

Folketingets Sundhedsudvalg



Folketingets Sundhedsudvalg har den 16. september 2009 stillet følgende spørgsmål nr. 752 (alm. del) til ministeren for sundhed og forebyggelse, som hermed endeligt besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Helge Adam Møller (K).

Spørgsmål nr. 752:

'Ministeren bedes sende udvalget en redegørelse for de regler, der er gældende i henholdsvis Holland og Belgien for aktiv dødshjælp, og oplyse om indhentede positive/negative erfaringer med disse ordninger.'

Svar:

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har anmodet Udenrigsministeriet om en redegørelse for de gældende regler for aktiv dødshjælp i Nederlandene samt erfaringerne hermed.

Udenrigsministeriet har ved den danske ambassade i Haag fremsendt tre rapporter med titlerne "Euthanasia – the Netherlands' new rules", "FAQ Euthanasia 2008 – A Guide to the Dutch Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act – April 2002" og "Evaluation – Summary, Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act". De af ambassaden fremsendte rapporter vedlægges. Ambassaden har endvidere fremsendt nedenstående svar, hvortil jeg kan henholde mig:

"Nederlandene indførte ved "Lov om afslutning af liv efter anmodning, samt assisteret selvmord" af 1. april 2002 en undtagelse til det strafferetlige forbud mod aktiv dødshjælp ved at tillade læger at praktisere dette under omfattende betingelser. Loven har baggrund i en tidligere etableret praksis på området, herunder bl.a. ved en ikke-strafforfølgelsesaftale af november 1990 mellem lægeforeningen og Justitsministeriet.

Formålet med loven er at gøre brugen af aktiv dødshjælp mere transparent, harmonisere og præcisere reglerne herfor samt sikre den bedst mulige behandling af patienter, der lever med uudholdelige smerter og ønsket om en værdig død. Aktiv dødshjælp skal forstås som "en læge, der tager livet af en svært lidende patient, der selv anmoder lægen herom".

Aktiv dødshjælp er formelt stadig at anse som en forbrydelse, men den nederlandske straffelov undtager læger, der fuldt ud møder de omfattende kriterier, som loven fra 2002 opstiller. Formålet hermed er bl.a. at sikre, at lægerne ikke længere skal føle sig som kriminelle, når de udfører aktiv dødshjælp, men derimod kan håndtere anmodninger fra patienter herom med åbenhed og ærlighed.

Ifølge loven fra 2002 skal læger for at undgå at ifalde strafansvar imødegå følgende kriterier:

Slotsholmsgade 10-12  
DK-1216 København K  
Tlf. +45 7226 9000  
Fax. +45 7226 9001  
E-mail [sum@sum.dk](mailto:sum@sum.dk)  
Hjemmeside [www.sum.dk](http://www.sum.dk)

Dato: 30. november 2009  
Sags nr.: 0907385  
Sagsbeh.: SUMC-  
VA/Sundhedsjuridisk center  
Dok nr.: 130823

1. Være overbevist om, at der foreligger en frivillig, velovervejet og gentagen anmodning fra patienten.
2. Være overbevist om, at patienten lider under vedvarende, uudholdelige smerter (subjektiv vurdering) og hvor der efter et lægeligt, medicinsk skøn ikke er udsigt til forbedring af patientens tilstand.
3. Have informeret patienten om dennes situation og fremtidsudsigter.
4. Have diskuteret situationen med patienten og i fællesskab have nået den slutning, at der ikke er nogen anden ansvarlig løsning eller alternativ medicinsk behandling (objektiv vurdering).
5. Have konsulteret mindst én anden uafhængig psykolog/læge, der ud fra personlig kontakt med patienten når til samme resultat i forhold til kriterierne 1-4.
6. Have udført korrekt, medicinsk behandling i forbindelse med afslutningen af patientens liv eller i assistancen af patientens selvmord.
7. Have informeret de rette myndigheder om den unaturlige årsag til patientens død.

Med uudholdelige lidelser sigtes først og fremmest til fysiske smerter/lidelser. Hvor en patients anmodning om at modtage aktiv dødshjælp ikke primært skyldes dennes fysiske tilstand, vil det næsten være umuligt at vurdere, hvorvidt anmodningen er fremsat både frivilligt og velovervejet. I disse tilfælde bør den praktiserende læge konsultere ikke blot én, men to uafhængige specialister, hvor i det mindste én af dem er uddannet psykiater. Disse specialister skal personligt undersøge og interviewe patienten. I de fleste tilfælde vil sagen ende hos anklagemyndigheden, hvorefter det vil være op til retten at vurdere nødvendigheden af brugen af aktiv dødshjælp i det pågældende tilfælde.

I tillæg hertil anses demenslidelse heller ikke i sig selv for at være grund til at udføre/modtage aktiv dødshjælp. For nogle mennesker anses sådanne lidelser dog som tab af både personlighed og værdighed, hvorfor nogen vælger at oprette erklæringer om at modtage aktiv dødshjælp i sådanne tilfælde. Sådanne erklæringer må vurderes individuelt i forhold til personens tilstand samt udsigten til medicinsk behandling.

Loven af 2002 anerkender både mundtligt fremsatte anmodninger og skriftlige erklæringer om aktiv dødshjælp. De skriftlige erklæringer anvendes i tilfælde af, at patienten ikke længere er i stand til at fremsætte sit ønske f.eks. på grund af koma. Erklæringen skal som udgangspunkt vægtes meget tungt som værende udslag for patientens seriøse og velovervejede holdning, men kan aldrig erstatte lægens eget skøn, herunder særligt hvis lægen har grund til at tro at patienten var inhabil på tidspunktet for erklæringens tilblivelse. Uden for lovens anvendelsesområde falder herved patienter, der ikke har oprettet denne særlige erklæring og kommer i en tilstand, hvor de ikke længere kan give udtryk for dette ønske.

I Nederlandene har patienter ingen definitiv ret til at modtage aktiv dødshjælp, hvoraf følger, at der heller ikke er nogen pligt for læger til at udføre sådanne handlinger. En læges hovedforpligtelse er at redde/bevare liv, men samtidig skal en læge gøre alt for at fjerne patienters smerter og lade dem dø med værdighed. Lægeløftet om at redde liv vejer dog i denne vurdering tungest, hvorfor det således altid er op til den enkelte læge at afgøre, hvorvidt en anmodning om aktiv dødshjælp skal følges eller afvises, og ligeledes op til sundhedspersonalet at afgøre, hvorvidt de vil deltage i forberedelsen heraf. I praksis afvises 2/3 af anmodningerne om aktiv dødshjælp.

I praksis har der endvidere udviklet sig en grundsætning om eksistensen af et nært læge-patient forhold mellem den praktiserende læge og den anmodende patient, hvormed forstås at en læge kun kan udføre aktiv dødshjælp på egne patienter og med et sådant kendskab til denne patient, at kriterierne 1 og 2 er opfyldte. Såfremt lægen ikke ønsker at medvirke til aktiv dødshjælp bør denne henvise sin patient til anden læge, der herefter kan tage stilling til patientens anmodning.

Loven fra 2002 indeholder særlige bestemmelser for så vidt angår mindreårige. 12-15-årige kan anmode om aktiv dødshjælp, men dette kræver tillige forældres eller værgers samtykke. 16-17-årige kan derimod selv træffe denne beslutning, selvom loven stadig foreskriver involvering af forældre mv. i sådanne situationer. De ovennævnte kriterier 1-4 skal desuden altid iagttages. Undersøgelser viser, at unges ønske om at dø i 90 % af tilfældene skyldes uhelbredelig kræft, og at der i disse sjældne tilfælde næsten aldrig er uenighed mellem det unge menneske, lægen samt forældrene i spørgsmålet om, hvorvidt aktiv dødshjælp skal udføres eller ej.

#### **Anmeldelsesprocedure**

Når en læge har praktiseret aktiv dødshjælp skal den pågældende læge anmelde patientens unaturlige død til den kommunale retsmediciner ved at udfærdige en speciel rapport herom. Retsmedicineren udfærdiger på samme måde en lignende rapport, som sendes til den offentlige anklager/anklagemyndigheden, der giver tilladelse til begravelsen. Herefter oversendes rapporterne til én af de fem særlige regionale komiteer for aktiv dødshjælp, jf. nedenfor, der gennemgår og vurderer dokumentationen fra læger, der har praktiseret brugen heraf.

#### **Regionale komiteer – vurderingen af udførte lægelige handlinger**

De regionale komiteer for vurderingen af lægelige handlinger i forbindelse med aktiv dødshjælp blev oprettet i 1998 med henblik på at gennemgå konkrete sagsforløb i sager om aktiv dødshjælp. Medlemmerne er udpeget af hhv. justits- og sundhedsministeren. Der sidder en læge i hver komité, hvilket bl.a. skyldes undersøgelser, der har påpeget en større tilbøjelighed blandt læger til at rapportere om tilfælde, hvor aktiv dødshjælp er anvendt, hvis den efterfølgende vurdering heraf til dels varetages af egne fagfolk. I tilfælde hvor den pågældende komité finder lægens handling i overensstemmelse med loven, afsluttes sagen hermed. I modsat fald henvises sagen til både anklagemyndigheden og sundhedsinspektoret, hvorefter disse to myndigheder henholdsvis tager stilling til, hvorvidt der skal rejses en strafferetlig sag mod den pågældende læge, og/eller hvorvidt lægen skal stilles for et disciplinærudvalg. I alle tilfælde er anklagemyndigheden berettiget til at indlede en sag, såfremt der er mistanke om, at en forbrydelse er blevet begået. Som noget særegent blev der i 2005 oprettet en rådgivende ekspertkomité vedrørende aktiv dødshjælp til nyfødte med svære lidelser, der således skal rådgive anklagemyndigheden i vurderingen af, hvorvidt der i sådanne sager skal rejses tiltale mod den praktiserende læge.”

For så vidt angår erfaringer med reglerne om aktiv dødshjælp har den danske ambassade i Haag oplyst, at den vedlagte nationale evalueringsrapport fra maj 2007 om både de lovgivningsmæssige samt de praktiske erfaringer med lovgivningen fra 2002 i det væsentligste fremkommer med positive konklusioner. Det fremgår blandt andet af rapporten, at der på basis af samtaler mellem rapportens forfattere og praktiserende læger vurderes at være sket en markant stigning i antallet af rapporteringer af tilfælde af aktiv dødshjælp efter lovens indførelse. Årsagen til stigningen antages at skyldes, at lægerne er blevet bedre til at beskrive dødsårsager og har opbygget mere erfaring på området, idet nogle læger først i løbet af samtalerne er gået over til at betegne en dødsårsag som resultat af aktiv dødshjælp. Selv om der ikke findes grundlag for store ændringer, indeholder rapporten imidlertid forslag til opstramminger og mindre forbedringer. Der henvises til rapportens side 8-9 samt 15-18.

Endelig har ambassaden oplyst, at besvarelsen bygger på åbne kilder samt samtaler med chefen for den etiske afdeling, Jos de Waard, og fuldmægtig Willi Ström, som begge er tilknyttet Sundhedsministeriet i Nederlandene.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har anmodet Udenrigsministeriet om en redegørelse for de gældende regler for aktiv dødshjælp i Belgien samt erfaringerne hermed.

Til brug for besvarelsen har Udenrigsministeriet ved den danske ambassade i Bruxelles haft kontakt med kontorchef Françoise Deweirt ved den belgiske føderale "Kommission

for kontrol og evaluering af anvendelsen af lov af 28. maj 2002 om aktiv dødshjælp", som er underlagt det belgiske sundhedsministerium.

Ambassaden har fremsendt to udgivelser med titlerne "La fin de vie – questions et réponses sur les dispositions légales en Belgique", der er udarbejdet af foreningen "Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité" (retten til en værdig død) som rådgivning til patienter, og som indeholder spørgsmål og svar baseret på den belgiske lovgivning, "Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie" udarbejdet af det belgiske sundhedsministeriums specielle kommission som rådgivning for de praktiserende læger samt "Loi relative à l'Euthanasie (lov om aktiv dødshjælp) af 28. maj 2002". De af ambassaden fremsendte bilag vedlægges. Ambassaden har endvidere fremsendt nedenstående svar, hvortil jeg kan henholde mig:

### **"1. Lovgivningen**

Den belgiske lov af 28. maj 2002 (iværksat efter 2 års national debat) legaliserer aktiv dødshjælp i Belgien. Lovteksten, der definerer aktiv dødshjælp som "den gestus udøvet af tredjemand, der forsætligt tager livet af en person, som specifikt har anmodet herom", resumeres nedenfor:

Aktiv dødshjælp kan foretages på følgende tre betingelser:

- Patienten skal være myndig (eller myndiggjort mindreårig), kapabel og bevidst på tidspunktet for sin anmodning;
- Anmodningen skal formuleres på selvstændig vis, reflekteret og gennemgået og må ikke være resultatet af pres udefra;
- Patienten skal være i en situation uden udvej i medicinsk henseende og skal kunne redegøre for en fysisk eller psykisk, konstant og uudholdelig lidelse, der ikke kan lettes, som resultat af en alvorlig og uhelbredelig tilfældig og patologisk sygdom.

Lægen, der foretager dødshjælpen, skal agere på frivilligt grundlag – ingen person kan tvinges til at foretage eller at deltage i aktiv dødshjælp.

Den procedure, som lægen skal følge, er klart defineret af loven. Den omfatter blandt andet krav om lægens præcise information til patienten omkring dennes tilstand og om mulighederne for palliativ behandling, redegørelse for kravene om efterlevelse af ovenstående 3 betingelser, mulighed for konsultation af anden uafhængig læge (mulighed, der ligestilles med et krav, såfremt patientens levetid trods sygdommen vurderes at være af længere varighed) samt efterlevelse af en periode på minimum 1 måned mellem patientens skriftlige anmodning om og iværksættelsen af den aktive dødshjælp.

I loven forudses endvidere mulighed for enhver myndig person til at udarbejde en anticiperende erklæring (foran vidner), således at der i en eventuelt efterfølgende situation kan tages højde for den pågældendes ønsker, såfremt den pågældende efter erklæret sygdom/uheld m.v. ikke længere har mulighed for at udtrykke dem. En sådan anticiperende erklæring skal etableres (eller bekræftes) ikke længere tilbage i tid end 5 år fra en begyndende umulighed for erklæret ønsket om aktiv dødshjælp.

Lægen, der har gennemført aktiv dødshjælp, har pligt til efter behandlingen og inden for 4 arbejdsdage efter gerningen at aflevere en rapport herom til den føderale kontrol- og evalueringskommission. Kommissionen har mulighed for at indgive en eventuelt forkert behandlet sag for retten.

### **2. Den føderale kontrol- og evalueringskommission**

Kommissionen er sammensat af 16 medlemmer (udpeget på basis af deres kundskaber og erfaringer) efter følgende princip: 8 medlemmer er læger, hvoraf mindst 4 med professorgrad underviser på de belgiske universiteter. 4 yderligere medlemmer er enten professorer i jura på de belgiske universiteter eller advokater. De 4 sidste medlemmer kommer fra kredse specialiseret i problematikken omkring patienter med uhelbredelige sygdomme.

Herudover er kommissionens sammensætning præget af kravet om ligestilling mellem kønnene samt af Belgiens sprogsamfundsmæssige sammensætning (til orientering oplyses, at Belgien ud over en føderal regering, har en delregering for regionen Flandern, Wallonien og Bruxelles Hovedstad samt en delregering for det fransksprogede, det nederlandksprogede og det tysksprogede sprogsamfund), ligesom pluralistiske betragtninger, både i filosofisk og politisk henseende, skal være imødegået.

Hvert af Belgiens 2 hovedsprogsamfund (det nederlandksprogede og det fransksprogede – det mindre tyske sprogsamfund repræsenteres i kommissionen af det fransksprogede sprogsamfund) skal i kommissionen - for 4 år ad gangen - være repræsenteret med mindst 3 medlemmer af hvert køn, ligesom repræsentationen skal være pluralistisk (både filosofisk og politisk). Mister et af medlemmerne sin professionelle kvalitet, vil dets mandat i kommissionen ophøre automatisk. Medlemmerne udpeger 2 præsidenter, de fransksprogede udpeger en fransksproget præsident og de nederlandksprogede en nederlandksproget præsident.

Mindst 2/3 af medlemmerne skal være til stede under seancerne med henblik på beslutningstagning.

### **3. Belgiske erfaringer med aktiv dødshjælp**

Siden lovgivningens iværksættelse i løbet af andet halvår 2002 har kommissionen alene haft konstruktive erfaringer med aktiv dødshjælp. Lovens bestemmelser efterleves rigtigt af de involverede parter, og man har hidtil ikke været udsat for tilfælde med uoverensstemmelser eller klager for domstolen. Generelt noteres udbredt velvilje til samarbejde, både mellem læger og patienter samt lægerne imellem, ligesom kommissionens arbejde forløber godt. Under samtalerne med kommissionens talsmand blev det i øvrigt understreget, at dens medlemmer var sammensat af både fortalere for og modstandere af aktiv dødshjælp, hvilket aldrig havde skabt problemer – snarere tværtimod, til fordel for behandlingernes ”rigtighed”.

Ambassaden bemærker dog samtidigt, at belgisk presse i marts 2008 koncentrerede sig en del om den kendte belgiske forfatter, poet, maler og filmdirektør, Hugo Claus, der på grund af fremskreden Alzheimer-sygdom bad om og modtog aktiv dødshjælp. Den omfattende presseomtale af sagen blev dengang stærkt kritiseret af både den romersk-katolske kirke (ved Kardinal Danneels og René Stockman, leder af den religiøse organisation ”Broeders van liefde”) samt af den belgiske Alzheimer League, der beskrev den åbne debat om aktiv dødshjælp som ganske upassende af såvel religiøse som moralske årsager. Alzheimer League henviste blandt andet til, at ”selv om man respekterede forfatterens beslutning, negligerede pressedækningen af hans død totalt alternative muligheder for Alzheimer-patienter”.

Med venlig hilsen

Jakob Axel Nielsen / Carlo V. Andersen