CPR-nr. _____

Stilling: _____

Adr.: _____

Tlf.: _____

Jeg ved, at jeg som personligt myndig har ret til at bestemme over mig selv og dermed til at afslå lægebehandling, så længe jeg er i stand til at handle fornuftsmæssigt. Skulle jeg komme i en tilstand, hvor jeg er ude af stand til at udøve min selvbestemmelsesret, er det min vilje, at nedenstående respekteres af enhver:

1. At jeg fritages for livsforlængende behandling, hvis jeg er i en situation, hvor jeg er uafvendeligt døende.
2. At jeg ligeledes fritages for livsforlængende behandling i tilfælde af, at sygdom, fremskreden alderdomssvækkelse, ulykke, hjertestop e.l. har medført en så svær invaliditet, at jeg varigt vil være ude af stand til at tage vare på mig selv fysisk og mentalt.
3. At jeg under de i punkt 1 og 2 nævnte omstændigheder bliver holdt fri for smerter med smertestillende/beroligende midler, selvom dette skulle medføre risiko for fremskyndelse af dødstidspunktet.
4. At jeg så vidt muligt kan blive i mit hjem og dø dér, hvis det ikke er for belastende for mine nærmeste.
Hvis jeg er på plejehjem, ønsker jeg såvidt muligt at blive der til min død.
5. I ovenstående har jeg overstreget følgende punkter: _____
6. Til Livstestamentet tilføjer jeg: _____

Personlig underskrift: _____

Dato: _____

Undertegnede to vittetlighedsvidner bekræfter underskriftens ægthed, datoens rigtighed, at underskriveren er ved sin fornufts fulde brug og er myndig eller besidder tilstrækkelig modenhed til at vurdere Livstestamentets indhold og konsekvenser.

Navn: _____

Navn: _____

Stilling: _____

Stilling: _____

Adr.: _____

Adr.: _____

Landsforeningen

Mit Livstestamente

- retten til en *værdig* død



Orientering om Livstestamentet

Som medlem af foreningen „Mit Livstestamente - retten til en værdig død" udtrykker De ved Deres underskrift først og fremmest ønsket om at få lov at leve Deres sidste stund så naturligt, lidelsesfrit og ukompliceret som muligt. Gennem kontingentet er De desuden med til at fremme de tanker og den livsholdning, som er udtrykt i Livstestamentet.

Livstestamentet er af myndigheder og læger anerkendt som værende af væsentlig betydning for behandlingen af patienter.

De 4 formularer foreslås fordelt på følgende måde:

- 1) Den dobbelte formular bør opbevares sammen med Deres personlige papirer.
- 2) Et eksemplar sammenfoldes og passer i størrelse til Deres sygesikringskort, der uvægerligt vil komme frem ved alvorlig sygdom, stærk alderdomssvækkelse eller svære ulykkestilfælde. Vedlagte oblat kan evt. påklæbes sygesikringskortets forside.
- 3) Et eksemplar overgives evt. til opbevaring hos Deres læge.
- 4) Et eksemplar kan overgives en Dem nærstående - helst yngre person, som De mener bør kende Deres ønske.

Foreningen kan ikke påtage sig at opbevare Deres Livstestamente.

Livstestamentet kan til enhver tid tilbagekaldes.

