

---

## Vejledning om fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling, uden for sygehuse (til landets praktiserende læger, præhospitalt personale, hjemmesygeplejen, plejecentre m.v.)

1. Indledning
2. Personalegrupper omfattet af vejledningen
  - 2.1 Sygeplejefagligt personale
  - 2.2 Behandlingsansvarlig læge
  - 2.3 Præhospitalt personale
3. Hvordan genoplivningsforsøg ved hjertestop foretages uden for sygehuse
4. Sundhedsfagligt fravalg af livsforlængende behandling, herunder forsøg på genoplivning
  - 4.1. Beslutningskompetence
  - 4.2. Hvornår kan der ske fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg?
  - 4.3. Eksempler på fravalg af behandling.
5. Det sygeplejefaglige og præhospitale personales pligter
  - 5.1 Forsøg på genoplivning
    - 5.1.1 Udgangspunktet: Forsøg på genoplivning skal foretages
    - 5.1.2 Situationer hvor forsøg på genoplivning ikke skal foretages
    - 5.1.3 Nærmere om situationer, hvor forsøg på genoplivning ikke skal foretages ud fra en sundhedsfaglig vurdering
      - 5.1.3.1 Forsøg på genoplivning afvises ved umiddelbar lægelig vurdering
      - 5.1.3.2 Forudgående lægeligt fravalg
      - 5.1.3.3 Fravalg af genoplivning pga. bestyrket grundlag for at antage, at borgeren er død
  - 5.2 Anden livsforlængende behandling
  - 5.3 Pligt til at kontakte den behandlingsansvarlige læge for at afklare omfanget af livsforlængende behandling
    - 5.3.1 Forudgående fravalg af genoplivningsforsøg
    - 5.3.2 Anden livsforlængende behandling
  - 5.4 Inddragelse af borgeren
  - 5.5 Videregivelse af oplysninger
  - 5.6 Håndtering af lægelige beslutninger om fravalg af livsforlængende behandling

- 5.7 Genvurdering af fravalg af forsøg på genoplivning eller anden begrænsning af behandlingen
6. Den behandlingsansvarlige læges pligter
  - 6.1 Fravalg af livsforlængende behandling mv.
    - 6.1.1 Samarbejdet mellem sygehussektoren og den behandlingsansvarlige læge ved udskrivelser
    - 6.1.2 Særligt om behandling på hospice
  - 6.2 Aktuel beslutning
  - 6.3 Borgeren skal informeres om fravalg af behandlingsmuligheder
  - 6.4 Borgerens ret til ikke at vide
  - 6.5 Kommunikation til det sygeplejefaglige personale om fravalg af livsforlængende behandling mv.
7. Den habile borger
  - 7.1 Habil borgers afvisning af livsforlængende behandling
  - 7.2 Habil borger har ikke tilkendegivet sine behandlingsønsker
8. Den varigt inhabile borger
  - 8.1 Borgeren er uafvendeligt døende
  - 8.2 Borgeren er ikke uafvendeligt døende
  - 8.3 Livstestamenter
  - 8.4 Anden forhåndstilkendegivelse
  - 8.5 Nærmeste pårørende
9. Afbrydelse af påbegyndt livsforlængende behandling
  - 9.1 Borgeren ønsker fortsat livsforlængende behandling
  - 9.2 Borgeren ønsker påbegyndt behandling afbrudt
    - 9.2.1 Forudsigelig situation
10. Journalføring
  - 10.1 Det sygeplejefaglige- og præhospitale personales journalføring
    - 10.1.1 Forhold om livsforlængende behandling
    - 10.1.2 Konstatering af død
    - 10.1.3 Struktureringen af journalen
  - 10.2 Den behandlingsansvarlige læges journalføring
    - 10.2.1 Beslutning om fravalg af livsforlængende behandling
    - 10.2.2 Habile borgers afvisning af livsforlængende behandling mv.
    - 10.2.3 Særlig om brug af forkortelser mv.
11. Instrukser
12. Begreber
13. Relevante lovregler uden for sundhedslovgivningen
14. Andre relevante bekendtgørelser og vejledninger fra Sundhedsstyrelsen

## **1. Indledning**

Uden for sygehusene i hjemmesygeplejen, på plejecentre og lignende, hvor der til daglig ikke er læger til stede, gives der af sygeplejefagligt og præhospitalt personale i stort omfang behandling og pleje til borgere. Mange af disse borgere er kronisk syge, helbredsmæssigt stærkt svækkede, alvorligt syge eller døende. For en stor del af disse er eller bliver det derfor på et tidspunkt nødvendigt at få en afklaring af i hvilket omfang, at videre livsforlængende behandling, jf. punkt 12 d, skal iværksættes, fravælges eller afbrydes.

Det sygeplejefaglige og præhospitalt personale vil desuden i større eller mindre omfang skulle håndtere situationer, hvor borgere får hjertestop eller bliver fundet livløse, og hvor det i sidstnævnte situation kan være usikkert, hvor længe tilstanden har varet.

Det er vigtigt, at de behandlingsansvarlige læger, samt sygeplejefagligt- og præhospitalt personale på dette område ikke er i tvivl om deres handlepligter og behandlingsmæssige ansvar.

Læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og andre autoriserede sundhedspersoner har efter autorisationsloven § 17 pligt til at udvise omhu og samvittighedsfuld ved behandling af borgerne.

Ikke-autoriseret sygeplejefagligt og præhospitalt personale har ikke i lovgivningen en fastsat pligt til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed ved sundhedsfaglig behandling, medmindre en sådan pligt overtages ved udførelse af delegerede forbeholdte sundhedsfaglige opgaver. Pleje og behandling i sundhedsvæsenet skal dog altid gives korrekt og forsvarligt af det involverede personale. Ledelsen for dette personale har samtidig det overordnede ansvar for at sikre, at det sker.

Denne vejledning præciserer autoriserede sundhedspersoners handlepligt og deres pligt til i øvrigt at udvise omhu og samvittighedsfuldhed ved vurdering af, om der skal påbegyndes, fortsættes eller ske afbrydelse af livsforlængende behandling.

Vejledningen præciserer samtidig den handlepligt og det behandlingsmæssige ansvar, som sygeplejefagligt og præhospitalt personale, der ikke er autoriseret, har med hensyn til, om der skal påbegyndes, fortsættes eller ske afbrydelse af livsforlængende behandling.

Vejledningen understreger vigtigheden af, at der for hver enkelt borger altid skal foretages en konkret sundhedsfaglig vurdering af helbredstilstanden, helbredsudsigter og foreliggende behandlingsmuligheder, og at det i relevant omfang skal afklares på forhånd, om der ved hjertestop skal foretages genoplivningsforsøg. Dette nødvendiggør et tæt og koordineret samarbejde mellem det sygeplejefaglige personale og den behandlingsansvarlige læge.

Vejledningen pointerer desuden, at der ved beslutninger om livsforlængende behandling, herunder evt. fravalg af dette, skal udvises respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse. Vejledningen hviler i denne sammenhæng på de gældende regler om patienters retsstilling i sundhedsloven.

Vejledningen anvender en række begreber, som i punkt 12 er nærmere defineret. Der henvises i vejledningen til definitionerne.

## **2. Personalegrupper omfattet af vejledningen**

### **2.1 Sygeplejefagligt personale**

Ved sygeplejefagligt personale forstås i denne vejledning autoriserede sundhedspersoner som sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, fysioterapeuter og ergoterapeuter samt personale, som ikke er autoriseret i henhold til sundhedslovgivningen, og som uden for sygehusene, dvs. eksempelvis i private hjem, plejecentre, private institutioner m.v., foretager behandling rettet mod den enkelte borger. Det omfatter dermed også situationer, hvor en borger selv har ansat sygeplejefagligt personale.

Behandling efter denne vejledning omfatter sygdomsbehandling, genoptræning, forebyggelse og sundhedsfremme og sundhedsfaglig pleje, herunder observation, undersøgelse, lindring, information, forebyg-

gelsestiltag og rehabilitering. Pleje og behandling består også i på delegation at udføre lægeordnede forbeholdte opgaver.

## **2.2 Behandlingsansvarlig læge**

I denne vejledning er borgerens praktiserende læge som udgangspunkt at anse som den behandlingsansvarlige læge med hensyn til, om der skal ske iværksættelse eller afbrydelse af livsforlængende behandling i eget hjem, på plejecenter m.v. Dette gælder dog ikke ved en akut lægelig vurdering, eller hvis en anden læge, som aktuelt har borgeren i behandling, ud fra de konkrete omstændigheder, er nærmere til at foretage denne vurdering.

I tilfælde, hvor borgere enten følges i et (eller flere) ambulatorium(/-er) eller er tilknyttet et palliativt team, er der delt behandlingsansvar mellem den praktiserende læge og sygehuses/det palliative teams læger. I sådanne situationer skal det koordineres mellem sygehuset og den praktiserende læge, hvorledes behandlingsansvaret fordeles. Det er den praktiserende læge, som har ansvaret for, at der bliver indgået en aftale.

## **2.3 Præhospitalt personale**

Præhospitalt personale vil typisk som sundhedsfaglige visitatorer på AMK-centraler, som ambulancebehandlere eller under sygetransport skulle håndtere tilfælde af pludseligt hjertestop eller fund af en livløs borger. Ved præhospitalt personale forstås i denne vejledning ambulanceassistenter, ambulancebehandlere og paramedicinere samt autoriserede sundhedspersoner med undtagelse af læger.

## **3. Hvordan genoplivningsforsøg ved hjertestop foretages uden for sygehuse**

Hjertestop er betegnelsen for den tilstand, hvor blodcirkulationen i kroppen er standset, fordi hjertets pumpefunktion er ophørt. De første tegn på hjertestop er manglende bevidsthed, vejrtrækning og puls.

Behandlingen af hjertestop deles op i basal og avanceret genoplivning. Formålet med den basale genoplivning er at sikre et minimum af ilt til hjernen og hjertemusklen, indtil avanceret genoplivning kan igangsættes.

Hvis der ikke ydes et basal genoplivningsforsøg i form af kunstigt åndedræt og hjertemassage (hjertelunge-redning, HLR) med det samme og herunder evt. stød med defibrillator /hjertestarter, vil der ofte ske varige skader efter relativt kort tid.

## **4. Sundhedsfagligt fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg**

### **4.1 Beslutningskompetence**

Sundhedsfagligt fravalg af livsforlængende behandling mv. er en lægelig beslutning. Lægen skal inddrage borgeren i sine overvejelser jf. punkt 5.4.

En borger kan ikke stille krav om, at lægen skal påbegynde en bestemt behandling. Lægen vil derfor af lægelige grunde kunne modsætte sig en borgers ønske om en bestemt behandling, fordi behandlingen vurderes at være udsigtsløs.

### **4.2 Hvornår kan der ske fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg?**

Når der er tale om alvorligt syge eller døende borgere, kan den behandlingsansvarlige læge undlade at påbegynde eller fortsætte behandling enten helt (behandlingsophør) eller delvist (behandlingsgrænse) i følgende tilfælde, hvis videre tiltag efter en samlet vurdering bliver anset som udsigtsløs livsforlængende behandling:

a) en borger er uafvendeligt døende, jf. punkt 12 e)

En læge har ikke pligt til at yde videre behandling, hvis det alene vil forlænge en igangværende dødsproces.

Der er ikke indikation for forsøg på genoplivning, hvis det er sandsynligt, at den ikke vil genoprette hjertets eller åndedrættets funktion, eller det kan forudses, at borgeren inden for den nærmeste tid herefter vil få flere hjertestop med efterfølgende død, eller hvis efterfølgende nødvendig respirationsbehandling i øvrigt er udsigtsløs.

b) en borger er svært invalideret/permanent vegetativ

Der er tale om borgere med store og uoprettelige hjerneskader, hvor borgeren efter udførlige lægelige undersøgelser ikke længere vurderes at have nogen bevidsthed, eller borgere, der er invalideret i en sådan grad, at den pågældende er fuldstændig ude af stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt og afskåret fra enhver form for meningsfuld menneskelig kontakt.

c) en ikke-uafvendeligt døende borger, hvor behandlingen måske kan føre til overlevelse, men hvor de fysiske konsekvenser af sygdommen eller af behandlingen vurderes at være meget alvorlige og lidelsesfulde.

Vurderingen af om en livsforlængende behandling er udsigtsløs er kompleks. Det skal vurderes ud fra den enkelte borgerens syn eller antagne syn på dette sammenholdt med en konkret lægefaglig vurdering af helbredsstand, udsigterne til bedring og mulighederne for behandling.

Den behandlingsansvarlige læge kan i den konkrete situation i stedet for at fravælge behandling indledningsvist beslutte at påbegynde livsforlængende medicinsk behandling i en periode for at se effekten, men sætte en grænse for, hvor længe denne behandling skal fortsætte, hvis borgerens samlede situation ikke bliver forbedret.

### **4.3 Eksempler på fravalg af livsforlængende behandling**

Der kan eksempelvis ske seponering af lægemidler til en borger med terminal sygdom, hvor medicinen ikke er direkte livsnødvendig, men kan give en vis livsforlængelse forudsat, at dette ikke giver borgeren lidelser, eksempelvis nedtrapning af demensmedicin eller kolesterolsænkende medicin.

Et andet eksempel kan være beslutning om, at den iværksatte behandling fortsættes, men genoplivningsforsøg ved hjertestop ikke skal ske.

## **5. Det sygeplejefaglige og præhospitale personales pligter**

### **5.1 Forsøg på genoplivning**

#### **5.1.1 Udgangspunkt: Genoplivningsforsøg skal foretages**

Uden for sygehusene er borgernes helbredsforhold og omfanget af kontakten med det sygeplejefaglige personale meget forskelligt. Der kan være tale om kritisk syge med daglig tæt kontakt med sygeplejefagligt personale eller borgere med et midlertidigt behandlings- og plejebenhov, som eksempelvis kun skal tilses ugentligt eller i en kortere periode. Der er endvidere typisk ikke en læge til stede.

Stillingtagen til genoplivningsforsøg forekommer derfor i to grundsituationer:

- a) En borger får pludseligt hjertestop, når det sygeplejefaglige eller det præhospitale personale er til stede eller kommer til stede umiddelbart derefter.
- b) Borger bliver fundet livløs med usikkerhed om, hvor længe tilstanden har varet.

Det sygeplejefaglige- og præhospitale personale skal i alle tilfælde som udgangspunkt foretage forsøg på genoplivning, herunder tilkalde hjælp, medmindre der er tale om situationer omfattet af punkt 5.1.2.

#### **5.1.2 Tilfælde hvor genoplivningsforsøg ikke skal foretages**

- 1) Forsøg på genoplivning bliver fravalgt ved umiddelbar lægelig vurdering, se punkt 5.1.3.1.

- 2) En læge har forudgående ordineret fravalg af forsøg på genoplivning, se punkt 5.1.3.2.
- 3) Det sygeplejefaglige eller præhospitale personale kan konstatere, at borgeren er afgået ved døden. Dette omfatter kun bestemte situationer, se punkt 5.1.3.3.
- 4) Der er tale om en habil borger, som i det aktuelle behandlingsforløb har afvist forsøg på genoplivning, se punkt 7.
- 5) Der er oprettet livstestamente, jf. punkt 12 g om, at genoplivningsforsøg ikke skal foretages, se punkt 8.3.

Hvis det sygeplejefaglige eller præhospitale personale er i tvivl, om en eller flere af disse undtagelsestilfælde gør sig gældende i den konkrete situation, er han eller hun forpligtet til at handle. Dette betyder blandt andet, at vedkommende har pligt til efter evne at tilkalde hjælp og iværksætte genoplivningsforsøg.

### **5.1.3 Nærmere om situationer hvor forsøg på genoplivning ikke skal foretages ud fra en sundhedsfaglig vurdering**

#### **5.1.3.1 Forsøg på genoplivning fravalgt ved umiddelbar lægelig vurdering**

I situationer, hvor sygeplejefagligt personale finder en livsløs borger, der ikke skønnes at kunne genoplivs, kan dette undlades, hvis det besluttet ved en umiddelbar lægelig vurdering. En sådan lægelig vurdering kan indhentes telefonisk ved opkald til en patientens praktiserende læge, vagtlægen eller AMK-vagtcentral. Beslutningen træffes ud fra oplysninger om borgerens helbred, findesituationen og andre relevante oplysninger.

Hvis præhospitalt personale ved tilkald står over for en livsløs borger, som ikke skønnes at kunne genoplivs, kan en tilknyttet præhospital læge beslutte at afstå fra videre behandling. Lægen træffer beslutningen efter umiddelbar drøftelse med det præhospitale personale, og dette kan ske telefonisk ud fra oplysninger om findesituationen og andre relevante oplysninger.

#### **5.1.3.2 Forudgående lægeligt fravalg**

Fravalg kan kun ske i situationer, hvor det fra lægelig side er anset for udsigtsløst eller skadeligt at foretage forsøg på genoplivning m.v., jf. punkt 4.1.

#### **5.1.3.3 Fravalg af genoplivning pga. bestyrket grundlag for at antage, at borgeren er død**

En borgers død konstateres ved uopretteligt ophør af åndedræt og hjertevirksomhed (hjertedød eller ved uopretteligt ophør af al hjernefunktion (hjernedød)), jf. sundhedsloven § 176. Det sidste kriterium kan ikke benyttes i præhospital indsats.

Det er som udgangspunkt kun en læge, der kan konstatere dødens indtræden.

I særlige situationer kan dog også andre end læger konstatere dødens indtræden ved uopretteligt ophør af åndedræt og hjertevirksomhed (hjertedøds-kriteriet) og som følge heraf afstå fra genoplivningsforsøg:

##### **a) Dødens indtræden er åbenbar**

Hvis det er åbenbart, at en borger er død, hvilket er tilfældet, når der hos denne er omfattende forrådnelse eller åbenlyst dødelige skader eller kvæstelser, som ikke er forenelige med fortsat liv, f.eks. forkulning eller knusning af kraniet, kan sygeplejefaglig eller præhospitalt personale konstatere, at en borger er død. I sådanne tilfælde er der, selv hos en ikke-sagkyndig, ikke tvivl om, at døden er indtrådt.

Det skal særligt fremhæves, at dødens indtræden ikke kan anses for åbenbar i tilfælde, hvor borgere bliver fundet livløse i kraftigt nødkølet tilstand (hypotermi) uden følelig puls, og hvor der ikke er tydelige dødstegn. Det kan være tilfældet, hvis et ældre menneske falder om i hjemmet og bliver liggende på gulvet i mange timer, eventuelt dage.

##### **b) Andre situationer**

Hvis en borger dør, mens der er andre til stede på bopælen, plejecentret eller lignende, og dødens indtræden vurderes som forventet af lægelige grunde på baggrund af viden om borgerens aktuelle tilstand forud for dødens indtræden, kan sygeplejefagligt personale, der har været involveret i behandling og pleje af afdøde, konstatere, at borgeren er død.

Hvis en borger dør alene i sit hjem, og han eller hun har været patient i hjemmesygeplejen som led i terminalpleje, kan det sygeplejefaglige personale, der har været involveret i pleje og behandling af den pågældende, også konstatere, at borgeren er død.

I begge situationer skal der i patientjournalen være tilstrækkelige oplysninger, herunder om den behandlingsansvarlige læges vurdering af borgerens situation, som kan indgå i grundlaget for det sygeplejefaglige personale til at konstatere, at døden er indtrådt.

Hvis døden bliver konstateret af sygeplejefagligt eller præhospital personale, skal der efterfølgende foretages ligsyn. Det sygeplejefaglige personale skal derfor underrette den behandlingsansvarlige læge eller anden tilkaldt læge om dødens konstatering, dødstidspunktet og omstændighederne.

For nærmere om dødens konstatering, ligsyn, udstedelse af dødsattest m.v. henvises til vejledning nr. 10101 af 19. december 2006 om ligsyn, indberetning af dødsfald til politiet og dødsattester m.v.

## **5.2 Anden livsforlængende behandling**

Det er også en lægelig vurdering, om der er grundlag for at indlede eller fortsætte anden livsforlængende behandling end forsøg på genoplivning, jf. punkt 4.1.

## **5.3 Pligt til at kontakte den behandlingsansvarlige læge for at afklare omfanget af livsforlængende behandling**

### **5.3.1 Forudgående fravalg af genoplivningsforsøg**

Lægeligt fravalg af genoplivningsforsøg bør så vidt muligt ikke træffes under akutte omstændigheder, hvor den ofte i øvrigt ville skulle træffes af en læge, som ikke har indgående kendskab til borgeren. En forudgående vurdering sikrer klare rammer for, hvornår det sygeplejefaglige eller præhospital personale på et sundhedsfagligt grundlag kan afstå fra at iværksætte forsøg på genoplivning, så det undgås, at der iværksettes genoplivningsforsøg, som ikke er fagligt indiceret og kan opleves som uværdigt over for borgeren.

Forudgående fravalg af genoplivningsforsøg forudsætter, at den behandlingsansvarlige læge i fornødent omfang får information om væsentlige ændringer i borgerens helbredstilstand. Det sygeplejefaglige personale skal derfor løbende observere den enkelte borger og ud fra de konkrete omstændigheder tage kontakt til den behandlingsansvarlige læge, når det er fagligt relevant. Hvis borgeren over for det sygeplejefaglige personale har tilkendegivet ønsker og værdier med hensyn til genoplivningsforsøg, er det vigtigt, at disse oplysninger bliver formidlet videre under lægekontakten.

Tidspunktet for en eventuel henvendelse til behandlingsansvarlige læge vil være afhængig af konkret faglig vurdering af den samlede situation, hvorunder borgeren også skal inddrages, hvis denne ønsker det. Der må eksempelvis ikke etableres en procedure, hvor der ved alle indflytninger på et plejecenter automatisk anmodes om lægelig vurdering.

Hvis det sygeplejefaglige personale vurderer, at en borger er uafvendeligt døende, skal de på baggrund af deres viden, medmindre borgen modsætter sig det, bede den behandlingsansvarlige læge vurdere helbredstilstanden og tage stilling til, hvordan det sygeplejefaglige personale skal foreholde sig i tilfælde af hjertestop.

I tilfælde af kritisk sygdom eller hvor borger er stærkt helbredsmæssigt svækket skal der desuden som udgangspunkt via behandlingsansvarlige læge så tidligt som muligt foretages en vurdering af, hvad der skal ske i tilfælde af hjertestop, uanset om der er umiddelbar væsentlig risiko for dette eller ej.

I nogle tilfælde kan det således være relevant at anmode om en lægelig vurdering ved indflytningen på et plejecenter på grund af allerede tilstedeværende alvorlig sygdom, mens det i andre tilfælde eventuelt først vil kunne blive relevant på et senere tidspunkt på grund af en væsentlig forværring af helbredstilstanden.

### **5.3.2 Anden livsforlængende behandling**

Pligten til at orientere og anmode om en vurdering fra den behandlingsansvarlige læge gælder også eventuelt behov for anden begrænsning/justering af livsforlængende behandling end genoplivningsforsøg.

### **5.4 Inddragelse af borgeren**

Det sygeplejefaglige personale skal som led i plejen og behandlingen løbende informere og inddrage borgeren heri, medmindre borgeren ikke ønsker dette («Retten til ikke at vide«).

Det er derfor vigtigt, at borgerens ønsker med hensyn til information bliver afklaret, og at borgeren bliver vejledt om muligheden for at frabede sig information. Det sundhedsfaglige personale skal desuden afklare, om borgeren ønsker, at de nærmeste pårørende, jf. punkt 12 f), bliver informeret om borgerens helbredsmæssige situation og behandling.

Med hensyn til begrænsning af livsforlængende behandling skal det sygeplejefaglige personale være opmærksomt på, at inddragelse og information samt tidspunktet for dette bliver tilpasset den enkelte borger, da borgerne har forskellige behov for dette, ligesom disse behov kan skifte over tid. Det sundhedsfaglige personale skal derfor løbende på en hensynsfuld måde sørge for, at den enkelte borger, hvis denne ønsker det, gives mulighed for at tilkendegive sine ønsker og værdier med hensyn til livets afslutning. I den sammenhæng kan det afklares med borgeren hvor meget information og detaljer, som denne ønsker at få, samt om og i så fald hvor meget borgeren ønsker at deltage i beslutningsprocesserne.

Hvis sygeplejefaglig personale i en konkret situation vurderer, at der umiddelbart er behov for en lægelig vurdering af, om der skal ske begrænsning af livsforlængende behandling, skal de gennem dialog med borgeren, i det omfang denne måtte ønske dette, afklare, om borgeren også mener, at det er relevant. Det sygeplejefaglige personale skal tage borgerens tilkendegivelser med i vurderingen af, om der er behov for rette henvendelse til lægen.

Modsætter borgeren sig henvendelse til lægen, skal dette respekteres.

I situationer, hvor en borger utvetydigt tilkendegiver, at han eller hun ikke ønsker at blive informeret om sin sygdomssituation og behandlingsmulighederne, skal personalet spørge, om borgeren ønsker, at de nærmeste pårørende bliver informeret.

### **5.5 Videregivelse af oplysninger**

En borger kan til enhver tid frabede sig videregivelse af oplysninger til den behandlingsansvarlige læge.

Det sygeplejefaglige personale skal så informere borgeren om de konsekvenser, som det kan få for deres muligheder for at varetage behandlingen og plejen.

### **5.6 Håndtering af lægelige beslutninger om fravalg af livsforlængende behandling**

Den behandlingsansvarlige læge skal videregive sin beslutning til hjemmesygeplejen, plejecentret m.v. hvor ledelsen har ansvaret for, at det personale, som møder borgeren i dagligdagen, samt eventuelt tilkaldt præhospitalt personale, får kendskab til lægens beslutning, blandt andet ved tydelig angivelse i borgerens patientjournal.

Det ledelsesmæssige ansvar indebærer således en pligt til at sikre, at både fast personale, autoriseret- og ikke-autoriseret sundhedsfagligt personale, herunder afløsningspersonale, som evt. ikke er uddannet, har kendskab til og ikke er i tvivl om lægens beslutning.



## **5.7 Genvurdering af fravalg af genoplivningsforsøg eller anden begrænsning af livsforlængende behandling**

Det sygeplejefaglige personale skal tage kontakt til den behandlingsansvarlige læge, hvis helbredstilstanden væsentligt forbedres i forhold til det grundlag, som lægen foretog sin beslutning ud fra.

## **6. Den behandlingsansvarlige læges pligter**

### **6.1 Fravalg af livsforlængende behandling mv.**

Som udgangspunkt kan lægen kun træffe en beslutning om fravalg af livsforlængende behandling på baggrund af en aktuel og dækkende undersøgelse af borgeren. Hvis lægen i forvejen har et aktuelt kendskab til borgerens helbredsmæssige situation, er det ikke påkrævet, at lægen foretager en ny undersøgelse.

Lægen skal medinddrage borgeren i behandlingsovervejelserne, jf. punkt 6.3. Der er ikke tale om, at borgeren skal give et informeret samtykke. jf. punkt 12 c).

Lægen skal også inddrage det sygeplejefaglige personale, som er involveret i borgerens behandling og pleje, i overvejelserne om det behandlingsniveau, der fastlægges.

Hvis borgeren er varigt inhabil, jf. punkt 12 b) skal oplysninger i et eventuelt livstestamente, jf. punkt 12 g), indgå i vurderingen af og beslutningen om behandling af borgeren.

Også nærmeste pårørendes viden og vurderinger kan være et vigtigt element i beslutningsgrundlaget.

#### **6.1.1 Samarbejdet mellem sygehussektoren og den behandlingsansvarlige læge ved udskrivelser**

Hvis der under indlæggelse på sygehus har været ordineret begrænsninger med hensyn til livsforlængende behandling, skal den udskrivende læge i epikrisen til borgerens praktiserende læge tilkendegive sin aktuelle vurdering af, om borgerens samlede situation fortsat giver grundlag for at opretholde beslutningen truffet under indlæggelsen. Den behandlingsansvarlige læge skal inddrage dette i sin vurdering af evt. fravalg af livsforlængende behandling efter udskrivelsen.

#### **6.1.2 Særligt om behandling på hospice**

Hvis borgeren kommer på hospice via den praktiserende læge, skal der foretages en fornyet vurdering af evt. fravalg af livsforlængende behandling.

Ved udskrivelse fra sygehus til hospice er derimod almindeligvis ikke indikation for, at den behandlingsansvarlige læge foretager en fornyet vurdering og derfor heller ikke behov for gentagelse af information over for borgeren. En anden ansvarsfordeling kan aftales mellem den behandlingsansvarlige læge og sygehuset, herunder om information af borgeren. Det vil dog under alle omstændigheder være hensigtsmæssigt, at den behandlingsansvarlige læge taler med borgeren og sikrer sig en fælles forståelse af, hvad forløbet på hospice skal indeholde.

### **6.2 Aktuel beslutning**

Lægens beslutning skal til enhver tid være aktuel. Lægen skal løbende evaluere en beslutning om fravalg af behandling. Omfanget og frekvensen af evalueringen er en konkret vurdering af den enkelte borgers helbredstilstand, udsigterne til bedring og mulighederne for behandling.

Det er således lægen, som konkret vurderer, hvornår en beslutning om eksempelvis at fravælge genoplivningsforsøg ved hjertestop skal revurderes. Er der tale om en kronisk tilstand, der blot forværres uden nogen udsigt til bedring, vil beslutningen også medicinsk være aktuel, selvom der er gået en vis tid fra lægens journalføring af beslutningen.

Hvis borgeren modtager behandling eller pleje af sygeplejefagligt personale, skal lægen informere, om hvornår de skal kontakte lægen med henblik på genvurdering af en beslutning om fravalg af behandling.

Dette vil som minimum altid være påkrævet, hvis borgerens helbredsmæssige tilstand bliver væsentligt bedre.

### **6.3 Borgeren skal informeres om fravalg af behandlingsmuligheder**

Lægen skal ved personlig samtale hensynsfuldt informere borgeren om den lægelige indikation og begrundelse for ikke at påbegynde livsforlængende behandling.

Det er vigtigt, at der bliver lyttet til borgeren, og at der bliver vist forståelse, respekt og omsorg. Lægen skal tage borgerens tilkendegivelser med i sin samlede vurdering af forsvarlige behandlingsmuligheder, jf. punkt 4.2.

Sundhedsstyrelsen anser det for manglende omhu og samvittighedsfuldhed, hvis lægen ikke lever op til sin forpligtelse til at informere borgeren om dennes helbredstilstand og relevante behandlingsmuligheder. Det gælder også information om genoplivningsmuligheder, der efter en lægefaglig vurdering ikke er sundhedsfagligt grundlag for at foretage.

Det kan efter omstændighederne i den konkrete situation være tilstrækkeligt at fortælle borgeren, at der ikke er yderligere behandlingsmuligheder.

Hvis borgeren ønsker det, skal de nærmeste pårørende informeres om borgerens situation.

### **6.4. Borgerens ret til ikke at få viden om sin helbredstilstand**

Borgeren har ret til information, og lægen har pligt til at tilbyde borgeren den nødvendige information.

Borgeren kan imidlertid have et ønske om ikke at få information om sin helbredstilstand m.v. (»Retten til ikke at vide«).

Det er vigtigt, at borgerens ønsker med hensyn til information bliver afklaret, og at borgeren bliver vejledt om muligheden for at frabede sig information.

Hvis borgeren frabeder sig information, skal borgeren informeres om konsekvenserne af valget, herunder begrænsningerne i lægens mulighed for at inddrage borgeren i beslutninger om behandling.

I situationer, hvor en borger utvetydigt tilkendegiver, at han eller hun ikke ønsker at blive informeret om sin sygdomssituation og behandlingsmulighederne, skal lægen spørge, om borgeren ønsker, at de nærmeste pårørende bliver informeret.

### **6.5. Kommunikation til det sygeplejefaglige personale om fravalg af livsforlængende behandling**

Den behandlingsansvarlige læge skal videregive sin beslutning til hjemmesygeplejen, plejecentret m.v.

Lægens orientering om beslutningen skal ske skriftligt, så der er fuldstændig klarhed om beslutningen og dens omfang. I akutte situationer kan det dog ske mundtligt, men skal efterfølgende hurtigst muligt følges op skriftligt.

## **7. Den habile borger**

### **7.1. Habil borgers afvisning af livsforlængende behandling**

En habil og uafvendeligt døende borger, jf. punkt 12 a) og e) kan afvise behandling, der kun kan udskyde dødens indtræden.

Det er lægelig vurdering, hvorvidt en borger er uafvendeligt døende, jf. punkt 4.1.

Også den habile borger kan i kraft af sin selvbestemmelsesret i en aktuel situation, på et informeret grundlag, afvise påbegyndelse af behandling, herunder genoplivningsforsøg ved hjertestop, respiratorbehandling m.v. Informationen til borgeren skal bl.a. indeholde orientering om sygdom, prognose, mulighederne for behandling og konsekvenserne af borgerens beslutning.

Det er den behandlingsansvarlige læge, der vurderer, om borgeren kan anses for habil og kan overskue konsekvenserne af sin beslutning. Lægen skal i øvrigt afklare, om borgerens ønske om ikke at få behandling, skyldes forhold, som kan afhjælpes.

De nødvendige oplysninger om borgerens ønsker og samlede situation skal videregives til det relevante sygeplejefaglige personale, så borgerens beslutning kan respekteres, og personalet har kendskab til baggrunden for den. Dette skal ske skriftligt.

Borgeren skal informeres om, at han eller hun til enhver tid kan trække sin beslutning tilbage. Borgeren skal samtidig gøres opmærksom på muligheden for at oprette et livstestamente.

Det sygeplejefaglige og præhospitale personale er forpligtet til at følge borgerens beslutning om afvisning af behandling. Det gælder også, hvis borgeren efterfølgende bliver ukontaktbar på grund af akut sygdom, f.eks. bliver bevidstløs.

Borgerens tilkendegivelse gælder kun i den aktuelle situation, dvs. at tilkendegivelsen ikke skal følges, hvis borgerens samlede situation ændrer sig væsentligt. At borgerens tilkendegivelse alene gælder i aktuel situation indebærer således ikke, at der altid vil være tale om, at den alene vil være gældende i en kortere tidsperiode. Det afgørende er, at situationen ikke har ændret sig væsentligt, og borgeren dermed i den konkrete situation fortsat kan overskue konsekvenserne af sin beslutning. Ved tvivl herom skal borgeren kontaktes.

Hvis der eksempelvis er tale om en habil ældre borger på plejecenter m.v. med tydelig fremadskridende fysisk sygdom eller svækkelse, vil der være tale om en aktuel situation.

Ændrer borgerens samlede situation sig væsentligt, skal den behandlingsansvarlige læge, hvis borgeren fortsat er habil, afklare med borgeren, om denne fortsat f.eks. ikke ønsker forsøg på genoplivning i tilfælde af hjertestop.

Hvis borgeren bliver inhabil, dvs. kommer i en situation, hvor denne ikke selv kan tage stilling, eksempelvis pga. demens, se punkt 8.4.

## **7.2 Habil borger har ikke tilkendegivet sine behandlingsønsker**

Hvis der ikke foreligger en aktuel tilkendegivelse fra borgeren, skal genoplivningsforsøg m.v. foretages.

Dette gælder dog ikke i de situationer, som er beskrevet under punkt 5.1.2.

## **8. Den varigt inhabile borger**

### **8.1 Borgeren er uafvendeligt døende**

Det er en lægelig vurdering, om en borger er uafvendeligt døende.

Hvis en uafvendeligt døende borger ikke længere er i stand til at udøve sin selvbestemmelsesret, kan den behandlingsansvarlige læge beslutte, at der ikke skal påbegyndes eller fortsættes en livsforlængende behandling.

### **8.2 Borgeren er ikke uafvendeligt døende**

Den behandlingsansvarlige læge kan i den aktuelle situation beslutte, at der ikke skal påbegyndes livsforlængende behandling, jf. punkt 4.

### **8.3 Livstestamenter**

Tilkendegivelser i et livstestamente skal i den aktuelle behandlingssituation indgå i den lægelige beslutning om behandling af borgeren.

Det er en lægelig vurdering, om borgeren helbredsmæssigt befinder sig i en situation, som er omfattet af livstestamentet. Der kan således ikke afstås fra livsforlængende behandling uden forudgående lægelig vurdering af, om dette er tilfældet.

Sundhedsloven §§ 26 og 27 samt bekendtgørelse nr. 240 af 20. marts 2007 om livstestamenter og bekendtgørelse nr. 322 af 3. april 2012 om lægers forpligtelser i forbindelse med livstestamenter m.v. indeholder regler om livstestamenter.

#### **8.4 Anden forhåndstilkendegivelse**

En borger kan ikke udøve sin selvbestemmelsesret ved på forhånd og for en i fremtiden tænkt situation at fravælge en bestemt behandling, medmindre der er tale om et livstestamente.

Det betyder, at en borger ikke på forhånd kan stille krav om, at denne f.eks. ikke skal indlægges på sygehus eller ikke skal forsøges genoplivet, hvis borgeren senere kommer i en situation, hvor denne ikke selv kan tage stilling.

Hvis en borger eksempelvis tidligere har fravalgt livsforlængende behandling, men ikke længere kan overskue konsekvenserne af sin beslutning pga. svær demens, skal det sygeplejefaglige eller præhospitale personale iværksætte behandling, medmindre den behandlingsansvarlige læge ikke har fundet indikation for dette.

#### **8.5 Nærmeste pårørende til en varigt inhabil beboer**

Hvis borgeren er varigt inhabil, er det de nærmeste pårørende, der på borgerens vegne indgår i beslutningsprocessen. Nærmeste pårørende skal have den nødvendige information for at forstå situationen. I det omfang borgeren forstår behandlingssituationen, skal denne informeres og inddrages i drøftelserne af behandlingen, medmindre det kan skade denne.

Nærmeste pårørende kan ikke kræve, at borgeren får en bestemt behandling. De har heller ikke kompetence til at fravælge livsforlængende behandling, f.eks. hjertestopbehandling, jf. punkt 4.1.

### **9. Afbrydelse af påbegyndt livsforlængende behandling**

#### **9.1 Borgeren ønsker fortsat livsforlængende behandling**

Den habile borgers selvbestemmelsesret indebærer, at en læge som hovedregel ikke kan afbryde en allerede påbegyndt livsforlængende behandling imod borgerens ønske. En læge kan derfor ikke uden videre og i strid med borgeren ønske f.eks. afbryde respiratorbehandling eller ilt- eller væsketilførsel, selv om det med sikkerhed kan fastslås, at borgeren under alle omstændigheder har kort levetid tilbage.

#### **9.2 Borgeren ønsker påbegyndt behandling afbrudt**

En habil og uafvendeligt døende borger kan i den aktuelle behandlingssituation på informeret grundlag kræve en allerede påbegyndt behandling afbrudt, også selv om behandlingen er livsnødvendig.

Dette gælder i princippet også en borger, der ikke er uafvendeligt døende. Det gælder dog ikke, hvis afbrydelse af behandling af den ikke uafvendeligt døende vil føre til, at denne umiddelbart efter afgår ved døden. Dette vil efter omstændighederne kunne betragtes som drab efter begæring. En læge eller anden sundhedsperson, der efterkommer et sådant ønske, vil derfor kunne ifalde strafansvar for overtrædelse af straffelovens § 239.

##### **9.2.1 Forudsigelig situation**

Hvis en borger i forbindelse med en aktuel behandling på fyldestgørende grundlag har tilkendegivet et ønske om, at behandlingen skal ophøre, når en forudsigelig situation i sygdomsforløbet indtræder, skal

dette respekteres. Det gælder også, selvom borger efterfølgende i det aktuelle behandlingsforløb bliver bevidstløs.

En sådan forudsigelig situation kan foreligge, hvis der f.eks. er tale om ophør med respiratorbehandling af en borger med amyotrofisk lateralsklerose (ALS), der selv har ønsket at blive respiratorbehandlet i en periode og har aftalt forløbet med den behandlingsansvarlige læge, dvs. hvornår respiratorbehandlingen skal ophøre. I en konkret sag har Sundhedsstyrelsen således udtalt: »Sundhedsstyrelsen forudsætter, at patienten i forbindelse med iværksættelse af respiratorbehandlingen og sin tilkendegivelse om, at respiratorbehandlingen skal ophøre på et bestemt stadium (af sygdomsforløbet), er blevet fyldestgørende informeret som grundlag for sin beslutning. Patientens tilkendegivelse - forud for iværksættelse af respiratorbehandlingen - om, at behandlingen skal ophøre på et bestemt stadium (af sygdomsforløbet) er en udøvelse af patientens selvbestemmelsesret. En sådan tilkendegivelse skal respekteres, også selv om dette medfører dødens indtræden.«

## **10. Journalføring**

### **10.1. Det sygeplejefaglige og præhospitale personales journalføring**

Den relevante dokumentation skal fremgå fyldestgørende, entydigt og præcist.

#### **10.1.1 Forhold om livsforlængende behandling**

Journalen skal som minimum indeholde:

- a) Henvendelser til læge med henblik på vurdering/genvurdering af fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg m.v. herunder begrundelse for henvendelsen, herunder oplysninger om borgerens helbredsmæssige tilstand, pleje og behandling og effekten heraf, og evt. tilkendegivelser fra borgeren.
- b) Svar fra lægelig side på anmodninger om vurdering/genvurdering af fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg m.v.

#### **10.1.2 Konstatering af død**

Journalen skal som minimum indeholde dødstidspunktet og omstændighederne for konstatering af dødens indtræden, samt orientering af behandlingsansvarlig læge.

#### **10.1.3 Struktureringen af journalen**

Beslutninger om fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg og om afbrydelse af behandling, skal placeres tydeligt og lettilgængeligt i patientjournalen, så oplysningerne hurtigt kan fremfindes og efterleves i en akut situation.

## **10.2 Den behandlingsansvarlige læges journalføring**

### **10.2.1 Beslutning om fravalg af livsforlængende behandling**

Beslutning om fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg m.v., og afbrydelse af behandling skal fremgå af behandlingsansvarlige læges patientjournal, der som minimum skal indeholde:

- a) Den aktuelle vurdering af borgerens tilstand og grundlaget herfor (undersøgelles- og behandlingsplaner), herunder om borgeren anses for at være uafvendeligt døende,
- b) Den præcise angivelse af beslutning om fravalg af behandling og omfanget heraf (behandlingsophør eller behandlingsgrænse)
- c) Samtaler med borgeren/nærmeste pårørende, herunder oplysninger om den information, der er givet og de pågældendes tilkendegivelser,

- d) Løbende evaluering af trufne beslutninger,
- e) Aktuel beslutning om at afbryde en påbegyndt behandling og begrundelse herfor, og
- f) Oplysninger om livstestamente og henvendelse til Livstestamenteregistret, hvornår og resultatet heraf.

### **10.2.2 Habile borgeres afvisning af livsforlængende behandling mv.**

Den behandlingsansvarlige læges patientjournal skal som minimum indeholde:

- a) Den aktuelle vurdering af borgerens tilstand og habilitet,
- b) Den præcise angivelse af borgerens beslutning om fravalg af behandling og omfanget heraf, og begrundelse herfor,
- c) Samtale med borgeren, herunder den information, der er givet om sygdom, prognose, mulighederne for behandling og borgerens tilkendegivelser i den forbindelse, samt vurdering af om borgeren kan overskue konsekvenserne af sin beslutning,
- d) Oplysninger om et eventuelt livstestamente,
- e) Oplysninger om eventuelt senere behov for revurdering af borgeres beslutning og
- f) Orientering af det relevante sygeplejefaglige personale om samtalen med borgeren og lægens vurdering.

### **10.2.3 Særlig om brug af forkortelser mv.**

Den aktuelle beslutning om, at der ikke skal påbegyndes genoplivningsforsøg, skal i patientjournalen fremgå som: »Ingen indikation for genoplivning ved hjertestop« eller lignende formulering. Forkortelser af ordinationen: »Ingen indikation for genoplivning ved hjertestop« kan kun bruges som supplement til det egentlige journalnotat om beslutningen.

## **11. Instrukser**

Ledelsen i den enkelte kommunale hjemmesygepleje, på det enkelte plejecenter og lignende samt på den enkelte regions præhospitale område skal sørge for, at der er skriftlige instrukser, om hvordan personalet i tilstrækkeligt omfang anmoder om en lægelig vurdering af borgerne med hensyn til fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling.

Instrukserne skal bl.a. indeholde retningslinjer om:

- a) Ansvars- og kompetenceforhold,
- b) Hvem der i konkrete sammenhænge anses for den behandlingsansvarlige læge,
- c) Ansvaret for det involverede sygeplejefaglige personale, der har kendskab til borgeren, og dertil hørende nødvendige procedurer til overholdelse af pligten til at kontakte den behandlingsansvarlige læge i relevant omfang,
- d) Inddragelse af borger og nærmeste pårørende forud for kontakt med behandlingsansvarlig læge og
- e) Journalføring, herunder for placering i borgerens patientjournal af oplysninger fra den behandlingsansvarlige læges om dennes beslutning af fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling.

## **12. Begreber**

- a) Habil patient: En borger anses for habil, når denne har evnen til at forstå en information og kan overskue konsekvenserne af sin stillingtagen på baggrund af informationen. Den habile borger kan udøve sin selvbestemmelsesret og anses for samtykkekompetent. Det er den behandlingsansvarlige læge, der vurderer, om en borger kan anses for habil.
- b) Varigt inhabil borger: En borger anses for varigt inhabil, når denne varigt mangler evnen til at give informeret samtykke. Det afgørende er, om borgeren kan forholde sig fornuftsmæssigt til behandlingsforslag m.v.

- c) Informeret samtykke: Ingen behandling må som udgangspunkt indledes uden borgerens informerede samtykke. Ved informeret samtykke forstås et samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information. Borgeren har ret til at få information om sin helbredstilstand og om behandlingsmulighederne, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger. Behandling og helbredelsesmuligheder omfatter alle for borgeren relevante oplysninger om helbred, sygdom, undersøgelsesmetoder, forebyggelses- og behandlingsmetoder, sygdomsprognoser, risici, bivirkninger, komplikationer og muligheder for pleje. Informationen skal gives på en hensynsfuld måde og være tilpasset modtagerens individuelle forudsætninger med hensyn til alder, modenhed, erfaring m.v. Borgeren skal løbende have information om sin helbredstilstand m.v.
- d) Livsforlængende behandling: Behandling, hvor der ikke er udsigt til helbredelse, bedring eller lindring, men alene til en vis livsforlængelse. Der kan f.eks. være tale om påbegyndelse af respiratorbehandling, hvor der med sikkerhed kun er ganske kort levetid tilbage eller genoplivning efter hjertestop.
- e) Uafvendelig døende borger: En borger anses for uafvendeligt døende, når døden med stor sandsynlighed forventes at indtræde inden for dage til uger trods anvendelse af de - ud fra den tilgængelige viden om grundsygdommen og dens eventuelle følgetilstande - foreliggende behandlingsmuligheder.
- f) Nærmeste pårørende: Ægtefælle/samlever og slægtninge i lige linje. Fjernere slægtninge, søskende eller plejebørn kan efter omstændighederne også anses som nærmeste pårørende, navnlig i de tilfælde, hvor der ikke er en ægtefælle, samlever eller børn. Familieforholdet er ikke altid det afgørende. Også en person, som borgeren er nært knyttet til, vil i det konkrete forhold kunne anses for nærmeste pårørende. Borgerens opfattelse af, hvem der er nærmeste pårørende, er af afgørende betydning. Hvem der er nærmeste pårørende må afgøres i det konkrete forhold.
- g) Livstestamente: En erklæring (formaliseret forhåndstilkendegivelse), hvori en borger, der er fyldt 18 år og ikke under værgemål, har tilkendegivet, at denne ikke ønsker at modtage livsforlængende behandling, hvis den pågældende måtte komme i en tilstand, hvor selvbestemmelsesretten ikke længere kan udøves af borgeren selv. Tilkendegivelsen kan gå ud på, at a) at der ikke ønskes livsforlængende behandling i en situation, hvor borgeren (testator) er uafvendeligt døende (bindende tilkendegivelse), og/eller b) at 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 (vejledende tilkendegivelse). Sidstnævnte tilkendegivelse er i modsætning til den første alene vejledende for den behandlingsansvarlige.

Et livstestamente får først virkning fra det tidspunkt, hvor en borger ikke længere er i stand til at udøve sin selvbestemmelsesret.

Reglerne om livstestamenter er i sundhedsloven §§ 26 og 27.

- h) Anden forhåndstilkendegivelse: Det er ifølge gældende ret ikke muligt at give en gyldig forhåndstilkendegivelse om en fremtidig uvis situation, medmindre der er tale om en forhåndstilkendegivelse i form af et livstestamente.

I artikel 9 i Europarådets Konvention om Menneskerettigheder og Biomedicin fremgår det, at der skal tages hensyn til tidligere ønsker vedrørende en lægelig intervention, udtrykt af en borger, som på interventionstidspunktet ikke er i stand til at udtrykke sine ønsker.

Denne generelle bestemmelse om betydningen af en forhåndstilkendegivelse gælder også i forholdet mellem borger og sundhedsperson i henhold til sundhedslovens regler om patienters retsstilling. Det er en konkret vurdering, om en borgers eventuelle forhåndstilkendegivelse kan tillægges betydning og indgå som et element i forbindelse med overvejelserne om behandlingen, når borgeren ikke længere selv er i stand til at tage stilling. Forhåndstilkendegivelsen er alene vejledende for lægen. Borgeren har ikke et egentligt retskrav på, at en sådan forhåndstilkendegivelse skal respekteres.

### **13. Relevante lovregler uden for sundhedslovgivningen**

Efter straffeloven, lovbekendtgørelse nr. 1028 af 22. august 2013, § 239, straffes med fængsel indtil 3 år, den, som dræber en anden efter dennes bestemte begæring.

Efter samme lov § 253, nr. 2, straffes (bøde eller fængsel indtil 2 år) i øvrigt den, som, uagtet denne muligt uden særlig fare for sig selv eller andre, undlader at træffe de foranstaltninger, som af omstændighederne kræves til redning af nogen tilsyneladende livløs.

### **14. Andre relevante bekendtgørelser eller vejledninger fra Sundhedsstyrelsen**

Bekendtgørelse nr. 322 af 3. april 2012 om lægers forpligtelser i forbindelse med livstestamenter

Vejledning nr. 33 af 11. april 2012 til sygehuse om forudgående fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling

Vejledning nr. 10101 af 19. december 2006 om ligsyn, indberetning ad dødsfald til politiet og dødsattester m.v.

Vejledning nr. 9019 af 15. januar 2013 om sygeplejefaglige optegnelser

*Sundhedsstyrelsen, den 17. januar 2014*

ANNE METTE DONS

/ Henrik Kristensen