

Dødshjælp – dansk ret

Juristen nr. 5, maj 2000, s. 165-182

Af lektor, lic. jur. Jørn Vestergaard ¹
Det retsvidenskabelige Institut D

1. Indledning

I dansk ret er retten til såkaldt *passiv dødshjælp* fuldt anerkendt, hvilket har stor praktisk betydning i relation dels til undladelse af livsforlængende behandling af terminalt syge patienter, dels til iværksættelse af lindrende behandling, der som ikke-intenderet sidevirkning kan fremskynde dødens indtræden med et kortere tidsrum. Såkaldt *aktiv dødshjælp* ved drab efter begæring eller hjælp til selvmord er efter gældende dansk lov strafbart. I det følgende gennemgås reglerne, sådan som de er udformet efter indførelsen i 1998 af en samlet lov om patienters retsstilling.

I den offentlige debat om lægelig dødshjælp er det ikke altid særlig klart, hvad der lægges i begreberne 'passiv dødshjælp' og 'aktiv dødshjælp'. De anvendes ofte til at skelne mellem, hvad der etisk set betragtes som acceptabelt. Selv om udtrykkene ikke anvendes i lovgivningen, anvendes de til tider også til at beskrive, hvad der efter gældende ret er lovligt og forbudt. Dette er til dels misvisende, idet visse former for lægelig dødshjælp kan være etisk acceptabel og/eller efter omstændighederne tilladt juridisk set, til trods for at der foretages en aktiv handling, f.eks. afbrydelse af en respirator eller indgivelse af midler, som er nødvendige for at lindre lidelse, men samtidig bevirker en afkortning af patientens liv. Berettigelsen af at yde 'passiv dødshjælp' kan desuden bero på nærmere betingelser, således som når det i dansk ret normalt forudsættes, at patienten er uafvendeligt døende. Det acceptable i forbindelse med lægelig dødshjælp kan med andre ord være både noget mere og noget mindre end, hvad der normalt forbindes med de anvendte udtryk. I nogle tilfælde kan en kobling mellem begreberne passivitet og 'hjælp' i øvrigt virke lidt anstrengt.

Den offentlige debat præges ofte af manglende konkretisering, og de overordnede etiske spørgsmål drøftes til tider i meget brede vendinger. De eksempler, der anvendes i medierne og faglitteraturen, er næsten altid fiktive eller stiliserede, og deres forbindelse med virkeligheden lader sig ikke efterprøve. Da Det Ethiske Råd for et par år siden udarbejdede redegørelsen *Dødshjælp?*, blev der rettet henvendelse til nogle læger, der offentligt har været blandt professionens meget få fortalere for lovliggørelse af aktiv dødshjælp, for at få autentiske eksempler på tilfælde, som kunne belyse behovet for en sådan ordning. Henvendelserne var forgæves. Ved udvælgelsen af eksemplerne i det følgende er der lagt vægt på, at der er tale om veldokumenterede sager, så vidt muligt vedrørende danske forhold.

Der vil indledningsvis blive givet en oversigt over baggrunden for lovgivningen om patienters selvbestemmelse og om information og samtykke. Derefter vil der blive redegjort for retstilstanden med hensyn til patienters ønsker og behandlende lægers afgørelser vedrørende afståelse fra eller foretagelse af livsforlængende behandling.

Først omtales reglerne om '*fravalg*' af behandling. Gennemgangen tager sit udgangspunkt i *fornuftshabile* patienters selvbestemmelsesret med hensyn til fravalg af enhver eller en

¹ Forfatteren har været medlem af Det Ethiske Råd, formand for rådets arbejdsgruppe om dødshjælp og pennefører for den redegørelse om emnet, som rådet udgav i 1996 (bortset fra en mindretalsudtalelse i redegørelsens Del V).

bestemt slags behandling. Efterfølgende drøftes retsstillingen med hensyn til *fornuftsindhable* patienter, dvs. patienter som er kommet i en tilstand, hvor selvbestemmelsesretten ikke længere kan udøves ved en aktuel tilkendegivelse. I sådanne tilfælde kan oprettelsen af et livstestamente have væsentlig betydning for vedkommende selv og den behandlende læge.

I et følgende hovedafsnit redegøres der for reglerne om 'tilvalg' af en bestemt ydelse i sundhedsvæsenet. Et spørgsmål af særlig betydning i denne forbindelse angår retsstillingen med hensyn til anvendelse af midler, som skønnes nødvendige for at lindre den uafvendeligt døende patients lidelser, men som desuden kan indebære fremskyndelse af dødstidspunktet. Foranstaltninger med denne såkaldte 'dobbelteffekt' er i princippet lovlige. Hjælp til aktiv afkortning af en andens liv efter vedkommendes eget ønske er derimod som nævnt strafbar som drab efter begæring eller hjælp til selvmord.

Der lægges altid betydelig vægt på et princip om at gøre den sidste del af patientens tilværelse så god som muligt, uanset om vedkommende er i stand til at udøve sin ret til selvbestemmelse, og uafhængigt af, hvad patientens ønsker i givet fald måtte gå ud på, se nærmere i det følgende.²

2. Baggrunden for lovgivningen om patienters selvbestemmelse

Debatten om 'retten til en værdig død' har ikke mindst handlet om 'retten til at dø' – underforstået et 'dø en naturlig død' – eller med andre ord, retten til at blive fri for livsforlængende behandling. Desuden kom spørgsmålet om terminalt syge patienters adgang til at modtage lindrende behandling, der som sidevirkning kan fremskynde dødstidspunktet (dobbelteffekten) tidligt ind i den faglige og den offentlige debat. Især efter midten af 1970'erne viste der sig en betydelig interesse for at opnå en juridisk anerkendelse af forskellige former for lægelig dødshjælp. I 1976 stiftedes *Landsforeningen Mit Livstestamente – Retten til en værdig død*. Foreningens ca. 25.000 medlemmer oprettede livstestamente på en af foreningen udarbejdet standardformular; men den rettlige betydning af en sådan forhåndserklæring var usikker.

I samme periode lagde Sundhedsstyrelsen afstand til den opfattelse, at en læge altid skulle være forpligtet til at søge livet opretholdt til det yderste.³ I 1974 tilkendegav Sundhedsstyrelsen således i en pressemeddelelse, at det ikke er 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'. Sundhedsstyrelsen understregede imidlertid, at der altid og for hver enkelt patient skal foretages en konkret vurdering af patientens tilstand og udsigter samt de foreliggende behandlingsmuligheder. Initiativet var bl.a. foranlediget af udtalelser fra lægelig side om, at der i et vist omfang blev ydet dødshjælp på hospitalerne. På den baggrund gav Sundhedsstyrelsen tillige udtryk for, at når behandling af patienten er udsigtsløs og døden nært forestående, er det

² Det Ethiske Råds redegørelse *Dødshjælp?* indeholder i kapitel 4 en udførlig gennemgang vedrørende lindring, omsorg og pleje i relation til alvorligt og uhelbredeligt syge, dvs. den palliative indsats i bred forstand. I 1996 fremlagde Den Almindelige Danske Lægeforening handlingsplanen *En værdig død*. Sundhedsstyrelsen offentliggjorde samme år en rapport vedrørende omsorg for alvorligt syge og døende. En revideret version af denne er udgivet som *Faglige retningslinier for den palliative indsats*. Sundhedsstyrelsen 1999. Se desuden *Palliativ indsats i Danmark*, DSI rapport 97.01.

³ Synspunktet har også længe haft støtte i den strafferetlige litteratur, se således Stephan Hurwitz: *Den danske Kriminalret. Speciel del*. 1955, s. 233, samt Vagn Greve: Om læger og euthanasi, *Juristen* 1974, s. 381-389; se tillige sidstnævntes artikel Lægers ret og pligt til eutanasi. *Nordisk Medicin*, 1974 s. 201-202.

'berettiget at indgive de nødvendige smertestillende midler, selv om dette som en ikke tilsigtet virkning kan medføre risiko for, at døden indtræffer på et lidt tidligere tidspunkt'.

Medicinaldirektøren udtalte i øvrigt i 1976 til pressen, at et livstestamente kunne få vægt derved, at lægen kunne tage patientens forhåndstilkendegivelse med ind i billedet sammen med en række andre ting, når den svære afgørelse skulle træffes.⁴ Anklagemyndigheden tilsluttede sig, at et livstestamente ville kunne indgå som ét af mange momenter i et berettiget lægeligt skøn.⁵

Landsforeningen Mit Livstestamente efterlyste gennem en årrække en juridisk anerkendelse af livstestamenter. I 1987 nedsatte Justitsministeriet en arbejdsgruppe med henblik på en afklaring af retstilstanden; arbejdsgruppen afgav betænkning 1184/1989.⁶ Et flertal anbefalede, at der ved ændring af et par linier i lægeloven alene skulle foretages en lovfæstelse og tydeliggørelse af gældende ret vedrørende information og samtykke. Flertallet ønskede ikke nogen lovfæstelse af livstestamentets betydning. Sundhedsministeren fremsatte et lovforslag, der fulgte indstillingen fra flertallet i arbejdsgruppen.

Et stort flertal i Folketinget delte imidlertid i det væsentlige opfattelse med Landsforeningen Mit Livstestamente. I 1992 blev der i lægeloven lovfæstet en række regler om passiv dødshjælp.⁷ I 1998 er lovbestemmelserne blevet tydeliggjort og gjort til en del af en ny, samlet lov om patienters retsstilling, der regulerer de generelle principper for forholdet mellem patient og sundhedsperson med hensyn til selvbestemmelse, aktindsigt og helbredsoplysninger. Til lovreglerne knytter der sig et sæt udfyldende, administrative forskrifter.⁸

3. FRAVALG AF BEHANDLING

3.1. Patienter i en tilstand, hvor selvbestemmelsesret kan udøves (fornuftshabile patienter)

Patientens selvbestemmelsesret – reglerne om information og samtykke

Efter dansk ret har sundhedspersoner vidtgående beføjelser – og til dels pligt – til at udøve såkaldt *passiv dødshjælp*. Dette følger af det samlede regelsæt, der mere overordnet fastslår det grundlæggende princip om *patienters selvbestemmelsesret* (autonomi), både generelt og mere specifikt i relation til afkald på livsforlængende behandling, se nærmere i det følgende.

Det bærende princip er blevet, at patientens selvbestemmelse skal respekteres, hvis der er tale om en person over 15 år, som retligt set er *fuldt fornuftshabil*, dvs. i stand til at forstå og vurdere sin aktuelle sygdomssituation. Normalt behøver en sådan patient ikke mod sin vilje at underkaste sig indlæggelse eller modtagelse af nogen form for behandling, heller ikke

⁴ Berlingske Tidende 7.12.1976.

⁵ Rigsadvokatens notat af 19.11.1976 om livstestamenters strafferetlige betydning.

⁶ Betænkning nr. 1184/1989 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.

⁷ Lov om ændring af lægeloven nr. 351 af 14.11.1992. Jf. *Folketingstidende* 1991/92 A 2780, 2685, B 1189, C 889.

⁸ Sundhedsministeriet har udsendt bekendtgørelse nr. 663 af 14.9.1998 om livstestamenter. I medfør af denne bekendtgørelse har Sundhedsstyrelsen udsendt cirk. nr. 482 af 1.7.1998 samt vejledning nr. 158 af 15.9.1998 om lægers forpligtelser i forbindelse med livstestamenter m.v. Desuden har Sundhedsministeriet udsendt bekendtgørelse nr. 665 af 1.7.1998 om information og samtykke m.v. Om samme spørgsmål har Sundhedsstyrelsen tillige udsendt vejledning nr. 161 af 16.9.1998. Yderligere har Sundhedsstyrelsens udsendt vejledning af 6.12.1995 om morfindrop.

livsforlængende behandling. Tilsidesættelse af en patients selvbestemmelse kan kun ske i tilfælde, hvor dette har særlig hjemmel, hvilket kun har praktisk betydning med hensyn til strafferetlige foranstaltninger og ved anvendelse af tvang i psykiatrien.

I retlig henseende er det et enten/eller, om en person i en given sammenhæng skal betragtes som fuldt fornuftshabil. I praksis vil der være tale om meget flydende overgange, hvilket ikke mindst har betydning i behandlingen af svært syge, alderdoms- eller bevidsthedssvækkede patienter, hvor det kan være usikkert, om de er i stand til at give samtykke på en tilstrækkelig meningsfuld måde.

Princippet om patientens ret til selvbestemmelse blev først fastslået med et cirkulære fra Sundhedsstyrelsen i 1976 og senere lovfæstet i 1992. Reglerne blev præciseret i 1998 ved indførelsen af en samlet lov om patienters retsstilling (LPR).⁹ Lovens første bestemmelse indeholder en overordnet formålsangivelse om sikring af respekten for patienters værdighed, integritet og selvbestemmelsesret og af tillids- og fortrolighedsforholdet mellem patient og sundhedsperson.

LPR § 1. Loven skal medvirke til at sikre, at patienters værdighed, integritet og selvbestemmelsesret respekteres. Loven skal endvidere medvirke til at sikre tillids- og fortrolighedsforholdet mellem patient og sundhedsperson.

Reglerne om informationpligt og patientsamtykke står nu i samme lovs §§ 6 og 7:

LPR § 6. Ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, medmindre andet følger af lov [...].

Stk. 2. Patienten kan på ethvert tidspunkt tilbagekalde sit samtykke efter stk. 1.

Stk. 3. Ved informeret samtykke forstås i denne lov et samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra sundhedspersonens side, jf. § 7.

Stk. 4. Et informeret samtykke efter dette kapitel kan være skriftligt, mundtligt eller efter omstændighederne stiltiende.

Stk. 5. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om samtykkets form og indhold.

LPR § 7. Patienten har ret til at få information om sin helbredstilstand og om behandlingsmulighederne, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger.

Stk. 2. Patienten har ret til at frabede sig information efter stk. 1.

Stk. 3-6. [...] ¹⁰

Behandling af en fornuftshabil patient over 15 år må normalt kun iværksættes, hvis vedkommende samtykker heri efter – løbende og om nødvendigt af sundhedspersonens egen drift – at være blevet fyldestgørende og behørigt informeret om sin helbredstilstand, de foreliggende behandlingsmuligheder og risikoen for eventuelle komplikationer og bivirkninger herved.¹¹ Pligten til information skærpes, jo mere nærliggende og alvorlige komplikationer eller bivirkninger der kan være ved et indgreb eller en behandling. Efter omstændighederne kan samtykket dog være underforstået eller stiltiende, idet en sundhedsperson ofte med rette må kunne anlægge den formodning, at patienten – især hvis vedkommende selv henvender sig – utvivlsomt er indforstået med sædvanlig eller i øvrigt påkrævet behandling, hvis ikke patienten

⁹ Lov om patienters retsstilling nr. 482 af 1.7.1998. Jf. FT 1997/98 A 505, 548, B 268, 367, C 481.

¹⁰ Denne del af bestemmelsen indeholder nærmere regler om, hvorledes informationen skal meddeles, og hvad den skal indeholde samt en bemyndigelse til sundhedsministeren.

¹¹ De nærmere retningslinier er fastlagt med Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 665 af 14.9.1998 om information og samtykke m.v. samt Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 482 af 1.7.1998 om samme spørgsmål.

ytrer sig i modsat retning. Information til patienten skal i øvrigt kun gives, hvis det er muligt, og kun i det omfang, der er grund til at antage, at det ikke strider mod patientens tarv eller ønske. Et gyldigt samtykke kan godt gives af en patient, der ikke eller kun i begrænset omfang har ønsket information.¹² Patienten kan til enhver tid tilbagekalde samtykket og frabede sig en behandlingsindsats.¹³

Patienten kan udøve sin ret til at fravælge behandling på den måde, at kun visse former for behandling afvises, f.eks. modtagelse af blod eller blodprodukter. Der vil – alt andet lige – være en ganske stærk formodning for, at en patient, der ikke ønsker livsforlængende behandling, er indforstået med at få lindrende behandling.

For at understrege, at princippet om patientens ret til selvbestemmelse også gælder for fornuftshabile terminalt syge, blev der ved revisionen af reglerne i 1998 indsat følgende udtrykkelige bestemmelse i lov om patienters retsstilling:

§ 16, stk. 1. En uafvendeligt døende patient kan afvise behandling, der kun kan udskyde dødens indtræden.

I andre bestemmelser er det fastslået, at velovervejede ønsker om at sultestrejke samt ønsker om ikke at modtage blod skal respekteres.¹⁴

Forhåndstilkendegivelse i en aktuel sygdomssituation

I forbindelse med en aktuel sygdomssituation, hvor det kan forudses som en nærliggende mulighed, at behandling vil vise sig udsigtsløs, kan patienten med en forhåndstilkendegivelse udøve sin ret til helt eller delvis at afvise behandling. En sådan erklæring skal respekteres, også hvis patienten efterfølgende bliver inhabil, f.eks. på grund af bevidstløshed.¹⁵

Ansvar for foretagelse af behandling mod patientens ønsker

Hvis en sundhedsperson foretager en livsforlængende behandling mod patientens vilje, kan sundhedspersonen efter omstændighederne drages til ansvar efter straffelovens bestemmelser om ulovlig tvang, frihedsberøvelse eller legemskrænkelser. Det må dog forventes, at både sundhedsmyndighederne og anklagemyndigheden kun vil være indstillet på tiltalerejsning i særligt oplagte og graverende tilfælde.

Patientens ønske om afbrydelse af fortsat behandling

Lovreglerne om dødshjælp omfatter såvel at 'indlede' som at 'fortsætte' behandling. I princippet kan en patient altså også kræve en allerede påbegyndt behandling afbrudt, også selv om behandlingen er livsnødvendig. Det er imidlertid forudsat i lovens forarbejder, at en patient ikke har ret til at kræve afbrydelse af en behandling, når der er tale om en situation, hvor døden ikke er uafvendelig, og efterkommelse af patientens begæring vil bevirke, at den pågældende umiddelbart efter afgår ved døden. En sundhedsperson, der i tilfælde heraf efterkommer patientens begæring, vil kunne ifalde strafansvar, se nærmere i det følgende.

¹² Se herom LPR § 7, stk. 2. Ifølge lovmotiverne betegnes samtykket som informeret, da begrænsningen i informationen skyldes patientens bevidste valg.

¹³ Jf. LPR § 6, stk. 2.

¹⁴ LPR §§ 14 og 15.

¹⁵ Se cirk. 157/1998 (livstestamenter) LPR § 8, stk. 2.

Lægens beføjelser med hensyn til fravalg af behandlingsmuligheder

Den behandlende læge vil kunne modsætte sig en patients ønsker om en bestemt behandling af lægefaglige/lægeetiske eller økonomiske grunde, f.eks. fordi behandlingen må anses for nytteløs. Ved modtagelsen af en behandlingskrævende patient kan det således være berettiget at *afstå* fra iværksættelse af livsforlængende behandling ud fra en saglig prioritering af de foreliggende ressourcer set i forhold til denne og andre patienters behandlingsmuligheder og behandlingsudsigter. I øvrigt hviler lovens regler på en forudsætning om en vidtgående forpligtelse til at tilrettelægge behandlingen i overensstemmelse med patientens ønsker.

Lægens beføjelser vedrørende afbrydelse af påbegyndt behandling

En læge er som hovedregel ikke beføjet til på egen hånd at afbryde en allerede påbegyndt livsforlængende behandling af en uafvendeligt døende, fornuftshabil patient. Noget sådant må ikke ske imod patientens ønske, og normalt vil et samtykke fra patienten være en forudsætning. Lægen må således ikke uden videre afbryde respiratorbehandling, ilt- eller væsketilførsel, selv om det med sikkerhed måtte kunne fastslås, at patienten under alle omstændigheder kun ville have ganske kort levetid tilbage. Dette er forudsat i forbindelse med fastlæggelsen af de overordnede principper om information og selvbestemmelse, herunder den ovenfor nævnte forpligtelse til at tilrettelægge en behandling i overensstemmelse med patientens ønsker.

Fortsættelse af behandling, der er 'direkte nytteløs', eller som strider mod den lægefaglige/lægeetiske opfattelse – herunder med nødvendig hensyntagen til en saglig prioritering af ressourcerne – kan dog nægtes. Som tidligere nævnt må der imidlertid kræves mere tungtvejende grunde for at afbryde en allerede iværksat behandling end for at undlade påbegyndelse af ny behandling.

3.2. Patienter i en tilstand, hvor selvbestemmelsesretten ikke længere kan udøves (inhabile patienter)

3.2.1. Udgangspunktet – pligten til at foretage uopsættelig behandling

Som hovedregel skal der indhentes samtykke fra nærmeste pårørende til behandling af en varigt fornuftsinhabil patient.¹⁶ Hvis behovet for behandling er akut, er en læge eller en anden sundhedsperson imidlertid som regel forpligtet til at foretage livsnødvendig eller på anden måde uopsættelig behandling. Dette gælder, uanset om patienten midlertidigt eller varigt mangler evnen til at afgive informeret samtykke, hvilket fremgår udtrykkeligt af en række lovbestemmelser. Straffeloven indeholder generelle regler om hjælpepligter i § 250 og § 253.

Strfl. § 250. Den, som hensætter en anden i hjælpeløs tilstand eller forlader en under hans varetægt stående person i sådan tilstand, straffes [...]

Strfl. § 253. Med [...] 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.

For læger er der i lægelovens § 7 givet en særlig pligt til at yde nødvendig førstehjælp.

¹⁶ Dette princip blev formaliseret og kodificeret i 1998 med LPR § 9.

Lægelovens § 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 nødvendig, såsom ved forgiftningstilfælde, større blødninger, kvælningsanfald [...]

I lov om patienters retsstilling er der i § 10 medtaget en ny bestemmelse om tilfælde, hvor der er tale om et akut behandlingsbehov.

LPR § 10. Hvis en patient, der midlertidigt eller varigt mangler evnen til at give informeret samtykke eller er under 15 år, befinder sig i en situation, hvor øjeblikkelig behandling er påkrævet for patientens overlevelse eller for på længere sigt at forbedre patientens chance for overlevelse eller for et væsentligt bedre resultat af behandlingen, kan en sundhedsperson indlede eller fortsætte en behandling uden samtykke fra patienten eller fra forældremyndighedens indehaver, nærmeste pårørende eller værge.

I tilfælde af et behov for øjeblikkelig behandling af en patient, der ikke er fornuftshabil, er udgangspunktet med andre ord, at en sundhedsperson er berettiget til at foretage, hvad der er uopsætteligt, og der skal ikke indhentes stedfortrædende samtykke fra nogen. Under visse omstændigheder skal der dog tages hensyn til, at patienten ved udøvelse af sin selvbestemmelsesret på forhånd har frabedt sig behandlingen (se nærmere om forhåndstilkendegivelser nedenfor).

Patienter, der varigt er ude af stand til at give informeret samtykke, er med den nye lov om patienters retsstilling sikret indflydelse på behandlingssituationen i det omfang, de forstår behandlingssituationen, uanset om der i det konkrete tilfælde kan gives stedfortrædende samtykke af en legal repræsentant for patienten. Dette er blevet fastslået i lovens § 11.

LPR § 11. En patient, der ikke selv kan give informeret samtykke, skal informeres og inddrages i drøftelserne af behandlingen, i det omfang patienten forstår behandlingssituationen, medmindre dette kan skade patienten. Patientens tilkendegivelser skal, i det omfang de er aktuelle og relevante, tillægges betydning.

3.2.2. Situationer med ret eller pligt til at afstå fra livsnødvendig behandling

Hverken pårørende eller andre stedfortrædere for en fornuftsinhabil patient har adkomst til at give afkald på livsforlængende behandling.¹⁷ Derimod har sundhedspersoner efter dansk ret nogle selvstændige og ganske vidtrækkende beføjelser til at træffe afgørelse om *undladelse af udsigtsløs livsforlængende behandling* i visse tilfælde, hvor *inhabile og uafvendeligt døende* patienter ikke er i stand til at udøve selvbestemmelsesretten på en retligt relevant måde. Denne ret til undladelse af at iværksætte eller fortsætte en behandling har først og fremmest betydning, når sådanne foranstaltninger kun (kortvarigt) kan udskyde tidspunktet for den inhabile patients død. Herom indeholder lov om patienters retsstilling nu en udtrykkelig bestemmelse.

LPR § 16, stk. 2. Såfremt en uafvendeligt døende patient ikke længere er i stand til at udøve sin selvbestemmelsesret, kan en sundhedsperson undlade at påbegynde eller fortsætte en livsforlængende behandling [...].

Loven indeholder en definition på livsforlængende behandling.

LPR § 17, stk. 3. Ved livsforlængende behandling forstås behandling, hvor der ikke er udsigt til helbredelse, bedring eller lindring, men alene til en vis livsforlængelse.

¹⁷ Jf. LPR § 13 modsætningsvis, idet § 9 om stedfortrædende samtykke ikke nævnes i bestemmelsen og således ikke finder anvendelse for de særlige tilfælde i lovens kapitel 3, der handler om afvisning og undladelse af livsforlængende behandling.

I lovens forstand betragtes en patient som uafvendeligt døende, når døden med stor sandsynlighed forventes at indtræde inden for dage eller uger trods anvendelse af de behandlingstilbud, der er til rådighed. Loven forudsætter, at det er en *ren lægefaglig vurdering* at tage stilling til, om patienten befinder sig i et sådant 'terminalt forløb'.

Som illustration af lægens beføjelser i tilfælde, hvor terminalt syge ikke selv er i stand til at udøve selvbestemmelsesretten, kan nævnes en konkret sag, hvori det allerede forud for indførelsen af udtrykkelige lovregler blev fastslået af sundhedsmyndighederne, at lægen havde beføjelse til at afbryde respiratorbehandlingen.

Efter et selvmordsforsøg ved udspring fra 4. sals højde har en patient henligget meget syg gennem mere end en måned på intensiv afdeling. Der er klare tegn på enten hjernestammelidelse eller sygdom dybt i venstre hjernehalvdel, der forårsager vekslende grader af bevidstløshed og bevidsthedssvækkelse. Patienten er næsten helt lammet og har mangelfuld lungefunktion samt vedvarende betydelig leverskade. Efter mere end en måneds intensiv behandling forværres patientens tilstand fortsat, og der er tegn på, at patientens kredsløb begynder at svigte. Han er afhængig af respiratorbehandling, men har dog dagen forinden været i stand til selv at trække vejret i 11 timer og til på opfordring at trykke den ene hånd sammen. Yderligere behandlingsmæssig indsats skønnes udsigtsløs med hensyn til såvel funktion som overlevelse. Den behandlende overlæge afbryder respiratorbehandlingen med den forventede virkning, at patienten afgår ved døden i løbet af det kommende døgn.¹⁸

Man kunne også forestille sig, at der var tale om en bevidstløs respiratorpatient med akut leukæmi. Hvis en sådan patient bedømmes som uafvendeligt døende, har lægen også her efter omstændighederne beføjelse til at slukke for respiratoren. Tilsvarende kan det være lovligt at undlade tilførsel af flydende næring eller anden udsigtsløs behandling. Har patienten forud for en sådan situation oprettet et *livstestamente* og deri fravalgt livsforlængende behandling, skal denne forhåndserklæring respekteres, se nedenfor.

Lægen har også beføjelse til at afstå fra livsforlængende behandling i visse tilfælde, hvor patienten ikke er uafvendeligt døende, men hvor det med stor sikkerhed må antages, at patienten efter en livsforlængende behandlingsindsats vil være afskåret fra enhver form for egentlig menneskelig kontakt, f.eks. på grund af, at åndedrætssvigt efter hjertestop har medført svære, uoprettelige hjerneskader. Dette er forudsat i forarbejderne til de gældende lovbestemmelser. Kompatienter samt patienter i en tilstand af 'pseudokoma' og patienter i en vedvarende vegetativ tilstand (*persistent vegetative state*) kan også nævnes i denne sammenhæng.

I USA har sagen om *Karen Ann Quinlan* påkaldt sig særlig opmærksomhed. Denne kvinde havde i adskillige år ligget i koma i respirator. Domstolene medgav i 1976 kvindens familie, at respiratorbehandlingen kunne afbrydes, idet man lagde til grund, at dette var i overensstemmelse med, hvad der ville have været patientens eget ønske. Siden har amerikanske domstole behandlet en lang række sager vedrørende 'retten til at dø', og i 1990 traf den amerikanske højesteret en tilsvarende afgørelse i en sag vedrørende afbrydelse af behandlingen for en permanent komapatient, *Nancy Cruzan*, som modtog droptilførsel af næring og væske.

I England har det givet anledning til megen debat, at House of Lords i 1993 tillod afbrydelse af livsforlængende behandling i sagen om *Tony Bland*, som ved en ulykke på et fodboldstadion var blevet

¹⁸ I en sag fra 1986 med en tilsvarende sygehistorie klagede patientens pårørende over behandlingen. I overensstemmelse med en udtalelse fra Sundhedsstyrelsen fandt Sundhedsstyrelsen (som dengang var klageinstans) ikke, noget grundlag for kritik af den lægelige behandling; men der fandtes anledning til beklagelse af en mangelfuld kommunikation med patientens forældre. Sagen er omtalt i bet. 1184/1989 s. 55 f.

hjerneskadet og derefter befandt sig i en vedvarende vegetativ tilstand.

I visse tilfælde – navnlig hvor patienten vil lide under fortsat behandling – er det i forarbejderne til lovreglerne lagt til grund, at en læge efter omstændighederne ligefrem kan have *pligt* til at undlade livsforlængende foranstaltninger. Der foreligger imidlertid ikke nogen form for uddybning eller nærmere retningslinier herom. Man kan i øvrigt rejse det spørgsmål, om der i tilfælde af sikkerhed for, at behandling er udsigtsløs, overhovedet kan tænkes tilfælde, hvor der ikke bør foreligge en sådan pligt.¹⁹

3.2.3. Særligt om behandling af personer, der har forsøgt selvmord

Et selvmordsforsøg kan ikke i sig selv tillægges den betydning, at den pågældende person har udtrykt et ønske om at afkorte sit liv, og at andre skal respektere et sådant ønske. I lidt ældre retspraksis er der antaget en ganske vidtgående pligt – for privatpersoner – til at sørge for, at en (bevidstløs) person, der har forsøgt selvmord, undergives livreddende behandling også i tilfælde af, at vedkommende umiddelbart forud har frabedt sig hjælp. For en læge kan tilsidesættelse af en sådan pligt efter omstændighederne tænkes at bevirke strafansvar efter de tidligere omtalte bestemmelser i straffeloven eller lægeloven.

Sundhedspersonens hjælpepligt gælder utvivlsomt også, selv om vedkommende véd, at den bevidstløse i forbindelse med selvmordsforsøget, men forud for sin kontakt til sundhedspersonen, har tilkendegivet et ønske om ikke at blive udsat for livsforlængende behandling. Noget andet kan imidlertid være tilfældet, hvis den bevidstløse allerede ved selvmordsforsøget er i behandling i forbindelse med en aktuel sygdomssituation, og vedkommende i den sammenhæng har drøftet sine selvmordsplaner med en sundhedsperson og over for denne har afvist enhver livsforlængende behandling og samtidig er blevet behørigt informeret om konsekvenserne heraf. I overensstemmelse med de almindelige regler om patientens selvbestemmelsesret skal et sådant ønske muligvis respekteres, f.eks. i tilfælde af at patienten har taget en stor dosis sovepiller.

Hvis en fuldt fornuftshabil person efter et selvmordsforsøg stadig er ved bevidsthed og afviser hjælp, er der – så meget desto mindre – hverken pligt eller ret til behandlingsmæssig indgriben. Der er formentlig heller ikke hverken pligt eller ret til på forhånd at gribe ind med tvang for at imødegå selvmordsforberedelser eller afværge en selvmordshandling.

Et selvmordsforsøg præget af ydre dramatiske omstændigheder må dog kunne bevirke en ret for omgivelserne til at gribe ind, f.eks. for at standse forblødning. I praksis er der i øvrigt en klar tendens til at behandle suicidale patienter som fornuftsinhabile, f.eks. med overførsel til psykiatrisk afdeling til følge.

3.2.4. Lovgivningen om livstestamenter²⁰

I forbindelse med lovfæstelsen i 1992 af det almindelige princip om patientens ret til selvbestemmelse blev der tillige indført udtrykkelige regler om livstestamenter. Et juridisk

¹⁹ Jf. Claus Moe & Marianne Schroll: Selvbestemmelsesret og handlepligt - skismaet mellem patientens ret til selvbestemmelse og lægens pligt til at handle i relation til livstestamenter. Oversigtsartikel. *Ugeskrift for Læger* 1994; 156: 7014 og 7017.

²⁰ En nærmere drøftelse af lovgivningen vedrørende livstestamenter findes i forfatterens notat af 28.1.1996 om nogle af bestemmelserne om selvbestemmelsesret i sundhedsministerens forslag til lov om patientrettigheder. Notatet er udarbejdet i forbindelse med Det Etske Råds høringsudtalelse af 23.2.1996 og vedlagt denne. Se i øvrigt Jørn Vestergaard: Livstestamenters betydning i dansk ret. *Medicinsk-Rättslig Årsbok 1993/04*. Institutet för Medicinsk Rätt AG 1994; 1979-1992.

gyldigt livstestamente er en særlig erklæring, hvori en fornuftshabil person (testator) tilkendegiver, at vedkommende ikke ønsker at modtage udsigtsløs livsforlængende behandling, hvis den pågældende måtte komme i en tilstand, hvor selvbestemmelsesretten ikke længere kan udøves på anden måde. En fornuftsinhabil person kan ikke oprette et gyldigt livstestamente, lige så lidt som pårørende eller andre stedfortrædere kan gøre dette på vedkommendes vegne.

Bestemmelserne om livstestamenter stod indtil 1998 i lægeloven, hvorefter de ligesom de øvrige bestemmelser om patienters selvbestemmelser blev flyttet over til den nye samlede lov om patienters retsstilling, der indeholder følgende definition af et livstestamente:

§ 17. Enhver [...] ²¹ kan oprette et livstestamente. I livstestamentet kan den pågældende udtrykke sine ønsker med hensyn til behandling, hvis vedkommende måtte komme i en tilstand, hvor selvbestemmelsesretten ikke længere kan udøves af patienten selv.

Stk. 2. I et livstestamente kan optages bestemmelser om, at

1) der ikke ønskes livsforlængende behandling i en situation, hvor testator er uafvendeligt døende, og

2) der ikke ønskes livsforlængende behandling i tilfælde af, at sygdom, fremskreden alderdomssvækkelse, ulykke, hjertestop, eller lignende har medført så svær invaliditet, at testator varigt vil være ude af stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt.

[...]

Et samlet regelsæt om livstestamenter findes i en bekendtgørelse fra Sundhedsministeriet samt et cirkulære og en vejledning fra Sundhedsstyrelsen.²² Den standardformular, som benyttes ved udfærdigelse af livstestamenter, indeholder to punkter.

Livstestamentets punkt 1

For de tilfælde, der er omfattet af den nævnte bestemmelse i lov om patienters retsstilling § 17, stk. 2, nr. 1, bestemmes det i samme paragrafs stk. 5, at testators ønske er bindende for sundhedspersonen, som således har pligt til at rette sig efter testators ønske om undladelse af behandling, hvis patienten er uafvendeligt døende (*livstestamentets punkt 1*).²³ I sådanne tilfælde skal en læge f.eks. afstå fra anvendelse af antibiotika ved en tilstødende lungebetændelse, respiratorbehandling ved åndedrætssvigt eller gennemførelse af en større kræftoperation ved en fremskreden kræfttilstand. Loven forudsætter, at alene bedømmelsen af patientens tilstand kan tillægges betydning, hvorimod andre hensyn – såsom den behandlende læges personlige holdning, pårørendes ønsker, forskningsinteresser eller økonomiske hensyn – ikke må spille ind.

Livstestamentets punkt 2

For de tilfælde, der er omfattet af den nævnte bestemmelse i lov om patienters retsstilling § 17,

²¹ Et livstestamente kan i princippet oprettes af enhver fornuftshabil person over 18 år, jf. lov om patienters retsstilling § 13 modsætningsvis, idet § 9 om varigt inhabile patienter ikke nævnes i bestemmelsen og således ikke finder anvendelse for de særlige tilfælde i lovens kapitel 3, herunder dem der handler om livstestamenter. Indtil 1998 var kravet efter lægelovens tilsvarende bestemmelse, at testator var 'myndig'. Efter den reviderede bestemmelse omfatter retten til at oprette et livstestamente enhver, 'der er fyldt 18 år og ikke er under værgemål, der omfatter personlige forhold, herunder helbredsforhold, jf. værgemålslovens § 5'.

²² Sundhedsministeriet har udsendt bekendtgørelse nr. 663 af 14.9.1998 om livstestamenter. I medfør af denne bekendtgørelse har Sundhedsstyrelsen udsendt cirk. nr. 482 af 1.7.1998 samt vejledning nr. 158 af 15.9.1998 om lægers forpligtelser i forbindelse med livstestamenter m.v.

²³ I bekendtgørelsen om livstestamenter er der i § 3, stk. 3, fejlagtigt kommet til at stå "nr. 2" i stedet for "nr. 1" i henvisningen til gengivelsen (i samme paragrafs stk. 1) af første stykke i LPR § 17. Ud fra sammenhængen ses det dog let, at det er nr. 1, der menes.

stk. 2, nr. 2, bestemmes det i samme paragrafs stk. 5, 2. led, at testators ønske er vejledende for sundhedspersonen og skal indgå i dennes overvejelser (*livstestamentets punkt 2*). Det drejer sig f.eks. om tilstande i forbindelse med svære hjernelidelser, herunder senil demens og afasi, svære lungelidelser og svære rygmarslidelser. Eksemplerne er nærmere beskrevet i Sundhedsstyrelsens vejledning.

I disse tilfælde er behandling ikke udsigtsløs, men forlængelsen af livet vil indebære en tilværelse i meget invalideret tilstand, sådan som der kan være tale om ved igangsættelse af et standset hjerte, når det på grund af den siden hjertestoppet forløbne tid må anses for sikkert, at hjertestoppet allerede har medført svære, uoprettelige skader hos patienten.

En forhåndserklæring er i disse tilfælde *ikke bindende* for den behandlende læge, men blot vejledende. Loven forudsætter, at et sådant livstestamente kun må tilsidesættes, hvor tungtvejende grunde taler herfor. I lægens samlede skøn kan der indgå en række forskellige forhold, herunder sygdommens art og stadium, de foreliggende behandlingsmuligheder, patientens alder og øvrige livssituation, de pårørendes holdning etc. De skønsbeføjelser, som er tillagt lægen i denne forbindelse, er ganske vidtgående og ret ubestemte.

Procedurene i forbindelse med livstestamenter

Sundhedsministeriet har oprettet et *livstestamenteregister*, der er placeret på Rigshospitalet. Oprettelsen af et bindende livstestamente kan kun ske ved, at en person, der er fyldt 18 år, foretager en afkrydsning på en særlig formular udfærdiget af Sundhedsstyrelsen. En utvetydig tilkendegivelse, der ikke er fremkommet på Sundhedsstyrelsens formular, vil i øvrigt kunne tillægges samme virkning som et formelt livstestamente, hvis lægen bliver bekendt dermed.²⁴

Sundhedsstyrelsens formular indgår i en lille folder, som er fremlagt til almen afbenyttelse på alle landets folkebiblioteker og apoteker. Pjecen redegør kortfattet for reglerne og indeholder en side med selve livstestetet. Formularen skal blot afkrydses, underskrives, dateres og indsendes til Livstestamenteregistret af testator, som derefter modtager en bekræftelse på registreringen. Livstestetet træder i kraft tre uger senere. Der opkræves et gebyr på 50 kroner for registreringen.

I tilfælde, hvor en patient er i en situation som beskrevet i følgende lovbestemmelse, er den behandlende læge forpligtet til at undersøge i Livstestamenteregistret, om patienten heri har fremsat ønsker vedrørende behandlingen.

LPR § 17, stk. 4. Såfremt en sundhedsperson, i tilfælde hvor patienten ikke selv er i stand til at udøve sin selvbestemmelsesret, påtænker at iværksætte livsforlængende behandling af en uafvendeligt døende eller påtænker at iværksætte livsforlængende behandling i en situation som nævnt i stk. 2, nr. 2, skal sundhedspersonen kontakte Livstestamenteregistret [...] med henblik på at undersøge, om der foreligger et livstestamente.

Lægens pligt til at kontakte registret gælder nu kun, hvis livsforlængende behandling påtænkes iværksat. Efter de indtil 1998 gældende regler skulle lægen altid kontakte registret, hvilket dog

²⁴ Indtil lovrevisionen i 1998 indeholdt den officielle livstestamenteformular et punkt 3, ved hvilket testator kunne tilkendegive ønske om at blive holdt fri for smerter med medicin i tilfælde af, at vedkommende er uafvendeligt døende, selv om dette skulle medføre risiko for fremskyndelse af dødstidspunktet, den såkaldte dobbelteffekt. En sådan forhåndstilkendegivelse var vejledende, men ikke bindende for lægen. Ved lovrevisionen blev det lagt til grund, at udviklingen i praksis af 'en almindelig lægefaglig norm' havde gjort sådanne forhåndstilkendegivelser overflødige, idet læger nu stort set altid vil anvende de nødvendige midler.

sjældent skete, hvorfor Sundhedsstyrelsen var nødt til at indskærpe de dagældende regler.²⁵ Dette var udtryk for en udvikling i retning af, at lægers skønsmæssige beføjelser til at forholde sig på en måde, der kan fremskynde dødens indtræden, nu i udstrakt grad udøves uafhængigt af, om der foreligger et livstestamente eller ej. Den eventuelle forekomst af et livstestamente kan typisk kun bekræfte, at lægen også efter patientens forhåndsbedømmelse handler rigtigt. Et retligt problem af praktisk betydning opstår nu kun i sjældne tilfælde, hvor der er tvivl om berettigelsen af en aktiv behandlingsindsats, og hvor et livstestamente ville kunne gøre udslaget. Ugentligt modtager registret typisk kun et par henvendelser fra behandlende læger.

Et livstestamente kan altid tilbagekaldes med en skriftlig og utvetydig erklæring til livstestamenteregistret. I forbindelse med en aktuel sygdomssituation kan testamentet formløst tilbagekaldes med en utvetydig tilkendegivelse, f.eks. til den behandlende læge.

Pr. 9. november 1999 havde 73.772 personer ladet sig optage i Rigshospitalets Livstestamenteregister. Dette er næsten tre gange så mange som antallet af medlemmer i den nu nedlagte Landsforeningen Mit Livstestamente. Der er dagligt 10-20 personer, der opretter livstestamente. Af disse er de fire femtedele fyldt 45 år. En betragtelig andel af mennesker i de ældre aldersklasser opretter altså livstestamente. Kvinder gør det dobbelt så ofte som mænd.

3.3. Betydningen af lovbestemmelserne om selvbestemmelse

Indførelsen i 1992 af lovreglerne om informeret samtykke og livstestamenter skabte større klarhed over retstilstanden, men betød ikke drastiske ændringer i forhold til den umiddelbart forudgående retstilstand eller efterhånden udviklede behandlerholdninger. To årtiers offentlige og faglige debat havde allerede gradvist bevirket et markant skift. Mange lægers fagetiske standarder for god lægeskik havde længe bygget på den holdning, at udsigtsløs behandling aldrig iværksættes, uanset om der foreligger et livstestamente eller ej. Det må dog antages, at lovdebatten og den større klarhed, som de nye regler indebar, var af væsentlig betydning med henblik på at fremme sådanne behandlerholdninger og skabe større ensartethed i praksis.

Samtidig kan lovgivningen om selvbestemmelse og livstestamenter have bidraget til at skabe en væsentlig risiko for underbehandling af patienter, som ikke er uafvendeligt døende, men som på grund af alderdomssvækkelse eller invaliditet er ude af stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt.²⁶

4. TILVALG AF EN BESTEMT YDELSE FRA SUNDHEDSVÆSENET

4.3. Lindring af terminale patienters lidelser ('dobbelteffekten')

Der kan i Danmark anvendes lindrende midler, hvis en patient er uafvendeligt døende, selv om dette kan medføre fremskyndelse af dødstidspunktet. Den generelle bestemmelse om lindring af terminalt syges lidelser står nu i lov om patienters retsstilling.

LPR 16, stk. 3. En uafvendeligt døende patient kan modtage de smertestillende, beroligende eller lignende midler, som er nødvendige for at lindre patientens tilstand, selv om dette kan medføre fremskyndelse af dødstidspunktet.

²⁵ Sundhedsstyrelsens cirk.skr. af 30.6.1994 om livstestamenteregistret.

²⁶ Se således Moe & Schroll, *ibid.*

I forarbejderne til lovreglerne antages det, at lægen efter omstændighederne ligefrem kan være forpligtet til at indgive lindrende midler med eventuel dobbelteffekt.²⁷ Det fremgår ikke, hvad det skulle være for tilfælde, men det må antages, at der er tænkt på situationer, hvor patienten er i særlig grad forpint.

Hvis patienten er *fornuftshabil*, forudsætter lovligheden af at anvende smertestillende midler med eventuel dobbelteffekt, at de almindelige regler om information og samtykke iagttages. Hvis patienten er bevidstløs eller på anden måde uden fornøden habilitet, beror brugen af smertestillende midler på den behandelende læges skønsmæssige afgørelse.

Spørgsmålet om rækkevidden af bestemmelsen om dobbelteffekten er ikke drøftet særlig indgående i lovreglernes forarbejder.

I sundhedsfaglige kredse har den fejlagtige forestilling gjort sig gældende, at selv omhyggeligt tilrettelagt smertebehandling med opioider indebærer væsentlig risiko for, at patienten vil komme til at lide under alvorlige åndedrætsvanskeligheder, som kan fremskynde døden. I de seneste år har særligt sagkyndige imidlertid påpeget, at der reelt kun er en ubetydelig risiko for at fremkalde åndedrætsvanskeligheder, som kan skade patienten eller fremskynde døden, hvis smertebehandlingen udføres omhyggeligt. Risikoen er kun til stede i sjældne tilfælde, hvor en patient får pludseligt opståede, meget svære smerter, der gør anvendelse af store doser opioider påkrævet. Det er kun i sådanne ekstraordinære situationer, at reglerne om dobbelteffekten har umiddelbar praktisk og principiel betydning. Både i litteraturen og i praksis har der imidlertid været en åbenbar tilbøjelighed til at give disse regler et meget bredere anvendelsesområde, end der er dækning for i kliniske erfaringer.

Indgivelse af lindrende midler med potentiel dobbelteffekt er kun lovlig, hvis indsatsen ikke tilsigter at føre til patientens øjeblikkelige død. Det vil være retsstridigt at iværksætte en mekanisk og kontinuerlig optrapning af en sådan medicinering. Hvis det primære formål med en sådan foranstaltning er at afkorte patientens liv, må forholdet i princippet bedømmes som forsætligt manddrab. Det vil dog kunne være vanskeligt at føre bevis for det fornødne forsæt hertil. Lægen skal imidlertid altid foretage en – konkret, omhyggelig og samvittighedsfuld – vurdering af patientens tilstand og udsigterne til bedring samt mulighederne for behandling. For tilsidesættelse af denne pligt kan en læge ifalde strafansvar efter lægeloven for 'grovere eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed i udøvelsen af sit kald'.²⁸ Mindre graverende forhold kan bevirke kritik fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

I en spørgeskemaundersøgelse blandt danske læger oplyste et meget stort antal af de adspurgte, at de havde anvendt morfin i livsforkortende doser med henblik på smertelindring. Tre fjerdedele havde foretaget en sådan behandling med patientens samtykke og halvdelen uden samtykke.²⁹ Resultaterne af undersøgelsen er ikke entydige, men de er egnede til at rejse tvivl såvel om lægernes kundskabsniveau som om deres holdninger.

Det har i den offentlige debat været fremført, at det på visse sygehusafdelinger skulle forekomme, at patienter, der bedømmes som uafvendeligt døende, indgives morfin ved drop, således at dosis forøges efter et på forhånd fastlagt skema, indtil patienten er afgået ved døden. Det er blevet hævdet, at noget sådant på visse afdelinger skulle være endog fast praksis, og at dosis i sådanne

²⁷ Bet. 1184/1989 s. 97

²⁸ Jf. lægelovens § 18.

²⁹ Anna P. Folker *et al.*: Experiences and Attitudes Towards End-of-Life Decisions Amongst Danish Physicians *Bioethics* 1996; 10: 233-249. Undersøgelsen er også af rapporteret af Michael Norup *et al.*: *Nordisk Medicin* 1998; 113: 240-244.

tilfælde mekanisk fordobles med faste tidsintervaller, f.eks. hver fjerde time.

En tiendedel af de adspurgte læger i den nævnte spørgeskemaundersøgelse oplyste, at de uden information til hverken patienten eller de pårørende havde anvendt morfin i livsforkortende doser større end nødvendigt for smertelindring. De andre ni tiendedele af de adspurgte tog afstand fra en sådan praksis, og de fleste fastholdt denne indstilling også for det tilfælde, at praksis blev lovlig (83%).³⁰

Sundhedsstyrelsen tog for få år siden afstand fra sådanne praktikker i forbindelse med en konkret sag, som var rejst af pårørende til en 80-årig hospitalsindlagt kræftpatient, som ved sin død var i behandling med morfindrop. Dosis blev fordoblet hver 8. time, indtil patienten døde knap halvandet døgn senere. Journaltilførslerne var mangelfulde, således at det var uklart, hvilke læger, der havde deltaget i forskellige afgørende beslutninger, og på hvilke præmisser beslutningerne var taget.

I en udtalelse til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn tilkendegav Sundhedsstyrelsen bl.a., at nogle af de ansvarlige læger havde udvist manglende omhu ved at have ordineret 'en betydelig og ubegrundet stigning i behandlingsdosis', henholdsvis 'en fordobling af morfindrop, uden at der var tale om terapistyring efter tilstanden'. Hertil kom manglende omhu med journalføringen. Patientklagenævnet fandt, at patienten på tidspunktet for beslutningen om morfindrop havde været uafvendeligt døende, og at der havde været grundlag for beslutningen. Nævnet traf imidlertid afgørelse om, at lægeloven var overtrådt, fordi der ikke gjort fornødne tilførsler til journalen.

Efterfølgende udsendte Sundhedsstyrelsen i december 1995 en vejledning om morfindrop.³¹

Det understreges i Sundhedsstyrelsens vejledning, at anvendelse af morfindrop kan komme på tale som sidste udvej (*ultimum refugium*), hvis andre indgiftsmetoder ikke kan anvendes. Det indskræpes tillige, at beslutningen om at behandle med morfindrop skal fremgå af journalen med angivelse af behandlingsindikation samt dosisberegning. Der skal ske en løbende beskrivelse af patientens tilstand i journalen, hvor også enhver dosisændring skal begrundes og noteres. Vejledningen angiver retningslinier for dosisberegning og understreger i forlængelse heraf, at dosis ikke må øges automatisk, men kun efter individuelt behov.

Der er næppe tvivl om, at Sundhedsstyrelsens vejledning har bidraget til at dæmme op for tendenserne til for vidtgående tolkninger af lovens bestemmelser. Vejledningen giver imidlertid ingen nærmere anvisninger på, hvornår mindre drastiske indgiftsmåder er utilstrækkelige eller uhensigtsmæssige. Det kan især dreje sig om indgift af opioider i underhuden (*subkutant*) frem for direkte i blodbanen (intravenøst). Vurderingen af indikationer for disse alternativer ud fra patientens tilstand er stadig overladt helt til et individuelt lægefagligt skøn. Det påpeges som nævnt, at morfindrop er sidste udvej, men det anføres ikke, at der kun i ekstraordinære situationer vil være anledning til og behov for at ty til anvendelse heraf med henblik på lindring af smerte eller angst. I øvrigt oplyses det ikke i Sundhedsstyrelsens vejledning, at der ved en omhyggeligt udført behandling med morfindrop normalt kun vil være ubetydelig risiko for at fremkalde åndedrætsvanskeligheder, som kan fremskynde døden, og at det således vil være påfaldende, hvis det regelmæssigt forekommer, at patienter på en afdeling dør efter kort tids hastigt optrappede doser af opioider i drop. Endelig savnes der i Sundhedsstyrelsens vejledning en angivelse af kriterier for, hvornår en patient kan bedømmes som terminal, dvs. uafvendeligt døende.

³⁰ *Ibid.*

³¹ Sundhedsstyrelsens vejledning af 6.12.1995 vedrørende kontinuerlig intravenøs opioidinfusion til terminale patienter.

Lægeforeningens hovedbestyrelse har i en skarpt kritisk udtalelse³² anført, at Sundhedsstyrelsens vejledning er behæftet med faktuelle fejl og i sin grundtanke er i strid med intentionerne bag lovreglerne. Morfindropbehandling efter vejledningens retningslinier vil kunne opfattes som starten på legalisering af aktiv dødshjælp. Vejledningen tager ikke tilstrækkelig højde for, at en palliativ indsats altid kræver individuel stillingtagen, men indeholder præcise anvisninger på doseringer, der savner videnskabelig begrundelse. I pressen har lægeforeningens formand ligefrem betegnet vejledningen som en 'køgebog' i aktiv dødshjælp. Den fokuserer ensidigt på en enkelt facet af palliativ behandling og kan medføre en hyppigere anvendelse af intravenøs opioidinfusion som accepteret behandlingsform, blot den opstillede doseringsvejledning følges. Det er i øvrigt meningsløst, når der i vejledningen sondres mellem 'terminal fase' og 'helt terminal fase'. Lægeforeningen fandt, at vejledningen burde trækkes tilbage eller i hvert fald suppleres, hvilket dog ikke er sket.

5. Om 'aktiv' dødshjælp – drab efter begæring/hjælp til selvmord

5.1. Indledning

I det foregående er der redegjort for den form for dødshjælp, der består i, at livsforlængende behandling undlades, hvorved døden i mange tilfælde indtræder tidligere, end det ellers ville have været tilfældet. Der forekommer imidlertid også tilfælde, hvor dødstidspunktet for alvorligt syge patienter ikke kan forventes fremskyndet ved undladelse af behandling. I sådanne tilfælde må patientens liv ikke afkortes ved andres aktive indblanding, heller ikke selv om patienten tilkendegiver et ønske om at blive hjulpet til at dø. Dette forbud gælder, uanset om behandling er udsigtsløs, og patienten allerede er døende. Lægen har således ikke lov til at fremskynde dødens indtræden ved f.eks. også at indgive patienten en dødelig indsprøjtning med en morfinopløsning. Det følgende eksempel kan illustrere situationen for en døende patient med svære lidelser.

En kvinde har i mere end tyve år gentagne gange været indlagt på sygehus på grund af en fremadskridende og meget smertefuld ledsygdom. De seneste år har hun konstant ligget i sengen, da hun er ude af stand til at gå. Hun får dagligt smertestillende indsprøjtninger. Hun har flere gange bedt om at blive hjulpet til at dø. En dag spiser hun en overdosis sovepiller og tager afsked med familien. Inden tabletterne har nået at virke, indlægges hun på sygehuset. Tre dage senere vurderer overlægen, at hun næppe vil kunne leve yderligere et døgn til trods for en meget intensiv behandling. Det er åbenbart, at hun lider meget. Halvandet døgn senere er hun stadig i live.³³

Der er ikke noget forbud mod at forsøge selvmord, hvilket nogle alvorligt syge patienter vil kunne inddrage sig på. Andre har imidlertid som følge af deres sygdom ikke denne mulighed, eller kan kun benytte sig af den med udtalt besvær, f.eks. ved spisevægring, således som følgende sag er et eksempel på.

En 56-årig plejehjemspatient lider af en sjælden nervesygdom, *olivopontocerebellar atrofi*, som viser sig ved en tiltagende degeneration af nerveceller i bestemte områder i hjernen, og som medfører svære funktionsnedsættelser, bl.a. lammelser i alle lemmer og alvorligt talebesvær. Patienten ønsker at dø, men er ikke i stand til umiddelbart at berøve sig selv livet. I et par måneder har patienten nu nægtet at tage imod næring eller medicin og indtager kun en lille smule væske. Sygdommen er i den seneste tid

³² Torben Pedersen: Første skridt mod aktiv dødshjælp. Udtalelse fra Den Almindelige Danske Lægeforening vedrørende Sundhedsstyrelsens vejledning vedrørende intravenøs opioidinfusion til terminale patienter. *Ugeskrift for Læger* 1996, 158; . 634-635.

³³ Omstændighederne i en konkret sag som denne bevirkede, at kvindens voksne børn kvalte hende med et lagen og blev idømt 3 måneders betinget fængsel for drab efter begæring (Roskilde byrets dom af 20. december 1971). Sagen er omtalt i bet. 1184/1989 s. 16 f.

forværret, og patienten er ikke længere i stand til at tale med sin mand. Patienten virker ikke psykotisk. Hun kan meddele sig ved håndtryk.³⁴

Selv om en person måtte være fysisk i stand til at gennemføre et selvmord, så kan forsøg herpå mislykkes, og omstændighederne i forbindelse med selvmord er altid stærkt belastende for såvel den pågældende selv som omgivelserne. Dette kan være problematisk f.eks. for visse patienter med cancer, dissemineret sclerose eller AIDS i et tidligt stadium. Patienten har måske det ønske at ende sit liv, før sygdommen når et så fremskredent udviklingstrin, at den medfører udtalt svækkelse og forfald. Også en svært invalideret person kan være i denne situation, f.eks. hvis vedkommende er lammet på grund af en rygmærsskade og varigt ude af stand til at tage vare på sig selv. Efter nogles opfattelse skal sådanne patienter ikke være henvist til selvmordsmuligheden, men under visse forudsætninger kunne modtage aktiv dødshjælp. Efter andres mening burde det også være lovligt for en læge at yde hjælp til selvmord eller selv at afkorte en alvorligt og uhelbredeligt syg patients liv, hvis patientens sygdom og lidelser er af psykisk art. Et eksempel på et sådant tilfælde kunne være følgende.

En mand lider af stærke depressioner og giver jævnligt udtryk for, at han er træt af livet. Han har et ikke ubetydeligt spiritusforbrug og har tidligere været indlagt på psykiatrisk hospital. For halvanden måned siden har han forsøgt selvmord. Han vil gerne have et middel, hvormed han kan tage livet af sig.³⁵

Ingen betydende dansk parlamentariker, endsize noget politisk parti har til dato haft lovgivning af aktiv dødshjælp på sit program. Der har ikke i Folketinget været fremsat forslag om hel eller delvis afkriminalisering af hjælp til selvmord eller drab efter begæring. De lægelige og sygeplejefaglige organisationer har i mange sammenhænge taget klart afstand fra noget sådant. Det samme gælder for næsten alle medlemmer af Det Ethiske Råd.³⁶

Samtykke gør ikke drab straffrit, og også medlidenhedsdrab er strafbart, som udgangspunkt som forsætligt manddrab efter strfl. § 237. Dette gælder, uanset om forholdet udøves af en læge, et familiemedlem eller en anden.

Straffeloven indeholder imidlertid to mildere bestemmelser, der omhandler hjælp til aktiv afkortning af en andens liv efter vedkommendes eget ønske, se det følgende afsnit.

5.2. Drab efter begæring

En forsætlig drabshandling, der foretages efter den dræbtes utvetydige anmodning, bedømmes efter en lempeligere strafferamme end de former for drab, der kan henføres under den almindelige bestemmelse om forsætligt manddrab:

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

Som tidligere omtalt kan en fornuftshabil patient afvise livsforlængende behandling, men adgangen til at afbryde en allerede påbegyndt behandling er snævrere end adgangen til at undlade påbegyndelse af samme behandling. Patienten har ikke krav på afbrydelse af en behandling, hvis

³⁴ Sagen er omtalt i bet. 1184/1989 s. 40 ff.

³⁵ Se afgørelsen i *Ugeskrift for Retsvæsen* 1991.48 Ø.

³⁶ Det Ethiske Råd, *Dødshjælp? En redegørelse*. København 1996. Redegørelsens Del V indeholder en mindretalsudtalelse, hvori et enkelt af sytten medlemmer argumenterer for en lovgivning af aktiv dødshjælp.

efterkommelse af patientens begæring vil bevirke, at den pågældende umiddelbart eller i løbet af meget kort tid afgår ved døden. En læge, der efterkommer en patientens anmodning herom, vil efter omstændighederne kunne ifalde strafansvar for drab efter begæring. Dette er lagt til grund i forarbejderne til de gældende regler.³⁷ Der kan imidlertid gøre sig en vis usikkerhed gældende om, hvad der må betragtes som 'afbrydelse' henholdsvis 'undladelse af at påbegynde' en behandling. Justitsministeriets arbejdsgruppe nævnte som eksempel herpå, at regelmæssig indgivelse af et livsnødvendigt medikament – som f.eks. insulin til en svært sukkersyg eller en penicillinkur til en ældre person med lungebetændelse – kan ansues enten som én fortløbende behandling eller som en serie af enkeltbehandlinger.³⁸

Hvis en læge indgiver en patient kraftige smertestillende midler – typisk morfin – kan følgen blive en afkortning af patientens liv. Hvis lægens handling foretages med forsæt til at dræbe patienten, vil lægen kunne ifalde strafansvar, enten for forsætligt manddrab eller – efter omstændighederne – for drab efter begæring. Som tidligere nævnt er lægen imidlertid berettiget til at anvende lindrende midler, hvor patienten er uafvendeligt døende, selv om dette kan medføre fremskyndelse af dødstidspunktet.

5.3. Hjælp til selvmord

Den anden af de to nævnte bestemmelser i straffeloven vedrører ikke drab af en anden, men medvirken til en andens selvmord. Den, der ønsker at dø, foretager her selv det afgørende for at afkorte sit liv. Dette er i sig selv straffrit, hvilket medvirken hertil imidlertid ikke er:

Strfl. § 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.

Begrundelsen for at straffe hjælp til selvmord skal findes i den betragtning, at den kan bidrage til at forhindre fuldbyrdelsen af selvmord, der ellers ville være blevet opgivet eller mislykkedes. Efter bestemmelsens forarbejder er også psykisk medvirken i form af anstiftelse strafbar.

Som eksempel fra nyere praksis på en domfældelse for hjælp til selvmord kan nævnes en afgørelse om en mand, der overlod sin nervesvækkede og stærkt deprimerede ven en revolver med ét skud i tromlen uagtet en bestemt formodning om, at vennen ville benytte revolveren til at berøve sig livet, hvilket vennen faktisk gjorde.³⁹

Hvis et egenhændigt selvmordsforsøg videreføres af en anden person, vil hjælperens forhold kun i helt specielle tilfælde kunne blive bedømt efter den lempelige bestemmelse om hjælp til selvmord i stedet for som forsætligt manddrab. Det kan næppe antages, at den lempelige bedømmelse vil blive anlagt, hvis det er en læge, der griber ind i et sådant forløb og fuldfører det. Et selvmordsforsøg bedømmes i øvrigt ikke i sig selv som en bestemt begæring, der bevirker, at et drab henføres under den tidligere omtalte bestemmelse om drab efter begæring.

5.4. Adgangen til lempelse ved strafudmåling og i påtalepraksis

Den almindelige bestemmelse om forsætligt manddrab såvel som den mildere bestemmelse om

³⁷ Jf. Sundhedsministeriets bemærkninger til lovforslaget L 128 af 27.11.1991 med henvisning til bet. 1184/1989, se her især s. 51 ff. og 112 f.

³⁸ Bet. 1184/1989 s. 51.

³⁹ *Ugeskrift for Retsvæsen* 1978.868 Ø.

drab efter begæring angiver lovbestemte mindstestrafte på henholdsvis fængsel i 5 år og hæfte i 60 dage. Dette er dog ikke til hinder for en betydelig nuancering af bedømmelsen i praksis af forskellige forholds strafværdighed. De almindelige regler om strafudmåling gør det ved udnyttelse af adgangen til strafnedsættelse eller strafbortfald muligt at fastsætte en helt symbolsk straf, og der vil endog kunne blive tale om, at anklagemyndigheden helt undlader påtale.

Ud fra en samlet samfundsmæssig bedømmelse vil sådanne lempelser i forbindelse med afkortning af en nærtståendes liv kunne give en tilfredsstillende udgang på sagen. For en læge, der har sin faglige integritet og måske sit levebrød på spil, vil sådanne lempelser dog ikke altid være (næsten) lige så tilfredsstillende som straffrihed, i hvert fald ikke hvis der er udsigt til at stå over for problemstillingen gentagne gange.

I forbindelse med overvejelserne vedrørende lempelser i den strafferetlige bedømmelse vil der kunne lægges afgørende vægt på, om lovovertræderens bevæggrunde var uegennyttige, herunder om det reelle motiv faktisk var medlidenhed, samt på i hvilken grad, lovovertræderen handlede under indflydelse af den syges tilkendegivelser eller andet pres. Der er således ikke i dansk ret noget lovteknisk behov for en særlig bestemmelse om medlidenhedsdrab, sådan som det forekommer i den norske straffelov.

I forbindelse med en domfældelse for et medlidenhedsdrab vil det kunne være nærliggende at benytte den hjemmel, der findes til at *nedsætte straffen* under det normale minimum, eller at lade straffen helt *bortfalde*. Dette vil typisk kunne ske ved at henføre forholdet under den almindelige, meget rummelige lempelsesregel i strfl. § 85.

Strfl. § 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.

Også en særlig lempelsesregel vedrørende forhold, der må bedømmes på baggrund af den skyldiges særlige afhængighed af en anden, vil eventuelt kunne benyttes til strafnedsættelse eller -bortfald:

Strfl. § 84, stk. 1, nr. 5. Den for en strafbar handling i loven foreskrevne straf kan nedsættes [...] når nogen ved sit afhængighedsforhold til en anden eller ved trussel om betydelig skade har ladet sig bevæge til gerningen [...]

Stk. 2. I de under nr. 1-6 omhandlede tilfælde kan straffen under i øvrigt formildende omstændigheder bortfalde.

Yderligere hjemmel til strafnedsættelse findes i straffelovens almindelige regler om strafbart forsøg, som bl.a. kan finde anvendelse, hvis det ikke kan bevises, at et forsætligt forhold var årsag til patientens død, der efter bevisførelsen i det konkrete tilfælde lige så vel kunne være indtrådt af naturlige eller andre årsager.

Et eksempel på en sådan dom findes i en lidt ældre nævningeafgørelse om en læge, der efter sin hustrus selvmordsforsøg gav hende en stor dosis morfin under hendes bevidstløshed ved en efterfølgende hospitalsindlæggelse.⁴⁰

En lempelse i forhold til de straffe, som omtales i bestemmelserne om de nævnte forbrydelser, kan altid ske ved at benytte den almindelige adgang til at anvende *betinget dom*.

Som eksempel på en sådan afgørelse kan nævnes en byretsdom vedrørende pårørendes drab efter

⁴⁰ *Ugeskrift for Retsvæsen* 1955.551 V.

begæring af en kvinde med en meget smertefuld ledsygd. ⁴¹

Delvis betinget dom blev anvendt i en nyere byretsafgørelse vedrørende en sygeplejerske, ansat som plejehjemsleder, der gav en 91-årig døende plejehjemsbeboer en dræbende indsprøjtning. ⁴²

Udover de allerede omtalte lempelsesmuligheder vil der i sager om medlidenhedsdrab i et vist omfang være mulighed for, at anklagemyndigheden helt undlader at rejse påtale ved i stedet at meddele et *tiltalefrøfald*. Det antages imidlertid, at påtale næppe kan undlades i tilfælde, hvor det er en læge, en sygeplejerske eller andet sundhedspersonale, der med føje er sigtet for at have ydet strafbar dødshjælp. ⁴³

Det forhold, at grænsedragningen mellem det strafbare og det straffri område i visse henseender er skønsmæssig, bevirker imidlertid en udtalt tilbageholdenhed fra sundhedsmyndighedernes og anklagemyndighedens side i forbindelse med tiltalerejsning. Der vil i forbindelse med overvejelserne om *påtaleopgivelse* blive lagt afgørende vægt på, om lægens forhold ligger inden for det område, som Retslægerådet eller Sundhedsstyrelsen vil karakterisere som almindelig lægepraksis. Som følge af det særlige pligtforhold, der består mellem en behandlende læge og en patient, antages det dog, at der alt andet lige kan være grund til at anlægge en strengere strafferetlig vurdering af ulovlig lægelig dødshjælp end af forhold udøvet af andre.

6. Sammenfatning vedrørende dansk ret om lægelig dødshjælp

I det danske sundhedsvæsen er svært syge patienter nu til dags sikret en ganske vidtgående adgang til at dø 'en værdig død'. Patienterne og de ansvarlige læger har fået beføjelser til at fravælge udsigtsløs behandling og til at anvende nødvendige lindrende midler, selv om patientens liv dermed afkortes. Patienter kan til og med fravælge behandling, som ikke er udsigtsløs, og som måske endog med stor sikkerhed og forholdsvis ringe belastning vil medføre overlevelse.

Lovgivningsmagten har fastslået, at en patient kan afvise livsforlængende behandling såvel i en aktuel sygdomssituation som forudgående (ved et livstestamente). Patientens selvbestemmelsesret skal næsten altid respekteres, idet et livstestamente dog kun er bindende, hvis patienten er uafvendeligt døende. I tilfælde af svær invaliditet, hvor patienten varigt er ude af stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt, er en sådan forhåndserklæring vejledende.

I tilfælde, hvor en uafvendeligt døende patient ikke har tilkendegivet, at vedkommende afviser livsforlængende behandling, har den ansvarlige læge vidtgående beføjelser til at træffe valg, der kan indebære en vis afkortning af patientens liv. Lægen kan således undlade behandling, som kun kan udskyde dødstidspunktet. Lægen kan desuden anvende lindrende midler, som kan medføre fremskyndelse af dødstidspunktet.

Patientens egne ønsker skal altså tillægges afgørende vægt. Hvis patienten ikke er i stand til at udøve nogen selvbestemmelsesret, lægges der betydelig vægt på et princip om at gøre den sidste del af patientens tilværelse så god som muligt.

De foreliggende oplysninger tyder på, at man i sundhedsvæsenet i det væsentlige efterlever lovens intentioner om at undgå 'overbehandling' af uafvendeligt døende. Tilsyneladende forekommer der dog en vis variation i praksis. Der er således både rapporteret om tendenser i retning af, at læger på visse afdelinger udviser overdreven forsigtighed med fravalg af behandling, og tendenser i den modsatte retning. Indførelsen af lovregler om selvbestemmelse,

⁴¹ Den i note 28 nævnte dom.

⁴² Brønderslev rets dom af 28.9.1987, omtalt i bet. 1184/1989 s. 18 og 19.

⁴³ Jf. bet. 1184/1989 s. 23 f.

informeret samtykke, livstestamenter og visse former for lovlig dødshjælp samt den almindelige holdningsændring blandt læger indebærer efter nogle fagfolks opfattelse en risiko for 'underbehandling' af nogle patienter. Desuden har der været forskellige oplysninger fremme, som tyder på, at der i et vist omfang ligefrem forekommer brug af lindrende midler til forsætlig afkortning af svært syge patienters liv på en måde, som der ikke er dækning for i lægelovens regler. Sundhedsstyrelsens vejledning fra december 1995 om morfindrop har formentlig delvis bremset udøvelsen af sådanne praktikker.

Hvis en læge går ud over de beføjelser, som er fastlagt i lægeloven, kan der blive tale om strafferetligt ansvar.

Drab af en svært syg person er strafbart, også selv om gerningsmandens motiv er medlidenhed med patienten. Med henblik på tilfælde, hvor der foreligger en bestemt begæring fra patienten, eller hvor der er tale om hjælp til patientens selvmord, er der fastsat særligt lempelige strafferammer, ligesom der efter omstændighederne vil kunne blive tale om anvendelse af betinget dom, strafbortfald, tiltalefrafald eller påtaleopgivelse. Der er ikke i Danmark forekommet tilfælde, hvor en læge er blevet dømt for drab efter begæring eller hjælp til selvmord. I begyndelsen af 1980'erne blev en overlæge frikendt i en dengang meget omtalt nævningesag om forsætligt manddrab på en kræftpatient, som han, efter at have udtaget af respirator, indgav flere indsprøjtninger af morfinopløsning, hvorefter patienten afgik ved døden femten-tyve minutter efter den sidste indsprøjtning.⁴⁴ I den verserende Plejebø-sag er den faste læge for et plejehjem bl.a. tiltalt for fem tilfælde af uagtsomt manddrab, mens alle tiltalepunkter er frafaldet mod den tidligere plejehjemsassistent, som i oktober 1997 blev sigtet for 22 tilfælde af manddrab i form af aktiv dødshjælp. Da en del af sagen stadig verserer, skal den ikke her gøres til genstand for yderligere omtale.

Det Ethiske Råd har anbefalet at fastholde den grænse, som kendes i dag, fremfor at lovliggøre yderligere former for dødshjælp. I klinisk praksis er der ganske givet en gråzone, og der er ikke tvivl om, at ulovlig lægelig dødshjælp i praksis forekommer i et eller andet ikke nærmere kendt omfang. Det er næppe grund til at bestride, at det i visse tilfælde kan være etisk rigtigt at udøve aktiv dødshjælp, hvorfra man imidlertid ikke kan foretage slutninger om den rette juridiske grænsedragning. Der kan gives vægtige begrundelser for, at lovgivningsmagten her i landet principielt set har foretaget en sondring mellem lovlige og ulovlige former for dødshjælp på fornuftig vis, og det må tages i betragtning, at gråzoneproblematikken ikke ville forsvinde ved en lovliggørelse af visse andre former for lægelig dødshjælp end de nu tilladte, men blot forskydes.⁴⁵

⁴⁴ Afgørelsen er omtalt i *Ugeskrift for Retsvæsen* 1982.1022 H, der i øvrigt angår et formiddagsblads overtrædelse af rpl. § 1017, stk. 2, nr. 3, ved under domsforhandlingen i drabssagen at have tilkendegivet, at den tiltalte burde frifindes.

⁴⁵ Se nærmere kapitlerne 8-10 i den tidligere omtalte redegørelse *Dødshjælp?*