

Bilag 3: Debat og modtagne henvendelser

Regeringen meddelte den 14. september 2023, at den ville nedsætte Udvalget for en mere værdig død. Fra den 14. september 2024 til 31. december 2024 har der været 1053 indlæg i pressen i form af bl.a. artikler, kronikker, debatindlæg samt radio- og TV-indslag, hvor ordene "dødshjælp", "selvvalgt livsafslutning", "assisteret livsafslutning", "assisteret selvmord" og "eutanasi" indgik.

Udvalget valgte at oprette en e-mail i regi af Indenrigs- og Sundhedsministeriet, hvor befolkningen kunne skrive input, erfaringer og perspektiver om emnet. Postkassen har været åben i perioden fra den 13. juni 2024 til 1. oktober 2024.

Udvalget postkasse har modtaget 92 henvendelser fra borgere og organisationer til postkassen. Som udgangspunkt har udvalget medtaget alle henvendelser. Henvendelserne er samlet i bilag 3. Der er alene undtaget henvendelser, som, ifølge sekretariatet, kan virke groft stødende eller i strid med ophavsretlige regler. Herefter har udvalget besluttet, at samtlige indlæg indgår uredigerede som bilag til dette refleksionsoplæg i anonymiseret form. Bilag 3 indgår som en særskilt del af refleksionsoplægget af udskrivnings hensyn.

Indholdsfortegnelse

- Henvendelse 1:** 13.06.2024, ”Uddannelse i palliation”, side 5-6.
- Henvendelse 2:** 13.06.2024, ”Input til udvalgsarbejdet”, side 7-9.
- Henvendelse 3:** 13.06.2024, ”Input om Aktiv dødshjælp en assisteret afslutning på livet”, side 10-11.
- Henvendelse 4:** 13.06.2024, ”Værdig død for terminale patienter”, side 12.
- Henvendelse 5:** 13.06.2024, ”Intet emne”, side 13.
- Henvendelse 6:** 13-06-2024, ”Værdig død”, side 14.
- Henvendelse 7:** 13.06.2024, ”Intet værdigt ved at blive slået ihjel”, side 15-16.
- Henvendelse 8:** 13.06.2024, ”Værdig død!”, side 17.
- Henvendelse 9:** 13.06.2024, ”Intet emne”, side 18.
- Henvendelse 10:** 13.06.2024, ”Input”, side 19.
- Henvendelse 11:** 13.06.2024, ”- ja til aktiv dødshjælp”, side 20-22.
- Henvendelse 12:** 13.06.2024, ”Et mere værdigt liv”, side 23.
- Henvendelse 13:** 13.06.2024, ”Jeg vil gerne kunne vælge”, side 24.
- Henvendelse 14:** 13.06.2024, ”Vedr en værdig død – input”, side 25.
- Henvendelse 15:** 13.06.2024, ”selvbestemmelse!!”, side 26.
- Henvendelse 16:** 13.06.2024, ”DR- nyheder - værdig måde at komme herfra”, side 27.
- Henvendelse 17:** 13.06.2024, ”Debat om aktiv dødshjælp”, side 28-30.
- Henvendelse 18:** 13.06.2024, ”JA, til aktiv dødshjælp”, side 31-32.
- Henvendelse 19:** 13.06.2024, ”Aflivning”, side 33.
- Henvendelse 20:** 13.06.2024, ”Aktiv dødshjælp”, side 34.
- Henvendelse 21:** 13.06.2024, ”Intet emne”, side 35.
- Henvendelse 22:** 13.06.2024, ”Aktiv dødshjælp – ja”, side 36.
- Henvendelse 23:** 13.06.2024, ”Tænk jeg godt om”, side 37.
- Henvendelse 24:** 13.06.2024, ”Synspunkt fra ...”, side 38.
- Henvendelse 25:** 13.06.2024, ”Indlæg om dødshjælp”, side 39.
- Henvendelse 26:** 13.06.2024, ”Refleksioner vedr. jeres arbejde fra en, der har mange års erfaring fra praktikken”, side 40.
- Henvendelse 27:** 13.06.2024, ”aktiv dødshjælp min mening for en mere værdig død”, side 41-42.
- Henvendelse 28:** 13.06.2024, ”En værdig død”, side 43.

Henvendelse 29: 14.06.2024, ”Mit perspektiv på aktiv dødshjælp”, side 44-45.

Henvendelse 30: 14.06.2024, ”Udvalget for en mere værdig død”, side 46.

Henvendelse 31: 14.06.2024, ”Frihed til valg i både liv og død”, side 47.

Henvendelse 32: 14.06.2024, ”inhabiliter”, side 48.

Henvendelse 33: 14.06.2024, ”Indlæg til debatten”, side 49.

Henvendelse 34: 14.06.2024, ”Død”, side 50.

Henvendelse 35: 14.06.2024, ”Nej til dødsenglen - jf KD fredag 14/6 2024”, side 51.

Henvendelse 36: 14.06.2024, ”VS: En værdig død”, side 52.

Henvendelse 37: 14.06.2024, ”Aktiv dødshjælp eller ej”, side 53.

Henvendelse 38: 14.06.2024, ”uværdig død”, side 54.

Henvendelse 39: 14.06.2024, ”Er I dødsenglene, eller er I dem, der sender englene?”, side 55.

Henvendelse 40: 14.06.2024, ”Input til Udvalget for en mere værdig Død”, side 56-59.

Henvendelse 41: 15.06.2024, ”Aktiv dødshjælp/legalt drab”, side 60.

Henvendelse 42: 15.05.2024, ”Værdig død”, side 61.

Henvendelse 43: 15.06.2024, ”Udvalg om værdig død”, side 62.

Henvendelse 44: 15.06.2024, ”Livet er ikke en skal-opgave”, side 63-65.

Henvendelse 45: 15.06.2024, ”Fw: Indlæg”, side 66.

Henvendelse 46: 15.06.2024, ”Tak for debatten”, side 67.

Henvendelse 47: 15.06.2024, ”Aktiv dødshjælp” samt ”Input”, side 68-69.

Henvendelse 48: 15.06.2024, ”En værdig død”, side 70.

Henvendelse 49: 15.06.2024, ”Uværdigt udvalg for en uværdig regering i et uværdigt land ...”, side 71.

Henvendelse 50: 15.05.2024, ”Værdig død”, side 72.

Henvendelse 51: 16.06.2024, ”Re: Tak for din henvendelse”, side 73.

Henvendelse 52: 16.06.2024, ”Aktiv dødshjælp”, side 74.

Henvendelse 53: 16.06.2024, ”Aktiv dødshjælp”, side 75.

Henvendelse 54: 16.06.2024, ”Værdig død”, side 76.

Henvendelse 55: 16.06.2024, ”Aktiv livshjælp, ikke dødshjælp”, side 77-78.

Henvendelse 56: 16.06.2024, ”Brev til Udvalget for en mere værdig død.”, side 79-81.

Henvendelse 57: 17.06.2024, ”*Har journal fra udlandet og privathospitaler. Så denne gruppe bør medtages i mulighed for aktiv dødshjælp som andre grupper*”, side 82.

Henvendelse 58: 17.06.2024, ”*aktiv dødshjælp - en kommentar*”, side 83-84.

Henvendelse 59: 17.06.2024, ”*Kronik om dødshjælp*”, side 85.

Henvendelse 60: 17.06.2024, ”*Respons til Udvalget for en mere værdig død*”, side 86-89.

Henvendelse 61: 18.06.2024, ”*Dødshjælp*”, side 90.

Henvendelse 62: 18.06.2024, ”*Aktiv dødshjælp*”, side 91-92.

Henvendelse 63: 18.06.2024, ”*Intet emne*”, side 93.

Henvendelse 64: 18.06.2024, ”*kommentar til debatten om aktiv dødshjælp. Skal den/ de pårørende have lov til at forkorte , sin ægtefælle/eller mor eller far, s liv med nogle timer, gennem aktiv dødshjælp*”, side 94.

Henvendelse 65: 18.06.2024, ” *kommentar om en værdig død*”, side 95.

Henvendelse 66: 18.06.2024, ”*Præsentation på Folkemødet*”, side 96.

Henvendelse 67: 19.06.2024, ”*indlæg i debatten*”, side 97-98.

Henvendelse 68: 21.06.2024, ”*Hej*”, side 99.

Henvendelse 69: 21.06.2024, ”*Aktiv dødshjælp*”, side 100-101.

Henvendelse 70: 22.06.2024, ”*Indlæg i beslutningen om en værdig død*”, side 102-105.

Henvendelse 71: 22.06.2024, ”*Neej hvor er det uhyggeligt, det I går ind på!*”, side 106-107.

Henvendelse 72: 24.06.2024, ”*Aktiv dødshjælp*”, side 108.

Henvendelse 73: 25.06.2024, ”*Bør læses*”, side 109.

Henvendelse 74: 27.06.2024, ”*Henvendelse fra Lægeforeningen.*”, side 110-124.

Henvendelse 75: 05.07.2024, ”*debat-input*”, side 125.

Henvendelse 76: 07.07.2024, ”*Perspektiver på livets sidste fase*”, side 126-128.

Henvendelse 77: 09.07.2024, ”*De juridiske rammer for dødshjælp - opfølgning på Folkemødet*”, side 129-284.

Henvendelse 78: 13.07.2024, ”*Anbefal: Forløbsprogram for en værdig død - uanset model for fremtidigt sundhedsvæsen*”, side 285.

Henvendelse 79: 15.07.2024, ”*Mit bidrag til udvalget for en mere værdig død*”, side 286.

Henvendelse 80: 17.07.2024, ”*Kommentarer til emnet*”, side 287.

Henvendelse 81: 20.07.2024, ”*Selvmod*”, side 288.

Henvendelse 82: 22.07.2024, ”*En værdig død*”, side 289-290.

Henvendelse 83: 02.08.2024, ”*Artikel fra Berlingske.dk: Egil Hvis-Olsens mor havde Alzheimers: Det var så hadefuldt og kulsort, blikket fra den kvinde, der ellers aldrig har vist mig andet end betingelsesløs kærlighed*”, side 291.

Henvendelse 84: 02.08.2024, ”Vs: Svar på din henvendelse - Tilføjelse til Behandlingstestamente((ISM) Id nr.: 203516)”, side 292-293.

Henvendelse 85: 13.08.2024, ”Forslag til Model 5”, side 294.

Henvendelse 86: 16.09.2024, ”legalisering i Spanien - samt anonyme undersøgelser blandt læger, sygeplejersker og sosuer”, side 295.

Henvendelse 87: 26.09.2024, ”Vegetativ tilstand - Et scenarie I ikke må glemme i jeres arbejde”, side 296.

Henvendelse 1

Fra: [redacted]
Til: [Værdig død](#)
Emne: uddannelse i palliation
Dato: 13. juni 2024 12:05:05
Vedhæftede filer: [Flyer digital læring - med QR kode.pdf](#)
[Signature-20240613100320.txt](#)

Til rette Vedkomne

Jeg vil gerne give min mening til kende i forhold til en værdig død.

Set fra min stol er en af grundene til at vi overhovedet taler om at der kunne være behov for dødsbehandling er, at vi i sundhedssystemet ikke er godt nok uddannet inden for fagområdet, hverken på basalt eller specialist niveauet. På specialist niveauet er Lægerne dog ret godt med i det der er etableret en specialuddannelse som det fra arbejdsgiver forventes at de gennemføre og får betalt. På sygeplejesiden er det helt galt vi må stykke lidt sammen her og der. Kurser som er udbudt til det basale niveau. Det medfører, at det er ganske svært at opnå kompetencer på specialist niveau som sygeplejerske og dermed får de komplekse patienter og deres familie ikke den bedste behandling. Som igen kan medføre at patienterne og deres familier lider og derfor ønsker at vælge livet fra. Der mangler en palliations special uddannelse for sygeplejersker.

For det basale niveau [redacted] et digital læringsprogram, som er udbudt i regionen Syddanmark. Udfordringen er at det ikke kommer ud til de sundhedsfaglige i kommunerne og til de øvrige regioner og kommuner, da det ikke bliver prioriteret.

Hvis man fra centralt hold kunne hjælpe med dette, er jeg sikker på at hele det basale niveau både i primær og sekundær sektoren vil blive løftet til gavn for dem, der lider patienterne og deres familier.

De bedste hilsner

[redacted signature]

Henvendelse 2

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Input til udvalgsarbejdet
Dato: 13. juni 2024 12:14:38
Vedhæftede filer: [Min hjertegribende historie imod aktiv dødshjælp.docx](#)

Til udvalget for en mere værdig død

Jeg har i det vedhæftede brev beskrevet, hvor rædsom en beslutning det er at kunne beslutte, hvornår livet skal stoppe.

Jeg håber, I vil bruge det som et alternativt vidnesbyrd til de fortællinger, der oftest ses i medierne, og jeg uddyber meget gerne.

Med venlig hilsen

[REDACTED]

██████████ d. 13. juni 2024

Til Udvalget for en mere værdig død

I debatten om aktiv dødshjælp bringer medierne igen og igen hjerteskrærende historier om lidende mennesker, der skal befries fra lidelsen, altid for at få en værdig død.

Jeg har en meget stærk holdning til den debat. For jeg har også en hjerteskrærende historie, men den er omvendt.

Min mor døde for lidt over ██████ år siden af en af de rædsomme sygdomme, der er i spil til at give ret til aktiv dødshjælp. Hun havde ALS. Det er en helt forfærdelig sygdom. Så forfærdelig, at man nok heller aldrig rigtig kommer sig over at have været tæt på den. Hendes ALS kom i sin værste udgave. Sygdommen åd forbindelsen fra hjernen til hendes vejrtrækning og på ██████ måneder gik hun fra at være en selvstændig og aktiv ██████ årig, til at være ved at dø af en CO2-ophobning. ALS er en sygdom, der ikke kan behandles. De speciallæger, vi var i kontakt med, brugte heller aldrig så lang tid sammen med hende, at de for alvor forstod, hvordan hendes variant udviklede sig. De læger, der kendte ALS bedst, havde så meget indsigt, at de vidste, at det er den syge og de pårørende, som ved mest. Dem, der kendte sygdommen dårligst, var hhv. ved at forhindre livsforlængende behandling og skubbede min mor længere ud i depression og ulykkelighed over at have mistet sin selvstændighed på så kort tid. De læger ville have haft muligheden for at give min mor lov til aktiv dødshjælp. De ville have ført til hendes død. De førte til, at hun troede, hun skulle beslutte sin egen død og hver dag tage stilling til om livet var værd at leve. Det er et frygteligt spørgsmål at tage stilling til, og det førte hende til en dybt deprimeret tilstand.

Den sundhedsansatte, der gjorde den største positive forskel, var en kommunal palliativ sygeplejerske, der turde tale om døden og om bekymringerne for at leve. Han hjalp min mor med svar på de spørgsmål, der bekymrede, undersøgte de behandlingsmæssige konsekvenser og hjalp med et enkelt møde af nogle timers varighed min mor ud af depressionen ved at fratage hende ansvaret for at vælge, hvornår hun skulle dø. Han gav os et godt ██████ år at sige farvel i. Et godt og forfærdeligt ██████ år, for den gav min mor livsmod og -glæde på trods af en sygdom, der var så modbydelig og gjorde det stadigt sværere at trække vejret. Den gav hende lyst til at blive ██████, selvom det indebar, at hun så alligevel selv skulle beslutte, hvornår det skulle slutte, fordi hun kun kunne dø (medmindre hun skulle kvæles) ved aktivt at stoppe behandlingen. Og derfor blev hun ██████. Og derfor besluttede hun - i dialog med mig, der havde plejeorlov til at passe hende - selv, hvornår behandlingen skulle stoppe.

Min mor var hele vejen igennem klar til at stoppe med at leve for min skyld. Hun syntes, hun lå mig til last. Det ansvar ville jeg have meget svært med at leve videre med bagefter, og jeg måtte meget klart insistere på, at hun var nødt til at fravælge behandlingen for sin egen skyld. Ikke fordi hun var færdig med at leve - det blev hun aldrig - men fordi hun var færdig med at være syg.

Henvendelse 2 - fortsat

Hun var klar i hovedet til det sidste. Vi tog en selfie den sidste morgen. Hun smilede. Havde venner og familie på besøg. Vores sidste kommunikation var, at hun rakte tomlen op, da jeg spurgte om det havde været en god dag. Det var den værste beslutning at træffe nogensinde, og jeg ønsker ikke at selv min værste fjende skal stå i den. Men vigtigst af alt, så havde værdighed intet med den at gøre. Døden er ikke værdig. Døden er.

Jeg er stor fortaler for bedre palliative behandlingstilbud, flere hospicepladser, god smertelindring og ordentlig pleje. Men aktiv dødshjælp er jeg stærk modstander af, og det uddyber jeg meget gerne.

Med venlig hilsen

[Redacted signature]

[Redacted contact information]

[Redacted contact information]

Henvendelse 3

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Input om Aktiv dødshjælp/en assisteret afslutning på livet
Dato: 13. juni 2024 12:47:55

Jeg er klar tilhænger af aktiv dødshjælp/en assisteret afslutning på livet, da jeg igennem [REDACTED] år så, hvordan min mors ALS fratog hende mere og mere selvstændighed og livslyst. Hun blev [REDACTED] år.

Hun havde altid været en selvstændig kvinde, der arbejdede, cyklede, rejste (også alene) til alverdens steder, og ikke mindst var en fantastisk mor for os [REDACTED]

Hun fik konstateret ALS [REDACTED] måneder før hun døde, men havde allerede inden da været af den overbevisning, at det var det, hun havde pga. lighederne med en afdød bekendt.

Vi havde haft mange åbne og ærlige snakke om bl.a. hendes fysiske ændringer, hendes/vores tanker om vores liv og den drejning, det havde taget, da fysikken begyndte at ændre sig markant. Vi kunne også tale om døden - hvilket var vigtigt for os begge, så hun ikke skulle sidde med sorte tanker alene (især da diagnosen stod klar).

Hun frygtede virkelig hvad der ventede, og meget af det blev også en realitet: kunne ikke sidde ved egen hjælp, kunne ikke gå ved egen hjælp, begyndte at spilde, når hun skulle spise (most mad oftest pga. synkebesvær) og ikke mindst det ikke at klare sin egen personlige hygiejne.

Det at skulle modtage hjælp fra fremmede, at værdigheden bliver taget fra en, især når man aldrig har bedt om hjælp før, og har klaret sig selv altid.

ALS gjorde, at når hun sad, så var hun skarp i hovedet som altid, men hendes behov for hjælp tog til. Jeg påtog meget af den hjælp, var der stort set hver dag - især [REDACTED] år - og hjalp med rengøring, indkøb, tøjvask og ikke mindst toiletbesøg.

Det gjorde, at vi kom endnu tættere på hinanden, og har været en kæmpe trøst for mig, da hun gik bort, at jeg var der!

Lang historie kort, så fik hun heldigvis en fredfyldt død - faktisk omgivet af hendes familie, da hun døde [REDACTED], men den palliative behandling var den bedste [REDACTED] gave hun kunne få. Hun ønskede brændende at få fred, da der ingen kur er for ALS.

Vi må og skal tage hensyn til det enkeltes individs situation. Jeg bliver lidt ked af det, når Kathrine Lilleør kommenterer med: ..."Flertallet mener, der skal være en terminal diagnose, hvor det vurderes, at man dør inden for en overskuelig fremtid" og "Det er det afgørende, og ikke fordi man er ked af det og lider".

Min mor var både ked af det og led - og havde lidt [REDACTED] måneder - og

Henvendelse 3 - fortsat

problemet med ALS er, at vi ikke kunne sige, hvornår hun skulle herfra. Hvor morbidt det end må lyde, så var det lidt et lys i mørket, da det begyndte at gå ud over det respiratoriske, for det ville afkorte hendes liv.

Det tog dog også [REDACTED] måneder, og meget hårdt mens det stod på.

Nogle vil her fra - andre vil ikke, men det må være det enkelte menneske selv, der tager beslutningen.

Hvem og hvor mange, der skal være ind over, er det, der kan diskuteres, men aldrig om det enkelte menneske må have lov til at vælge, at nu er det tid til at sige farvel.

[REDACTED]

PS. og tak for at give mig som borger mulighed for at komme med mit input.

Henvendelse 4

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Værdig død for terminale patienter
Dato: 13. juni 2024 12:52:07

Hej,

Jeg vil gerne give mit besyv med, angående at give terminalt syge patienter muligheden for selv at beslutte hvordan den uafvendelige død skal foregå.

Hvis det selv skulle ske for mig at jeg blev terminalt syg, ville mit ønske være at bringe den nærmeste familie og bedste venner sammen, for at skabe nogle sidste godt minder, eventuelt på en rejse eller et ophold, for dernæst at tage medicinen og sige det sidste farvel, og forlade planeten med værdighed, med glædestårer at lidelserne nu stopper.

Jeg synes det er uværdigt at skulle vente x antal tid efter terminaldiagnoses, hvor patienten og de pårørende hver morgen vågner til "er det i dag, det sker?", om det er dage, uger eller måneder, hvor symptomerne blive værre og værre.

Det handler ikke om at nedgøre værdien af liv, tværtimod. Det handler om værdighed og kontrol, når det er fastlagt at døden vil indtræffe "snart", at kunne bestemme præcist hvor, hvordan og hvornår det sker, at kunne sige ordentligt farvel, på egne præmisser.

Af egen erfaring, når en nær i min fortid har været uafvendeligt døende, og liggende i en hospitalsseng, at min egen tid nærmest går i stå, hvor det eneste i min hverdag er at være på hospitalet eller sovende i min seng, det er følelsesmæssig tortur.

Det siges, at døden er for de efterladte, og jeg er enig. Så at den terminalt syge selv kan bestemme præcis hvornår det skal ske, vil lindre den akkumulerede mængde af mental smerte og angst hos de efterladte. Det vil forkorte mængden af smerte hos den terminale patient, og der kan blive sagt ordentligt farvel, på en ordentlig måde.

[REDACTED]

Henvendelse 5

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Dato: 13. juni 2024 13:02:25

Jeg går helt klart ind for udvalgets Model1. Vores [REDACTED] datter døde i en alder af [REDACTED] år af kræft lige så stille i min seng, med min mand, vores [REDACTED] datter og mig selv i huset.

Jeg mener, at den palliative behandling skal udvides - der er slet ikke gjort nok for at smertelindre med morfin eller anden medicin til terminalt syge patienter. Vi bør have meget mere fokus på den palliative indsats - i særlig grad fordi, vi bliver flere og flere ældre, og vi har en lovgivning, som den palliative indsats hviler på.

Jeg er fuldstændig imod aktiv dødshjælp. I de lande, aktiv dødshjælp er blevet legaliseret, viser tallene, at der er sket en glidebane.

Venlig hilsen

[REDACTED]

Henvendelse 6

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Værdig død
Dato: 13. juni 2024 13:39:41

Hej.

Bare et lille, personligt input vedrørende værdig død.

Jeg er klar tilhænger af, at man kan få hjælp til at dø. Jeg har set min bedste ven dø en lang og smertefuld død. Han fik al den hjælp, det paliative team overhovedet kunne tilbyde ham, og alligevel fik han en frygtelig og smertefuld død. Det er nemlig ikke alle typer smerter man kan undertrykke med morfin og lignende. Min kammerat græd meget og bad flere gange om at få medicin, der kunne gøre en ende på det hele. Men det fik han ikke. Han skulle igennem [REDACTED] ugers intens smerte og dø en lige så smertefuld død til sidst. Det glemmer jeg aldrig!

Jeg synes, det er på tide, at vi i Danmark får mulighed for, at man kan få hjælp til at dø på en mere human måde, end den min kammerat fik - og hvis man ikke er tilhænger af aktiv dødshjælp, kan man bare lade være med, at gøre brug af den mulighed. At nægte andre muligheden, fordi man selv er imod, det synes jeg ikke er i orden.

Fortsat godt arbejde i udvalget! Jeg er spændt på, hvad Folketinget beslutter, når jeres arbejde slutter sidst på året.

Venlige hilsner fra [REDACTED]

Sendt fra min iPhone

Henvendelse 7

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Intet værdigt ved at blive slået ihjel
Dato: 13. juni 2024 13:44:14

Til Udvalget for en mere værdig død

Indledningsvist tak for muligheden for at bidrage med perspektiver til udvalgets arbejde. Det følgende er mine refleksioner som privatperson, men funderet i mine værdier og erfaringer både professionelt som læge og som menneske.

Udvalget har allerede meldt ud, at det drøfter forskellige modeller, der indebærer at give eller stille til rådighed for terminalt syge personer en dødelig dosis medicin med den intention at forårsage dødens indtræden. Det er denne intention der gør forskellen mellem dette og at give lindrende medicin, som lægen ved har som utilsigtet bivirkning at fremskynde dødens indtræden. Læger er vant til at balancere effekt og bivirkninger af medicin, men altid med intention om at helbrede eller lindre. At give medicin med intention om at forårsage døden er at slå ihjel.

Efter min mening bør det allerførste udvalget spørge sig selv om være: Hvad er en værdig død? Der vil være forskellige svar på dette. Udvalget kan komme med sine egne perspektiver, og kan supplere med de perspektiver de hører i befolkningen. Flere meningsmålinger viser, at et flertal i befolkningen adspurgt ønsker mulighed for aktiv dødshjælp. I lægevidenskaben ved vi dog, at "som man spørger får man svar" - folks svar, fx på spørgeskemaundersøgelser, afhænger altid af hvordan spørgsmålet stilles. Hvis man formulerede spørgsmålet således: "Vil du gerne slås ihjel, hvis du bliver alvorligt syg?" ville svarene formentlig fordele sig anderledes. Udvalget bør spørge sig selv om, hvad det egentlig er befolkningen mener de har behov for og hvad det er de finder "værdigt". Hvis det er lindring af lidelse, giver moderne lægevidenskab gode muligheder for dette uden at der er tale om at have til intention at forårsage døden.

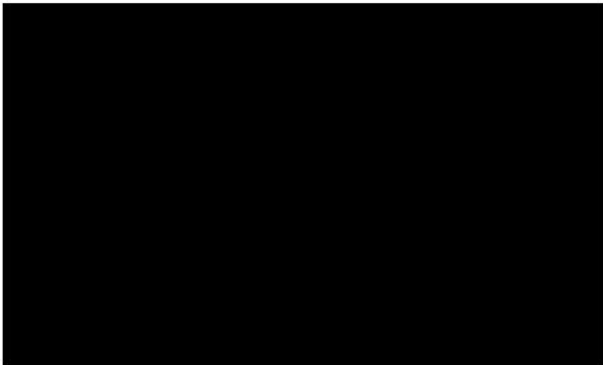
Dernæst bør udvalget spørge sig selv om de afledte implikationer for samfundet, hvis der gives en juridisk ramme for at slå terminalt syge ihjel. Mange opfatter "retten til at dø" som en personlig rettighed, der ikke vedrører andre. Men i et samfund er vi forbundne. Et er, om nogle terminalt syge selv måtte ønske den mulighed, noget andet er hvad muligheden betyder for andre terminalt syge, der ikke umiddelbart ønsker den mulighed, eller andre i samfundet. Det er helt almindeligt, at man afstår fra at indføre lovgivning, som kan komme en specifik gruppe til gode, hvis de afledte konsekvenser for andre grupper gør det u hensigtsmæssigt. I det konkrete tilfælde: Vil nogle terminalt syge føle sig presset til at gøre brug af muligheden? Vil nogle blive presset af andre? Vil muligheden med tiden, pr. analogi, blive udbredt til andre end terminalt syge (som det er sket i mange lande, selvom muligheden altid i starten er blevet afvist)? Og hvad gør det ved samfundets generelle syn på terminalt syge og på lidelse generelt?

Endelig en mere personlig, eksistentiel-religiøs refleksion. Som kristen - og det stemmer fuldt overens med min livserfaring - tror jeg, at lidelse ikke er noget meningsløst, der bare skal elimineres (også selvom det indebærer elimination af individet selv), men at lidelse rummer store muligheder for personlig vækst og indsigt, både hos den lidende selv og andre. Specifikt som kristen kan jeg forene min lidelse med Kristi lidelse, som bestemt ikke var meningsløs, men tjente til at frelse alle mennesker. Men selv i et ikke specifikt religiøst perspektiv ser jeg hvordan lidelse kan rumme mening: Uden at ville tegne et glansbillede kan det for den lidende være en

Henvendelse 7 - fortsat

anledning til at søge at fremme dyder/karakteregenskaber som tålmodighed og taknemmelighed overfor hjælpere, og for den lidendes omgangskreds kan det være en anledning til selvrefleksion og til at vokse i hjælpsomhed og barmhjertighed, ligesom tålmodigt båret lidelse kan være et kraftfuldt vidnesbyrd, der kan give mod til at bære egen lidelse. Det siger sig selv, at dette ikke er et argument for at søge lidelse - det er ikke nødvendigt, det kommer helt af sig selv, så det handler om hvad man stiller op med lidelsen når den er der.

Viser samfundet en sådan positiv, anerkendende tilgang til lidelse (hvilket naturligvis også indebærer i videst muligt omfang at søge at give lidende den hjælp de har behov for) vil det bidrage til at give værdighed til ikke blot terminalt syge, men alle der lider under svær fysisk og psykisk sygdom, såvel som andre svære livsbetingelser. Det vil derimod ikke fremme noget menneskes værdighed, hvis samfundet opfatter lidelse som noget der skal elimineres, om nødvendigt ved at slå den lidende ihjel.



Henvendelse 8

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Værdig død!
Dato: 13. juni 2024 14:07:15

Hej. Idet jeg henviser til [REDACTED], er det virkelig tilfredsstillende, at erfare udvalgets konklusioner. Langt af vejen falder det i tråd med de af mig, udtrykte synspunkter. Jeg mener bestemt, at min opfattelse, er relevant, al den stund, at såvel min nu afdøde hustru, som jeg selv havde/har kræft. Vi talte i flere år, om muligheden for selv at have indflydelse på vor situation, og undersøgte udenlandske muligheder. Nu tyder det endelig på, at folket bliver hørt, selv om jeg oplagt forstår nogle har betænkeligheder, men mit ugers ophold på Hospice i forbindelse med min hustrus sygdom, har bekræftet rigtigheden af min opfattelse. Det skal understreges, at Hospice til fulde gav den behandling, som var muligt. Står gerne til rådighed, såfremt det ønskes, med uddybning af mine erfaringer.. Med venlig hilsen, [REDACTED]
Sendt fra min iPad

Henvendelse 9

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Dato: 13. juni 2024 15:00:52

Nej til aktiv dødshjælp

Jeg er uhelbredelig syg af kræft.
Jeg er glad for at jeg dør inden
aktiv dødshjælp er blevet indført.

[REDACTED]

Henvendelse 10

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Input
Dato: 13. juni 2024 15:08:34

Kære udvalg

Emnet "en værdig død" er noget, der berører mig dybt. Både i mit virke som sygeplejerske, men også som pårørende.

Jeg synes man skal vende det hele lidt på hovedet og sige "hvad er et værdigt liv"?

Sådan som det ser ud nu, er svage borgere overladt til sig selv, hvis de ikke har pårørende, som kan træde til og hjælpe. Og vi hjælper med meget, meget mere end før i tiden, da der i de sidste mange år er skåret helt ind til benet i hjemmeplejen. Det er ikke sjovt for ældre eller skrøbelige at føle sig som et åg på resten af familien, og det er ikke sjovt for familien at bruge mange ressourcer på den ældre/ skrøbelige.

Derfor tror jeg mange føler sig tilovers og til besvær, da de godt ved de trækker mange ressourcer fra deres familie.

I stedet for en værdig død, burde man nedsætte et udvalg for et værdigt liv.

I dag er lovgivningen for palliativ behandling på mange måder godt dækkende, da man gerne må give uafvendelig døende smertestillende/lindrende medicin, også selvom det betyder en fremskyndelse af døden. Og dette synes jeg er nok i forhold til den palliative behandling

Henvendelse 11

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Fra [REDACTED] - ja til aktiv dødhjælp
Dato: 13. juni 2024 15:08:49
Vedhæftede filer: [13.06.2024 aktiv.docx](#)

Til en værdig død

Jeg sender mit syn på det at skulle død.

Med venlig hilsen

[REDACTED]

Sendt fra [Mail](#) til Windows

Henvendelse 11 - fortsat

13 06 2024

En værdig død

Mit syn på det område.

Smertelindrende behandling

Hvordan sørger vi for at en patient får den smertelindrende behandling, når det sker (det gjorde for min mor) at lægen og sygeplejersken er uenige om patient er i smerte?

Lægen vinder og patient ligger i smerte.

Jeg synes det er vigtigt, at få lov til at give smertelindring i så store doser, at smerten forsvinder, selvom patienten vil dø af det.

Hvorfor ikke?

Patient er på vej til at dø, så hvorfor trække det ud? Hvorfor skal man ud sættes for det?

Jeg har ikke hørt nogle gode grunde til det.

Er det fordi nogle læger ikke kan give slip? Lad personens krop dø og lad sjelen flyve hjem.

Når man smertelindrer er person og dosissen gøre at personen dør af det.

Det mener jeg ikke er aktivdøds hjælp. For det man gøre er at lindre smerten. På et tidspunkt når man til en dosis, der får kroppen til at dø. Det er ingen aktivdød – det er en smertelindring i en persons der er ved at dø. Så at en person ikke skal vride sig i smerte.

Det skal der være plads til, at en kan få smertestillende så personen har fred til at være i den sidste del af sit liv.

En længere varende smerte skulle ingen være i. Det er ligesom at samfundet har givet op. Trækker på skulderne sådan er det bare.

Det fri valg til at vælge om man vil leve med smerterne eller vil takke af. Når mulighederne er lukket.

Dem som vælger, at leve med smerte udfordringer for lov til det og samfundet hjælper. Det er bare ikke alle der kan det. Så derfor skal de personer også at have lov til at sige jeg vil gerne takke af.

Eller er samfundet kun for nogle.

Etisk Råd

Jeg følger at etisk råd er bange for, at give slip på den gamle tid, om hvordan vi skal dø.

Man snakker om, at det vil blive en glidebane. De glidebaner har vi allerede. Lægerne vælger hvem der skal overleve på et hospital. De har ikke nok mandskab til at alle kan overleve. Lægerne må godt bestemme.

Borgerne må ikke.

Medmenneskelighed, empati og omsorg er vaskede væk. Ligesom i tomaterne, ingen smag er der tilbage.

Jeg kan godt se, at folk vil stå i kø, når vi får aktivdøds hjælp. Det skyldes det samfund vi har.

Vores utrolig dejlige samfund, dur ikke altid at hjælpe folk op når de flader af i svinger. Eller ændre sig, så alle kan være i det dejlige samfund vi har. Vores samfund er kun for nogle. Så der har svære ved at fungere, bliver nemmer syg og ender med at komme tættere på døden. Og oplever den angst og alt det der hører til når man er ved at dø.

En vejviser, som man er tryk ved. Mangler tit.

Henvendelse 11 - fortsat

Lægerne

Jeg vil mener at nogle læger er inhabile, til at havde med den sidste tid.

Læger bliver uddannet til at redde liv. Så for nogle læger kan de ikke rumme at skulle afslutte liv.

Det er ok. At det er for meget for nogle læger mv. De skal så fritages for at skulle udfører hjælpen.

Derfor skal det være en læge mv enhed, som kan rumme at hjælpe en person der vil dø, med at person kan afslutte sit liv.

Et center hvor personer kan gå eller blive henvist til. Hvor man kan tale det igennem, det at ville dø.

Det er væsentligt at dem der skal hjælpe en med at dø, har fred med det. Samtid med at sundhedsvæsnet holder øje med dem, som udfører aktivdøds hjælp, får en pause ind imellem. For det er noget der tager på dem der hjælper.

Man kan ikke gøre det i underlighed.

Omsorg, empati, medmenneskelighed

Vi som samfund måde finde vejen til at kunne rumme og have fred med, at vi mennesker vælger forskellige vej.

Når vi lever og når vi takker af.

Jeg høre ingen gode begrundelser til at vi holder folk i live. Når tiden for dem er ved at rende ud.

Vi vrider der sidste liv ud af den menneskelige karklud. Når vi til tider har brug for at give slip.

Hvad er vi bange for? At blive alene tilbage i det hårde samfundsmudder vi lever i?

Hvorfor skal vi slide os igennem smerte? Når livet er ved at tikke af.

Hvor er det samfund, der kan rumme de handikappet og andre der vælger at leve med udfordringer.

Og dem som gerne vil takke af.

Nogle gange er kærligheden også at give slip og rummer dem der vil takke af. Og rumme dem som vil leve med de udfordringer som de har. Selvom det koster samfundet, at folk lever med udfordringer.

Jeg

Jeg går indenfor aktivdøds hjælp.

Jeg ser helst, at det kun det sundhedspersonale, som har fred med at tage sig af det område.

Da der er sundhedspersonale, som ikke kan rumme det at nogle vælger at dø.

Jeg er døbt og konfirmeret i kirken. Har senere meld mig ud, da jeg har det bedre at står her imellem de forskellige grupper af religioner.

Jeg tror på den kreativ kilde af kærlighed og jeg lever liv efter liv.

Jeg har være tæt på døden et par gange. Jeg oplever det at se ældre personer i min familie gå den sidste tid i livet.

Jeg ønsker det er muligt at får hjælp til at dø. Hvis jeg kommer derhen hvor min kroppe kæmper med at leve.

Og der sker det at jeg kan dø af kvælning af det vand der danne i min krop. Jeg dur ikke til at leve i smerte.

Kulde for min krop til at gå i smerte og har ikke kræfter til rør sig. Varme fjerne smerterne.

Jeg synes ikke min krop skal gå en gennem en længere lidelse. Fordi nogle i Danmark har svært ved at give slip.

Danmark har brug for at vi lever vores liv så smertefri som muligt og rummer dem som vil takke af.

Henvendelse 12

Fra: [Redacted]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Et mere værdigt liv
Dato: 13. juni 2024 15:08:50
Vedhæftede filer: [Signature-20240613130757.txt](#)

Kære jer.

Jeg synes det er meget trist at fremme en offensiv diskussion om døden, og hvordan man kommer herfra, fremfor en drøftelse af hvordan man har liv indtil døden indtræffer.

Der er rigtig mange etiske dilemmaer som etisk råd har forholdt sig til og som I bør lytte til. Og jeg er meget enige i de to medlemmer som sagde fra overfor formandens ensidige fokus på aktiv dødshjælp.

Her vil jeg blot gøre opmærksom på at f.eks personalet i psykiatrien vil komme under gevaldige umulige pres for på den ene side at forebygge selvmord og fremme helbredelse hos medmennesker der kan lide gevaldigt pgra psykisk sygdom, og vil påberåbe sig at være terminale/kroniske, og på den anden side skulle assistere ved selvmord.

Og et i forevejen følelsesmæssigt belastet fagområde bliver endnu mere belastet pgra kontraproduktive indsatser, der er politisk besluttet fremfor at have fag-faglighed og menneskelighed i højsædet!

Desuden stiller man de omkringstående i umulige dilemmaer, for skal man lave førstehjælp eller ej? Og hvad så hvis man går ud i vandet mhp at dø fordi jeg har en terminal lidelse? Jeg må godt få udskrevet medicin, men jeg må ikke svømme ud til døden?

Jeg synes udvalget burde nedlægges og fastholde Etisk Råd som dem, der kvalificere debatterne.

[Redacted]

[Redacted]

Henvendelse 13

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Jeg vil gerne kunne vælge
Dato: 13. juni 2024 15:34:48

Hej med jer

Jeg har sammen med min kone indgået en aftale om at vi under ingen omstændigheder vil være en ukontaktbar grøntsag. Vi snakker altså ikke om en terminal sygdom eller en diagnose, der vil resultere i døden inden for relativt kort tid.

Essensen af assisteret "farvel til live" bør være baseret på hvad man som enkeltindivid ønsker for sig selv og sit liv. Jeg erkender at "ked af det" ikke bør være en mulighed - det åbner jo for muligheden for at man bliver glad igen.

Men hvis jeg - som elsker at være aktiv og ser det som en essentiel del af et godt liv for mig - bliver bundet til en hospitalsseng uden udsigt til at få førlighed igen, så mener jeg at det skal være muligt for mig at sige pænt nej tak til det liv.

Så for mig er det ikke nok kun at kigge på terminale muligheder for at lindre smerte og forkorte det uundgåelige - men i høj grad bør man også tage højde for hvad jeg som individ forstår og accepterer som et værdigt liv.

--

[REDACTED]

Henvendelse 14

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Vedr en værdig død - input
Dato: 13. juni 2024 15:47:32

Et lille indspark fra en [REDACTED] årig mor til [REDACTED], som lige nu går og venter på at hendes far på [REDACTED] år ånder ud.

Min ellers friske, ressourcestærke og på mange måde “unge” far fik konstateret uhelbredelig kræft i [REDACTED] år. Tarmkræft med spredning til leveren. Det blev opdaget for sent. Det var et chok. Han har nu levet [REDACTED] måneder siden han fik sin dødsdom. Han stoppede med kemo for [REDACTED] måneder siden. Den sidste [REDACTED] har han ligget i en hospitalsseng i stuen. Han skal dø i sit eget hjem.

Han har fået kateter. Han er meget tynd og fuldstændig gul fordi leveren ikke kan mere. Han spiser intet. Han har sagt farvel. Han vil bare gerne sove. Ikke tale med nogen, bare sove. Han har også ubehagelige drømme. Han får morfin osv., men kun lindrende. Ingen ved hvor længe han kommer til bare at ligge i sengen og vente på at dø.

Det er hårdt for min mor, mine søskende og mig at se ham lide så meget. Og det heller ikke det han ønsker. Han har været klar til at tage billetten længe.

Måske man kunne tilbyde noget “mere”, så han kunne få lov at få fred?

Henvendelse 15

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: selvbestemmelse!!
Dato: 13. juni 2024 15:53:20

Når vi skal herfra hvor så ikke gøre som i belgien eller Luxemburg hvor det er 2 forskellige læger ens egen læge og en uvildig som kan afgøre for vedkommende om det skal være nu det skal ske og hvis vedkommende har smerter eller ikke vil leve længere så lad dem selv afgøre om de vil leve eller dø det må være bedre at selv kunne sige farvel til familien

Det må selv en veltalende læge og en psykolog kunne snakke med patienten og få en endelig afgørelse med vedkommende som ønsker at dø

[REDACTED]

Henvendelse 16

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: DR- nyheder - værdig måde at komme herfra
Dato: 13. juni 2024 16:59:09

Kære Udvalget for en mere værdig død.

Vi skal huske, der er noget, der hedder livet, det skal vi lære de unge ja allerede efter deres fødsel, vi mødre, vi skulle gerne amme vores børn og være sammen med vores nyfødte barn. Vi skal stimuler vores nyfødte barn sammen med faderen. Vi skal glædes over at ja mor og far har fået barselsorlov - vi har godt af i fællesskab at lære pligten i et hjem. Der er en lang remse på, hvad der skal laves i et hjem.

Hvad er sket i Danmark ja i verden ja Corona - hvad skete med befolkningen eller har det været galt længe, vi er så sygdomsfixeret, vi taler ikke andet end sygdom. Sygeplejersker der taler om sygdom, de kan underholde en hel sammenkomst om, ja apparatur - jeg mener, den anden mener - vi er så kloge på alt. Der er borger, de har så travl med at kritiser andre faggrupper uden at ha noget i dette. Når man kommer på plejehjem er man nok glad for at sidde i sin evt. Kørestol og drikke kaffe og saftvand og kigge ud af vinduet. Det er måske nok livskvalitet for dem. Nej Nej - de skal beskæftiges med fastelavnstønder - jeg ved ikke, om de ældre også opfodres til at blive klædt ud. En fastelavnsbolle til kaffen ved fastelavn. Jeg tror, plejehjemsbeboer er godt tilfredse.

Vi skal tænke på livet - livet - jeg håber I vil snakke om, at ens læge ved ældre, der bliver lavet aftaler om væskeskema og i samråd med børnene aftalt, hvordan man forholder til appetitten og væske, så ældre kan sige fra, hvis de ikke ønsker aftenkaffen eller theen denne aften.

[REDACTED]

Henvendelse 17

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Debat om aktiv dødshjælp
Dato: 13. juni 2024 17:21:00
Vedhæftede filer: [REDACTED] [indlæg_debat.docx](#)

Henvendelse 17 - fortsat

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Til udvalget for en værdig død

Vedr: Input til debatten om en legalisering af "Aktiv dødshjælp"

Allerførst tak for at udvalget er åben over for input. Helt grundlæggende spørger jeg mig, om det er forsvarligt at undgå lidelse i et postmoderne samfund. Hvad gør det ved samfundet på sigt at ville undgå lidelse? Det skriver jeg om i mit teologiske speciale.

Ligesom Etisk råd mener jeg, at man ikke har præsenteret befolkningen i Danmark for en konkret model, som debatten kan tage udgangspunkt i. Det bliver, i skrivende stund, mere et spørgsmål om "for og imod" fra vælgernes side, som, for mig at se, ikke kan udgøre et beslutningsgrundlag for regeringen, medmindre man bare ønsker at høste stemmer og forud for næste valg.

For mig sker debatten heller ikke på et grundlag, hvor man viser vælgerne, hvilke muligheder der allerede findes i Danmark. Der er mulighed for at få palliativ behandling. Jeg er opmærksom på, at nogle mennesker erfarer ubærlig lidelse i en sådan grad, at deres smerter er ubærlige. I det tilfælde er der også mulighed for palliativ sedation. Men hvor går grænsen? Erfaringer fra andre lande har vist, der er ikke nogen grænse. Når først muligheden for dødshjælp til en terminal gruppe af patienter var blevet indført, blev læger og politikere presset til at udvide grænsen på baggrund af presset fra borgerne.

Et presset samfund

Sundhedsvæsenet er presset på ressourcer. Der er mangel på fagpersonale. Hertil kommer de omvendt demografiske forhold med flere ældre, som jeg frygter, at man betragter som en økonomisk byrde i fremtiden, og foruden dem, der allerede er udfordret, fordi de har et handicap. Regeringen har skåret på velfærdsydelser med reformer på det sociale område. Jeg frygter, at dem, der udgør en byrde for samfundet, kan blive presset til at skulle afgå ved døden i utide. Jeg mener det er utopi at tro, at man kan begrænse sig til "terminal syge" i en model for Danmark. Det viser alle erfaringer, at det kan man ikke holde sig til. Og det er utopisk at tro, at vi i Danmark, fremlægger et andet syn på sagen end de fleste af vores medmennesker gør det i vores europæiske fællesskab.

Fremmedgørelse

At undgå lidelse er et intuitivt argument. Hvem vil ikke gerne undgå lidelse? Men undgår vi de erfaringer, der er forbundet med smerte, så giver vi os ikke den mulighed at erfare lidelse; det være sig at opleve den eller give pårørende den mulighed for at erfare, hvad det vil sige at sætte sig ind i den anden.

Henvendelse 17 - fortsat

Muligheder

Vejen frem kunne være at bidrage til en debat om "aktiv livshjælp" og "dødshjælp", hvor debatten nuanceres med oplysning om det vi har af muligheder/ikke har af muligheder, fremfor blot at debatten blot lægger op til et binært spørgsmål om "for eller imod".



Henvendelse 18

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: JA, til aktiv dødshjælp
Dato: 13. juni 2024 20:05:37

Hej

Min bror kæmpede i [REDACTED] år med sin sygdom og sine deraf følgende handicap.

[REDACTED]

Han var de sidste år af sit liv blind, døv og lam i hele underkroppen og sad i kørestol, og havde stærke motoriske udfordringer i arme. Men forstanden fejlede ikke noget.

Jeg har hele mit liv som hans storesøster fulgt denne helt usædvanlige tragiske skæbne. Min bror kæmpede konstant for sin selvbestemmelse og sin værdighed, og bevarede en hvis mening med livet det meste af livet, ikke mindst i kraft af at han havde en hund hos sig. Han har gået i skole, taget en uddannelse, og har haft halvdags skåne job. Men hans situation forværredes løbende i livet, og derfor kunne han de sidste [REDACTED] år ikke klare et job.

Han klarede sig selv med et minimum af offentlig pleje, en bedrift der uden sammenligning har været ekseptionel og helt ubegribelig for os pårørende. Men til sidst kunne han ikke længere. Og da der var brug for hjælp, magtede det offentlige ikke hjælpe. Det er fuldstændig uværdigt den måde han blev behandlet på. Det offentlige kunne ikke passe ham. Han var det sidste [REDACTED] år på vej til at rådne op i ordets bogstaveligste forstand op, fordi hans liggesår ikke blev behandlet ordentligt. Han stank, Han lå i sin seng i dagevis uden tilsyn, fik ikke noget at spise og kunne ikke komme på toilettet. Når jeg kom på besøg måtte jeg tage ham i bad, fordi han ikke var blevet vasket i ugevis. Han kom på sygehuset, uden verdens nytte, Afmagten stod malet i øjnene på personalet. Han røg ud og ind fordi alle flygtede fra deres ansvar. Mens min bror og vi pårørende fulgte med hele vejen.

Der var ingen andre end [REDACTED] personer i den aller nærmeste familie ([REDACTED] og jeg) der kunne kommunikere med ham. Ingen andre kunne kommunikere med ham.

Han ønskede de sidste år så inderligt af få fred, men jeg kunne ikke hjælpe ham, hvor gerne jeg end ville. Jeg havde kontakkt til Schweiz, men der var lang ventetid og han endte med ikke at kunne komme i betragtning fordi han var så fremskreden at han ikke kunne svare for sig. Selv for os, de nærmeste, var det til sidst ikke muligt at kommunkere med ham. Deperationen er enorm og tanker om hvordan man kan gøre en ende på livet bobler i hovedet på dig. Det er ikke rimeligt at bringe såvel syge som de pårørende i denne situation, her er vi i samfundet nødt til at kunne svare.

Han valgte til sidst at sulte sig selv i hjel, det var den eneste måde han kunne få fred på. Det var forfærdeligt at opleve, men han og vi kunne ikke andet.

Jeg vil gøre alt for at ingen menesker nogen sinde må bringes i en situation som

Henvendelse 18 - fortsat

min bror. Og derfor er vi nødt til at kunne tilbyde aktiv dødshjælp.

Stop alt det fint føleri. De pårørende skal ikke bestemme over den syge og må acceptere den syges beslutning, alt andet er uværdigt.

Ingen skal holde sig i live for min skyld. Livet er til dig og du bestemmer over dit liv og lever det for din egen skyld, og fordi det giver mening for dig.

Efter aktiv dødshjælp kan jeg bearbejde min sorg og komme videre, og den døde slipper for sine lidelser. Uanset hvad der har ført den syge frem til beslutningen om at gøre en ende på livet, så er det et faktum at den døde slipper for sine lidelser. Den døde skal aldrig konfronteres med om det nu var den rigtige beslutning, og for mig er den rigtige beslutning den du selv har taget. Og så er jeg mindre optaget af hvem eller hvad der har ført til beslutningen om at bede om aktiv dødshjælp.

Hvad nu hvis det bliver misbrugt, siger nogen. STOP. Det er frivilligt og den syge bestemmer selv.

Livet starter en dag og slutter en anden dag. Ingen andre væsner har evnen til at beslutte om de vil leve eller dø. Men det kan vi mennesker og lad det give mening ved at indføre frivillig aktiv dødshjælp.

Venlig Hilsen



Henvendelse 19

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Aflivning
Dato: 13. juni 2024 20:15:52

Som pårørende til min ægteemand gennem næsten [REDACTED] år gir det mig meget ondt i maven at tænke på, hvordan det ville ha været hvis jeres forslag var blevet lov.

Min mand blev syg for [REDACTED] år siden og vi fik ved 1. Samtale at vide, at han ikke kunne helbredes.

Vi har gennem de [REDACTED] år fået omsorgsfuld og lindrende behandling.

Vi var til det sidste fyldt med taknemmelighed over den hjælp vi blev mødt med, til han efter [REDACTED] dage på [REDACTED] og [REDACTED] dage på hospice fik lov at dø, da tiden var inde.

Håber ALDRIG vores land kommer helt derud, hvor aktiv dødshjælp bliver tilladt. Vi modtog AKTIV LIVSHJÆLP.

Hilsen [REDACTED]

Sendt fra min iPhone

Henvendelse 20

Fra: [Redacted]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Aktiv dødshjælp
Dato: 13. juni 2024 20:17:53

Når I øjensynligt, efter at alle de af jeres medlemmer der er imod, har forladt udvalget, formentligt kommer med en anbefaling om aktiv dødshjælp - stik imod den sunde fornuft i Etisk Råd, kan i så ikke også komme med forslag til hvordan man som borger kan få hjælp til at komme herfra? - Altså komme ud af landet i live, med offentlig støtte, så man ikke behøver leve og arbejde i et land hvor man afliver de af sine egne borgere som man ikke gider tage sig af.

[Redacted]
[Redacted]

<https://www.berlingske.dk/indland/hun-har-selv-vaeret-i-tvivl-et-flertal-i-regeringens-doedsudvalg-er-enigt>



Hun har selv været i tvivl – et flertal i regeringens dødsudvalg er enige om at indføre dødshjælp i Danmark

Læs mere her.

www.berlingske.dk

Henvendelse 21

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Dato: 13. juni 2024 20:24:24

Problemet er de 17 personer i etisk råd, som ikke er mere etiske end alle os andre, men som har (haft) fine stillinger - tidl. direktør i kræftens bekæmpelse, professor, forstander, sygeplejersker, en præst ved marmorkirken etc. Det givet dem bare ikke forudsætninger for at være særlig super etiske, men de har bare fået en sælig finere status end alle os andre via deres udnævnelse.

En buschauffør, bager, eller kontorist kan stå på et lige så højt etisk niveau, og har måske nogle praktiske erfaringer i forbindelse med familiemedlemmers død som rådet ikke har.

Professorer og sygeplejersker ved nok mere om hvad man kan gøre som led i en palliativ behandling, men det er inderligt ligegyldigt. Afgørende er hvad man rent faktisk gør i det danske sygehusvæsen.

Befolkningen ser hvad der rent faktisk sker og når til en holdning på denne baggrund.

Det er derfor en falliterklæring at Folketinget lytter mere til 17 tilfældige mennesker end til 72% af befolkningen. Etisk råd er en i bund og grund udemokratisk institution.

Jeg har erfaring fra Belgien. Det fungerer fint. Selv katolske professorer/overlæger som af religiøse årsager ikke vil medvirke til eutanasi erkender et der er situationer, hvor de ikke er i stand til at give patienter en værdig død. Man kan kun lægge patienterne i koma og vente. Er det udtryk for en højere moral/etik?

[REDACTED]

[REDACTED]

Henvendelse 22

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Aktiv dødshjælp - ja
Dato: 13. juni 2024 20:24:42

Hej,

Jeg hedder [REDACTED], er [REDACTED] år gammel og er helt desperat ked af at Etisk Råd har udtrykt for aktiv dødshjælp.

Jeg har [REDACTED], og har overværet min fars dødkamp i en alder af [REDACTED] med [REDACTED] kræft. Vi bevidnede, hvor ineffektiv og modbydelig langstrakt en palliativ behandling kan være for et menneske, der desværre er klar til at dø. Min mor, søster og jeg selv tilbragte den sidste måned af hans liv med at pleje ham - selvfølgelig sammen med medicinsk/pleje-personale. Min far udtrykte over den sidste halvanden måned af hans liv gentagne ønsker om at måtte udfris for hans tilstand. Det var ikke kun fysisk smerte, men også en stærk uvilje mod at miste sin værdighed som menneske i takt med at sygdommen og morfinen tog livet af ham. Min mor mistede enhver illusion om en kristen gud undervejs i forløbet - han lå og skreg i smerte.

Samtaler med det palliative team demonstrerede det umenneskelige i denne måde at håndtere døden på - "han er godt nok stærk, din far" - han, de og vi ventede blot på udfrielsen fra hans tilstand.

Min far var altid en handlingens mand, og havde i den sene del af hans liv kun fokus på familiens velfærd og glæde - en stolt mand, der undervejs i sit liv havde arbejdet hårdt for sin families velfærd. I de øjeblikke hvor han var ved bevidsthed til sidst var der blot et ubændigt ønske om udfrielse - han kunne ikke klare denne tilstand af komplet smertelig hjælpeløshed, og hans tab af forstand og vrangforestillinger pga. sygdom og morfin. Historien om min mors død er desværre heller ikke opløftende - hun døde på et alderdomshjem, hvor hun over [REDACTED] år gradvist blev psykisk syg/dement. En lang og for hende angstfuld periode, hvor hun aldrig rigtig fandt ro efter min fars død. Heldigvis ingen palliativ behandling - men undervejs udtrykte hun flere gange et stille ønske om at måtte dø - og dette på en stille og rolig måde. Ikke ved en gradvis udhuling af hendes vilje og forstand - hendes menneskelige værdighed.

Tanken om at en gruppe palliative læger og præster skal kunne forhindre at ordentlige, retskafne, samfundsbevidste, glade, kærlige og stærke borgere i at kunne udfris fra et fysisk såvel som et psykisk helvede er dybt stødende for mig.

Hvis jeg kommer i en lignende situation med min sygdom, så har jeg i samråd med min familie besluttet, at jeg vil gøre brug af aktiv dødshjælp enten i Holland eller Schweiz. Jeg finder det dybt uretfærdigt, at jeg er tvunget til at skulle bero på fremmede landes tjenester i retning af aktiv dødshjælp. Jeg ønsker, at jeg som borger i Danmark kan have mulighed for at kunne træffe dette valg. Der er danske læger og sygeplejersker, der er villige til at hjælpe os med dette - der er erfaringer fra udlandet med, hvordan man bedst muligt kan sikre, at det er borgerens eget frie valg. Derfor kan jeg ikke se andet end religiøse og medicinske egeninteresser, der forhindrer dette i at ske i Danmark. Jeg er villig til en uddybende samtale, og vil meget gerne hjælpe til med denne sag.

Venlig hilsen

[REDACTED]

Henvendelse 23

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Tænk jeg godt om
Dato: 13. juni 2024 20:52:40

Kære udvalg

Husk at vi har værdi bare fordi vi er - og ikke fordi vi gør. Det er det essentielle grundlag for vores samfund. Med aktiv dødshjælp indfører I risikoen for at man tager livet af sig fordi man føler sig til besvær. Det er en katastrofal reduktion af værdier vores samfund bygger på.

Hvis vi ikke formår at holde et døende menneskesmertefri i sin sidste tid er der brug for styrkelse af den palliative indsats -og ikke at der skal åbnes op for at slå folk aktiv ihjel.

Det er skamfuldt og uværdigt at vi i Danmark er nået til at overveje at slå medmennesker ihjel.

Tænk jer om og mærk efter helt ind i hjertet.

[REDACTED]

Henvendelse 24

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Synspunkt fra [REDACTED]
Dato: 13. juni 2024 21:31:55

Kære udvalg,

Jeg er speciallæge [REDACTED]

Jeg ved hvordan man bedøver mennesker. Jeg har med kritisk syge patienter at gøre på intensivafdelingen. Jeg ved, hvordan man standser en livsforlængende behandling, der ikke giver mening. Jeg ved hvor svær den beslutning kan være. Jeg ved hvordan jeg skal lindre patienternes eventuelle smerter og angst i timerne indtil døden indtræder.

Hvis aktiv dødshjælp bliver indført, kan det være sådan en som mig, der bliver sat til at tilbyde det og udføre det.

Der er nogen der idealistisk mener, at man har ret til at bestemme over sit eget liv, og dermed ultimativt over sin egen død. Det kan jeg godt se det rimelige i. Men det er ikke rimeligt, at nogen har ret til, at jeg skal hjælpe dem med at dø.

Lad være med at indføre aktiv dødshjælp i Danmark. Der er rige muligheder for palliation med den nuværende lovgivning. Jeg benytter gerne de muligheder, jeg har, for at lindre døende patienter. Jeg har ikke lyst til at slå mennesker ihjel, og jeg foretrækker, at jeg heller ikke har muligheden for det.

[REDACTED]

Henvendelse 25

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Indlæg om dødshjælp
Dato: 13. juni 2024 21:39:41

Kære udvalg

Jeg har været privatpraktiserende psykolog i [REDACTED] år og har talt med rigtig mange mennesker i vanskelige situationer og udforsket i det som driver dem.

Det er for mig oplagt at mennesker har ret til at bestemme over deres eget liv. Også deres død. Jeg er bare betænkelig ved de motiver som driver de som søger hjælp til at dø.

I behandlingsverdenen betragter vi altid som udgangspunkt ønsket om død som sygeligt. Ikke fordi det er moralsk forkert, men fordi det meget ofte viser sig at være sygeligt. Mennesker under ekstremt pres regredierer og ender i primitive reaktioner som ligger meget tidligt i livet. Det kan være "jeg er værdiløs, ingen vil mig" eller "jeg må ikke være til besvær, det kræver for meget af de andre" eller "jeg skal kunne klare mig selv, det er ubærligt at være afhængig af andre". Den type reaktioner er sygelige, fordi de ikke har rod i den virkelighed personen står i. Ønsket om selvmord er en af de få legale begrundelser for at tvangsbehandle, og det skyldes at ønsket meget ofte er sygeligt.

Der er selvfølgelig mennesker som faktisk ønsker at dø uden at det med rimelighed kan betegnes som sygeligt, men de mennesker har mulighed for at dø efter eget valg uden at bruge voldsomme midler. De kan f.eks stoppe med at spise og drikke. Når et menneske bruger voldsomme midler til at dø, forventer jeg, at der er indre modsætninger som de maser sig igennem. Det synes jeg de skal have lov til, for jeg sætter den personlige frihed meget højt, og jeg har aldrig - i mine [REDACTED] år som psykolog - foranstaltet en tvangsindlæggelse. Men jeg er modstander af at vi laver en institution til at hjælpe folk til at dø med voldelige midler. Og jeg regner indtagelse af gift som vold.

Jeg er også betænkelig ved hvad en sådan institution vil gøre ved os som mennesker, og særligt hvad den vil gøre ved de som arbejder i den. Selv om selvforståelsen vil være "jeg hjælper mennesker med at dø en værdig død" så vil de mennesker skulle rumme patienternes modsætningsfyldte følelser - eller holde op med at mærke dem og udføre deres opgave uden at mærke. Det kan forsvares når man opererer på et menneske, men jeg synes det bliver uhyggeligt, når man skal hjælpe et menneske ind i døden.

Det kunne måske være relevant at slække lidt på kravene til lægerne. Så det blev legalt at hjælpe mennesker selv om man kunne formode at deres hensigt var at dø. Det vil så bare give et pres på nogle læger i nogle situationer - et pres som det vil være vanskeligt at sige fra over for. Så jeg ved ikke hvad der er bedst, men jeg er klar modstander af ordninger som dem de har i Holland og i Schweiz.

Der er en markant forskel mellem holdningen hos befolkningen som helhed, og holdningen hos os som arbejder med de her ting. Det skyldes efter min bedste overbevisning at den problemstilling ser enkel ud udefra, men når man står i den, er den særdeles kompleks og modsætningsfuld.

Venlig hilsen

[REDACTED]

Henvendelse 26

Fra:

Til:

Emne:

Refleksioner vedr. jeres arbejde fra en, der har mange års erfaring fra praktikken.

Dato:

13. juni 2024 22:09:02

Jeg er bl.a. mangeårig sygeplejelærer [redacted] skolen, og været med til talrige afsluttende eksamner, hvor elever skulle gå i dybden med et dilemma, de havde mødt i deres praksis. Eleverne gik ofte ind for aktiv dødshjælp før de havde arbejdet med eksamensopgaven- men sluttede altid med, når de havde undersøgt mulighederne for at hjælpe patienten med " livet" inden for givne rammer/ lovgivning, at ændre markant synspunkt.

Jeg håber, I vil anbefale styrkelse af det palliative team, inkludere og vægte deres erfaringer, og styrke viden på området. Fokus på retten til et værdigt liv.

[redacted]

Henvendelse 27

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: aktiv dødshjælp min mening for en mere værdig død.
Dato: 13. juni 2024 22:42:51

Goddag.

Jeg læste en artikel om aktiv dødshjælp hvor man kan komme med sin mening, så det vil jeg gøre.

Jeg er [REDACTED] år og igennem livet har jeg mødt en hånd fuld mennesker som jeg vil mene alle burde have været tilbudt aktiv dødshjælp.

eksempel 1.

Min [REDACTED] fik kræft i [REDACTED] og gik og hostede blod op og vidst det nu var et spørgsmål om tid.

Jeg synes han burde have fået et tilbud om aktiv dødshjælp som terminal patient og sige pænt farvel og så fået fred.

Han var over [REDACTED] år gammel.

eksempel 2.

Min [REDACTED] som havde en gæt [REDACTED] årig mand døde også af kræft, jeg ved dog ikke hvilken men der gik [REDACTED] mdr efter han havde nævnt det for mig og jeg så ham aldrig lide.

eksempel 3

min [REDACTED] fik en sygdom så hun ikke kunne bevæge sig og lå koblet til en maskine i sin seng og hvor sygeplejersker og læger

kom og besøgte hende hver dag. Sådan lå hun i ca [REDACTED] år og kunne kun bevæge en hånd og ikke engang tale. (det var vidst skelerose)

Heldigvis så stak en person sonden forkert ind i hende så hendes mulighed for at modtage næring via sonde mad ophørte og så døde hun [REDACTED] dage senere.

Jeg synes det var så synd for hende bare at ligge der som en grøntsag.

Hendes hjerne fungerede og hun kunne skrive på et stykke papir men alt andet fungerede ikke.. Jeg synes en sådan person burde kunne få aktiv dødshjælp alt håb var ude.

Eks putte væsker i en maskine og så give hende en knap i hånden og så kan hun så selv aktivere væskerne og så afgå ved døden var nok en god løsning. Så kunne hun sige farvel til familien og så slutte livet.

Det ville have været en værdig død, frem for at hun blev holdt i live i over [REDACTED] år fanget i sin krop og seng.

eksempel 4

Min [REDACTED] overlevede først kræft men den kom tilbage da hun var gæt [REDACTED]. Hun modtog en masse behandlinger men medicinen smadrede hendes krop indvendigt og til sidst kunne lægerne ikke gøre mere. Hun blev også udsat for eksperimentel behandling i den sidste tid.

Hun var meget afkræftet og gang på gang fossede blodet ud af hendes fordi noget gik i stykker indvendigt.

Og ambulance folkene ville ikke bære hende trods sine ca [REDACTED] kg. bare det at vende sig i en seng tog over 5 minutter hver gang.

Hun kunne ikke blive båret ud på en bære men tvunget til at gå fordi de store stærke falck folk ikke måtte bære hende pga. arbejdes regler.

Hun måtte selv gå ned af en 1 trin trappe.

Jeg synes det er noget klamp og reglerne er forkerte for tænk engang der er jo håndværkere som slæber rundt på +50-100kg vinduer hver dag men reddere må ikke bære noget.. tåbeligt.

Jeg ved ikke om hun ønskede aktiv dødshjælp, det var ihvertfald slut for

Henvendelse 27 - fortsat

hende og intet håb.

Generelt vedr kræft så synes jeg vores samfund behandler sådanne patienter elendigt. Det kan ikke passe at folk som er meget syge i kraft behandling og bliver pumpet fulde af skrap medicin eks fordi de er arbejdsløse så skal piskes i jobprøvning dagen efter.. Der må være en form for medlidenhed og med menneskelighed.

eksempel 5

En [redacted] på ca [redacted] år gled på trappen i sit hjem og slog ryg/hoved og blev lam fra halsen og ned og blev en grøntsag.

[redacted] [redacted] [redacted]
I dag sidder han fanget i sin krop og skal have hjælp 24 timer i døgnet og har ikke noget liv og vil bare gerne herfra.

jeg synes man bør give ham et valg om aktiv dødshjælp.

eksempel 6

en del syge soldater har svært ved at fungere og nogen har forsøgt at begå selvmord over 15 gange.

Samfundet tørre regningen af på dem og har forrådt dem og lader dem i stikken.

Jeg synes folk bør få et valg frem for at ligge sig på togskinne, skyde sig selv, hænge sig selv eller tage gift

Det vil være mere humant at give folk 4 morfin ampuller og så kan de hugge dem i benet på sig selv og få fred og det er også sjovere for redningsfolkene at samle

sådan et lig op end når et tog har været hen over dem.

personligt har jeg selv siddet mutters alene i [redacted] år, det er ingen

fremtid jeg bliver undertrykt af mit land og staten/kommune gør alt for at tørre regningen

af på mig som invalid eks straffer man mig økonomisk hvis jeg flytter sammen med en kæreste.. Jeg synes livet er uværdigt

og jeg er gået ned i løn i gæt [redacted] år efterhånden fordi overførsels

indkomsten ikke stiger lige så meget som løn og priserne i danmark.

så jeg bliver fattig inden jeg når pensions alderen = uden penge så er jeg som menneske godt nok på den da jeg ingen familie har.

Uden penge til at tilkøbe hjælp ingen fornøjelse og intet liv som er værd at leve.

Invalide og syge bliver undertrykt af stat/kommune og man krænker vores menneskerettigheder med systematisk kontrol og spionage.

et liv uden frihed og privatliv er ikke værdigt.

Og hvad angår hvordan man behandler ældre og handicappede så er det ikke

meget bedre der... tænk engang min far som er [redacted] år og kan gå 50m og

skider i bukserne osv. og mentalt har svært ved livet kan ikke engang få

en ældre bolig hos kommunen men får besked på at købe en robot

støvsuger. Det er en skandale.

Mvh [redacted]

Henvendelse 28

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: En værdig død
Dato: 13. juni 2024 17:39:10

Til udvalget.

I Danmark har vi længe haft en dyb respekt for individets frihed og ret til selvbestemmelse. Denne frihed bør også omfatte retten til at bestemme over sit eget livs afslutning. Aktiv dødshjælp bør være en lovlig mulighed for dem, der i mødet med ulidelige lidelser ønsker en værdig og selvvalgt afslutning på deres liv.

At nægte mennesker denne ret er en form for umyndiggørelse. I vores samfund hylder vi retten til at træffe egne beslutninger og leve efter vores værdier. Når det kommer til livets afslutning, bør denne rettighed ikke være anderledes. Hver enkelt person skal have lov til at bestemme over sit eget liv og død uden at blive hindret af lovgivningen.

Derudover placerer det nuværende forbud pårørende i en umenneskelig situation. De, der ønsker at hjælpe deres elskede med at finde fred, risikerer at blive retsforfulgt for deres medfølelse og støtte. Dette er en urimelig byrde, som ingen bør bære. Lovliggørelse af aktiv dødshjælp vil fjerne denne risiko og sikre, at ingen pårørende behøver at frygte retslige konsekvenser for at vise kærlighed og støtte i en svær tid.

Livet er dyrebart, men det er også dyrebart at have kontrol over, hvordan og hvornår det slutter, især i situationer med ubærlig smerte og lidelse. Aktiv dødshjælp handler ikke om at fremme død, men om at tilbyde en mulighed for en værdig afslutning, som er i tråd med individets ønsker og værdier.

Mit liv, min beslutning.

[REDACTED]

Henvendelse 29

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Mit perspektiv på aktiv dødshjælp
Dato: 14. juni 2024 07:54:02

Hej,

Som barn af en mor, der døde af multipel sklerose, har jeg nok et lidt andet perspektiv end de fleste "normale" mennesker, så jeg tænkte jeg ville sende jer en mail.

Min mors sygdom udviklede sig hurtigt efter [REDACTED], og hun havde mistet førligheden af både arme, ben og nakke (og kunne derfor ikke ryste på hovedet/nikke) inden jeg var fyldt [REDACTED] år. Selvfølgelig var jeg kun et barn, men det var ikke mit indtryk, at hun led. Hun var altid meget glad og stillede et ton af spørgsmål til de sygeplejersker, der kom ind i vores hjem. Derfor tænker jeg at det er fint muligt for lammede mennesker at leve gode liv. Vi tog på ferier og havde fødselsdagsfester i hjemmet. Som barn var det eneste underlige, at mine venner oftest ikke måtte overnatte.

Da jeg var omkring [REDACTED] år gammel, begyndte sygdommen på sin mere fatale fase. Min mor havde mistet evnen til at spise, da hun ikke kunne synke ordentligt, og begyndte at få problemer med slim i lungerne og deraf hendes vejrtrækning. Vi skulle oftere tilkalde sygeplejersker for at suge slimet op af hendes hals, noget der virkede ganske ubehageligt, og eventuelt skete på daglig basis. Vi måtte oftere på hospitalet. Vi havde stoppet med at tage på ferier nogle år tidligere, og fødselsdagsfester var begrænsede og involverede som regel ikke min mor. Som [REDACTED] årig begyndte hendes syn og hukommelse at forværres, og værst af alt, så begyndte hun at miste evnen til at tale. Sygeplejerskerne kunne ikke længere forstå hende, så de måtte tilkalde mig for at "oversætte". Hun stoppede med at stille spørgsmål. Efter [REDACTED] år kunne jeg ikke længere forstå hende, heller. Da jeg var [REDACTED] år, lammede sygdommen hendes lungemuskler. Hun blev sat på en maskine. Hun havde tidligere fortalt min far, at hun ikke ville leve sådan. Derfor fik hun morfin, og vi slukkede maskinen. Det tog omkring [REDACTED] timer for hende at blive kvalt ihjel. Vi så alle stadierne. Først hende, der kæmpede for at få luft. Så hende, der forhåbentlig var ubevist, men hendes krop lavede de her krampeagtige bevægelser omkring brystkassen. Så blev hun stille, og hendes hud blev bleg.

Baseret på disse oplevelser har jeg 2 problemer med det nuværende system:

1. Det er ikke i orden at hendes, og mange andres, død var så langtrukken. Forhåbentlig dækkede morfinen hendes smerte, men siden hendes kommunikationsevner var væk, var der ingen af os, der vidste det. Hun havde flere oplevelser inden, hvor hun fik hjertestop eller lignende. Det lyder nok hårdt, men nu fortryder jeg, at vi gav hende hjertemassage dengang. Jeg hader, at oplevelsen af hendes død har gjort, at jeg fortryder at have holdt hende i live. Det ville have været en væsentlig bedre måde at tage herfra på. I hjemmet. Med sin familie. Roligt.
2. Efter jeg var fyldt [REDACTED] år faldt hendes livskvalitet voldsomt. De små glæder, jeg nævnte, som at spise kage, tage på ferie, deltage i familiefødselsdage, var alle væk efter det her tidspunkt. Og specielt da hendes tunge blev lammet - hvis du er "låst

Henvendelse 29 - fortsat

inde" i din krop på den måde, uden at være i stand til at kommunikere, så er du dømt til blot at observere dit hjem indtil du dør. Individet er ude af stand til at udtrykke sine ønsker og interagere med de mennesker, han/hun holder af. Det er ikke værdigt.

Og deraf 2 overordnede holdninger:

1. Aktiv dødshjælp ville have været en kæmpe hjælp til min mor. Vi kunne have undgået en voldsom oplevelse, og hun kunne have taget herfra i sit eget hjem. Jeg går ind for aktiv dødshjælp til individer, der har et fatalt sygdomsforløb.
2. Hvis der er tale om sygdomme, hvor tale og bevægelser forsvinder over tid, bør det være muligt at indgå en aftale på forhånd om den aktive dødshjælp, mens individet er i stand til at formulere sine holdninger, således dette kan blive udført efter tab af sine formuleringsevner.

Jeg håber dette kan give et ekstra perspektiv.

Mvh,



Henvendelse 30

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Udvalget for en mere værdig død
Dato: 14. juni 2024 09:18:32
Vedhæftede filer: [Signature-20240614071729.txt](#)

Det giver mig kuldegysninger at tænke på, at mit fædreland skulle indføre aktiv dødshjælp. Jeg har hele mit liv haft den tro, at sundhedsvæsenet ville gøre alt, hvad der stod i deres magt for at helbrede og lindre, så jeg skulle kunne leve så længe som muligt og så godt som muligt.

Hvis aktiv dødshjælp bliver inført, kan jeg ikke længere gå ud fra det. Så vil sundhedspersonalet ikke længere kæmpe for, at jeg skal have det bedst mulige liv, hvis jeg bliver syg og oplever store lidelser. De vil i stedet for kunne tænke på at tilbyde mig en pille, så jeg kan dø. Det er forfærdeligt at tænke på for dem, der oplever så store smerter.

Assisteret selvmord vil ændre vores samfund. Hvis staten kan sige god for selvmord, vil det give suicidalt truede et skub i den forkerte retning. Så bliver det ikke længere "forkert" at begå selvmord. Staten har selv sagt god for det. At det efterlader pårørende med dyb sorg, fortvivlelse, vrede, samvittighedsnag mm., er så deres problem. Staten vasker sine hænder.

Men selvmord er en ulykke. Det må staten aldrig sanktionere.

Med venlig hilsen

[REDACTED]

Henvendelse 31

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Frihed til valg i både liv og død
Dato: 14. juni 2024 09:42:21

Kære modtager,

først og fremmest min dybeste respekt og taknemmelighed for at åbne så bredt op, for input fra befolkningen. Tak.

Jeg ønsker det frie valg i både liv og død. I dag kan man, hvis man har penge nok, vælge at tage til Schweiz, og modtage hjælp til assisteret selvmord. Det betyder at denne mulighed er forbeholdt dem der kan rejse, og samtidig også har økonomi til det.

Jeg ønsker at der åbnes op for assisteret selvmord for alle - uanset økonomi og førlighed. Så enhver kan få udskrevet barbiturat - eller anden medicin - der kan slutte livet. Er man i stand til at fuldføre handlingen på egen hånd, med indtag af medicinen - kan det give mulighed for et værdigt og smukt farvel til familie og venner, samt roen ved at tage sit eget liv i egne rammer.

For de personer der ikke selv er i stand til at indtage medicinen, vil jeg foreslå en række MORS klinikker, samt MORS teams, der kan dække en region eller et område. Dvs. flere klinikker og teams, fordelt over hele landet. Disse teams skal have til formål at assistere et selvmord. Enten ved at den der ønsker afslutningen på livet, kommer til klinikken, eller at teamet tager til plejehjem, bosted, hospital eller hvor personen nu måtte opholde sig. Dette for at undgå, at belaste det faste personale psykisk, der har haft den daglige pleje og kontakt.

Venlig hilsen

[REDACTED]

Henvendelse 32

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: inhabilitet
Dato: 14. juni 2024 10:11:36

Jeg har hørt Kirsten Jakobsen ytre sig i offentligt sammenhæng, hvor det fremgår, at hun er stærkt personligt berørt af problematikken. Så stærkt berørt at hun næppe kan være et medlem med et objektivt syn på sagen.

Jeg mener hun er stærkt inhabil og fejludpeget til udvalget – som i øvrigt lugter langt væk af besdillingsarbejde.

Venlig hilsen

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Sendt fra [Mail](#) til Windows

Henvendelse 33

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Indlæg til debatten
Dato: 14. juni 2024 12:02:03

Her er mine tanker om aktiv dødshjælp/ selvmord by proxy.

Debatten om aktiv dødshjælp, eller statsfinanseret aflivning af folk, er en debat der rummer en masse dilemmaer, hvem er det staten skal godkende til aflivning, er det folk med en kronisk fysisk sygdom, folk der har en sindslidelse, folk der har ondt i sindet, folk der bare er trætte af livet eller ikke rigtigt gider mere? Og hvorfor skal nogle have denne "ret" og andre ikke? Og Kan staten vurdere ud fra ens diagnose om man har et godt liv?

Og hvad med den stigmatisering der vil ske, af de mennesker der opfylder kravene til at få "tilbudt" at ende det hele?

Som kronisk syg, med en sygdom der helt sikkert vil være at finde i toppen af en "statsfinanseret aflivnings positiv liste" (ALS) der kan jeg ikke lade være med at tænke, hmmm mit liv er åbenbart så skidt at staten synes at jeg burde slutte det? Eller at jeg i hvertfald burde overveje at afslutte det?

Det er sært at tænke på, særligt fordi jeg har et godt liv, og jeg tænker at mindre ressource stærke personer end jeg, ville kunne risikere at blive påvirket i negativ retning af det signal sendt fra staten.

"En hver er sin egen lykkes smed"

Men ikke hvis du er kronisk syg, så er holdningen, blandt fortalene åbenbart at så er lykken sjældent opnåelig? Og du kan lige så godt opgive at finde den eller arbejde for at få et godt liv, for du er jo en af dem på listen,....? Så nap du den her pille, så er du ude af dine pinsler.

Trods min kroniske sygdom, så har mit liv indhold og jeg er glad for livet.

I et rigt land som vores, der burde debatten handle om hvordan vi bedst støtter mennesker der har særlige behov for pleje og støtte, f.eks hvordan kan vi sikre et godt livs rammer til dem der kæmper dagligt med sygdom, eller hvordan hjælper vi dem der har svært ved at finde mening retning og indhold i et liv der også indeholder sygdom?

- i stedet for retten til at dø, der tænker jeg at vi skal tale om retten til at leve et godt liv.

[REDACTED]

Henvendelse 34

Fra: [Redacted]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Død
Dato: 14. juni 2024 12:23:34

Gud har givet os jordelivet. Gud bestemmer når det slutter.

[Redacted]

[Redacted]

Henvendelse 35

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Cc: [REDACTED]
Emne: Nej til dødsenglen - jf KD fredag 14/6 2024
Dato: 14. juni 2024 08:23:28

Debat i KD og på 2024 Folkemødet om:

Forslag om at tillade, at læger skal kunne ordinere dødelig medicin til terminale patienter, som selv ønsker det, er, hvad et flertal af medlemmerne i regeringens Udvalg for en mere værdig død går ind for

Jeg siger også NEJ til ovst forslag og opfordrer jer til at stå fast og flere NEJ-sigere til at komme på banen og vise deres mening.

Stor tak til alle de medlemmer i udvalget og formand Katrine Lillebror, der er imod forslaget og fastholder, at vi i Danmark ikke skal tillade aktiv dødshjælp.

Venlig hilsen

[REDACTED]

Henvendelse 36

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: VS: En værdig død
Dato: 14. juni 2024 13:08:17

[REDACTED] har bedt mig sende mine tanker til denne mailadresse

Sendt fra [Mail](#) til Windows

Fra: [REDACTED]
Sendt: 14. juni 2024 11:36
Emne: En værdig død

Kære Katrine Lilleør

Vedrørende en værdig død.

Jeg er ikke ekspert indenfor sundhed eller etik, men hvordan vi mennesker behandler hinanden har altid optaget mig meget.

Med hensyn til sundhed/sygdom så mistede jeg min kone for godt [REDACTED] år siden. Hun døde efter et [REDACTED] års smertefuldt kræftforløb. Bortset fra nogle korte indlæggelser, var min kone i hjemmet i hele sygdomsforløbet og hun døde, som vi ønskede det, i hjemmet. Det er svært at forlige sig med, at ens kære dør fra én, men det, at jeg fik hele forløbet sammen med hende, giver mig i dag ro i sindet. Vi fik [REDACTED] år sammen.

Men så til emnet der nu er omskrevet til aktiv dødshjælp. Jeg kan da godt unde personer, der er i et udsigtsløst sygdomsforløb med store smerter, retten til at gøre ende på livet.

Men jeg mener, at vi bl.a. lovgiver for at beskytte de svage, og svage (mentalt svage) meget syge personer, er jeg bange for kan få en forståelse af, at de af hensyn til mennesker omkring dem fx pårørende bør gøre en ende på livet.

Bare en syg ud af måske 1000 assisterede tilfælde af dødshjælp, har følt det nødvendigt at bede om pillen eller sprøjten uden at vedkommende har følt det, som sit eget ønske, så vil det etisk være mord, ikke at nogen kan gøres ansvarlige. Vi vil alle skulle bære dette ansvar, vi har gjort det muligt gennem lovgivningen.

Jeg håber, at dette etiske men også egentlige juridiske spørgsmål bliver løst, så vi som danskere – som mennesker kan være os selv bekendte.

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Henvendelse 37

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Aktiv dødshjælp eller ej
Dato: 14. juni 2024 15:06:29

[REDACTED]

Rubrik:

Aktiv dødshjælps årsager

Budskab:

At få alle detaljer frem.

Tekst:

Den mest forekommende årsag til ønsket om aktiv dødshjælp må antages at være stærke, vedvarende smerter, som ikke selv den mest effektive palliative smertelindring i kombination med et sovemiddel, kan få bugt med. Derfor er vigtigt at vide at lovgivningen, med disse muligheder, tillader vores læger at sætte ind til det sidste. På denne baggrund, og med erfaringer fra udlandet, er det forståeligt at mange helt afviser indførelsen af aktiv dødshjælp. Hvis der ikke er tale om smerter, kronisk åndenød, eller lignende, altså psykologiske årsager, burde det være indlysende, at enhver form for dødshjælp ikke må finde sted og erstattes med psykologisk eller psykiatrisk behandling, eller samtaler med en præst. Det er i denne sammenhæng interessant, at religionsforsker Niels Christian Hvidt ved Syddansk Universitet, oplyser, at nyere forskning viser, at selvmordsforekomsten er 90% mindre blandt troende i alle trosretninger, sammenlignet med resten af befolkningen.

Kommentar:

Nej

Henvendelse 38

Fra: [Redacted]
Til: [Værdig død](#)
Emne: uværdig død
Dato: 14. juni 2024 18:55:58

”Udvalg for en mere værdig død” burde i virkeligheden hedde ”Udvalg for assisteret selvmord”, da udvalgets forslag om at læger, som er sat til at hjælpe mennesker til at leve, nu skal kunne tilbyde terminalt syge adgang til dødelig medicin. At en protestantisk præst står i spidsen for udvalget viser blot hvor ugudeligt et samfund DK har udviklet sig til. Vores etik, sundhedsvæsen og menneskesyn er i fare for at erodere fuldstændigt. Stop galskaben og sig nej til dette ødelæggende forslag.

[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]

Henvendelse 39

Fra: [Redacted]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Er I dødsenglene, eller er I dem, der sender englene?
Dato: 14. juni 2024 19:55:29

Kære Jer

Det er nok mest henvendt til dig Katrine. Jeg har svært ved at se en præst (præsten Katrine) i front for at udvalg, der vil udstyre mennesker, der er uafvendelige syge med et glas piller, så de kan tage deres eget liv, når de vil. Præsten kan gå sammen med den døende, ud over tredje revle (Katrine, dit efternavn, er ligesom mit forbundet til en lang tradition af håb, liv og død på vestkysten).

Sygeplejerskens bekymring om, hun er dødsenglen, der kommer ind på stuen til Fru Hansen, gør indtryk. Hvem er det, der bestemmer, hvornår Fru Hansen skal dø? Fru Hansen eller "systemet" eller "strukturen" - forventningen om, at man er til besvær i lidelsen. Mennesker, der har følt sig til besvær hele livet; hvad mon de vælger?

Mennesker dør i smerter nogle gange, og det er til besvær, og nogle gange ret meget til besvær (for omgivelserne og den døende), men sådan er det. Det kan gøre ondt at dø, og smerten forårsager ofte betydning og nærvær til de pårørende, og der kan ske en forsoning. Og det er også en læring til de pårørende om at kunne være med den døende, imens det er svært - til det sidste!

[Redacted]

[Redacted]

Henvendelse 40

Fra: [Redacted]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Input til Udvalget for en mere værdig Død
Dato: 14. juni 2024 23:39:59
Vedhæftede filer: [Lovforslag om aktiv dødshjælp.pdf](#)

Foreningen Læger for Aktiv Dødshjælp har udarbejdet et "Lovforslag om aktiv dødshjælp" som vedhæftes.

Venlig hilsen

[Redacted]

Læger for Aktiv Dødshjælp

[Redacted]

www.aktive-laeger.dk

Forslag til lov om indførelse af aktiv dødshjælp i Danmark

Version 2.5

Nedenstående forslag omhandler udelukkende aktiv dødshjælp i form af assisteret selvmord ud fra den betragtning at patienten selv skal udføre den sidste handling. Det vil være den bedste prøve på om anmodningen er alvorligt ment.

Straffelovens § 240 afskaffes. (En tilsvarende lovparagraf har man fx aldrig haft i Sverige.)

Følgende hovedpunkter kunne en dansk lovgivning på området indeholde (formuleringen er ikke juridisk):

§ 1

Enhver myndig person som har haft fast bopæl i Danmark mindst et år, kan anmode om aktiv dødshjælp.

§ 2

Anmodningen skal være frivillig og personens eget udtrykkelige, gentagne ønske.

§ 3

Anmodningen skal fremsættes over for en læge med dansk autorisation og skal af patienten begrundes med ubærlig lidelse. Lidelsens sværhedsgrad kan kun endeligt afgøres af patienten selv.

§ 4

Når aktiv dødshjælp ydes, skal det ske under tilstedeværelse af en læge med dansk autorisation samt et identificeret og myndigt vidne.

§ 5

Lægens og andres medvirken skal være frivillig. Aktiv dødshjælp kan aldrig pålægges nogen som en pligt.

§ 6

Lægen skal forinden have rådført sig med mindst en kollega og have nedfældet samtalereferater i en journal.

§ 7 Forudsætninger

Patientens egen anmodning er en forudsætning for aktiv dødshjælp. Han eller hun skal klart over for lægen give udtryk for ønske herom, og lægen må ikke være i tvivl om at anmodningen er frivillig og alvorligt ment.

Stk. 2

Patientens ønske skal være begrundet i hvad der kan betragtes som en lidelsesfuld tilstand på

grund af svær kronisk sygdom eller skade af fysisk eller psykisk art. Alle relevante behandlingsmuligheder (inklusive kontakt med palliativt team) skal være udtømte.

Stk. 3

Aktiv dødshjælp kan kun komme på tale når en af følgende veldefinerede sygdomsdiagnoser er stillet med sikkerhed:

- 1) Uhelbredelig kræft
- 2) Kronisk hjerte-lungesygdom i fremskredent stadium og resterende funktionsniveau mindre end ... %.
- 3) Følgende fremadskridende og uhelbredelige neurologiske sygdomme: [specificeres]
- 4) Permanente følgetilstande efter hjerneblødning/blodprop eller andre skader i hjernen der er så svære at patienten ikke længere er selvhjulp.
- 5) Svære multihandicaps. Dette punkt kan specificeres.
- 6) Svære psykiske lidelser som kronisk depression, skizofreni og fremadskridende demens.
- 7) Yderligere veldefinerede, alvorlige legemlige eller psykiske sygdomme.

Stk. 4

Vedkommende skal enten være personlig myndig, eller også skal ønsket fremsættes i fællesskab med værgeren. Når det drejer sig om børn, skal forældrene give deres samtykke, og de skal selv være til stede som vidner, jf. § 9 og § 12.

Stk. 5

Hvis patienten ikke længere er i stand til at udtrykke sine ønsker, men tidligere i sit livstestamente har anført ønske om aktiv dødshjælp i situationer som den foreliggende, skal dette opfattes som udtryk for patientens aktuelle vilje.

§ 8 Børn

Barmhjertighedsdrab på meget svært handikappede nyfødte eller meget alvorligt syge børn uden udsigt til bedring er tilladt når forældrene har bedt om det og mindst to læger, heraf mindst en med specialistuddannelse på organområdet, er enige om sværhedsgraden, prognosen og diagnosen jvf. § 8 stk. 3, *eller* når der er tale om

- 1) Anencephali
- 2) Epidermiolysis bullosa
- 3) Andre, som skal specificeres i loven

§ 9 Handlemuligheder

Stk. 1 Patienten skal selv kunne vælge mellem følgende metoder:

Metode 1

Patienten kan vælge at sove ind ved selv at indtage en overdosis medikamenter.

Metode 2

Patienten skal selv trykke på en knap der starter et injektionsapparat som automatisk giver indsprøjtninger i dropslangen af først et bedøvelsesmiddel, derefter et hjertestandsende middel.

Metode 3

Hvis patienten ikke selv er i stand til at trykke på knappen, kan hun eller han anmode tre vidner, fx pårørende, om at gøre det i fællesskab ved brug af tre indbyrdes afhængige, ”serieforbundne” knapper, dvs. at apparatet først starter når alle tre knapper er udløst. Patienten skal hele tiden kunne afbryde forløbet indtil sidste knap er udløst.

Stk. 2 I ventetiden, fra diagnosen er stillet og ønsket om aktiv dødshjælp er fremsat, kan indtil hjælpen ydes, hvis patienten ønsker det, behandles med euforiserende stoffer.

§ 10

Forløbet journalføres af en læge.

§ 11

Mindst to tilstedeværende skal efterfølgende skrive under på en erklæring om at alle forudsætninger var opfyldt: eget udtrykkelige ønske, lidelsesfuld tilstand, behandling udsigtsløs osv.

§ 12

En læge kan kun medvirke til aktiv dødshjælp hvis det af Sundhedsstyrelsen krævede kursus er gennemgået.

§ 13

Der nedsættes en statslig kontrol- og evalueringskomité hvortil alle tilfælde af aktiv dødshjælp indberettes. Komitéen skal sikre sig at reglerne overholdes og indsamle erfaringer til brug ved eventuelle senere lovændringer.

§ 14

Hver gang der er udført aktiv dødshjælp, skal en medvirkende læge inden fire dage foretage indberetning til kontrol- og evalueringskomitéen.

§ 15

At presse eller at forsøge at presse en patient til at anmode om aktiv dødshjælp er strafbart iht. straffeloven. Hvis det sker for egen vindings skyld, er det en skærpende omstændighed.

§ 16

Hjælpen kan ydes i egen bolig, på plejehjem, på hospice, på hospital eller i anden institution.

Henvendelse 41

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Aktiv dødshjælp/legalt drab
Dato: 15. juni 2024 05:25:09

Sendt fra min iPhone. Jeg hedder [REDACTED] er [REDACTED] år gammel og har haft spms i [REDACTED] år og slidgigt i [REDACTED]. Og jeg ville være rædselsslagen - eller rettere aldeles rasende - hvis aktiv dødshjælp blev indført i DK. Har valgt al medicin undtagen 2x10 mg Baclofen fra og vælger i stedet at være fysisk aktiv v ridning x 6 ugentligt. Og DERFOR er jeg fuldt selvhjulpen! Præsenterede i

Henvendelse 42

Fra: [Redacted]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Værdig død
Dato: 15. juni 2024 09:50:00

Kære slidsomme folketingsmedlemmer!

Tak for al jeres gode arbejde, desværre er det nok ikke tak, I får mest af.

Jeg har en stor sorg i mit hjerte, at vi i Danmark, er på vej til at åbne for aktivt, at gå ind og stoppe et liv. Det er mord, ja, undskyld, det kan lyde hårdt, men det er også en hård beslutning, hvis Aktiv dødshjælp bliver vedtaget ved lov. At kalde det en værdig død, er det ikke at give sandheden et andet navn.

En værdig død tales der om. Det vil ifølge Bibelen være, at vi lader Gud bestemme!

Når grundloven siger ja, til kristendommen, så må Bibelen være vor rettesnor!!

Bibelen taler klart om, at vi ikke må slå ihjel i det 5. bud og andre steder.

Man kan godt frygte, at der vil ske det samme som med aborten, der nu bliver tættere på fødslen.

Bliver der også et skred med tiden i aktiv dødshjælp?

Jeg gå ikke ind for hverken aktiv dødshjælp eller fri abort.

[Redacted]

Henvendelse 43

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Udvalg om værdig død
Dato: 15. juni 2024 12:32:18

Nedennævnte perspektiver om en værdig sidste tid, palliation mv. bedes have den centrale plads som det berettiger til i udvalget om en værdig død.

<https://www.regionh.dk/politik/politiske-udvalg-og-fora/Oevrige-politiske-fora/opgaveudvalg/opgaveudvalget-om-en-vaerdig-sidste-tid/Sider/Om-Opgaveudvalget-om-en-vaerdig-sidste-tid.aspx>

[REDACTED]

Henvendelse 44

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Livet er ikke en skal-opgave
Dato: 15. juni 2024 12:59:46
Vedhæftede filer: [Livet er ikke en skal-opgave..docx](#)

De bedste hilsner

[REDACTED]

Henvendelse 44 - fortsat

I samme øjeblik vi er født, er det et faktum, at vi også skal dø. Spørgsmålet er bare hvornår?

Det er vigtigt, at vi som mennesker har det frie valg. Også når det handler om, hvorvidt vi vil leve eller ej. Om vi som mennesker ønsker at være i verden på lægernes, sygeplejerskernes, psykologernes, præsternes eller de pårørendes præmisser eller om vi ønsker at sige nej tak til det liv, de kan tilbyde, når og hvis livet ikke længere kan leves, som det enkelte menneske ønsker det, må og skal være en beslutning ingen andre skal tage.

At leve er at være i live som en biologisk organisme. Men jeg kan ikke forestille mig, at det er det eneste vi mennesker ønsker af vores liv. Hvad der er godt ved livet er forskelligt; nogle synes om god mad, en årgangsvin, en rejse, at være sammen med familien, at gå en tur ved vandet, listen er lang. Men jeg tror, at langt de fleste af os egentlig har ret basale og beskedne ideer om, hvad det gode liv er, nemlig at være i stand til at foretage os det, der gør os glade, giver os lyst til livet. Men det er ikke det samme som at det enkelte menneske har lysten til eller magter livet.

Lysten til livet kan forsvinde med tiden, hvis vi lever frem til en naturlig død efter et langt liv. Eller, i et kortere tidsperspektiv, hvis vi skal være tilstede i livet for andres skyld, trods smerter, manglende førlighed, mistet evne til kommunikation - eller efter min mening, hvis psyken besværliggør muligheden for at leve et meningsfyldt liv, for den, hvis styresystem eller koder i hjernen ikke tillader det. "Man kan jo bare selv gøre en ende på det," ville nogle argumentere, men det kan man jo kun, hvis det er fysisk muligt eller hvis man er 100% sikker på, ikke at blive fundet og tvunget tilbage til et liv, man har sagt farvel til.

Ubærlig lidelse kan lindres! Med fysisk, psykisk og eksistentiel hjælp. Læger, psykologer, præster kan være en hjælp! Den slags udtalelser er for mig blot endnu et søm i den ligkiste, hvor vi begraver retten til selv at vælge om man vil leve eller ej.

Vi holder jo af dig og vil gerne, at du bliver hos os så længe som muligt, er for mig det mest egoistiske og uetiske udsagn mennesker imellem.

Når mennesker, der vil holde deres far, mor, søster, kone, mormor, nære venner, oldefar fast i livet, fordi det for dem vil være en stor sorg at miste den, de holder af, kommer med sådanne udsagn, så bunder det måske også i en angst for døden? Og derfor skal vi tale åbent om døden som det naturlige modstykke til livet, for ingen af os undgår den jo i sidste ende. Og særlig vigtigt er det at tale om den i forbindelse med det, den enkelte ser som muligheden for at leve et godt liv.

Døden er ikke bare et naturligt modstykke til livet, det er jo også det eneste alternativ. Et alternativ, der skal kunne tages i brug, når et langtrukket sygdomsforløb, med bivirkninger og måske ringe behandlingseffekt, får uovervindelige menneskelige omkostninger. Men også som det eneste alternativ, hvis livet for den enkelte er så ændret, at det ikke længere er muligt at leve, men blot være i live. Når nogen ved en bisættelse af et terminalt, langtidssygt medmenneske siger "Så fik han endelige fred," så tænker jeg altid *det kunne han jo have fået for længe siden.*

Henvendelse 44 - fortsat

At kunne vælge hjælp til at dø skal ikke blot gælde for mennesker med terminale sygdomme. Kun mennesker, der lever med en svær psykisk sygdom ved, hvor ubærligt det kan være, og det er vel en af grundene til, at mange forsøger at tage deres eget liv. Med understregning under DERES. Ofte lykkes det ikke, eller når det gør, er det til stor sorg for dem, der står tilbage. Sorgen over et nærtstående menneskes død kan ikke fjernes ved, at man tilbyder assisteret selvmord, men det uværdige i, at et menneske skal finde et træ i skoven eller håbe på ikke at blive fundet efter en overdosis vil (måske) fjerne den del af sorgen, der kan handle om dårlig samvittighed, skyldfølelse over om man som medmenneske kunne have gjort mere, tankerne om, hvorfor man ikke havde forudset osv. hos de efterladte. På den måde mener jeg, at vi kan fokusere på, at det ikke er en desperat handling, men en gennemtalt og gennemtænkt rationel beslutning

Ingen, uanset om man er en af de tidligere nævnte professionelle eller privatperson, kan sætte sig 100% i et andet menneskes sted. Man kan forsøge at lytte, læne sig op ad lægefaglig viden, generelt søge evidensbaseret viden, bruge sin tro - men man kan aldrig vide, hvad der med sikkerhed foregår inde i et andet menneskes hoved og hvordan et andet menneske føler. Derfor kan andre heller ikke tillade sig at dømme nogle til livet, blot fordi de ikke selv ville vælge døden, hvis de var i en lignende situation.

Jeg har hørt en læge sige, at ubærlig lidelse kan lindres. Med fysisk, psykisk og eksistentiel hjælp. Men netop ordet ubærlig indikerer at det menneske, som er ramt af en sådan lidelse, ikke kan bære den. Til gengæld vil modstanderne af et aktivt dødsvalg tvinge et andet menneske til at leve på trods af det ubærlige. Og det mener jeg er uværdigt.

Dødstabu. Det er efter min mening det, det handler om. Ingen af os har bedt om at blive født, men døden må vi selv kunne vælge. Og hvis vores samfund generelt ikke var blevet så fokuseret på, at vi kan forlænge, forbedre, forhindre, så ville det være langt mere naturligt gennem livet at have snakke om døden; hvad den kan betyde for det enkelte menneske, hvorfor nogle vælger den, hvorfor nogle er bange for den.....Derfor tror jeg også, at det er vigtigt for debatten om retten til at dø, at den i høj grad handler om at italesætte det gode liv, det værdige liv, som aldrig kan defineres ud fra en enkelt eller to filosofier, men skal være afsæt i en samtale med det menneske, der ønsker at få en værdig afslutning på et liv, der ikke længere giver mening for den enkelte.

Vi skal kunne tale om døden, som det eneste alternativ til livet, vi skal jo for pokker alle sammen dø. At leve er ikke en skal-opgave, det er en opgave, man selv vælger om man vil udføre eller ej.

Henvendelse 45

Fra: [Redacted]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Fw: Indlæg
Dato: 15. juni 2024 15:05:20

Hej Kathrine Lilleør

Vor Gud og fader skænkede os livet, det tilkommer ikke os at tage det, vi må vente på at han tager os hjem til sig, om det bliver en let overgang eller en svær afslutning?

Jeg har i [Redacted] år lagt mit liv i hans hånd og ser fortrøstningsfuld mod til livets afslutning.

Min frygt er inførsel af aktiv dødshjælp.

[Redacted]

[Redacted]

Henvendelse 46

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Tak for debatten
Dato: 15. juni 2024 15:56:04

Kære jer

tak for jeres arbejde med at nuancere debatten omkring en værdig død. Jeg synes, det er vigtigt, at vi taler om det, selvom følelserne er stærke på begge sider.

Jeg forstår forudsætningerne for jeres forslag, at "man er erklæret terminalt syg og af en læge vurderes til at dø indenfor et par måneder". Jeg forstår, at det palliative arbejde skal forbedres og jeg fatter ikke, at vi i dag har døende mennesker, som skal leve deres sidste måneder med smerter - det er ikke ok.

Uden sammenligning i øvrigt fik jeg for et par [REDACTED] siden en diskusprolaps, som skulle trænes væk - jeg havde [REDACTED], hvor jeg blev forsøgt smertedækket af stærkere og stærkere medicin og til sidst fik jeg morfin - men hele året havde jeg smerter og endelig blev jeg opereret. Jeg gætter på, at lægerne ordinerer ud fra et forsigtighedsprincip og det gør de vel også i forhold til døende mennesker - det er ikke værdigt. Døende mennesker skal ikke have smerter i deres sidste tid.

Jeg kan forstå, at det i dag allerede er lovligt for en læge at smertelindre en patient så meget, at patienten dør. Måske skal vi fortælle vores læger, at en fuldstændig smertedækning er vigtig for en terminal patient, selvom det kan være dødeligt.

Jeg forestiller mig, at hvis jeg en dag bliver terminal patient ([REDACTED] :-)), så vil jeg foretrække, at det er en læge, der smertedækker mig og ikke mig selv vha. et glas piller. Hvis jeg virkelig ønsker at dø, så kan jeg fortælle lægen, at jeg har kraftige smerter (selvom det ikke er rigtigt) og så vil jeg modtage mere smertestillende og dødbringende medicin og dermed får jeg mit ønske om at dø opfyldt.

Jeg har ingen faglige forudsætninger for mine synspunkter.

med venlig hilsen og tak for at tage debatten op.

[REDACTED]

Henvendelse 47

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Aktiv dødshjælp
Dato: 15. juni 2024 16:22:58

Et input til udvalget for aktiv dødshjælp

Min mand - dengang [REDACTED] år - blev ofte henvist til sygehuset, som ikke kunne stille en diagnose. Den kom først [REDACTED] dage før, han døde. Galoperende kræft, kaldte de det.

Det var meget vigtigt for min mand at dø hjemme. Og vi fik al mulig hjælp.

Om fredagen fik vi besøg af to læger fra "[REDACTED]". Min mand gled ind i bevidstløshed i løbet af søndagen. Inden da spurgte jeg ham mange gange, om han havde smerter. Det havde han ikke. Han døde mandag.

Jeg kunne have ønsket palliativt behandling noget før. Men de var vældig omsorgsfulde, - også efter dødsfaldet. Følgende kort blev sendt til mig. Det betød virkelig meget for mig.

"Kære [REDACTED]

Med dette kort vil vi gerne udtrykke vores medfølelse i forbindelse med [REDACTED] død.

Det gjorde et stort indtryk at se den ro og omsorg du havde omkring [REDACTED], som var medvirkende til at han kunne blive hjemme den sidste tid.

Vi vedlægger piecen "Sorg", som vi håber kan være dig til støtte.

Mvh [REDACTED]

[REDACTED]"

Udvid den palliative hjælp. Og den efterladte kommer hurtigere "på benen" igen.

Venlig hilsen

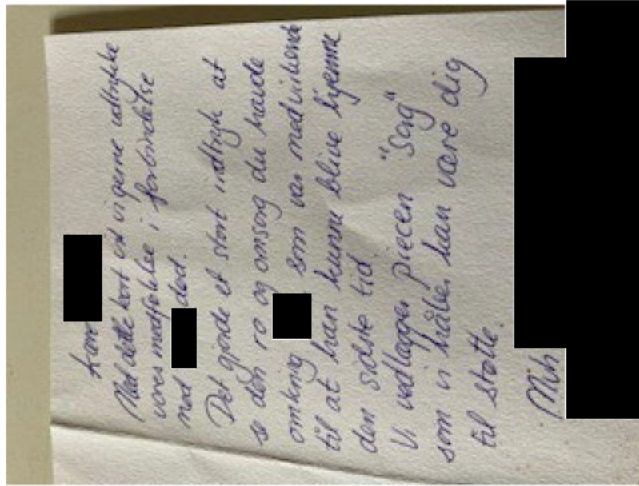
[REDACTED]

Sendt fra min iPad

Henvendelse 47 - fortsat

Fra: [redacted]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Input
Dato: 15. juni 2024 16:25:18

Billede af håndskrevet kort fra palliativt team



Sendt fra min iPad

Henvendelse 48

Fra: [Redacted]
Til: [Værdig død](#)
Emne: En værdig død
Dato: 15. juni 2024 16:36:10

I min optik får man en værdig død, hvis man får et værdigt liv.

Det betyder at hvis man får den hjælp man har behov for - hjælpemidler, pleje, medicin etc. til tiden, så får man også en værdig død.

Det betyder at de mennesker som arbejder og er omkring den syge er opmærksomme på de fysiske og psykiske behov der måtte være og reagerer på det. Så flere hospice, opdatering af hjemmepleje og plejehjem ville være godt.

Men det kræver økonomi.

Min frygt for aktiv dødshjælp eller assisteret selvmord er at det er en ligegyldighed over for den syge. En mulighed for økonomi tænkning- læs besparelse på sociale og sundhedsudgifter. Samtidigt hensynet til dem som skal beslutte og evt. udføre aflivningen,- jeg tror ikke der er mange der vil have titlen dr.død.

Hvem skal tage beslutningen? Er det arvingerne, lægen, kommunal beslutning? Ud fra hvilke betragtninger- kriterier? Hvad hvis der er uenighed i familien? Kan man besnækkes til en beslutning som fortryder?

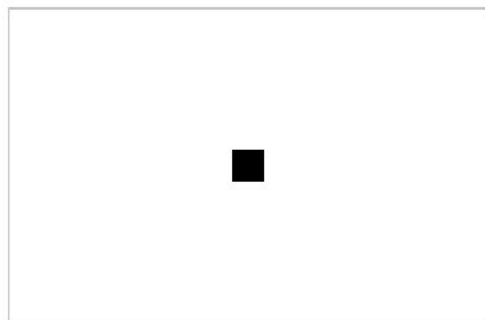
Hellere give en ordentlig pleje til afslutningen kommer.

[Redacted]

Henvendelse 49

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Uværdigt udvalg for en uværdig regering i et uværdigt land ...
Dato: 15. juni 2024 16:52:22

<https://www.berlingske.dk/kommentarer/tidligere-medlem-af-etisk-raad-kathrine-lilleoer-kommer-med-en-saaU>



Tidligere medlem af Etisk Råd:
Kathrine Lilleør kommer med
en så kynisk tanke, at jeg
håber, den er utilsigtet

Læs mere her.

www.berlingske.dk

Henvendelse 50

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Værdig død
Dato: 15. juni 2024 17:11:18

Hej

En værdig død for mig. Handler om at kunne have et værdigt liv. Jeg er kommunalt ansat og har været det i ca [REDACTED] år.

Velfærden er under pres og de allermest udsatte lever efterhånden ikke værdige liv. Det bliver nærmest værre for år til år. De varme hænder spares væk og velfærdsteknologi skal overtage en del opgaver. Vi ser mange udsatte der ikke kan få støttende samtaler og fx ikke kan få ledsagelse/støtte til hospitalskonsultationer trods store kognitive vanskeligheder

Mange forstår ikke hvad lægerne fortæller dem og de kan slet ikke indgå i fyldestgørende kommunikation med læger mm.

Besparelser rammer år for år og de udsattes vilkår forringes år for år.

Mange unge har det voldsomt svært og får ikke støtte i tide dvs udgifterne på dem over et helt liv bliver store.

Når man ikke kan sikre folk værdige liv, så synes jeg at det er tydeligt at man skal have lov til at kunne forlade livet, når man føler tiden er inde i stedet for at blive holdt i live med minimal pleje og støtte.

Udover dette så synes jeg at terminalt syge bør kunne vælge at få fred istedet for at lide voldsomt i lang tid. Vi afliver dyr når de lider og jeg synes at mennesker bør have samme mulighed- både af hensyn til den syge og de pårørende

Mvh

[REDACTED]

Henvendelse 51

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Re: Tak for din henvendelse
Dato: 16. juni 2024 06:19:19

Hele debatten er uværdig. Og udvalget er uværdigt.
I et samfund bidrager man IKKE til at tage livet af sine borgere. Punktum.

Sendt fra min iPhone

Den 15. jun. 2024 kl. 16.52 skrev Værdig død <vaerdigdoed@sum.dk>:

På vegne af Udvalget for en mere værdig død vil jeg takke dig for din henvendelse og for at dele dine tanker og erfaringer med os.

Udvalget for en mere værdig død har til opgave at bidrage til en bred samfundsdebat om et emne, der er fyldt med svære afvejn timer, følelser og holdninger. En mere værdig død handler ikke kun om, hvordan vi kommer herfra, men også om omsorg i den sidste tid. Det er en meget svær samtale, men det er en samtale, der skal tages af hensyn til det enkelte menneskes selvbestemmelse.

Udvalget skal afslutte sit arbejde med et refleksionsoplæg til regeringen i slutningen af 2024. Refleksionsoplægget skal hjælpe til at nuancere regeringens beslutningsgrundlag for en dansk model for en mere værdig død.

Udvalgets refleksioner skal favne danskernes holdning til både en naturlig død og en assisteret afslutning på livet med henblik på at inddrage danskernes holdning i refleksionsoplægget – og inddrage danskernes forståelse af en værdig død ved de forskellige måder, som livet kan afsluttes på.

Alle indsendte bidrag vil blive behandlet fortroligt og vil indgå i udvalgets fremtidige overvejelser.

Udvalget går ikke ind i konkrete sager, og der foretages ikke sagsbehandling på baggrund af din henvendelse. Dit bidrag vil dog blive brugt af udvalget til at nuancere debatten og måske udvalgets egne holdninger. Dit bidrag kan blive inddraget i udvalgets refleksionsoplæg til regeringen i anonymiseret form.

Med venlig hilsen

Sekretariatet

Henvendelse 52

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Aktiv dødshjælp
Dato: 16. juni 2024 09:23:05

Rædselsfuldt.

Er det være mere "værdigt" at dø af en sprøjte eller en pille? Efter eget "ønske"???

Herfra skal vi alle på et tidspunkt, med eller uden hjælp.

Tanken om at "hjælpe" folk/gamle/syge/osv. på vej er utålelig frastødende. Glidebane.

Det ligner allermest en sparerunde- vi er/bliver mange ældre, sygehusvæsen, pensioner, presset plejepersonale - det ene med det andet , så.....???

Primitiv, brutal tankegang.

[REDACTED]

Henvendelse 53

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Aktiv dødshjælp
Dato: 16. juni 2024 15:39:05

Skal en stor del af befolkningen tages som gidsler for at nogle få mennesker ikke finder livet værd at leve. Jeg er [REDACTED] år og har levet med en kronisk uhelbredelig sygdom i [REDACTED] år og er glad for hver dag jeg får. Jeg ønsker ikke andre skal sætte spørgsmålstegn ved om mit liv er værd at leve , jeg vil have retten til at leve og ikke retten til at dø.

Venlig hilsen

[REDACTED]

Sendt fra [Mail](#) til Windows

Henvendelse 54

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Værdig død
Dato: 16. juni 2024 18:51:03

Til "Udvalget for en mere værdig død"

Må det være tilladt en gammel bondekone at blande sig i debatten om en mere værdig død? Jeg må tilstå, at jeg blev oprørt (vred), da jeg hørte, statsminister udtalte sig så bombastisk, at hun går ind for aktiv dødshjælp. Og hurtigt udnævnte en formand for et kommende udvalg, Kathrine Lilleør, som tidligere havde udtalt at have samme holdning. Hvad hun/du naturligvis er i din fulde ret til.

Det kunne næsten kun opfattes som en måde at aflaste det betrængte sundhedsvæsen.

Hvad forstår man ved en værdig eller en mere værdig død?

Som besøgsven i [REDACTED] har jeg siddet hos flere døende venner. Afløst nærmeste pårørende. Også hos egne familiemedlemmer.

Holdt i hånd og sunget. Bare været der. Absolut værdigt for alle parter.

Jeg vil være meget betænkelig ved at lovliggøre aktiv dødshjælp, da jeg frygter, at en del af de såkaldt terminale personer vil vælge den udvej for ikke at være til ulejlighed/besvær. Måske har både personen selv og dennes pårørende netop brug for denne ventetid til at blive afklaret med situationen - afskeden.

At der har været tid til eftertanke. Reflektioner hedder det vist nu.

Grundlæggende er jeg imod AKTIV dødshjælp. Velvidende at det ikke altid vil være muligt at fjerne alle smerter. Men man kan komme langt med lindring.

En personlig oplevelse. Da min mand efter diverse sygdomme de seneste [REDACTED] år også fik for høje nyretal blev tilbudt dialyse, fik vi også tilbudt en samtale med en dialysesygeplejerske på [REDACTED]. Vores ene datter var med til samtale. Vi havde i forvejen talt meget med hinanden og vore børn om situationen.

Min mand orkede ikke fire timers dialyse tre gange om ugen, men valgte, på et oplyst grundlag, vil jeg sige, at kunne få medicinsk smertelindring efter behov.

Nu vidste vi alle, at der ville være begrænset levetid. Den benyttede vi til at være sammen.

Tale sammen. Bede sammen. En god tid sammen, også med familie og venner.

De sidste [REDACTED] døgn, hvor han sov det meste af tiden men var klar ind i mellem, fik han hjælp til vejrtrækning, som var det sværeste symptom.

Der blev tid til aftensang og FADERVOR. Korsets tegn og velsignelse, inden han stille sov ind.

Jeg mener, vi hjalp min mand, børnenes Far MED at dø. Ikke TIL at dø.

Må det være min holdning om en værdig død: Nødvendig smertelindring. Nærhed.

Omsorg.

Med venlig hilsen [REDACTED]

Henvendelse 55

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Aktiv livshjælp, ikke dødshjælp
Dato: 16. juni 2024 20:29:45

Kan I huske under corona hvor vi for milliarder lagde hverdagen om for at undgå dødsfald, den enkeltes liv havde værdi! Det blev gjort helt klart og vi ændrede adfærd!

Med aktiv dødshjælp går det os sikkert ikke som minkene over nat, men vi har statsministerens visionære klare ord for at det bliver "at dø som en hund" og at det også gælder mennesker som kan sige, at "nu vil jeg ikke mere" og "nu har jeg ikke lyst til at være her mere". Lyst til...

Vi kunne ændre kurs under corona, lad os gøre det igen, men væk fra denne glidebane!

Vi har selv i de nære relationer, senest ved dødsfald efter laanngt svært sygdoms forløb, oplevet enestående social- og sundhedsfaglig indsats! Men også det diametrale modsatte og uværdige! Fatale svigt i 'Sundheds'systemet! Som pårørende måtte vi selv kæmpe uforholdsmæssigt meget for at kompensere!

Det er værdig tale når statsministeren siger "Vi er nødt til at have respekt for mennesker, der ved noget og kan noget." Desværre gælder det ikke Etisk Råd, ikke Læge foreningen heller ikke Hospice lederne, men folkeskolen (og heldigvis meget andet, hvis jeg hører rigtigt).

Nok er det løsrevet citater, men for mig afslører dette en kurs mod et uværdigt samfund med aflivning som følge af omsorgssvigt. Rigsrevisionen har to gange kritiseret i indsatsen for den lindrende behandling, og med god grund har vi erfaret.

Regerings grundlaget slår fast at "Danmark er et kristent land..." Folkeligt set betyder det for mig blandt andet at hver enkelt har værdi og værdighed så "Du må ikke slå ihjel!"

Henvendelse 55 - fortsat

Lad os stå sammen - som under corona - og give hinanden et værdigt liv!



Henvendelse 56

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Brev til Udvalget for en mere værdig død.
Dato: 16. juni 2024 14:41:49

Fremsendes hermed til Udvalget for en mere værdig død.

Brev til Udvalget for en mere værdig død

Baggrund

Jeg er svært fysisk handicappet og har været det siden fødslen, hvorfor jeg har et indgående kendskab til at leve med et handicap på egen krop og at være afhængig af det offentlige system. Jeg har været interesseret i debatten om aktiv dødshjælp – selv før den kom til Danmark. Derudover har jeg også været aktiv [REDACTED] i grupper, der diskuterer handicappolitik og aktiv dødshjælp.

I det følgende vil jeg præsentere mine betragtninger og overvejelser om retten til en værdig død.

Mine betragtninger omkring aktiv dødshjælp

Et af temaerne i debatten omkring en værdig død berører særligt indførelse af en ret til at vælge sin egen død.

Mange argumenter lægger vægt på perspektiver fra handicappede, især dem der fokuserer på uddannelse, karriere og inklusion. Disse røster fremfører, at man ikke kan have et samfund, der tillader en ret til aktiv dødshjælp, fordi det angiveligt resulterer i en glidebane, hvor velfærden forringes for de svage i samfundet. Med andre ord skal der være en livspligt for den ene, for at den anden ikke skal føle sig presset.

Det understreges ofte i forlængelse heraf, at vi ikke skal have dødshjælp men livshjælp. Men livshjælp er kun den hjælp, der er råd og vilje til at give – ikke den hjælp som mennesket oplever som subjektivt værdigt.

Det nævnes dog sjældent, at der altid er grænser for, hvilken hjælp f.eks. handicappede kan få, og at den altid er givet efter samfundets nåde.

Debatten om indførelsen af f.x aktiv dødshjælp

tager dog oftest udgangspunkt i de optimale muligheder, som menes at kunne leveres af samfundet, ikke i den måde hjælpen ofte ydes i praksis.

Det er dog ikke nødvendigvis den virkelighed, som befolkningen oplever i ældreplejen, sundhedssystemet og i støttesystemerne for handicappede.

Der er daglige beretninger om mere eller mindre systemiske svigt og vanrøgt, hvor systemet ofte bagefter vasker hænder og henviser til, at der desværre har været mangel på ressourcer.

Henvendelse 56 - fortsat

Få der har et indgående kendskab til handicapsystemet, vil medgive, at det er værdigt, eller at hjælpens omfang og art er, hvad individet anser for rimeligt.

Hjælpen varierer alt efter kommunens kvalitetsstandard, sagsbehandlerens fortolkning og om borgeren ender med at klage. Hvis man ikke klager, får man ofte ikke den hjælp, man burde have fået, hvis kommunen havde overholdt lovgivningen fra starten.

Og når systemet så bliver for dyrt eller ressourcekrævende for det offentlige, hedder det sig pludselig, at det ud fra ressourcemæssige overvejelser er nødvendigt med justeringer, der selvfølgelig forringer hjælpen endnu mere.

Den tendens er også kommet til udtryk i tanken bag forsøgene med velfærdsaftaler på ældreområdet, hvor den tidligere regering ivrigt tilskyndet hertil af KL ønskede, at visse af Servicelovens bestemmelser helt skulle ophæves for nogle forsøgskommuner, med den virkning at klagemulighederne for ældre og handicappede blev kraftigt beskåret.

Debatten omkring aktiv dødshjælp kører dog rask væk ud ad det spor, hvor aktiv dødshjælp afvises ud fra det selvsamme argument om ressourcer, der antages at findes i rigeligt mål.

Det postulat, der ofte gentages, lyder, at alle kan få den hjælp, de behøver, og at det derfor er unødvendigt.

Men der er dog et stort skel mellem den newspeak, som fremkommer i lovttekster og i folketingsdebatter og det som selv udenforstående ved om systemet.

De fleste ved meget vel, hvilken livshjælp man modtager på et plejehjem, hvor et ugentligt bad er standard, hvis man er så uheldig at være afhængig af personalet til hygiejne. De er også klar over de vilkår, som demente og svært handicappede må leve under i deres alderdom.

Social Ulighed og en Værdig Død

I dag har personer med penge, forbindelser og netværk mulighed for at rejse til lande som Schweiz og opnå en værdig død. Det nuværende forbud mod assisteret selvmord rammer dog især dem, der er socialt marginaliserede, uden penge og uden forlighed til at afslutte deres liv på en sikker måde.

Det forekommer urimeligt, at en svært handicappet på en institution, eller en alderssvækket på et plejecenter, der allerede er afhængig af intensiv hjælp fra fremmede, skal "beskyttes" af et forbud mod aktiv dødshjælp. Disse personer har ofte de ringeste vilkår og er blandt dem, som kan se frem til et langt liv hvor de har ringe indflydelse på deres tilværelse.

Det grundlæggende problem med "livshjælp"

Grundlaget for "livshjælp"-synspunktet er antagelsen om, at alle liv kan blive værdige med nok pleje og støtte, hvilket gør assisteret død overflødig. Men denne idealiserede opfattelse af "livshjælp" stemmer ikke overens med virkeligheden for mange handicappede og ældre, der ofte må klare sig med utilstrækkelig og til tider nedværdigende afhængighed. Tværtimod afsløres hullheden i "livshjælp"-retorikken i skellet mellem teori og praksis - ikke mindst i de velkendte systemiske fejl, forsømmelser og ressourcebegrænsninger, der kendetegner meget af den pleje, der ydes til de mest sårbare i samfundet.

Der er også mennesker, der ud fra forskellige grunde slet ikke ønsker livshjælp, fordi den er nedværdigende eller leveres på vilkår som ganske vist er lovlig men ikke behagelige.

Det pålægger alle en ensartet paternalistisk vision af et værdifuldt liv, selvom de ikke ønsker livet.

Helt fundamentalt synes det uholdbart, at retten til en værdig død skal nægtes dem, der ønsker at dø for at

Henvendelse 56 - fortsat

beskytte dem, der ønsker at leve. Det er så meget mere problematisk, da vores velfærdssamfund er under gradvis afvikling, og der hverken synes at være politisk vilje eller ressourcer til at opretholde blot det nuværende serviceniveau. Debatten omkring en værdig død og individets ret til at dø på egne betingelser bør ikke foregå isoleret fra andre strømninger i samfundet. Mange ved vel, hvordan "livshjælpen" fungerer i praksis, og at italesætte ønsket om assisteret selvmord som et problem, der kan "løses" med mere newspeak og omskrivninger af virkeligheden, vil ikke forebygge det værdiskred, som modstanderne søger at undgå.

Konklusion

Når samfundet hverken kan eller vil levere den hjælp, individet ønsker, og der er en stor kløft mellem forventninger og realiteter, må enhver myndig person have ret til at vælge sin egen død under kontrollerede vilkår.

Danmark kan indføre følgende tiltag uden at etablere en eutanasiordning, hvor en tredjepart aktivt udfører handlingen:

1.

Ophævelse af hjælpepligten i straffeloven og sundhedslovgivningen, for så vidt den forhindrer tredjeparter i at forholde sig passive ved et velovervejede selvmordsforsøg. • Konsekvenser: • Øget autonomi: Respekt for individets ret til at træffe beslutninger om eget liv. • Reduktion af juridisk ansvar: Pårørende og sundhedspersonale undgår juridiske sanktioner ved at respektere en persons ønske om selvmord.

2.

Indførelse af en absolut ret til at give en forudgående og bindende erklæring om afvisning af enhver medicinsk behandling, genoplivning eller hjertestart i en hvilken som helst helbredsfasen. • Konsekvenser: • Respekt for ønsker: Individets ønsker respekteres i alle situationer.

• Klarhed for sundhedspersonale: Tydelige retningslinjer for, hvornår livsforlængende behandlinger skal undlades.

Med venlig hilsen

[Redacted signature]

[Redacted name]

[Redacted title]

[Redacted address]

Henvendelse 57

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Har journal fra udlandet og privathospitaler. Så denne gruppe bør medtages i mulighed for aktiv dødshjælp som andre grupper
Dato: 17. juni 2024 13:07:43
Vedhæftede filer: [Michael vil dø, for han kan ikke se andre muligheder](#) [Min tilværelse går mere og mere i stykker](#)
[Kristeligt Dagblad.pdf](#)
[Ingen læger kan hjælpe Michael. Skal han have lov til at dø](#) [Kristeligt Dagblad.pdf](#)

----- Forwarded message -----

Fra: [REDACTED]
Date: ons. 20. mar. 2024 09.31
Subject: Re: Hej [REDACTED]. Har jeg fået tilsendt hele den smukke artikel [REDACTED]
To: [REDACTED]

Kære [REDACTED]

Begge artikler er vedhæftet her.

Med venlig hilsen

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Den tirs. 19. mar. 2024 kl. 15.12 skrev [REDACTED]

Henvendelse 58

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: aktiv dødshjælp - en kommentar
Dato: 17. juni 2024 17:18:12
Vedhæftede filer: [Dokument 35.docx](#)

mvh

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Henvendelse 58 - fortsat

Aktiv dødshjælp og assisteret selvmord

Det er interessant, at fokus på dette emne er drejet fra aktiv dødshjælp (eller drab på begæring), udført af medicinsk uddannet personale, til at hele handlingen overlades til patienten. Det skulle vel ikke være på grund af Lægeforeningens kategoriske afvisning af aktiv dødshjælp?

Det er da smart – nu overlades det til den enkelte at klare sagen, helt i overensstemmelse med principperne om individuel selvbestemmelsesret. Men hermed er man ikke kommet helt fri af den vrangvillige lægestand: man skal fremskaffe den dødelige dosis medicin, og hvis ikke man kan finde en læge, der er villig til at udskrive en recept, er man lige vidt.

Der ligger et klart lægeetiske problem her: hvad der er en ret for en patient, har ingen mening, hvis ikke det samtidig er en pligt for lægen!

Skulle det komme så vidt som til denne ordning, må det som minimum kræves, at en læge kan nægte at efterkomme den "døds-berettigede"s anmodning – lige som man efter gældende lov kan fritage sundhedspersonale i at medvirke til aborter, hvis dette strider mod deres samvittighed.

Henvendelse 59

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Kronik om dødshjælp
Dato: 17. juni 2024 17:24:37
Vedhæftede filer: [Ti tanker til debatten...4.docx](#)

Kære udvalg,

Jeg har bemærket, at I fikserer meget på begrebet terminal.
Men tænk venligst på, at terminale allerede i dag snildt kan hjælpes inden for sundhedslovgivningen. I bør ikke bruge begrebet som et mantra eller et løsen. I snyder publikum, hvis I gør det til eneste kriterium.

[REDACTED] kronik [REDACTED] Den taler selvsagt om mere end det, men det er et absolut must, at mulighederne ikke begrænses til terminale tilstande.

[REDACTED]
[REDACTED]

Henvendelse 60

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Respons til Udvalget for en mere værdig død
Dato: 17. juni 2024 18:58:48
Vedhæftede filer: [Respons til Udvalget for en mere værdig død.pdf](#)

Vedlagt som pdf en respons til Udvalget for en mere værdig død.

Bortset fra at henvendelsen afsluttes med mit navn (som jeg gerne står ved), indgår der ikke personlige oplysninger i responsen.

Med venlig hilsen og gode ønsker for det videre arbejde,

[REDACTED]

Henvendelse 60 - fortsat

Til Udvalget for en mere værdig død

Tak for, i forbindelse med folkemødet på Bornholm, at fortælle om, hvad udvalget har arbejdet med og hvilke overvejelser, der er gjort. Da undertegnede ikke har deltaget i folkemødet, bygger responsen i nedenstående primært på reference herfra i dagspressen, herunder interview med Kathrine Lilleør i Kristeligt Dagblad den 14. juni 2024.

Indledningsvis kan bemærkes, at ordet ”værdig” kan forstås på mange måder. Undertegnede går bestemt ind for, at der skal være mulighed for, at livets afslutning kan ske på en måde, der er værdig i den betydning, at den tilregner det døende menneske stor værdi.

Om selve døden kan være værdig, det er et mere åbent spørgsmål. Det er jo ikke et valg, *om* vi skal dø – det skal vi alle før eller siden, uanset hvad vi synes om det. *Hvordan* vi dør, er der til gengæld mulighed for at påvirke, både som samfund og som enkeltpersoner. For eksempel om der kun lægges vægt på helbredelse, sådan at døden bliver reduceret til at være at tabe kampen mod fysisk eller psykisk sygdom. Eller om der lægges vægt på det enkelte menneskes værdighed som menneske, ikke kun som patient, og om der gives gode rammer for at få det bedst mulige frem i livet, også i den sidste tid før det slutter.

Her er et helhedssyn på mennesket vigtigt, og for mange vil pleje og palliation kunne være vigtige faktorer i den sidste tid, forudsat at mulighederne faktisk er til rådighed. Herfra skal lyde en stor opfordring til at komme med forslag til, hvordan palliation kan styrkes i Danmark, og hvordan mulighederne for at dø på hospice kan styrkes. Herunder meget gerne, hvordan en sådan styrkelse kan iværksættes uden at det går unødigt langsomt.

Der er som bekendt meget forskellige holdninger til, hvorvidt muligheden for en ”værdig død” skal indeholde muligheden for selv at vælge, at nu skal det være, og kunne forvente at få hjælp til at tage livet af sig selv eller, skridtet videre, at få hjælp til at blive slået ihjel.

Undertegnede hører til dem, der ser det som meget farligt at begynde at gå ad vejen mod aktiv afslutning af menneskers liv. Den eksisterende lovgivning giver allerede patienter mulighed for at frasige sig behandling, også den behandling der holder dem live – f.eks. at bede om (og have krav på) ikke længere at blive respirator-behandlet, selv om man ikke kan trække vejret uden respiratoren. Lovgivningen giver også plads for at smertelindre, give angstdæmpende medicin m.v. selv om medicinen fremmer dødsprocessen, så længe *formålet* ikke er at fremme døden, men at lindre, dæmpe angst, osv.

En sådan skelnen mellem formål og resultat er velkendt fra andre sammenhænge. Der er meget stor forskel på med vilje at slå nogen ihjel (mord) eller at komme til mod sin vilje at forårsage en dødsulykke. Selv om resultatet er det samme – personen dør – vil de fleste af os mene, at hensigt eller ej gør en meget væsentlig forskel i denne situation, og hensigt har da også stor betydning for en dom..

Ud fra dagspressen kan jeg forstå, at en væsentlig del af udvalget taler for at åbne for muligheden for at nogle grupper får mulighed for at blive tildelt en selvmordspille, som det så står frit for at tage

Henvendelse 60 - fortsat

eller ej. I omtalte interview omtales denne mulighed som at gå et ”museskridt videre” end de eksisterende muligheder.

Undertegnede vil gerne påpege, at det er langt mere afgørende, *hvor og i hvilken retning* et skridt tages end *hvor stort* skridtet er. Er det et skridt indenfor det sædvanlige, eller er det et skridt som krydser en grænse? Hvis man skubber et glas en centimeter, gør det ingen større forskel, hvis glasset står vel inde på bordet. Derimod kan en centimeter være afgørende, hvis glasset i forvejen stod på bordkanten. Mere højstemt tog Neil Armstrong ”one small step for man, one giant leap for mankind”, da han som den første overskred grænsen til at gå på månen.

Siden Hippokrates har det været lægens opgave at ”stundom helbrede, ofte lindre, altid trøste”, men netop ikke at tage livet af patienten eller hjælpe patienten til at tage livet af sig selv. At ændre på dette vil være at krydse en grænse (hvilket man så kan være for eller imod) – også hvis den krydses med et museskridt.

Åbner man muligheden for at få tildelt en selvmordspille, skal der naturligvis defineres, hvem der har krav på at få en sådan. Næppe den ulykkeligt forelskede teenager, som i egne øjne mener at ”livet er ikke værd at leve!” Men hvad med den psykisk syge patient – hvornår går patienten fra ”selvmordstruet” til ”selvmordsberettiget”? Hvilke fysiske (somatiske) sygdomme/lidelser skal berettige til at få adgang til en selvmordspille? Skal man f.eks. være uafvendeligt døende, skal man have tilstrækkeligt store lidelser (opgjort hvordan?) uden nødvendigvis at være snarligt døende, eller skal man blot være træt af livet? Skal der være en aldersgrænse, og hvor skal den i givet fald sættes?

Der er hyppigt lavet spørgeskemaundersøgelser, som viser et flertal i befolkningen *for* aktiv dødshjælp og dermed kun et mindretal *imod*. I disse spørgeskemaundersøgelser undersøges kun sjældent, i hvilket omfang de adspurgte er klar over, hvilke muligheder der allerede eksisterer.

Men selv i det omfang, at folk er fuldt oplyste, giver det meget let et skævt resultat at spørge den brede befolkning. Der er stor forskel på at forholde sig rent teoretisk til engang i fremtiden at få mulighed for at bede om en selvmordspille, eller at blive spurgt som person i den konkrete målgruppe. Til sammenligning: En spørgeskemaundersøgelse om smertedækning i forbindelse med fødsel kunne udmærket tænkes at give ret forskellige svar, afhængigt af om man spurgte blandt hele befolkningen, kun blandt kvinder, eller kun blandt kvinder som havde prøvet at føde.

En potentielt mere retvisende spørgeskemaundersøgelse om aktiv dødshjælp kunne således begrænses til den befolkningsgruppe, som et tilbud skulle omfatte. Altså når man har et bud på afgrænsningerne for målgruppe, ville man kunne udvælge de adspurgte alene indenfor denne gruppe. Resultatet ville være langt mere repræsentativt i forhold til de påtænkte. Men det måtte i givet fald overvejes, hvordan oplysningen om at tilhøre gruppen skulle præsenteres, når spørgeskemaundersøgelsen udføres.

Her kommer vi ind på konsekvenserne af, hvad det betyder for et menneske at få at vide, at nogen andre har besluttet, at man kunne have grund til at tage livet af sig. Hvordan ville det være for mig, hvis jeg fik at vide – f.eks. ved at blive ringet op som del af en spørgeskemaundersøgelse – at jeg ville være berettiget til at få udskrevet en selvmordspille, hvis jeg skulle ønske det?

Henvendelse 60 - fortsat

Som ofte påpeget af Poul Hartling, tvinger det til stillingtagen, når man tildeles en mulighed. Hvis man ved, at man kan få tildelt en selvmordsspille, så er man tvunget til at forholde sig til muligheden – og altså frataget muligheden for *ikke* at behøve at tage stilling.

Der er også hele spørgsmålet om, hvad det betyder for mine omgivers og samfundets syn på mig, hvis jeg har ret til at få hjælp til at tage livet af mig selv. Da jeg vil være syg/svag/dårlig for at tilhøre gruppen, vil jeg med stor sandsynlighed være i en livssituation, hvor jeg rent samfundsøkonomisk er en dårlig forretning. Allerede nu er der kommunalpolitikere som taler om udfordringen ved at have borgere i kommunen som f.eks. pga. handicap er en økonomisk belastning for det kommunale budget. Hvad vil det betyde for den samtale, hvis den pågældende borger kunne få en venlig information om, at vedkommende er berettiget til (selv)hjælp til at tage livet af sig?

Endelig er der spørgsmålet om, hvorvidt grænserne vil blive gradvist udvidet til langt større persongrupper end der oprindeligt blev fastsat. I interviewet i Kristeligt Dagblad henvises til den amerikanske stat Oregon som eksempel på, at det ikke behøver at være tilfældet. Jeg har ikke nærmere kendskab til ordningen i Oregon, men regner her med at eksemplet er retvisende.

Et sådant modeksempel viser ganske rigtigt, at der ikke *nødvendigvis* sker en udvidelse/glidebane-effekt. Men hvis der kun kan peges på ét modeksempel, rykker kun lidt ved *forventningen* om en udvidelse/glidebaneeffekt. Dette har været tilfældet i både Belgien, Holland og Canada, hvor lovgivningen er blevet gradvist udvidet til langt større persongrupper end oprindeligt. Det er uklart, hvorfor Danmark på dette punkt skulle ligne Oregon mere end Belgien, Holland og Canada?

I ovenstående har jeg stillet mange kritiske spørgsmål til at tillade aktiv dødshjælp, også i den form at udskrive en selvmordsspille, man selv skal tage. Meningen hermed er ikke at underkende, at nogle mennesker lever et liv og dør en død, som kan være både svær og pinefuld. Det er ganske rigtigt svære spørgsmål.

Der findes ingen nemme løsninger, men opfordringen herfra er at fokusere på, hvordan den sidste tid (og såmænd også tiden før den sidste) i højere grad end nu kan gøres mindre lidelsesfuld og mere levende. De bedste ønsker for arbejdet med dette.



Henvendelse 61

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Dødshjælp
Dato: 18. juni 2024 10:00:24

Jeg er modstander af aktiv dødshjælp, jeg har været ved mange dødslejer som præst, også mine forældres. Den palliative behandling er nu så eminent, at pårørende ikke skal frygte, at deres kære lider. Jeg kan ikke frigøre mig fra tanken om, at visse pårørende ønsker døden hurtig skal overståes, saa de kan komme videre med deres eget liv. Men det er vigtigt at give sig tid til at tage afsked.

[REDACTED]

Henvendelse 62

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Aktiv dødshjælp
Dato: 18. juni 2024 12:04:49

Kære Udvalg for en mere værdig død,

Tak for at tage aktiv dødshjælp op til debat og åbne op for os almindelige menneskers holdninger. Jeg vil gerne dele, hvorfor jeg er for aktiv dødshjælp som en mulighed.

Min mormor havde et langt og godt liv. I en alder af [REDACTED] faldt hun om derhjemme og blev indlagt, men vi troede ikke det var så alvorligt. Pludselig fik hun dog enorme smerter – hun har aldrig været sart, da hun har levet med kroniske smerter på grund af en [REDACTED] sygdom hele sit liv, men disse smerter fik hende bogstaveligt til at skrike. Lægerne bedøvede hende til hun sov, og de undersøgte hende grundigt og konstaterede voldsomt tarmslyng.

Sygehuset tilkaldte familien, så hendes børn kunne tage beslutningen om at operere eller ej, da min mormor ikke var vågen. Chancerne for succes var meget små og ville i øvrigt ikke forlænge hendes liv særligt, kun give hende mange smerter. Min mor og [REDACTED] tog den svære beslutning at det skulle deres mor ikke udsættes for, for hun fortjente ikke at være i smerte.

Alle var derfor enige, både læger og familie, om at det var bedst sådan. Min mormor blev ”lagt til at sove”, så hun blev (fortsat) stærkt bedøvet og fik samtidigt taget drop med væske fra kroppen. Derefter sad vi på hospitalet og ventede på det var ovre. Det var de værste [REDACTED] dage i mit liv.

Det er naturligvis en stor sorg at miste en man elsker, men at sidde der og vente på hendes krop gav op af tørst eller skader, hvad der nu kom først, var simpelthen rædselsfuldt. Jeg følte, vi torturerede hende ihjel. Hun var bedøvet, ja, så hun ikke kunne bevæge sig, men hvem ved egentlig hvordan det er? Jeg vidste ikke om hun stadig havde ondt, eller var bange. De siger hørelsen er det sidste der forsvinder, og tanken om hun bare lå der og hørte hvad der foregik, uden at kunne sige hvad hun ville, var rædsom. Jeg har hørt fra nogen med muskelsvind, at deres største angst er at blive fanget i sin egen krop, og det var netop hvad vi gjorde mod min elskede mormor.

Jeg ville ønske aktiv dødshjælp havde været en mulighed den dag. Det ville have sparet min mormor for smerte, og mig og min familie for traumer over uvisheden.

Vi tager allerede beslutningerne i dag, om mennesker skal leve eller dø.

Henvendelse 62 - fortsat

Det føles bare som en halv beslutning, hvor vi vælger ikke at hjælpe, og så lader døende svæve i uvished og måske smerte til kroppen giver op. Det må man ikke engang gøre mod et kæledyr, så hvorfor må man mod mennesker?

Jeg har også siddet ved en [redacted] venindes sygeseng, mens hun langsomt døde til terminal sygdom, men det var en helt anden situation. Hun havde klare øjeblikke af og til, og det var tydeligt, at trods smerter og dødsangst, så ønskede hun at få det meste ud af livet, selv om det blot var i glimt til sidst.

Der var ingen kontakt med min mormor, efter hun var lagt til at sove, så hun fik ikke engang de små livsglimt, kun en smerteligt langtrukken død.

Jeg ville ønske at lovgivningen ville stole på, at vi almindelige mennesker godt kan tage ordentlige beslutninger, når det gælder os selv og vores kære. Hvis det handler om at beskytte læger og sygeplejersker, så lad det også være et valg for dem, om de vil assistere eller ej. Den beslutning kan de godt selv tage.

Der findes folk som er imod, og siger det er selvisk af de raske at tage beslutninger om de døende. Jeg synes det er selvisk at beslutte at holde folk i live mod deres vilje. Jeg synes ikke modstandere af aktiv dødshjælp skal afgøre om muligheden eksisterer, ligesom abortmodstandere ikke bør bestemme over andres kroppe og muligheden for abort.

Jeg synes det burde være en menneskeret at leve og dø på sine egne præmisser.

Tak for at lytte.

Mvh. [redacted]

Henvendelse 63

Fra: [Redacted]
Til: [Værdig død](#)
Dato: 18. juni 2024 13:05:02
Vedhæftede filer: [PastedGraphic-2.tiff](#)
[Signature-20240618110430.txt](#)

Hermed teksten til en kronik, som blev bragt i Politiken den 13. Juni 2024:

Bh

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

Henvendelse 64

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: kommentar til debatten om aktiv dødshjælp. Skal den/ de pårørende have lov til at forkorte , sin ægtefælle/eller mor eller far, s liv med nogle timer, gennem aktiv dødshjælp
Dato: 18. juni 2024 14:27:33

Mit navn er [REDACTED]. Jeg er [REDACTED] år. Jeg mistede min mor den [REDACTED]. Det der er mit ønske, efter jeg var vidne til min mors død, det er, at den pårørende til en terminal patient, skal have lov til, at forkorte sin ægtefælle eller sin døende mor,s eller far,s liv med minutter eller timer via medicinsk aktiv dødshjælp. En tilføjelse til det, jeg skriver her, det er, få en diskussion om, skal den/ de pårørende holdes væk fra den døende eller skal den/de pårørende være helt tæt på. sin døende ægtefælle eller sin døende mor eller far. Jeg har lyst til at skrive en værdig død, må også handle om, at den/de pårørende kan få lov til at få en værdig afsked med sin døende nærmeste.

Min mor var multisyg. Hun havde formentlig tarmkræft, hun havde tidligere haft en hjerneblødning, hun havde sclerose.

Der var blevet skrevet i hendes journal, terminalerklæring søger? Terminaltilskud søger?

I sådan en situation, hvad er det rigtige at gøre for den døende og for den/de pårørende.

Skal den pårørende holdes væk fra den døende , der var et ønske fra lægerne på [REDACTED] sygehus om, at jeg skulle holdes væk fra min døende mor. Jeg havde en nær relation til min mor. Er det en god måde at sige farvel til sin mor på, altså at distancere sig fra sin døende forældre?

Den 2 ting. Min mor blev ukontaktbar i timerne mellem [REDACTED] og [REDACTED] den [REDACTED] min mor døde den [REDACTED] kort før klokken [REDACTED]. Som pårørende oplevede jeg at min mor havde lidt ondt, hun kunne høre at der blev talt til hende, derudover oplevede jeg at hun kæmpede med sin vejrtrækning i [REDACTED] timer inden hun til sidst fik fred..

Henvendelse 65

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: kommentar om en værdig død
Dato: 18. juni 2024 14:42:56

Mit navn er [REDACTED].

Jeg fik sendt en ufuldstændig mail afsted til jer for nogle minutter siden, omhandlende min mors død.

Det jeg til slut godt vil nævne som værende mit ønske, i forhold til min tidligere mail. Min mor lå mellem [REDACTED] og [REDACTED] timer på sit dødsleje, hun havde formentlig lidt smerter, hun var ukontaktbar, hun var langt væk i sin bevidsthed. I situationen ville jeg gerne som søn havde ønsket at min mor kunne have fået et dødeligt præparat, sådan så at min mor kun havde været ukontaktbar terminal patient i et, etcifret antal timer, så havde min mor fået en værdig død og jeg havde som søn, fået en bedre afsked med min mor. Jeg håber at i tager godt i mod mine forslag og holdninger

Venlig hilsen
[REDACTED]

Henvendelse 66

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Præsentation på Folkemødet
Dato: 18. juni 2024 16:27:28

Præsentationen på Folkemødet var absolut ikke professionel.

1. Der var ikke nogen moderator
2. Formanden for udvalget præsenterede udvalgets tanker samt var ordstyrer/moderator
3. Konsekvensen af dette var: A. Formanden kommenterede indlæg fra andre af udvalgets medlemmer. Fx at Janus Tarps indlæg var juristeri
B. Formanden kommenterede publikums reaktioner og indlæggenes længde som rettelig er en opgave for en moderator
4. Det efterlod undertegnede og andre tilhører med en fornemmelse af, at dette var en sag, der skulle køres igennem. Og dermed blev et emne, der er utrolig kompleks, ikke forelagt med de mange forskelligartede facetter det indeholder. Det ved vi tilhører som nogen, der har læst diverse betænkninger og synspunkter. På Folkemødet fremstod det blot som en sag, der kan afgøres med et knips med fingrene.
5. Håbet er, at samtalen om dette emne får rum til oplysning, dialog og debat på en anden og langt mere konstruktiv måde.
Lad mig blot nævne:
 - a. Hvilke fordele er der ved aktiv dødshjælp? Handler det om autonomi? Angst for lidelse? For mange ældre til for få hænder?
 - b. Hvilke argumenter har de faglige foreninger? Er der evidens for disse synspunkter?
 - c. Hvilke argumenter fra Etisk råd finder udvalget for en værdig død uhensigtsmæssige eller mindre betydningsfulde?
 - d. Ændrer det menneskesynet og i givet fald hvordan?
 - e. Er der mulighed for en glidebane?
 - f. Hvordan kunne praksis omkring aktiv dødshjælp se ud? Er der beregninger fra Finansministeriet vedr forslaget?

[REDACTED]

[REDACTED]

Henvendelse 67

Fra: [redacted]
Til: [Værdig død](#)
Emne: indlæg i debatten
Dato: 19. juni 2024 11:58:21
Vedhæftede filer: ["En værdig død".odt](#)

Undertegnede, [redacted] vil gerne have dette indlæg med i debatten.

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]



Til udvalget omkring 'en værdig død'.

Undertegnede ønsker at der fokuseres på at hjælpe folk til at leve.

Det er vigtigt også i en situation med døden foran sig, at give mennesker hjælp til at være opmærksomme på det liv, der skal leves også til det sidste.

Det er naturligvis ikke let at stå overfor at skulle dø, men det at afslutte livet selv, eller at få assisteret selvmord, tror jeg ikke er løsningen.

De ■ gange jeg som læge er blevet konfronteret med, at den pågældende har ønsket at dø, har den pågældende været så fokuseret på at blive hjulpet til at dø.

Det eneste, der var fokus på, var at få lov at afslutte livet.

Jeg mener ikke at nogen af dem, havde en akut forestående død.

De var snarere bange for processen. Den proces skal vi have meget mere fokus på, så selve livet bliver en opgave til det sidste.

Og det at give langsomt slip, og sige farvel til livet, er en værdig måde at afslutte livet på. Og også vigtig i forhold til familie og venner.

Jeg har mødt rigtig mange, der fik stor hjælp af palliativt team, eller på en palliativ afdeling. De gør et kæmpestort og godt arbejde, for at gøre de sidste livsdage til levede dage.

Jeg vil ikke selv medvirke til at mennesker kan komme til at dø på 'anfordring'.

Ikke 'død på recept' og heller ikke at udskrive medicin, så den enkelte selv kan afslutte livet. Det er ansvarsforflygtigelse i mine øjne, at udskrive medicin, som vi ikke selv kan/må give.

Livet er så dyrebart, og selv når det er sværest, kan det også give mening for de fleste.

Jeg har forståelse for at Statsministeren har oplevet at moderens dødsproces var forfærdelig, og det er synd både for den afdøde mor, og for Mette Frederiksen.

Men at det skulle betyde at hele landet skulle kunne vælge hver deres død i et svært liv, er langt over målet set fra min lægestol.



Henvendelse 68

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Hej
Dato: 21. juni 2024 11:25:58

Det skal være en mulighed at afslutte sit liv. Hvis man har været kronisk syg, i mange år og der ikke er bedring at spore. Det kunne også være en mulighed, at sygdommen er forværret over en periode. Eller der er kommet yderligere sygdom til. Det skal være den syges ønske. Det skal være muligt at afslutte livet i eget hjem. Så der ikke er noget stress omkring det.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Henvendelse 69

Fra:

█

Emne:

Aktiv dødshjælp

Dato:

21. juni 2024 13:16:05

Jeg har ikke selv skrevet denne artikel. Men den er værd at læse
Jeg selv er kraftigt tilhænger af aktiv dødshjælp. For jeg tror ikke på vi får se økonomiske medicinsk personale ig resurse mæssige forhold i en sådan stand til at det kan indgået mange ting findes ikke endnu..
Og for den enkeltes lov til at sige fra ved ubærlig og uheldelig sygdom der hverken kan behandles eller lindres.

█

Her er klummen

█

█

█

Henvendelse 69 - fortsat



lånt klumme fra JP.dk 21/6-24 af
Chris Hvidberg, Reklamemand, musiker, medlem af LA

Henvendelse 70

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Indlæg i beslutningen om en værdig død
Dato: 22. juni 2024 21:21:40
Vedhæftede filer: [vaerdigdoed.docx](#)

Hermed mine tanker og overvejelser som jeg tror udvalget kan have gavn af.

med venlig hilsen

[REDACTED]

Henvendelse 70 - fortsat

vaerdigdoed@sum.dk

Udvalget for værdig død.

Jeg er selv læge og jeg er absolut fortalende for at man som læge også skal have mulighed for at hjælpe de patienter som havner i en situation hvor døden ikke længere kan undslippes og som ikke har modet, kræfterne eller lyst til at opleve flere tilbud og hjælp.

For mange læger står det som at man afliver en patient hvis man beslutter at give mulighed for at få en værdig død med hjælp.

Som læge gennem mere end [redacted] og det meste af tiden indenfor de skærende specialer [redacted]

[redacted]
[redacted]
[redacted] har en ganske bred baggrund for at kunne udtale mig om de patienter hvor vi svigter når nogle tror at palliation er eneste læsning.

I mine første [redacted] r var anvendelse af såkaldt morfingivning (stigende doser af morfin givet kontinuerligt sammen med et sederende middel – f.eks. stesolid – en ikke sjældent anvendt metode til at få uafvendelige døende patienter til at få en fredfyldt sidste tid. Det tog fra 1 til 3-4 dage. Som regel besluttet af en af afdelingens da få overlæger eller en ældre 1. reservelæge.

Begrebet palliation var ikke rigtig noget man benyttede eller havde adgang til.

Så godt at vi i dag i langt større grad kan benytte os af palliation og palliative teams.

Men der er en mindre gruppe patienter hvor selv dette ikke er tilstrækkeligt.

Her tænker jeg på specielt patienter med kræft i mundhule, hals, spiserør, lunger, mavesæk, lever-/galdeblære, æggestokke, pt og tyk- samt endetarm.

Patienten med kræft i mundhule / svælget kan i den sidste tid dels have svært ved at synke endsige at indtage føde ad den naturlige vej. Ofte vil det være kompliceret med døds væv som efterlader en konstant lugt af råddenskab. Det må være voldsomt ubehageligt at opleve og gennemleve noget sådant.

Patienten med kræft i spiserøret som måske har gennemgået enten stråle- og kemobehandling eller operation risikerer at adgangen lukker til. I et vist omfang kan man genskabe en forbindelse med en såkaldt stent. Men det kræver en kikkertundersøgelse som den pågældende givet har fået rigtig mange af forud. På et eller andet tidspunkt – især hvis er man blandt de 10-20% som har det svært ved at få en kikkert ned gennem munden og øverste del af spiserøret – så ender man med end ikke at kunne synke sit eget spyt. AT gennemgå de sidste 2-4 mdr uden at kunne komme af med sit spyt og mundvand på anden måde end konstant at skulle spytte det ud – det må være en pine. Samtidig afmagres man eller måske har man fået en fødesonde lagt ind gennem huden til mavesækken. Kan det ikke laves som en kikkertoperation gennem mund og spiserør – så kræver det fuld bedøvelse og adgang gennem bugvæggen. Noget som ikke alle kan klare at få gjort grundet andre lidelser eller almen svækkelse.

Henvendelse 70 - fortsat

Kræft i lungerne ender når det ikke kan helbredes med svært nedsat lungefunktion og ofte med en ubehagelig lugt ud af munden konstant. Så kombinationen af konstant lufthunger og dårlig ånde må siges at være en af de oplevelser de færreste vil gennemgå 24/7 i den sidste tid.

Kræft i mavesækken indebærer såfremt det ikke kan helbredes (de færreste) at man på et tidspunkt ikke kan få føde til at komme videre ned i tarmkanalen. Selvfølgelig kan man få ernæring gennem et drop eller en sonde lagt FØR at det lukker helt til.

Kræft i lever og galdeveje som ikke kan helbredes efterfølges ofte af svær gulsot. Når gulsoten er blevet så udtalt at den hvide øjenbaggrund bliver gul, at huden bliver tiltagende grøngul og urinen bliver porter-farvet mens afføringen bliver kitfarvet – så plages man af en ulidelig hudkløe. Nogle gange kan man aflastes med enten en intern stent eller en adgang til galdetræet gennem huden så galde kan løbe væk. Men det er ikke sjældent man får en svær infektion eller adgangen stopper til.

Kræft i bugspytkirtlen – som mindre end 5-8% overlever mere end 5 år giver voldsomme mavesmerter, nogle gange gulsot og ofte er sådanne patienter fra diagnosetidspunktet til døden befrier pågældende mellem 3 & 6 mdr.

Kræft i tyktarm og endetarm kan hos 15-20 % ende med at man ikke kan komme af med sin afføring på naturlig vis. Nogle kan hjælpes med en stomi (kræver operation) andre med en stent anlagt nedefra gennem endetarm og op i tarmen. Men selv ved disse tiltag bliver der en tid til sidst som vil være meget ubehagelig at gennemleve.

Kræft i æggestokkene giver ofte sent symptomer og ikke sjældent med spredning til hele bughulen og deraf følgende afklemning af såvel tarme som blodtil- og især blodfraførsel til benene. Igen symptomer som er behæftet med mange gener og ubehag i den sidste tid.

Prostatakræft er for en mindre del af de mandlige patienter behæftet med rigtig mange knoglesmerter i specielt de store knogler samt med sammenfald af ryghvirvler med deraf følgende nervepåvirkning af rygmarven. Smerterne i knoglerne kan være så stærke at selv meget store doser af morfin ikke har nogen særlig effekt.

I alle ovennævnte situationer vil pågældende patient få en meget ubehagelig og pinefuld sidste tid. Det kan være uger men også adskillige måneder.

Her er palliation kun et plaster på såret hvor man dysser patienten hen med kraftig smertestillende og afslappende medicin i kombination med andre lægemidler. For de fleste vil det alligevel være enten en konstant døs eller en tid hvor man "kun" venter på at døden indfinder sig.

Som patient har man i dag ret til at frabede sig behandling. Hvilket kun kan siges er ret og rimeligt. Men man kan ikke få hjælp til at undslippe den sidste tid hvis den – som ovennævnte eksempler klart viser – bliver byrdefuld og ubehagelig.

Pårørende som oplever dette totale svigt af omsorg og medmenneskelighed fra sundhedsvæsenet vil forståeligt nok gerne have ændret på tingenes tilstand så de ikke selv risikerer at gennemleve et sådant mareridt.

Mit forslag vil være at man forud for alvorlig sygdom hvor der ikke kan gives yderligere helbredende behandling eller behandling ikke ønskes får ret til at få hjælp til at enten drikke en

Henvendelse 70 - fortsat

dødelig væske eller får opsat en adgang til en vene og et pumpesystem med en dødbringende væske og enten selv drikker væsken eller aktiverer pumpen med et tryk på en knap.

Dette kan ske når man selv anmoder om det og man er nået en fase af sygdommen hvor såvel ens læge som en speciallæge på den afdeling som har ansvaret for hospitalsbehandlingen er enige om at vilkårene er tilstede for at kunne få denne hjælp.

Forudsætningen er dog at man FØR man fik sin sygdom skriftligt har tilkendegivet at det var en løsning man ville have mulighed for at anvende.

Så patienten skal først tilkendegive at det er ens ønske når en sådan situation indtræder.

Behandlerne læge såvel som egen læge skal skriftlig tilkendegive at betingelserne for at få denne hjælp er opfyldt.

Som læge / anden autoriseret sundhedsfaglig person skal det selvfølgelig være frivilligt i at deltage i denne form for hjælp.

Jeg ved fra samtaler med mange af mine kirurgiske kollegaer at det næppe bliver et problem at finde personale til at yde en sådan hjælp.

Jeg har ikke selv tilstrækkelig viden og lægefaglig indsigt til at vurdere evt. andre sygdomme som kunne være relevante at være en del af et sådant koncept.

Men min bekymring og omsorg går alene på patienter som nævnt i de foromtalte tilfælde.

Jeg håber udvalget formår at "trods" den irrationale tilgang til disse patienter som lægeforeningen og en gruppe af højtråbende læger fremfører.

██

Henvendelse 71

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Neej hvor er det uhyggeligt, det I går ind på!
Dato: 22. juni 2024 21:57:13

Kære medlemmer af Dødsudvalget

Hvor er det dog ubeskriveligt uhyggeligt, at I går ind i dette arbejde på bestilling fra statsministeren.

Jeg må tilstå at det risler mig koldt ned ad ryggen, at der gøres tanker om "assisteret selvmord". Sikke en uhyggelig livsanskuelse I går ind for. Som om liv ikke rigtig betyder noget mere. Særlig uhyggeligt er det, at en præst - Katrine Lilleør - medvirker. (Og hvad er det dog for noget ævl at koble kritikken af dig, Katrine Lilleør, sammen med at du "I forvejen var en paria, fordi jeg tillader mig at have en fuld kirke").

Er I egentlig klar over, at det allerede er fuldt tilstrækkeligt, som terminale (eller gamle syge mennesker), kan få hjælp til at afslutte livet rimelig hurtigt og tilsyneladende smertefrit ad medicinsk vej?

Dette er et faktum, som jeg bl.a. har oplevet med egne forældre og svigerforældre.

Ligefrem at få mulighed for, og hjælp til - at aflive sig selv - ved at få udleveret medicin hertil, det overskrider hvad jeg havde kunne forestille mig af uhyggelige og reelt ganske usympatiske holdninger fra jeres side.

Hvilket tanker gør I jer egentlig om, at de fleste mennesker, der arbejder indenfor området - er imod aktiv dødshjælp?

Kan I mon forestille jer at nogle vil komme til at opleve sig "en smule presset" til at sluge medicinen?

Det hersker der ganske enkelt ingen tvivl om!

Ligeledes at mennesker med alvorlig sygdom og handicap, kan komme til at opleve at deres liv bliver betragtet som værdiløst.

Er det ligegyldigt for jer hvordan jeres forslag påvirker og sårer- disse mennesker?

Hvilken grusom afslutning på liv: at opleve at "assisteret selvmord", det BØR man, af hensyn til pårørende og samfundet og fordi "tilbuddet" efter al sandsynlighed, på længere sigt, også vil medføre at behandling indskrænkes. Man kan nemlig bare "gøre kort proces".

Ligegyldigt hvad I måtte fremføre, så må I indse, at det er umuligt at undgå, at det vil blive således.

Jeg er fuldt klar over at aktiv dødshjælp/assisteret selvmord kan spare samfundet en del

Henvendelse 71 - fortsat

penge, ja en del skattekroner. Ligesom det selvfølgelig ville gøre situationen lettere for mange pårørende.

Tankerne om assisteret selvmord og jeres arbejde leder i den grad tanker hen på noget der blev fundt sted i Tyskland for omkring 70 år siden.

Jeg må tilstå at jeg ikke kan løsrive mig fra tanken om, at netop dét at spare penge, er medvirkende til statsministerens grusomme forslag. Samt så selvfølgelig også det faktum at mange lægfolk er helt uvidende om, hvor meget der allerede kan gøres ad palliativ vej - og at forslaget derfor afføder stemmer.

Det er et faktum, at pårørende kan opleve det svært, at deres døende pårørendes dødsproces trækker ud. Har I mon tænkt på, at disse pårørende måske ikke helt kan adskille deres egen frustration fra den døendes oplevelse?

Jeg er ganske overbevist om, at når så mange folk går ind for "Aktiv dødshjælp" er det fordi de ikke har kendskab til hvad der i virkeligheden kan gøres palliativt.

Det ER et uundgåeligt faktum, at vi ikke kan kontrollere alt. Vi kan f.eks. Ikke kontrollere vores helbred, vejret og meget andet. Mon ikke hellere mennesker skal lære at affinde sig med dette?

Og hvad er en ikke-værdig-død? Mener I at det er uværdigt at blive svagere og svagere og intet kunne? Er det ikke et livsvilkår, som man er nødt til at lære at acceptere? Hører det ikke med til det at være menneske, såvel i første som i sidste del af livet?

Tankerne om aktiv dødshjælp/assisteret selvmord er en udvikling, der er så uhyggelig, indebærer et så godt livssyn, så jeg selv tror at jeg vil have trang til at anmode om et "assisteret selvmord" hvis det bliver besluttet. En så kold, væmmelig verden, hvor statens opgave ikke længere er, at beskytte borgerne, tilbyde behandling/lindring. Den ønsker jeg ikke at leve i.

Vil I ikke nok være så kloge, empatiske og kærlige, at nedlægge jer selv (det vil sige jeres udvalg) og fortælle statsministeren, at det ikke nytter at forsøge at hente penge på denne konto.

██████████
████████████████████

Henvendelse 72

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Aktiv dødshjælp
Dato: 24. juni 2024 21:17:02

At tilbyde et menneske at tage sit eget liv er ubarmhjertigt og det tager håbet væk. Dette "tilbud" bliver et pres, idet mange har den holdning, at de ikke vil ligge nogen til last.

Uanset hvor meget man lover at det kun er terminalt syge, der må få tilbuddet, så vil der altid være nogen, der vil argumentere for at udvide, hvem der kan få - altså en glidebane.

Det er min overbevisning at mange mennesker går ind for aktiv dødshjælp, fordi de er bange for at ende hjælpeløse og med mange smerter på et plejehjem.

Det er jo ikke en løsning at tilbyde selvmord i stedet for god og ordentlig pleje. Et samfund som det danske bør kunne hjælpe alle til et VÆRDIGT LIV, så kan man også dø fredfyldt.

[REDACTED]

[REDACTED]

Henvendelse 73

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Bør læses
Dato: 25. juni 2024 17:05:40

https://www.theguardian.com/lifeandstyle/article/2024/jun/15/julian-barnes-assisted-dying?sfnsn=mo&fbclid=IwZXh0bgNhZW0CMTEAAR1hUQZVCoc6IroyskuXIKF0z40cSVZzvJ8ZyQaAGbLdZNgmgRtDhkQJqM_aem_MCREBEE-z6hgSoE2Gv4n5A&sfnsn=mo

Henvendelse 74

Fra: [Redacted]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Henvendelse fra Lægeforeningen.
Dato: 27. juni 2024 10:48:30
Vedhæftede filer: [image001.png](#)
[image002.png](#)
[image003.png](#)
[Brev til Udvalg for mere værdig død.pdf](#)
[Færdig. Undersøgelse aktiv dødshjælp. Lægeforeningen..pdf](#)
[Aktiv dødshjælp. Følgegraf..pdf](#)
[Signature-20240627084822.txt](#)

Kære udvalg.

Hermed vedlagt et følgebrev fra Lægeforeningens formand, Lægeforeningens nye meningsmåling om danskernes viden om og holdning til aktiv dødshjælp samt en tillægsanalyse.

Med venlig hilsen.

[Redacted]

[Redacted]



Lægeforeningen
Kristianiagade 12
2100 København Ø
Tlf.: +45 3544 8500
Web: www.laeger.dk

Følg os på de sociale medier



Vi passer godt på dine oplysninger. Du kan læse mere om vores behandling af dine personoplysninger i vores [privatlivspolitik her](#).



Kære Kathrine Lilleør og Udvalget for en mere værdig død.

27. juni 2024

Lægeforeningen har gennemført en undersøgelse om danskernes kendskab til aktiv dødshjælp samt holdninger til, hvilke patientgrupper sundhedsvæsenet bør tilbyde aktiv dødshjælp, hvis det legaliseres i Danmark.

Vi oplever, at der er en udbredt misforståelse eller mangel på viden om, hvad forskellen er mellem aktiv dødshjælp og allerede lovlige sundhedstilbud, såsom palliativ og lindrende behandling.

Målingen bekræfter vores antagelse om, at mange danskere ikke ved, hvad aktiv dødshjælp faktisk indebærer.

Hovedresultaterne fra undersøgelsen:

- Kun 17 pct. af respondenterne kalder aktiv dødshjælp det, som begrebet rent faktisk dækker over. Resten blander aktiv dødshjælp sammen med andre behandlingsformer, som allerede er lovlige og udføres i dag (tillægsanalyse).
- Mere end hver anden peger fx på, at aktiv dødshjælp er, når lægen slukker for respiratoren efter patientens eget ønske.
- 49 pct. mener, at aktiv dødshjælp bør være tilgængelig for personer med invaliderende handicap.
- 31 pct. mener, at sundhedsvæsenet bør tilbyde aktiv dødshjælp til personer med ikke-livstruende kroniske sygdomme.
- Kun 19 pct. mener, at sundhedsvæsenet bør tilbyde aktiv dødshjælp til personer med psykisk sygdom eller depression.
- Undersøgelsen viser også, at mange kan forestille sig situationer, hvor svært syge, handikappede eller personer med svær psykisk sygdom kan vælge aktiv dødshjælp, for ikke at ligge sine nærmeste til last – eller lade sig overbevise af andre om det.

I udvalgets kommissorium står der, at det er vigtigt, at danskerne og deres synspunkter inddrages i debatten, samt at etiske perspektiver skal spejles i udvalgets arbejde. Lægeforeningens måling viser, at der i den brede danske befolkning er forvirring over, hvad man kan og må i dag – hvilket er et perspektiv som må og skal med i udvalgets arbejde.

Vi opfordrer derfor udvalget til at inddrage Lægeforeningens måling i den videre diskussion, og vi stiller os gerne til rådighed for yderligere drøftelser og oplysninger om undersøgelsen.

Vi henstiller desuden til, at udvalget også inddrager en diskussion af, om der i sundhedsvæsenet i dag er tilstrækkelige ressourcer ift. de palliative tilbud i sundhedsvæsenet.

Med venlig hilsen,

Camilla Noelle Rathcke, Formand for Lægeforeningen.

Lægeforeningen

Domus Medica
Kristianiagade 12
DK-2100 København Ø

Tlf.: +45 3544 8500
Tlf.: +45 2849 5648 (direkte)
E-post: dadl@dadl.dk
E-post: lekr@dadl.dk
www.laeger.dk

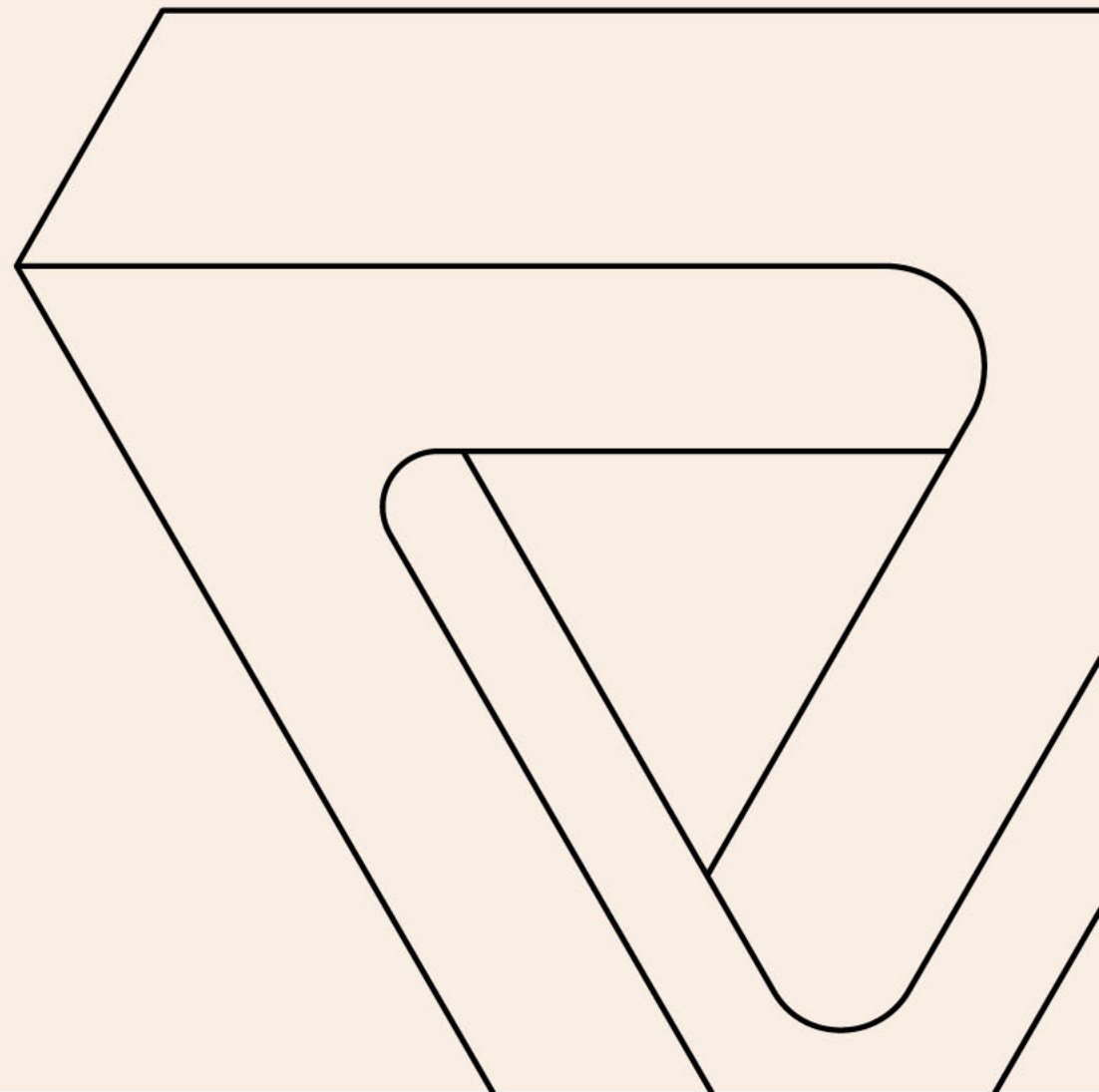
PR-Bus, projektnummer C321001858

Aktiv dødshjælp

Verian for Lægeforeningen

Camilla Kann Fjeldsøe

April 2024



Om undersøgelsen

Antal interviews: 1540

Metode: Interviews i onlinepanel

Dataindsamling: Fra 16-22. april 2024

Målgruppe: Den danske befolkning på 18 år eller derover, repræsentative i forhold køn, alder, region, uddannelse og parti ved seneste folketingsvalg.

Databehandling: Datamaterialet er vejet efter køn, alder, region, uddannelse og partivalg ved seneste folketingsvalg.

Kreditering: Enhver offentliggørelse af resultater fra undersøgelsen skal ske med angivelse af Verian som kilde.

Spørgsmål

Har du spørgsmål til undersøgelsen, kan du kontakte:

Camilla Kann Fjeldsøe

Direkte 2616 5458

Hovednr. 3927 2700

E-mail camilla.fjeldsoe@veriangroup.com

Definition af aktiv dødshjælp

Q1: I øjeblikket diskuteres det, om der skal indføres aktiv dødshjælp i Danmark. **Hvilke af disse eksempler, vil du kalde for aktiv dødshjælp?**

Du kan vælge et eller flere svar

En patient, med eksempelvis en alvorlig sygdom eller svært handicap, oplever sit liv som uværdigt eller på anden måde ubærligt. Patienten er i stand til at forstå og forholde sig til sin situation og udtrykker tydeligt ønske om at dø. Lægen imødekommer patientens ønske og giver et dødbringende lægemiddel. Patienten dør af behandlingen.

66%

En patient er uhelbredelig syg og ønsker at få slukket sin livsnødvendige respiratorbehandling. Patienten er i stand til at forstå og forholde sig til sin situation, og ved at hun vil dø, hvis respiratoren slukker. Lægen imødekommer patientens ønske.

60%

En patient har svære lidelser, og døden er nært forestående. For at lindre giver lægen medicin, der får patienten til at sove. Patienten dør af sin sygdom uden at vågne igen.

28%

En patient har svære smerter, og døden er nært forestående. Lægen behandler smerterne med kraftig medicin, som afhjælper smerterne effektivt. Medicinen har som bivirkning, at dødstidspunktet indtræder tidligere.

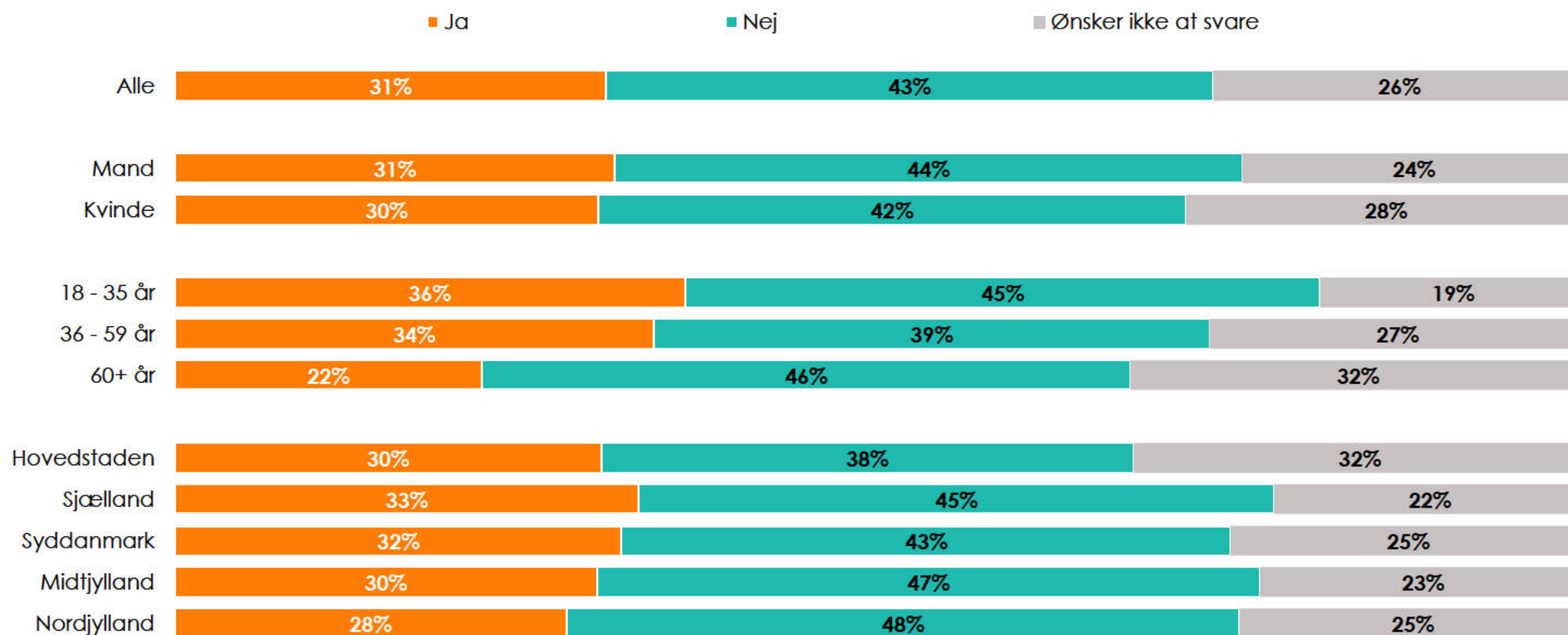
27%

Ved ikke/ønsker ikke at svare

17%

Holdninger om aktiv dødshjælp

Q2a: Synes du, at det danske sundhedsvæsen skal kunne tilbyde aktiv dødshjælp i følgende situationer: Hvis en person med en ikke-livstruende kronisk sygdom ønsker det?

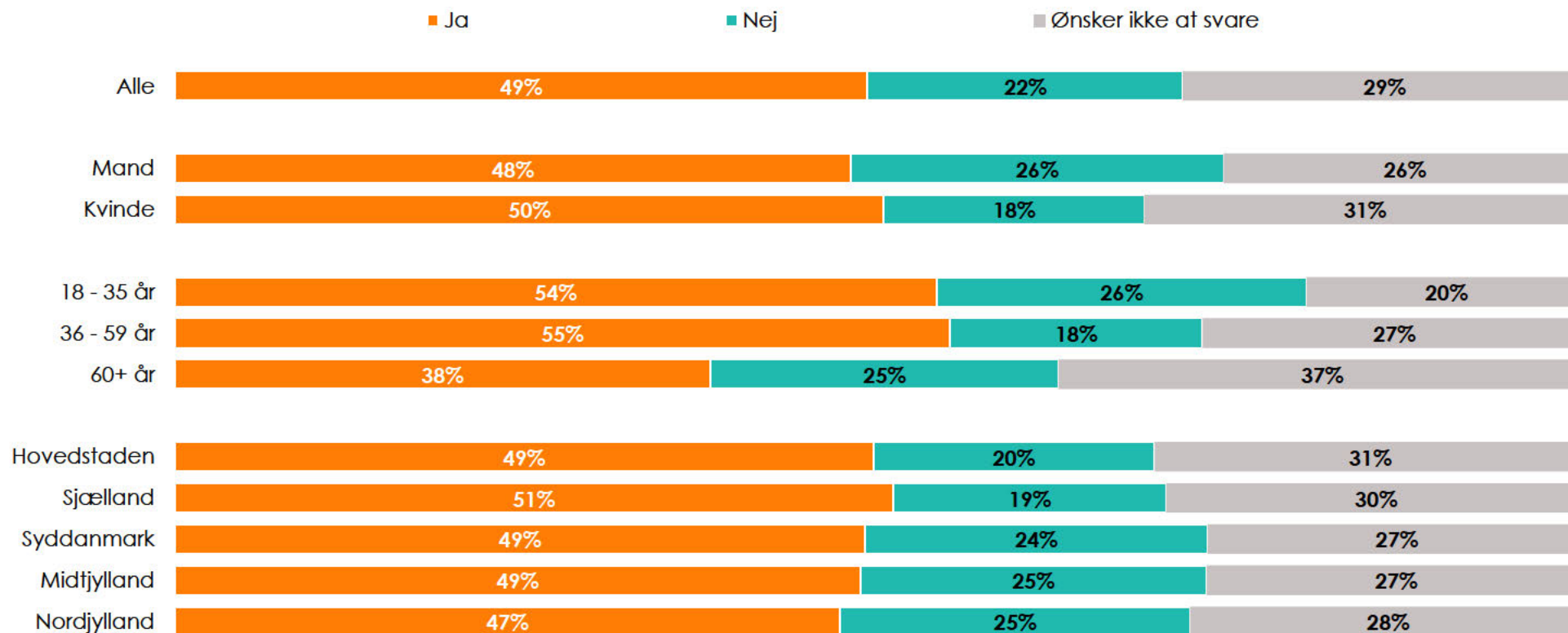


n: 1540

115

Holdninger om aktiv dødshjælp

Q2b: Synes du, at det danske sundhedsvæsen skal kunne tilbyde aktiv dødshjælp i følgende situationer: Hvis en person med invaliderende handicap ønsker det?

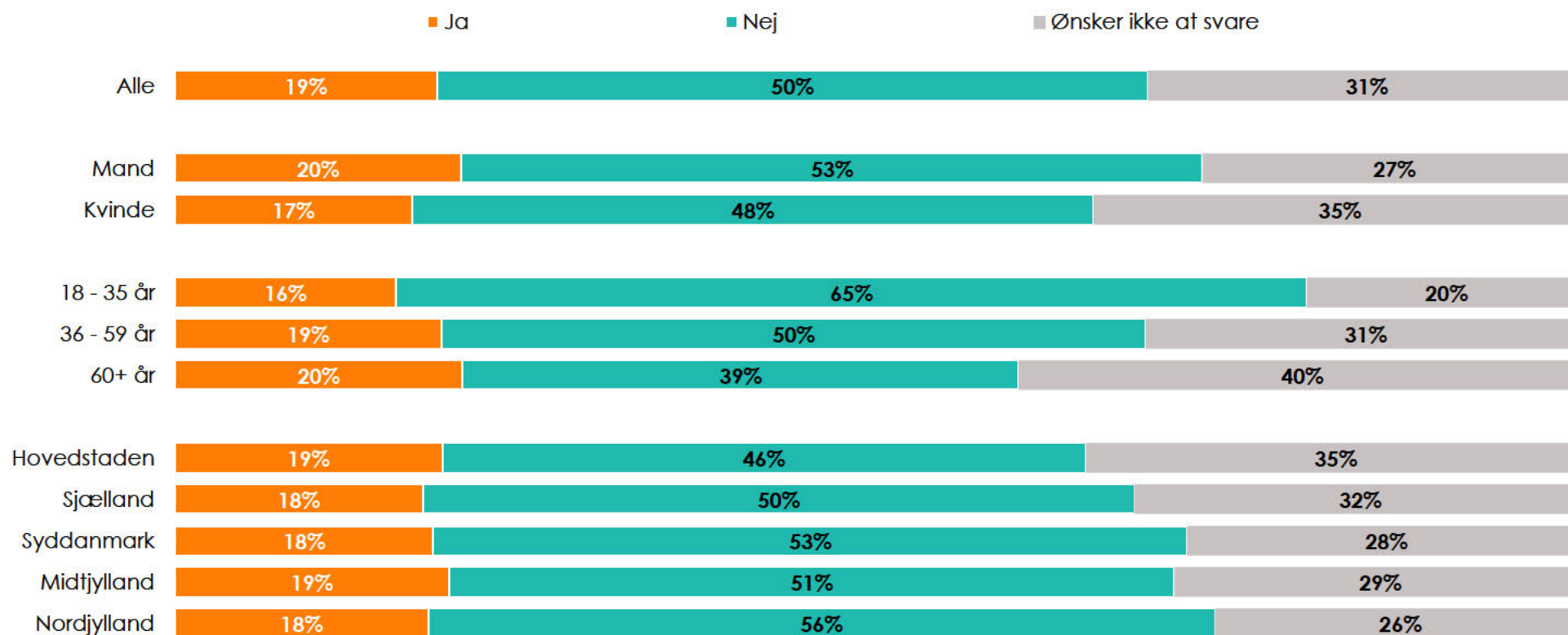


n: 1540

116

Holdninger om aktiv dødshjælp

Q2c: Synes du, at det danske sundhedsvæsen skal kunne tilbyde aktiv dødshjælp i følgende situationer: Hvis en person med psykisk sygdom eller depression ønsker det?



n: 1540

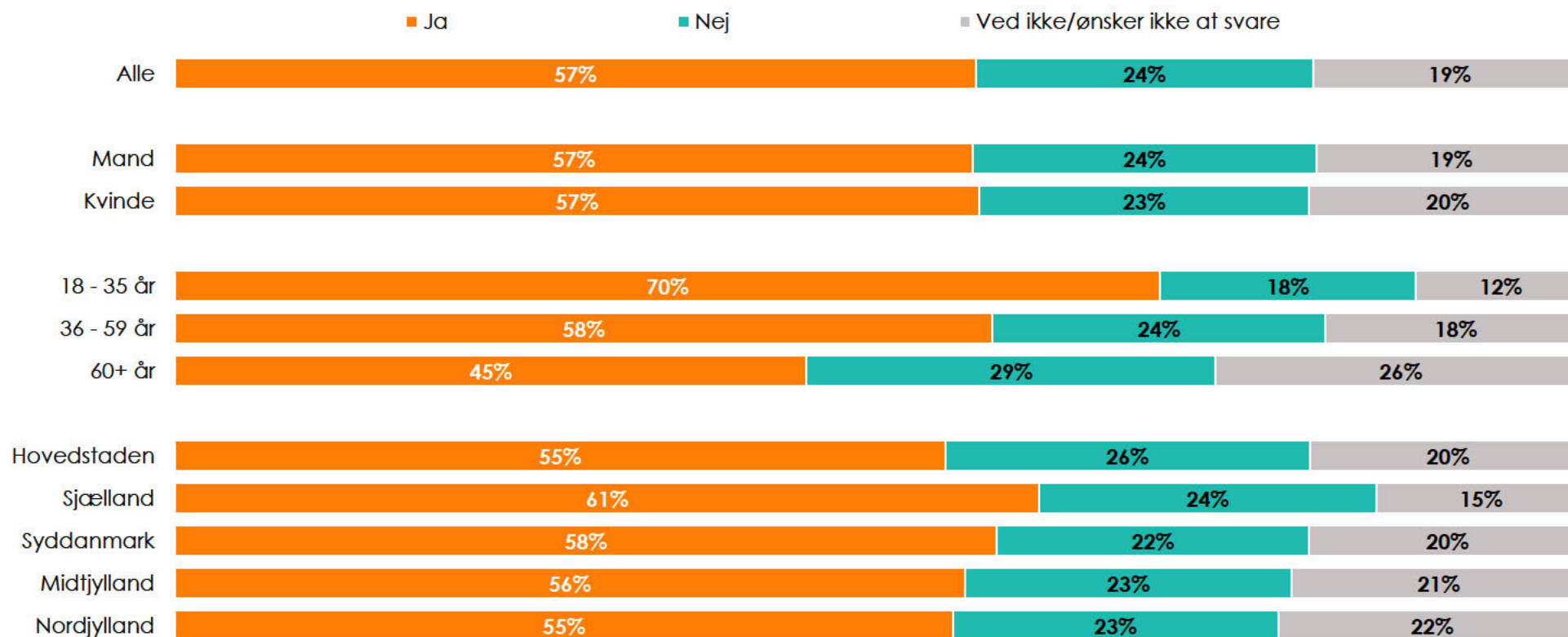
117

Infotekst

Du vil nu blive præsenteret for en række tænkte eksempler om aktiv dødshjælp.

Eksempler om aktiv dødshjælp

Q7: Kan du forestille dig situationer, hvor en kronisk syg person, en person med et invaliderende handicap eller en person med svær psykisk sygdom kan vælge aktiv dødshjælp for ikke at ligge sine nærmeste til last?

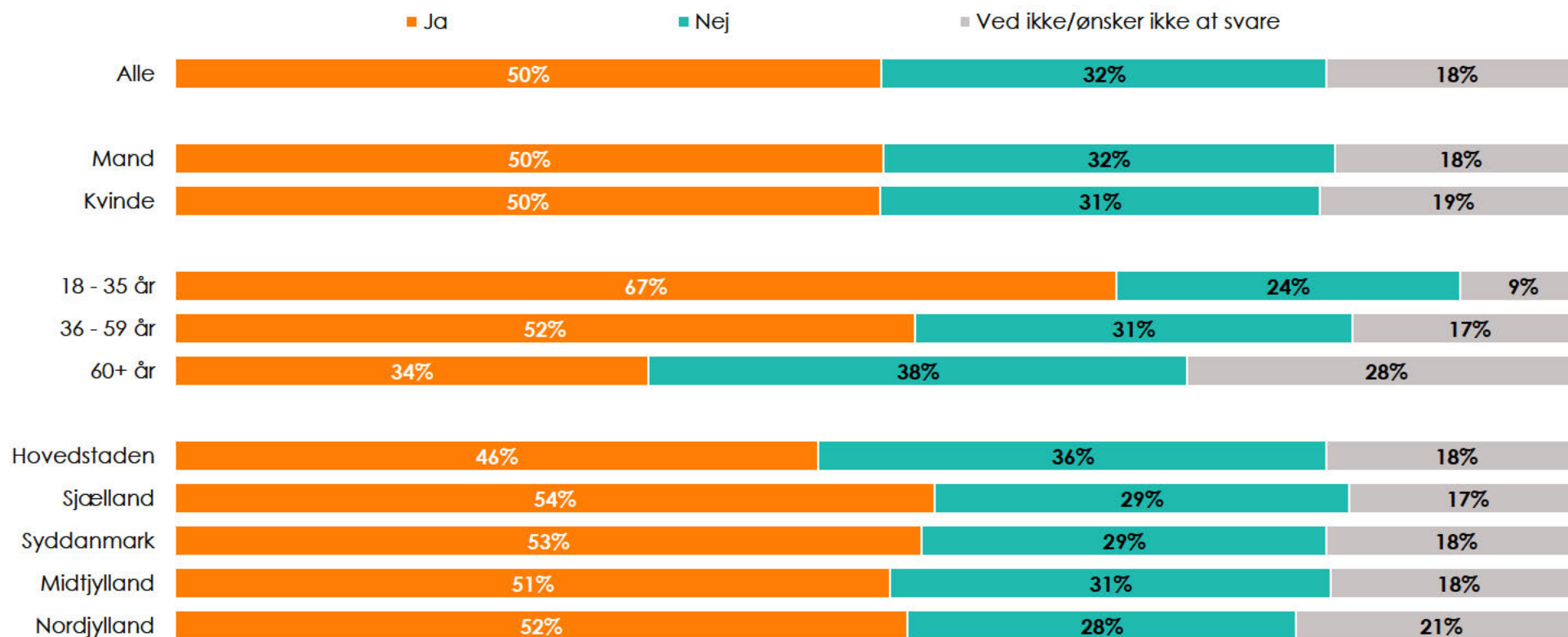


n: 1540

119

Eksempler om aktiv dødshjælp

Q8: Kan du forestille dig situationer, hvor en kronisk syg person, en person med et invaliderende handicap eller en person med svær psykisk sygdom kan blive overbevist af andre om, at aktiv dødshjælp ville være den bedste løsning?

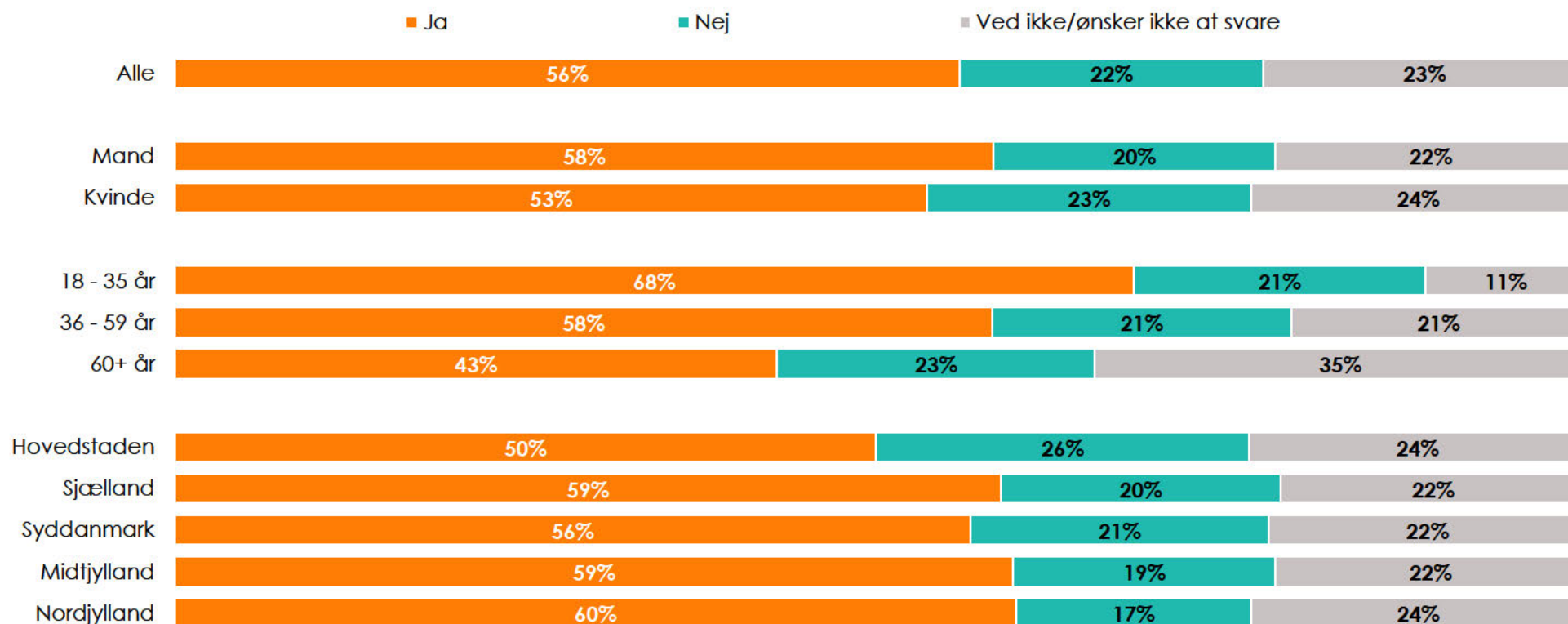


n: 1540

120

Eksempler om aktiv dødshjælp

Q9: Kan du forestille dig situationer, hvor en person med et invaliderende handicap eller en person med svær psykisk sygdom, der har sagt, at hun/han ønsker aktiv dødshjælp, fortryder, men ikke tør sige det eller har svært ved at sige det højt?



n: 1540

121

Infotekst

Du vil nu blive præsenteret for de samme behandlinger, som du blev præsenteret for i starten af spørgsmålsrækken om aktiv dødshjælp.

Flere af behandlingerne er lovlige behandlinger og praktiseres i dag i det danske sundhedsvæsen:

✓ En patient har svære smerter, og døden er nært forestående. Lægen behandler smerterne med kraftig medicin, som afhjælper smerterne effektivt. Medicinen har som bivirkning, at dødstidspunktet indtræder tidligere.

Når medicin har en ikke-tilsigtet bivirkning kaldes det en dobbelteffekt. Det er allerede lovligt i Danmark at give smertestillende behandling, selvom det som bivirkning kan forkorte patientens liv. Dette er ikke aktiv dødshjælp.

✓ En patient er uhelbredelig syg og ønsker at få slukket sin livsnødvendige respiratorbehandling. Patienten er i stand til at forstå og forholde sig til sin situation og ved, at hun vil dø, hvis respiratoren slukker. Lægen imødekommer patientens ønske, slukker respiratoren, og patienten dør.

Dette hedder afbrydelse af behandling (nogle gange kaldet passiv dødshjælp) og er allerede lovlig og bliver praktiseret af læger i det danske sundhedsvæsen. Dette er ikke aktiv dødshjælp.

✓ En patient har svære lidelser, og døden er nært forestående. For at lindre giver lægen medicin, der får patienten til at sove. Patienten dør af sin sygdom uden at vågne igen.

Behandlingen går under betegnelsen palliativ sedering og er allerede lovlig og bliver praktiseret af læger i det danske sundhedsvæsen. Dette er ikke aktiv dødshjælp.

En af behandlingerne, som du blev præsenteret for i starten af spørgsmålsrækken om aktiv dødshjælp, er på nuværende tidspunkt ulovlig og bliver ikke praktiseret i Danmark:

✗ En patient, med eksempelvis en alvorlig sygdom eller svært handicap, oplever sit liv som uværdigt eller på anden måde ubærligt. Patienten er i stand til at forstå og forholde sig til sin situation og udtrykker tydeligt ønske om at dø. Lægen imødekommer patientens ønske og giver et dødbringende lægemiddel. Patienten dør af behandlingen.

Behandlingen går under betegnelsen aktiv dødshjælp og er ikke lovlig i Danmark.

Statistisk usikkerhed

De procenttal, der gengives i denne rapport, er behæftet med en vis usikkerhed, da vi ikke har spurgt hele populationen (befolkningen eller målgruppen), men kun et repræsentativt udvalg.

Usikkerheden kan angives med en 95% sikkerhedsgrænse. Det betyder, at det sande procenttal (i hele populationen) med 95% sikkerhed ligger indenfor et givent interval. Dette interval afhænger af både basestørrelsen og procenttallet.

Tabellerne til højre viser basestørrelserne for undersøgelsen i denne rapport samt usikkerheden for en række forskellige basestørrelser og procenttal.

Et eksempel: Hvis basestørrelsen er 500, er usikkerheden for et resultat på 75% på +/-3,8 procentpoint – se markering i tabel til højre. Dvs. at resultatet i hele populationen med 95% sikkerhed ligger mellem 71,2% og 78,8%.

Basestørrelser i denne undersøgelse

	Basestørrelse
Alle	1.540
Mand	759
Kvinde	781
18-35 år	415
36-59 år	619
60 år +	506
Hovedstaden	491
Sjælland	222
Syddanmark	322
Midtjylland	350
Nordjylland	156

Usikkerhed (95%) i procentpoint for forskellige basestørrelser og procenttal

	Base- størrelse	Procenttal									
		5% + 95%	10% + 90%	15% + 85%	20% + 80%	25% + 75%	30% + 70%	35% + 65%	40% + 60%	45% + 55%	50%
50		6,0	8,3	9,9	11,1	12,0	12,7	13,2	13,6	13,8	13,9
75		4,9	6,8	8,1	9,1	9,8	10,4	10,8	11,1	11,3	11,3
100		4,3	5,9	7,0	7,8	8,5	8,9	9,3	9,6	9,8	9,8
150		3,5	4,8	5,7	6,4	6,9	7,3	7,6	7,8	8,0	8,0
200		3,0	4,2	4,9	5,5	6,0	6,4	6,6	6,8	6,9	6,9
250		2,7	3,7	4,4	5,0	5,4	5,7	5,9	6,1	6,2	6,2
300		2,5	3,4	4,0	4,5	4,9	5,2	5,4	5,5	5,6	5,7
400		2,1	2,9	3,5	3,9	4,2	4,5	4,7	4,8	4,9	4,9
500		1,9	2,6	3,1	3,5	3,8	4,0	4,2	4,3	4,4	4,4
600		1,7	2,4	2,9	3,2	3,5	3,7	3,8	3,9	4,0	4,0
700		1,6	2,2	2,7	3,0	3,2	3,4	3,5	3,6	3,7	3,7
800		1,5	2,1	2,5	2,8	3,0	3,2	3,3	3,4	3,5	3,5
900		1,4	2,0	2,3	2,6	2,8	3,0	3,1	3,2	3,3	3,3
1.000		1,4	1,9	2,2	2,5	2,8	3,0	3,0	3,0	3,1	3,1
1.200		1,2	1,7	2,0	2,3	2,5	2,6	2,7	2,8	2,8	2,8
2.000		1,0	1,3	1,6	1,8	1,9	2,0	2,1	2,1	2,2	2,2
2.500		0,9	1,2	1,4	1,6	1,7	1,8	1,9	1,9	2,0	2,0

Befolkningens viden om aktiv dødshjælp

I spørgeskemaet blev respondenterne spurgt til deres forståelse af aktiv dødshjælp. De blev præsenteret for fire definitioner svarende til 1. aktiv dødshjælp, 2. passiv dødshjælp, 3. dobbelteffekt og 4. palliativ sedering.

Respondenterne skulle derefter angive hvilke(t) af flere scenarier, de forbandt med aktiv dødshjælp. De havde mulighed for at afgive flere svar.

I nedenstående figur fremgår svarfordelingen. De respondenter som svarede "Ved ikke/ønsker ikke at svare" er ikke medregnet.

Figur 1. Danskernes viden om aktiv dødshjælp



■ Andelen af respondenter hvis forståelse af aktiv dødshjælp entydigt svarede til den faktiske definition af aktiv dødshjælp

■ Andelen af respondenter hvis forståelse af aktiv dødshjælp svarede til den faktiske definition af aktiv dødshjælp, men som også pegede på definitioner af passiv dødshjælp, dobbelt effekt eller palliativ sedering, som værende aktiv dødshjælp

■ Andelen af respondenter hvis forståelse af aktiv dødshjælp slet ikke svarede til den faktiske definition af aktiv dødshjælp, men i stedet svarede til den faktiske definition af passiv dødshjælp, dobbelt effekt eller palliativ sedering

Anm.: Respondenter som svarede "Ved ikke/ønsker ikke at svare" er ikke medregnet.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra en spørgeskemaundersøgelse foretaget af Verian på vegne af Lægeforeningen.

Henvendelse 75

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: debat-input
Dato: 5. juli 2024 13:23:38

Jeg er glad for at borgere har mulighed for debat-indlæg ang. værdig død. Som læser af Kristeligt dagblad ser jeg jo næsten kun debatindlæg som er imod hvad jeg kalder aktiv dødshjælp. Der findes dog rigtig mange mennesker som lever et trist liv med mange smerter og andre begrænsninger. Det er svært for dem at finde livsglæde, uanset om de er døende, eller ej. Hos dyr der lider, afliver man dem på grund af medlidenhed, men mennesker kan ikke få lov til at dø, selv om de ønsker det. Når læger ikke har flere behandlingsmuligheder, henvises man til smerteklinikken. Her går det ud på at tænke "smerterne forsvinder engang" Det øver jeg selv på at lære med mine mavesmerter p.g.a en doven tyndtarm, og det er temmeligt svært efter 4-5 timer med smerter. Der er andre som læger heller ikke kan hjælpe, og som har det endnu værre. Derfor håber jeg vi kan få en mulighed for en "farvelpille" i Danmark. Det er afgørende at patienten selv ønsker det, så det ikke bliver en glidebane, hvor man ikke forsøger at lindre og hjælpe. Det skal naturligvis foregå på en god måde, evt. med et lille udvalg man skal henvende sig til sammen med sin læge. Jeg håber også en "farvelpille" bliver mulig, selv om man ikke er døende. mange hilsener [REDACTED]

Henvendelse 76

Fra: [Redacted]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Perspektiver på livets sidste fase
Dato: 7. juli 2024 12:29:02
Vedhæftede filer: [Refleksioner til Udvalget for en værdig død.docx](#)

Til udvalget for en mere værdig død

Har vedhæftet mine refleksioner,

[Redacted]

Henvendelse 76 - fortsat

██████████, juli 2024

Til
Udvalget for en værdig død

Jeg håber, mine refleksioner i forhold til livets (af)slutning, kan være til inspiration.

Jeg har en faglig baggrund som sygeplejerske (fra bl.a. ██████████) og som sundhedsplejerske. Jeg er også datter af en far, som havde så mange elendige dage de sidste █ år af sit liv, at jeg ville have været taknemmelig for at kunne opfylde hans ønske om hjælp til at dø. I stedet blev jeg efterladt med en følelse af skyld og magtesløshed.

Personligt er jeg stærk tilhænger af retten til aktiv dødshjælp, også selvom det kan have svære og utilsigtede (samfunds)konsekvenser. Jeg er det primært ud fra tanken om, at det må være det enkelte menneske, der suverænt har selvbestemmelsesretten, når det kommer til behov i forhold til sygdom, graden af behandling og døden. Samtidig er jeg fuld af fortrøstning i forhold til at have tillid til vores velfærdssystem, og kan derfor ikke følge argumentationen om, at (en form for) tilbud om aktiv dødshjælp skaber en kollektiv definition af "det gode liv". Det er det enkelte menneske, der bestemmer, hvad livskvalitet er, og hvilke ønsker/behov, det har.

Det er tankevækkende, at det på så mange andre områder er helt acceptabelt at gribe ind i "naturens gang", men når det kommer til det individuelle menneskes ønske om at afbryde en uheldelig tilstand/et plagsomt liv, så fremkommer der pludselig mange modargumenter af etisk/religiøs karakter.

Der er f.eks. et ganske stort modsætningsforhold mellem beslutningen om, at mennesker 60+ vil kunne frasige sig genoplivning ved akut hjertestop (med i øvrigt ofte gode udsigter til et velfungerende liv efterfølgende), mens uheldeligt syge, svært lidende med stærkt begrænsede livsfunktioner ikke kan imødekommes i ønsket om at dø.

Og nu ser det også ud til, at der vil komme en ny samtykkelov vedr. organdonation. Denne meget personlige ret til at bestemme over egen krop, skal vi altså nu fremover aktivt bede om at tage tilbage, selvom brug af organer i den grad er et teknisk fremskridt, og ikke en naturlig handling.

Det er VIRKELIG svært at gennemskue, hvor naturen må tale, og hvor den kan underkendes!!!?

1.

Det er f.eks. i orden at (over)behandle udsigtsløse kræfttilfælde, og i flere tilfælde undlade at give patienten mulighed for reelt at vælge mellem forskellige scenarier på et velinformeret grundlag. Således er det altså alment accepteret at behandle intensivt og længe med en række voldsomme bivirkninger til følge, langt udover den tid, hvor døden på naturlig vis ville være indtrådt. Hvis så patienten når til et punkt, hvor lidelserne er ubærlige, og udsigten til bedring ikke eksisterer, så er det ikke muligt for patienten at få lov til at slippe ud af den pinefulde virkelighed, skønt den "naturlige gang" ville have afsluttet patientens liv for længe siden.

Der er således meget uigennemskueligt, hvornår "naturens gang" er et selvstændigt, tungtvejende argument.

Henvendelse 76 - fortsat

2.

Selvom vi når til et sted, i den bedste af alle verdener, hvor samtlige patienter med en livstruende eller stærkt livsbegrænsende sygdom får optimal lindrende behandling og pleje, så vil der fortsat være mennesker, for hvem *ikke* at leve vil være at foretrække.

3.

Flere modstandere mod aktiv dødshjælp argumenterer blandt andet med, at der aldrig er patienter på hospice, der spontant ytrer ønske om hjælp til at dø. Hertil vil jeg svare: "Nej, for stort set alle modne, fornuftige mennesker beder ikke om noget, der er ulovligt". Det argument siger INTET om menneskers eventuelle inderste ønsker.

4.

For en uafvendeligt døende patient er det korrekt, at der er mulighed for "palliativ sedering", men det sker jo ikke alene på baggrund af patientens anmodning. At initiere palliativ sedering forudsætter en lægefaglig vurdering med udgangspunkt i patientens samlede symptombillede. Og palliativ sedering er altid (ifølge loven) med lindrende sigte. En mulig død er en utilsigtet bivirkning. Så ja, hvis man er "heldig nok" at være enig med sin behandlende læge om, at palliativ sedering er det eneste rimelige svar på kompleks lidelse, så kan det sættes i gang, men det afslutter jo ikke livet, forkorter højst dødsprocessen. Beslutningen skaber til gengæld ikke sjældent en svær "ventesorg" for de pårørende, som i et ukendt antal dage er i ingenmandsland og uden kontakt til deres pårørende. I den situation bliver svaret på et evt. ønske om at dø langt mere nænsomt og respektfuldt, hvis man kunne samles og modtage hjælpen på et bestemt tidspunkt.

5.

Ofte opstår der myter om, at pårørende vil plædere for at fremskynde døden, hvis det blev lovligt. I de ni år, jeg arbejdede på hospice forholdt det sig lige modsat: pårørende ønskede ofte af al magt, at deres svært syge, nære relationer skulle *holde fast i livet!*

Venlig hilsen

■

Henvendelse 77

Fra: [William Halling](#)
Til: [Værdig død](#)
Emne: De juridiske rammer for dødshjælp - opfølgning på Folkemødet
Dato: 9. juli 2024 00:18:26
Vedhæftede filer: [En dansk model for aktiv dødshjælp - en redegørelse til Folketinget.pdf](#)

Kære jer

Tak for den saglige præsentation af jeres midlertidige konklusioner på Folkemødet.

Jeg lovede efterfølgende Kathrine at sende mit juridiske speciale, som undersøger de juridiske rammer for dødshjælp samt en yderligere lovliggørelse.

[Hermed](#) vedhæftet den redigerede udgave (redegørelse), jeg oversendte til Folketinget, i forbindelse med at jeg havde foretræde for Sundhedsudvalget for at tale om emnet.

Jeg behandler deri en række spørgsmål, der har betydning for en eventuel yderligere lovliggørelse af dødshjælp i Danmark, bl.a.:

- hvilken form for dødshjælp vi allerede har lovliggjort,
- hvor grænsen går mellem "lovlig" og "ulovlig" dødshjælp i dag,
- hvilken retsstilling læger hhv. patienter har ifm. dødshjælp,
- hvordan politikere tidligere har forsøgt at lovliggøre dødshjælp,
- hvordan den hollandske, belgiske og tyske model for dødshjælp ser ud,
- hvordan en dansk model for yderligere lovliggørelse kan se ud.

Jeg har desuden videreformidlet en række centrale konklusioner i en kronik i Information, som kan tilgås på dette [link](#), såfremt det har interesse.

Ræk endelig ud, hvis I har opfølgende spørgsmål, eller hvis det kunne være brugbart, at jeg præsenterer eller diskuterer mine konklusioner med jer på et udvalgsmøde.

Bh,

William Halling

En dansk model for aktiv dødshjælp

En redegørelse af fuldmægtig, cand.jur. William Erik Kragh Halling

Nærværende redegørelse er en lettere redigeret udgave af en specialeafhandling om samme emne, der blev forsvaret ved Københavns Universitet i maj 2023. Redegørelsen falder overordnet i fire dele, hvoraf den første udlægger den historiske baggrund for de nugældende regler om lægelig dødshjælp, mens anden del klarlægger den nugældende retstilstand for ulovlig og lovlig lægelig dødshjælp i Danmark. Tredje del gennemgår herefter udenlandsk regulering af lægelig dødshjælp i navnlig Nederlandene, Belgien og Tyskland, der har legaliseret den endnu ulovlige form i Danmark. Herefter beskrives det, hvilke krav Den Europæiske Menneskerettighedskonvention stiller til denne regulering. Fjerde del diskuterer endelig, hvordan en dansk model for yderligere lovliggørelse kan se ud.

Resumé

Lovliggørelse af aktiv dødshjælp er et velkendt emne i dansk politik, men debatten har længe savnet en analyse af, om det *kan* lade sig gøre og i bekræftende fald *hvordan*. Formålet med denne redegørelse er derfor at klarlægge de nugældende regler og deres historiske baggrund for derefter at udlægge, *hvordan* aktiv dødshjælp kan lovliggøres i dansk ret under iagttagelse af Den Europæiske Menneskerettighedskonvention (herefter ”EMRK”).

’Dødshjælp’ defineres i redegørelsens indledning som en læges hjælp til fremskyndelse af dødens indtræden på den døendes frivillige begæring. Det eksemplificeres i samme afsnit, at begrebsparret *aktiv* og *passiv* dødshjælp ikke er retvisende, fordi forskellen ikke længere er hjælperens mere eller mindre aktive bidrag, men alene lovligheden heraf.

’Middelbar’ og ’umiddelbar’ dødshjælp benyttes i redegørelsen til at skelne mellem situationer, hvor *borgeren* henholdsvis *lægen* udfører den sidste handling inden døden. Sondringen går således på, hvem der er den sidste aktive årsag til dødens indtræden, lægen eller den døende. Middelbar dødshjælp kunne eksempelvis bestå i, at en borger *selv* indtager en lægeordineret dødelig dosis medicin, mens umiddelbar dødshjælp kunne bestå i, at *lægen* indsprøjter en dødelig dosis medicin i borgeren.

Den historiske baggrund for de nugældende regler er først og fremmest en religiøs modstand mod dødshjælp, som blev lovsat i straffeloven af 1866, der kriminaliserede hjælp til selvmord og drab på begæring. Hermed blev dødshjælp kriminaliseret i en form, der er blevet videreført næsten uændret til straffelovens §§ 239 og 240 i dag.

De historiske kilder viser imidlertid også, at et enigt Folketing faktisk vedtog at lovliggøre dødshjælp efter lange overvejelser under 1930’ernes arbejde med den nugældende straffelov. Hermed skulle dødshjælp være straffrit, når den blev ydet af uegennyttige grunde for at ”befri en haabløs syg for svære, uafvendelige Lidelser”, fordi det ”ville være i Strid med den almindelige Retsbevidsthed at straffe en saadan Handling.”¹ Denne afkriminalisering blev imidlertid afvist i Landstinget.

¹ Jf. RT 1924-25, tillæg A, sp. 3227 f. og RT 1924-25, tillæg A, sp. 3380.

Henvendelse 77 - fortsat

Dødshjælp reguleres fortsat i straffeloven, men sundhedsmyndighederne har siden 1970'erne udvidet et stadig større område for straffri dødshjælp, der nu reguleres i sundhedsloven. Der sondres derfor mellem *ulovlig* dødshjælp, som hører under straffeloven, og *lovlig* dødshjælp, som falder under sundhedsloven.

Ulovlig dødshjælp er kriminaliseret i to bestemmelser i straffeloven: § 239 om *drab på begæring* (umiddelbar dødshjælp) og § 240 om *hjælp til selvmord* (middelbar dødshjælp). Ulovlig dødshjælp straffes i dag meget mildt og retsforfølges i sjældne tilfælde ikke. Tiltale- og retspraksis på dette område er meget sparsom, men indikerer, at dette navnlig gør sig gældende, når dødshjælpen ydes syge personer, der lider *uudholdeligt* og *udsigtsløst*.

Lovlig dødshjælp forefindes i dag i to former: *palliativ sedering* og *behandlingsophør med døden til følge*. De er begge reguleret i sundhedsloven, men deres nærmere indhold er fastlagt i lovmotiverne og en række administrative forskrifter. Grænsen til straffeloven er uklar, og administrativ praksis såvel som fraværet heraf indikerer, at det straffri område er større end almindeligt antaget, når der henses til empiriske undersøgelser af dødshjælp i Danmark.

Udenlandsk erfaring med lovlig dødshjælp er efterhånden omfattende, men redegørelsen koncentrerer sig om tre "nabolande": Nederlandene, Belgien og Tyskland. Hvor både middel- og umiddelbar dødshjælp er lovligt i førstnævnte to lande, så er det kun middelbar dødshjælp, der er tilladt efter tysk ret. Fælles for alle tre udenlandske ordninger er, at hverken læge eller borger kan tvinges til at modtage eller yde dødshjælp, og at en lovlig begæring herom kræver både frivillighed, fyldestgørende information og habilitet hos borgeren.² Herudover kræver de nederlandske og belgiske regler bl.a., at mindst to uafhængige læger har sikret sig, at en række yderligere kriterier er opfyldt, hvilket igen er genstand for en grundig efterfølgende kontrol af et tværfagligt råd, der også sikrer sig, at en nærmere angivet fremgangsmåde er fulgt. Kriterierne sikrer dels, at borgeren falder inden for lovens anvendelsesområde, og dels at begæringen om dødshjælp er både frivillig, velinformeret og afgivet af en habil person.

EMRK art. 2 om retten til liv kræver, at enhver lovliggørelse af dødshjælp forudsætter passende og tilstrækkelige beskyttelsesforanstaltninger mod misbrug. Dette indebærer bl.a., at kravene til dødshjælp skal være både utvetydige og detaljerede, at ordningen etablerer

² Jf. afsnittene 4.2, 4.3, 4.4 og 4.5.

Henvendelse 77 - fortsat

procedurer, der garanterer, at begæringen er frivillig og velinformeret, og *at* ordningen indebærer en uafhængig og tværfaglig kontrol. Menneskerettighedsdomstolen har konkret vurderet, at dette er tilfældet for den belgiske ordning, som minder om den nederlandske, mens den tyske forfatningsdomstol har foretaget en lignende prøvelse af landets egen ordning. Enhver lovliggørelse af dødshjælp, der fastsætter lignende kriterier for dødshjælp og implementerer tilsvarende eller bedre beskyttelsesforanstaltninger lever altså op til kravene i EMRK.

Der er rum til en udvidet lovliggørelse, selvom det står klart, at der allerede eksisterer en adgang til dødshjælp inden for det danske sundhedsvæsen, og selvom området for straffrihed formentlig *de facto* er større end almindeligt antaget. Dels er der forskel på *mulig* straffrihed eller strafmildhed for lægerne og så egentlig lovlighed, dels forudsætter nuværende lovlige dødshjælp, at patienten er uafvendeligt døende eller modtager livsforlængende eller livsnødvendig behandling, dels er det alene to former for umiddelbar dødshjælp, der er lovligt i Danmark, og dels er det ikke tilstrækkeligt klart, hvor grænsen mellem lovlig og ulovlig lægelig dødshjælp går.

Det kan reguleres i straffe- og sundhedsloven, således at dødshjælp fortsat kriminaliseres i almindelighed, men at der tilføjes en undtagelse til straffeloven, hvorefter en læge, der opfylder betingelserne i et selvstændigt afsnit om dødshjælp i sundhedsloven, ikke straffes. En sådan regulering vil være bedst stemmende med dansk retstradition samt de nuværende regler og deres tilblivelseshistorie. Den vil endvidere give mulighed for at benytte og bibeholde sundhedslovens eksisterende lovsystematik og begreber samtidig med, at grænserne mellem ulovlig og lovlig dødshjælp kan tydeliggøres.

Anvendelsesområdet ved en mulig lovliggørelse skal være utvetydigt fastlagt, hvilket følger af EMRK art. 2 såvel som danske principper for lovudformning. Dette gælder for både *modtageren* og *udøver* af den regulerede dødshjælp.

For så vidt angår modtageren, så kan adgangen begrænses til myndige og konkret habile personer med bopæl i Danmark, der opfylder et lægefagligt sygdomskriterium. Dette lægefaglige sygdomskriterium kunne være, at patientens lidelse er både ”udsigtsløs”, ”uudholdelig” og ”sundhedsfagligt anerkendt”. Et sådan tredelt sygdomskriterium stemmer fint overens med straffelovsforslaget, der havde flertal i Folketinget, og nuværende praksis for

Henvendelse 77 - fortsat

tiltalefracfald eller strafnedsættelse ved ulovlig dødshjælp. Endvidere vil begreberne kunne videreføres fra sundhedsloven, hvor *udsigtsløs* forstås som en tilstand ”uden udsigt til bedring” trods *alle* tilgængelige behandlingsmuligheder, samt den faglige vejledning for palliativ sedering, hvor *uudholdelig* forstås som: ”svært lidende på grund af fysiske eller psykiske symptomer, der ikke har kunnet lindres på anden måde.”

For så vidt angår udøveren, så kan de nugældende krav for lovlig dødshjælp videreføres, således at det kun er *læger*, der kan give adgang til dødshjælp. Dette ville have støtte i ovennævnte straffelovsforslag og den omstændighed, at læger har de faglige forudsætninger for at sikre en værdig og smertefri død. Det kunne samtidig overvejes at lovsætte lægers adgang til at tage et ubegrænset etisk forbehold for ydelse af dødshjælp, som bl.a. er blevet indført i Nederlandene, Belgien og Tyskland.

Habilitet, frivillighed og fyldestgørende information hos borgeren, der anmoder om dødshjælp, er et krav for en dansk lovliggørelse efter EMRK art. 2. Det er ligeledes uden undtagelse påkrævet i undersøgt udenlandsk regulering af dødshjælp.

Disse krav skal allerede være opfyldt efter gældende dansk ret for lovlig dødshjælp. Hvis det lovlige område skal udvides, kunne det derfor være en mulighed at henvise til sundhedslovens eksisterende krav om *informeret samtykke*, som skal være opfyldt, før en patient eksempelvis kan modtage palliativ sedering.

Et sådan foreligger først, når lægen har foretaget en *konkret habilitetsvurdering*; når lægen har givet patienten *fyldestgørende information* om alle relevante forhold som f.eks. konsekvenser, alternativer og plejemuligheder, når lægen har sikret sig, at samtykket er *frivilligt*, således at pres, tvang, svig og ydre påvirkning er udelukket, og når lægen har modtaget et *udtrykkeligt* samtykke, der angår et *aktuelt behandlingsforløb*. Sidstnævnte krav betyder, at en bedring i patientens tilstand kræver en ny vurdering af kriteriernes opfyldelse.

Kravene til dette informerede samtykke stiger med indgrebets alvorlighed, og lægens undersøgelse heraf vil udgøre en strengere kontrol, end Sundheds- og Ældreudvalget fandt nødvendigt for behandlingsophør med døden til følge.³ Det er således klart, at det juridisk vil

³ Jf. afsnit 3.2.2 og FT 2017-18, tillæg B, lovforslag nr. L 99, s. 2.

Henvendelse 77 - fortsat

sikre, at en begæring om dødshjælp *kun* er udtryk for patientens *eget ønske*, som er fremsat på et *oplyst grundlag*, og at patientens *habilitet* ikke er hæmmet af sygdom eller behandling.⁴ Forhold, der vurderes at være særligt vigtige i denne sammenhæng, kunne med fordel angives i den faglige vejledning, som f.eks. at ønsket ikke skyldes behandling eller private forhold, der vil kunne afhjælpes ved videre henvisning. De faglige retningslinjer herfor kunne med fordel inspireres af den indledende støttesamtale, som tilbydes ved abort, hvor f.eks. borgerens ”familieforhold og sociale situation” og beslutningens ”psykiske” aspekter drøftes.⁵

Selve dødshjælpens udførelse kunne med fordel reguleres af en retlig standard, hvis indhold udgøres af de til enhver tid gældende faglige retningslinjer. Hermed betinges dødshjælpens lovlighed af overensstemmelse med den faglige vejledning, som det allerede er tilfældet for palliativ sedering. Under hensyntagen til patient- såvel som retssikkerheden er det dog værd at overveje, om ikke detaljegraden burde øges til et niveau svarende til eksempelvis retningslinjerne fra den nederlandske lægeforening.

Uafhængig og tværfaglig kontrol, der garanterer, at ovennævnte kriterier for dødshjælp er opfyldt, er et krav efter EMRK art. 2. De nederlandske og belgiske ordninger kræver først og fremmest, at mindst to læger vurderer kriteriernes opfyldelse uafhængigt af hinanden, hvilket suppleres af en tredje specialistvurdering, når patienten eksempelvis har en psykisk lidelse. En lignende ordning kendes f.eks. fra sundhedslovens § 18, stk. 2, hvorfor den ikke ville være uforenelig med dansk sundhedsret. Kriteriernes opfyldelse kunne tillige suppleres med et krav om bekræftende underskrift fra både patient og læger, som det f.eks. er påkrævet for abort.⁶

Forudgående godkendelse fra et tværfagligt råd, som eksempelvis påkrævet i Spanien⁷, kunne styrke patientsikkerheden yderligere ved en eventuel dansk lovliggørelse. En sådan ordning kunne i dansk ret moduleres efter abortsamrådene og dertilhørende ankenævn, som netop i sin tid blev oprettet for at imødekomme et behov for tværfaglig vurdering af etisk

⁴ Jf. f.eks. bekymringerne rejst under Folketingets forhandlinger i FT 2017-18, forhandlinger, 23. møde, 24. november 2017, s. 9 ff.

⁵ Jf. sundhedslovens § 100, stk. 5 og VEJL nr. 25 af 2006 om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion pkt. 7.1 og 7.3.

⁶ Jf. BKG nr. 1483 § 1, stk. 1 og 2 samt §§ 3 og 4, stk. 3.

⁷ Jf. afsnit 4.3

Henvendelse 77 - fortsat

kompliserede beslutninger.⁸ Regionale råd sammensat af én jurist og to læger med speciale i henholdsvis palliativ medicin og psykiatri, som dermed kollektivt besidder den tværfaglige viden nødvendig for kontrol af kriteriernes opfyldelse, kunne således nedsættes efter analogi.⁹

Efterfølgende kontrol varetages i Nederlandene og Belgien af lignende regionale tilsynsråd som ovennævnte. En sådan efterfølgende tværfaglig kontrol er tillige et krav efter EMRK art. 2, hvorfor en mulig løsning i dansk ret kunne være oprettelsen af et særskilt tværfagligt nationalt råd, der f.eks. også tæller et medlem fra Rigspolitiet eller –advokaten, der navnlig kontrollerer selve dødshjælpens udførelse og godkender hele processen. Denne efterfølgende kontrol kunne med fordel suppleres af følgeforskning, der kan give et egentligt datagrundlag for retspolitiske diskussioner om bl.a. glidebaneeffekt og eksternt pres.

⁸ KBET nr. 96 af 1954 om ændring af svangerskabslovgivningen, s. 49 ff.

⁹ Jf. sundhedslovens § 97, stk. 1.

Henvendelse 77 - fortsat

Indholdsfortegnelse

1. Indledning.....	10
1.1. Redegørelsens formål.....	10
1.2. Afgrænsning.....	10
1.2.1. Terminologi.....	10
1.2.2. Afgrænsning.....	11
1.2.3. Metode og retskilder	12
2. Dødshjælp i dansk retshistorie.....	14
2.1. Indledning.....	14
2.2. Tidlig dansk retsvidenskab.....	14
2.3. Straffelovene	17
2.4. Sammenfatning.....	24
3. Dødshjælp i dansk ret	24
3.1. Ulovlig dødshjælp	24
3.1.1. Drab på begæring.....	24
3.1.2. Hjælp til selvmord.....	29
3.1.3. Lægens retsstilling	33
3.2. Lovlig dødshjælp.....	43
3.2.1. Palliativ sedering.....	43
3.2.2. Behandlingsophør	53
3.2.3. Grænsen til ulovlig dødshjælp	59
3.3. Sammenfatning.....	66
4. Dødshjælp i fremmed ret	67
4.1. Indledende bemærkninger	67
4.2. Nederlandene.....	67
4.3. Belgien	75
4.4. Tyskland.....	78

Henvendelse 77 - fortsat

4.5.	EMRK	81
4.6.	Sammenfatning.....	86
5.	Dødshjælp i fremtidig ret.....	86
5.1.	Rum til udvidelse	87
5.2.	Reguleringsform.....	88
5.3.	Indhold	91
5.3.1.	Anvendelsesområde	91
5.3.2.	Frivillig begæring.....	96
5.3.3.	Udførelse af dødshjælpen	98
5.3.4.	Beskyttelsesforanstaltninger	98
5.3.5.	Strafproportionalitet.....	101
5.4.	Sammenfatning.....	102
6.	Konklusion.....	103
7.	Referencer.....	105
7.1.	Bibliografi	105
7.1.1.	Litteratur	105
7.1.2.	Betænkninger	109
7.1.3.	Notater, redegørelser, pressemeddelser	110
7.1.4.	Links til hjemmesider	110
7.2.	Love mv.....	113
7.2.1.	Danske love.....	113
7.2.2.	Lovforslag mv.....	114
7.2.3.	Administrative forskrifter	114
7.2.4.	Udenlandske love.....	116
7.3.	Praksis	117
7.3.1.	Retspraksis	117
7.3.2.	Administrativ praksis	118

Henvendelse 77 - fortsat

7.3.3. Udenlandske afgørelser.....	118
8. Bilag.....	120
8.1. Processen for dødshjælp i Nederlandene	120
8.2. Den nederlandske eutanasilov	122
8.3. Uddrag fra nederlandske straffelov	128
8.4. Uddrag fra den nederlandske begravelses- og ligbrændingslov	129
8.5. Nederlandsk rutediagram for tilsynskontrol.....	130
8.6. Standardformular til begrundet rapport om udført dødshjælp	133
8.7. Standardformular til indberetning til retslægen af dødsfald som følge af dødshjælp 146	
8.8. Standardformular til indberetning til RTE	148
8.9. Lægefagligt tilfredsstillende udførelse af dødshjælp	151
8.10. Rutediagram over RTEs kontrolprocesser.....	152

1. Indledning

1.1. Redegørelsens formål

Hvorvidt aktiv dødshjælp *bør* lovgiggøres i Danmark kan næppe besvares enstemmigt, men en seriøs diskussion må som minimum forudsætte en undersøgelse af, hvordan det *kan* lovgiggøres. Redegørelsens problemformulering er derfor:

Hvad er baggrunden for gældende dansk ret for lægelig dødshjælp, og hvordan kan det lovlige område udvides under iagttagelse af Den Europæiske Menneskerettighedskonvention ("EMRK")?

Redegørelsen vil overordnet falde i fire dele, hvoraf den første vil undersøge den retshistoriske baggrund for den nugældende retstilstand for lægelig dødshjælp. Dette tjener som indledning til redegørelsens anden del, som klarlægger gældende dansk ret for ulovlig og lovlige lægelig dødshjælp. Redegørelsens tredje del vil herefter undersøge, hvordan lægelig dødshjælp reguleres i navnlig tre lande, der har legaliseret det endnu i dansk ret ulovlige område, og hvilke krav der gælder til denne regulering efter EMRK. På dette grundlag diskuteres det i redegørelsens fjerde og sidste del, hvordan det lovlige område kan udvides i dansk ret.

1.2. Afgrænsning

1.2.1. Terminologi

Dødshjælp har mange definitioner¹⁰, men spørgsmålet har i dansk ret "traditionelt været behandlet med et udgangspunkt i begrebsparret" *aktiv* og *passiv* dødshjælp.¹¹

Forskellen herpå er imidlertid ikke hjælperens mere eller mindre aktive bidrag, men lovligheden heraf.¹² Det er således klart, at lægen der indsprøjter dødelige mængder

¹⁰ Se f.eks. Center for Selvmordsforskning, *Pligt til at leve? Ret til at dø?* (2015), s. 17 ff.; FT 1991-92, tillæg A, s. 2694; FT 1997-98, tillæg B, s. 275 og Sundheds- og Ældreudvalget 2016-17, SUU alm. del endeligt svar på spørgsmål 702.; Hartlev (2022), s. 255; Bødker Madsen (2018), s. 250; Komm. Strl. (2022), s. 488 og 490 f.; Vestergaard (2018), s. 26 f.; Holst og Adolphsen (2017), s. 217; T. Hansen, *Det mener partierne om aktiv dødshjælp*, Kristeligt Dagblad (2019): <https://www.kristeligt-dagblad.dk/politik/valg-2019-det-mener-partierne-om-aktiv-dodshjaelp> (tilgået 3. april 2023) og J. Jespersen, M. Særkjær og M. Winther, *Det mener partierne om aktiv dødshjælp*, Kristeligt Dagblad (2022): <https://www.kristeligt-dagblad.dk/danmark/det-mener-partierne-om-aktiv-dodshjaelp> (tilgået 3. april 2023).

¹¹ Holst og Adolphsen (2017), s. 217. Se også Hartlev (2022), 254 ff., Bødker Madsen (2018), s. 250,

¹² Se Hartlev (2022), s. 255, Bødker Madsen (2018), s. 250 og Holst og Adolphsen (2017), s. 217.

Henvendelse 77 - fortsat

smertestillende medicin (palliativ sedering) i patienten med døden til følge¹³ eller bedøver en patient for derefter at slukke for respiratoren med døden til følge¹⁴ bidrager *mere* aktivt, end lægen, der bekræfter offentligt tilgængelige råd til selvmord over e-mail¹⁵. Alligevel klassificeres de første to eksempler som *passiv* dødshjælp, mens sidstnævnte er *aktiv* dødshjælp. Eftersom begreberne hverken er lovsatte eller ”egnede til at rumme de komplekse juridiske problemstillinger” som emnet frembyder, så vil de ikke blive anvendt.¹⁶

I stedet vil redegørelsen undersøge retstilstanden for *middelbar* og *umiddelbar* dødshjælp. Hermed forstås en læges middelbare henholdsvis umiddelbare hjælp til fremskyndelse af dødens indtræden på den døendes frivillige begæring. Sondringen går således på, hvem der er den sidste aktive årsag til dødens indtræden, lægen eller den døende.¹⁷

Denne definition giver mulighed for at bibeholde lovgivers sondring mellem drab på begæring og hjælp til selvmord, og understreger i samme ombæring fællesmængden handlingerne: Et udtrykt ønske om hjælp til at dø.¹⁸ Definitionen er tillige tilpas bredt formuleret til at rumme den fremmedretlige sondring mellem eutanasi og lægeassisteret selvmord, men ikke så bred, at en undersøgelse af f.eks. tidligere (begrebsløs) dødshjælp er omsonst.

1.2.2. Afgrænsning

Som Højesteret bemærkede i 1998, så ”foreligger der afgrænsningsproblemer med hensyn til [...] dødshjælp”.¹⁹ Hertil skal nedenstående bemærkninger knyttes.

Hvad angår denne *materielle* afgrænsning, så er det klart, at manddrab efter § 237 falder uden for redegørelsens sigte, eftersom dødshjælp forudsætter den døendes begæring.²⁰ Ligheden

¹³ Eksemplet er hentet fra sundhedslovens § 25, stk. 2.

¹⁴ Aarhus Universitetshospital, *Patientvejledning om ALS* (2023): <https://www.auh.dk/afdelinger/intensiv/respirationscenter-vest/als/valg-du-skal-traffe/afslutning-af-behandlingen/afslutning-af-behandling-med-respirator/> (tilgået den 3. april 2023).

¹⁵ Jf. Lings-dommen, gengivet i U 2019.4267 H.

¹⁶ Jf. Hartlev (2022), s. 255.

¹⁷ Jf. i samme retning Husabø (1993), s. 137 ff.

¹⁸ Jf. straffelovens §§ 239 og 240.

¹⁹ Jf. Højesterets kendelse gengivet i U 1998.291 H.

²⁰ Det samme gælder derfor også *medlidenhedsdrab*, jf. Hoff, Helge, *Medlidenhedsdrab*, NFTK (1956), s. 93 ff.

Henvendelse 77 - fortsat

gælder for selvmord, eftersom det kun er den begærede lægelige medvirken hertil, der er relevant.²¹

For så vidt angår den *personelle* afgrænsning, så følger det af den givne definition på dødshjælp, at det alene er dødshjælp udført af læger *inden for* sundhedsvæsenet, der skal undersøges i nærværende redegørelse. Det følger ligeledes af nævnte definition, at undersøgelsen retter sig mod *voksne, habile* borgere, eftersom mindreårige og inhabile individer som udgangspunkt savner retlig handleevne.²²

For så vidt angår den *faglige* afgrænsning, så holdes privatretlige implikationer af eller vinkler på den undersøgte dødshjælp uden for redegørelsen af hensyn til omfangskrav. Eftersom der er tale om en *juridisk* redegørelse, vil tværdisciplinære overvejelser alene inddrages, hvis de understøtter den juridiske analyse.

1.2.3. Metode og retskilder

En besvarelse af hvordan det lovlige område kan udvides forudsætter en klarlægning af selvsamme lovlige område, hvortil benyttes den retsdogmatiske metode.²³

En seriøs analyse af en mulig udvidelse af gældende ret kræver dog indledningsvist en historisk klarhed omkring tilblivelsen heraf. Gennemgangen heraf er tematisk og summarisk, eftersom fyldestgørende retshistorisk analyse ikke er formålstjenlig, hvorfor anakronismer er uundgåelige om end søgt undgået.²⁴

²¹ Selvmord er ikke længere strafbart i Danmark, men udviklingen mod denne retstilstand kan bl.a. følges i Husabø (1993).

²² Jf. forældreansvarslovens og værgemålsloven.

²³ Jf. Henry Ussing, *Bidrag til Moral- og Retsfilosofi*, Ugeskrift for Retsvæsen B (1934), s. 292 og Eyben (1991), s. 15 ff.

²⁴ Jf. i samme retning Rasmus Grønved Nielsen, *Forvaltningskontrakter*, Karnov Group (2021), s. 59 og Bent Egaa Kristensen, *Historisk metode: en indføring i historieforskningens grundlæggende principper*, Reitzels Forlag (2007), s. 205.

Henvendelse 77 - fortsat

Lignende gælder for redegørelsens fremmed- og menneskeretlige undersøgelse, der ikke forsøger en egentlig komparativ analyse, men i stedet ”en mere selektiv og funktionel” skitse, der tjener sit formål i den endelige diskussion.²⁵

Endelig bør det bemærkes, at redegørelsen *ikke* har selvstændige retspolitiske aspirationer, idet redegørelsen forsøger at beskrive, hvad der *er* muligt, og ikke hvad der *bør* være, selvom en skarp adskillelse af retsdogmatik og -politik ikke kan opretholdes.²⁶

Ved fortolkning af retskilderne gennemgået nedenfor, har afvejningen været styret af det gængse retskildehierarki.²⁷ De enkelte kilders retmæssige retskildeværdi vil blive diskuteret fortløbende når relevant, men enkelte generelle bemærkninger kan alligevel knyttes hertil.

For det første hviler analysen i stort omfang på utrykt retspraksis og i mindre grad utrykt administrativ praksis, som det kun har været *delvist* muligt at få aktindsigt i.²⁸ Ud af 25 aktindsigtsanmodninger er kun 7 blevet imødekommet.²⁹ Retstildeværdien af utrykt praksis begrænses af den manglende offentlighed, selvom de retsudøvende myndigheder naturligvis ”selv er i besiddelse” af kilderne.³⁰ Fraværet af intersubjektiv kontrol af det udøvede skøn kræver således en vis forsigtighed, som bliver behandlet når relevant nedenfor.

For det andet beror analysen i høj grad på administrativ praksis og faglige vejledninger, hvilket begrundes *dels* med disse kilders historiske betydning for retsdannelsen omkring dødshjælp, *dels* fordi det lovlige område fortsat i høj grad afgrænses af faglige krav, der fastlægges heri.³¹ Ikke desto mindre anvendes de med en vis forsigtighed, som bliver påtalt, når det er relevant.

²⁵ Jf. Rasmus Grønved Nielsen, *Forvaltningskontrakter*, Karnov Group (2021), s. 57 og Ole Lando, *Kort indføring i komparativ ret*, Jurist- og Økonomforbundets Forlag (2009), s. 199 ff.

²⁶ Jf. Alf Ross, *Om ret og retfærdighed – en indførelse i den analytisk retsfilosofi*, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck (1966), s. 130.

²⁷ Jf. Eyben (1991), s. 15 ff.

²⁸ Det er således f.eks. opnået aktindsigt i de seneste domme omkring straffelovens § 239, jf. afsnit 3.1.1, og Styrelsen for Patientsikkerheds breve og afgørelser omkring autorisationsfratagelse i Lings-sagen, jf. 3.2.3.

²⁹ Rigsarkivet og Styrelsen for Patientsikkerhed har således ikke kunnet imødekomme én eneste

³⁰ Jf. f.eks. Eyben (1991), s. 25 f.

³¹ Jf. f.eks. afsnittene 3.1.3, 3.2.1, 3.2.2 og 3.2.3; Hartlev (2022), s. 40 og mere generelt Henrik Zahle, *Retten kilder*, Christian Ejlers (1999), s. 57.

For det tredje har det samlede arbejde støttet sig på en grundig litteraturgennemgang, *dels* i anerkendelsen af, at det sjældent er muligt at opfinde den dybe tallerken, og *dels* fordi retslitteraturen har en selvstændig retskildemæssig værdi, navnlig når den forsøger at ”udfylde” de huller, der har været kendetegnende for retstilstanden for dødshjælp.³² Dette har bl.a. ledt til (gen)opdagelsen af to prisopgavebesvarelser om legalisering af dødshjælp, som tilsyneladende er gledet ud af retsvidenskabens hukommelse.³³

2. Dødshjælp i dansk retshistorie

2.1. Indledning

Et grundrids af tidlig dansk retshistorie om dødshjælp kræver ganske liberal fortolkning af datidens regler og procesform med fare for anakronisme, der besværes yderligere af datidens fravær af legalitetsprincippet.³⁴ Det billede, som imidlertid tegnes herved, er, at dødshjælp formentlig har været ”lovligt” inden egentlige retsregler og retssystem vinder frem. Herefter forbliver det som følge af slægtsansvaret og procesformen, formentlig ”lovligt”, når slægten vælger ikke at forfølge forholdet. Med kirkens stigende indflydelse vender retsudviklingen sig herimod, og dødshjælp er formentlig ubetinget ulovligt omkring Reformationen for ikke-adelige, selvom påtale heraf fortsat er overvejende privat. Kirkens hårde straffe slår derefter igennem i Danske Lov, men det er fortsat uklart, hvorvidt dødshjælp udgør en undtagelse hertil.

2.2. Tidlig dansk retsvidenskab

Den første egentlige juridiske behandling af dødshjælp sker først i begyndelsen af 1800-tallet hos Ørsted, på et tidspunkt hvor datidens religiøst funderede straffesystem efterhånden karambolerede med oplysningstidens ”krav om humanisering og rationalisering”.³⁵

Forinden havde spørgsmålet være tangeret af Holberg, der imidlertid primært var interesseret i spørgsmålet om selvmorderens strafbarhed, som også senere optog både generalprokurør

³² Jf. Eyben (1991), s. 179 f. og Julius Lassen, *Nogle Afskedsord*, Ugeskrift for Retsvæsen B (1918), s. 17 f.

³³ Jf. Blume (1980) og Gam (1980), jf. f.eks. Komm. Strfl. (2022), s. 487 ff. og Jørn Vestergaard, *Forbrydelser og andre strafbare forhold*, Gjellerup (2018), s. 25 ff.

³⁴ Jf. Morten Kjær, *Mellem Skylla og Charybdis – træk af legalitetsprincippet historie i dansk strafferet*, Nordisk Tidsskrift for Kriminalret (2017), s. 77 ff. og Vogt (2005), s. 144 f. Se eksempelvis de to højesteretsdomme kort forinden straffeloven af 1866, der fastsætter ”arbitrære straffe” for dødshjælp i afsnit 2.2.

³⁵ Jf. Tamm og Jørgensen (1975), s. 44 ff., herunder 53 for Ørsted.

Henvendelse 77 - fortsat

Colbiørnsen, Nørregaard og Brorson.³⁶ Colbiørnsen havde dog forinden bemærket i en betænkning under arbejdet på en ny straffelov, at strafudmålingen for drab burde tage hensyn til ”forskell på handlinge[rs] moralitet”, og ligedan ”om den dræbte [selv har] givet anledning” til handlingen, hvilket talte i formildende retning.³⁷

Da Ørsted senere behandlede spørgsmålet, var det blevet en ”udbredt Lære, at [...] Samtykke altid borttog Retsstridigheden som gyldigt Afkald paa Retsbeskyttelse.”³⁸ Som Ørsted bemærker, så hævdede ”De nyere kriminalistiske Skribentere” således idelig, at et samtykke fra offeret ”ophæve den Strafskyld, en Handling ellers vilde indeholde”, også i tilfælde af dødshjælp.³⁹

Ifølge Ørsted ville dette ræsonnement betyde, at dødshjælp uanset formen ”ikke kan behandles efter Loven om Manddrab, men kun kan være at straffe for” hjælp til selvmord, når dette er strafbelagt i straffeloven.⁴⁰ Dette ræsonnement antog han imidlertid for ”vist nok [at være]

³⁶ Jf. Ludvig Holberg, *Naturens og Folke-Rettens Kundskab, Bygget paa de fornemste Juristers Principiis, Illustreret med Exempler af de Nordiske Historier og Conferered med disse Rigers, saa vel gamle som nye Love*, første del, 3. udgave, Hans Kongl. Majest. og Univers. Bogtr. (1734); Laurids Nørregaard, *Forelæsninger over den Danske og Norske private Ret*, bind IV, Gyldendals Forlag (1788), henholdsvis s. 136; Christian Brorson, *Forsøg til den siette Bogs Fortolkning i Christian den femtes Danske og Norske Lov samt Straffene*, Sebastian Popp (1791), s. 173 ff. og Christian Colbiørnsen, *Fragment som bidrag til det af kommissionen pålagte arbejde at foreslå grundsætninger til en ny og forbedret kriminallov af 17. november 1800*, som trykt i Ditlev Tamm m.fl. (red.), *Til det almindelige bedste ... Generalprokurør Christian Colbiørnsens lovbetænkninger 1789-1802*, Jurist- og Økonomforbundets Forlag (2006), s. 297 ff. og

³⁷ Jf. Tamm (2006), henholdsvis s. 307 ff. og 316.

³⁸ Jf. C. Goos, J. Nellesmann, H. Øllgaard, *A. S. Ørsteds Betydning for den danske og norske Retsvidenskabs Udvikling*, 3die Afdeling, III, H. Hagerups Forlag (1906), s. 94.

³⁹ Jf. Ørsted (1826), s. 70. Se således K. A. Tittman, *Grundlinien der Strafrechtswissenschaft und der deutschen Strafgesetzkunde*, Fleischer (1800), s. 90 ff.; K. A. Tittmann, *Handbuch der Strafrechtswissenschaft und der deutschen Strafgesetzkunde*, Halle (1807), s. 23 ff.; C. A. Stübel, *Ueber den Thatbestand der Verbrechen*, Wittenberg (1805), s. 133 f.; E. Henke, *Handbuch des Criminalrechts und der Criminalpolitik*, bind I, Berlin (1823), s. 231 ff. og P. J. A. v. Feuerbach, *Lehrbuch des gemeinen in Deutschland geltenden Peinlichen Rechts*, Giessen (1801), s. 31 f., Feuerbach nåede dog i senere udgaver til den modsatte konklusion. Om sammenhængen mellem dansk og tysk retsvidenskab, se f.eks. Ernst Andersen, *Træk af juraens udvikling*, bind II, Juristforbundets Forlag (1973), s. 687 ff.

⁴⁰ Jf. Ørsted (1826), s. 71, min kursivering.

Henvendelse 77 - fortsat

urigtig”, eftersom ingen kan ”raade over sit Liv”, hvorfor en anmodning om at tage selvsamme er aldeles ugyldig og bør ”betrage[s] som et Intel”.⁴¹

Ørsted forholdt sig endvidere til, om det gør en forskel, at nævnte dødshjælp alene sker ”i godmodig Hensigt, [for at fremskynde] en dødssyg eller dødeligt saaret Persons Død”.⁴² Eftersom ”alt Drab egentlig kun bestaaer i en Livets Forkortelse”, er svaret benægtende.⁴³ Den eneste undtagelse hertil synes at være stærkt defekte børn, som efter nøje lægeundersøgelse savnede alle menneskelige træk, men ”eksempler herpå ses dog ikke [...] i praksis.”⁴⁴

Samtykket var imidlertid ikke helt uden betydning, og i sin gennemgang af duellovene med hensyn ”til almindelige Grundsætninger” bemærker Ørsted, at det *er* strafformildende, at f.eks. duellanternes fare ”er grundet paa gjensidig Overeenskomst”, men han understreger igen, at et samtykke til opofrelse af livet ”er ugyldigt”, og derfor ”aldrig kan give” f.eks. ulovlig dødshjælp ”Lovmæssighedens Præg.”⁴⁵

I og med at Ørsted havde tjent som dommer henholdsvis embedsmand siden 1801 og blev udpeget til generalprokurør i 1825, må det antages, at hans holdninger rimelig akkurat afspejlede retstilstanden i en tid, hvor legalitetsprincippet endnu ikke var gældende strafferet.⁴⁶ Denne forståelse af samtykkets *manglende* virkning som objektiv straffrihedsgrund bliver da også adopteret af senere jurister som Algreen-Ussing og Bornemann.⁴⁷

Spørgsmålet blev endeligt afgjort med en højesteretsdom i 1859⁴⁸, hvorefter et tilfælde af umiddelbar dødshjælp netop på grund af begæringen ikke kunne ”bedømmes efter

⁴¹ Jf. Ørsted (1819), s. 37, Ørsted (1826), s. 71 og Ørsted (1931), s. 312.

⁴² Jf. Ørsted (1819), s. 37 f.

⁴³ Jf. Ørsted (1819), s. 37 f.

⁴⁴ Jf. Blume (1980), s. 41, jf. A. S. Ørsted, *Strafferetlige Skrifter i Udvalg*, bind II, Nordisk forlag (1931), s. 309.

⁴⁵ Jf. A. S. Ørsted, *Eunomia, eller Samling af Afhandlinger, henhørende til Moralphilosophien, Statsphilosophien, og den Dansk-Norske Lovkyndighed*, bind III, Andreas Seidelin (1819), s. 313 f.

⁴⁶ Jf. Kjær (2017), s. 82 samt Tamm og Jørgesen (1975), s. 54.

⁴⁷ Jf. Algreen-Ussing (1841), s. 38 og Bornemann (1866), s. 119 ff.

⁴⁸ Se f.eks. herom Blume (1980), s. 42 f.

Henvendelse 77 - fortsat

Lovgivningens almindelige Bestemmelser om Drab”.⁴⁹ Eftersom forholdet alligevel blev betragtet som strafbart og begæringen således ugyldig, blev tiltalte idømt ”en arbitrar Straf [...på] 2 Aars Forbedringshuusarbeide”: betydeligt mildere end dødsstraffen for drab.⁵⁰ Højesteret syntes altså at have fulgt Colbiørnsens argument for strafudmåling efter handlingens farlighed og ikke Ørsteds. Det kunne herefter konkluderes, som Algreen-Ussing og Bornemann gjorde, at umiddelbar dødshjælp ”betydelig[t] nedsætter Strafskylden”.⁵¹

Året forinden havde Højesteret tillige afgjort spørgsmålet om middelbar dødshjælp. Eftersom Højesteret dårligt kunne straffe for medvirken til selvmord efter DL, men alligevel fandt forholdet strafbart, blev tiltalte straffet efter en manddrabs ”Lovgivningens Analogi⁵² lempet arbitrar Straf” for både fysisk og psykisk at have medvirket til selvmordet.⁵³ Straffen faldt på ”Forbedringshuusarbeide i 6 Aar”, hvilken hårdhed formentlig skyldes, at årsagen til dødshjælpen antageligvis var egeninteresse.⁵⁴

Trods lovgivningens tavshed herom før straffeloven af 1866, var spørgsmålet altså genstand for både *teoretisk* og *praktisk* opmærksomhed. Selvom samtykke til drab var blevet regnet for aldeles ugyldigt, så gjorde Højesteret det klart, at det havde endog stor betydning for drabets strafværdighed. Selvom det er tvivlsomt, om der virkelig forelå frivillige begæringer om dødshjælp i de to højesteretsdomme, jf. afsnit 1.2.1., så markerer de alligevel overgangen til den nugældende retstilstand, som begynder ved straffeloven af 1866.

2.3. Straffelovene

⁴⁹ Jf. Højesterets dom i sag nr. 102 af 8. juni 1858 gengivet i Højesteretstidende (1858), s. 244 ff. Sagen angik et par, der havde valgt at begå fælles selvmord ved drukning i fortvivlelse over deres situation. Da manden overlevede, fuldbyrdede han kvindens selvmord.

⁵⁰ Jf. Højesterets dom i sag nr. 102 af 8. juni 1858, Højesteretstidende (1858), s. 245.

⁵¹ Jf. Bornemann (1866), s. 124 og Ørsted (1819), s. 37 f.

⁵² Forordningen fastsatte således nedsat straf for ”foregaaende Understøttelse” af manddrab, jf. Forordning af 4. oktober 1833 § 27, jf. Algreen-Ussing (1841) s. 139.

⁵³ Jf. Højesterets dom i sag nr. 255 af 22. oktober 1858 gengivet i Højesteretstidende (1858), s. 383 ff. Sagen angik medvirken til selvmord og fosterfordrivelse ved at anskaffe den indtagne gift og bestyrke forsættet hertil.

⁵⁴ Se også herom i Blume (1980), s. 48.

Henvendelse 77 - fortsat

Straffeloven af 1866

Efter straffeloven af 1866 straffedes drab ”efter [offerets] bestemte Begjæring” med ”Forbedringshuusarbeide eller under særdeles formildende Omstændigheder med Fængsel” i ned til 3 måneder, mens den som hjælper ”en Anden til at begaae Selvmord” blot straffedes med fængsel, jf. § 196, 1. og 2. pkt i ovennævnte lov.

Eftersom straffeloven af 1866 ligeledes lovsatte legalitetsprincippet for første gang i dansk strafferet, betød bestemmelsen, at umiddelbar og middelbar dødshjælp nu var *udtømmende* reguleret af straffelovens bestemmelser herom, der måtte afgrænses af de øvrige drabsbestemmelser i §§ 186 ff.⁵⁵

Det blev samtidig slået endegyldigt fast, at samtykke ikke virkede som objektiv straffrihedsgrund ved dødshjælp.⁵⁶ Straffelovens udkast anfører desværre alene lovtekniske begrundelser herfor⁵⁷, men ifølge Goos er forklaringen den Ørstedeske, at borgere hverken umiddelbart eller middelbart kan give afkald på ”Livets Retsgode”, hvilket stemmer overens med en samtidig skrivelse fra Justitsministeriet.⁵⁸ Denne forklaring møder dog senere kritik fra Krabbe og Torp, der finder begrundelsen i bestemmelsens ringe ”Samfundsfarlighed” samt ”de i Reglen menneskekærlige Motiver, der leder til Handlinge[rne].”⁵⁹

Til drab på begjæring krævedes, at denne begjæring var ”bestemt”, hvormed der ifølge Goos var ”draget en snævrere Grænse end” for almindeligt samtykke.⁶⁰ Der bør således ikke ”være Tvivl om, at det virkelig var [afdødes] alvorlige Mening” at dø, hvilket bl.a. kræver, at begjæringen

⁵⁵ Jf. straffeloven af 1866, § 1 og Morten Kjær, *Mellem Skylla og Charybdis – træk af legalitetsprincippet historie i dansk strafferet*, Nordisk Tidsskrift for Kriminalret (2017), s. 82.

⁵⁶ Jf. også C. Goos, *Den danske Straffets specielle Del*, bind I, Gyldendalske Boghandels Forlag (1895), s. 52. Nødværge kan dårligt tænkes at finde anvendelse.

⁵⁷ Jf. Kommissionen af 22. februar 1859, *Udkast til Straffelov for Kongeriget Danmark*, J. H. Schultz (1864), s. 239.

⁵⁸ Jf. C. Goos, *Den nordiske Strafferet almindelig Del*, Gyldendalske Boghandels Forlag (1882), s. 105 ff. Jf. Justitsministeriets Skrivelse af 10. juni 1887, hvori ministeriet ”udlede[r] en almindelig Grundsætning om, at Samtykke er uden Betydning ved Krænkelser af vigtige Retsgoder.”, jf. Torp (1905), s. 233.

⁵⁹ Jf. Torp (1905), s. 227 ff. og navnlig 233, og Carl Torp, *Strafbare Angreb paa Liv og Legeme*, G. E. C. Gads Forlag (1926), s. 25 f. og 28 f. Se endvidere Krabbe (1926), s. 221 ff.

⁶⁰ Jf. Goos (1895), s. 123.

Henvendelse 77 - fortsat

er ”fastholdt lige til Drabshandlingen”.⁶¹ Det indebar intet krav om skriftlighed, men begæringen skulle være *utvetydig*.⁶² *Motivet* for begæringen ”er ligegyldigt”, og ligedan om vedkommende ”er blevet overtalt [dertil] af Drabsmanden”.⁶³ Når *initiativet* udgår fra en anden end offeret, vil beviskravene dog naturligt stige.⁶⁴ Dertil følger Goos og senere Torp, at *betingelser* i begæringen til f.eks. tid eller måde skal overholdes, for at bestemmelsen finder anvendelse.⁶⁵ Goos kræver ikke myndighed eller habilitet hos offeret, mens Torp når til det modsatte resultat.⁶⁶ Højesteret gav dog Goos medhold.⁶⁷

Til hjælp til selvmord krævedes ikke, at døden faktisk indtrådte, men blot at der forelå ”en *selvmorderisk Handling*”.⁶⁸ Dertil kommer, at det er *uklart*, om anstiftelse eller anden ”[p]sykologisk Meddelagtighed” var omfattet, idet den lakoniske bestemmelse alene nævner, at ’hjælp’ straffes.⁶⁹ Både Goos, Torp og Krabbe understregede, at bestemmelsen (og analogien ligeså) ”kun angaar fysisk Medhjælp”, idet Torp dog senere skiftede holdning om anstiftelse.⁷⁰

Det er uklart, hvorvidt § 196 ville finde anvendelse på *læger*, der f.eks. fremskynder dødens indtræden ved smertestillende medicin, men det omvendte må have formodningen imod sig. Spørgsmålet om lægers almindelige straffrihed for behandling indgik i en større diskussion i tiden efter straffeloven af 1866, om hvad der gør en handling ”retsstridig”.⁷¹ Torp underkastede

⁶¹ Jf. Goos (1895), s. 123 og Torp (1926), s. 26. Min kursivering.

⁶² Jf. Goos (1895), s. 124 og Torp (1926), s. 26.

⁶³ Jf. Goos (1895), s. 124 f.

⁶⁴ Jf. Torp (1926), s. 27.

⁶⁵ Jf. Goos (1895), s. 124 f. og Torp (1926), s. 26.

⁶⁶ Jf. Goos (1895), s. 124 sammenholdt med Torp (1926), s. 26.

⁶⁷ Jf. Højesterets dom af 30. august 1904 i sag nr. 262/1904, gengivet i U 1904.318 H, hvor en far, der havde overtalt sine små børn til at dø sammen med ham og derefter overskåret deres pulsårer, straffedes for drab på begæring. Dommen omtales ikke hos Torp, jf. Torp (1926), s. 25 ff.

⁶⁸ Jf. Goos (1895), s. 188.

⁶⁹ Jf. Goos (1895), s. 186.

⁷⁰ Jf. Goos (1895), s. 187; Torp (1905), s. 589; Torp (1926), s. 29 ff.; Oluf H. Krabbe, *Tillæg til Noter til Strafferetten, Tilføjelser og Ændringer til [...] Torp: Strafbare Angreb paa Liv og Legeme [...]*, G. E. C. Gads Forlag (1927), s. 2 ff. og Oluf H. Krabbe, *Om Strafbarheden af Hjælp til Selvmord*, Ugeskrift for Retsvæsen B, s. 221 ff.

⁷¹ Jf. f.eks. Carl Torp, *Straffrihedsgrunde og Strafophørsgrunde, Afsnit af den danske Strafferets almindelige Del*, G. E. C. Gad (1898), s. 2 ff. og Carl Torp, *Den danske Strafferets almindelige Del*, G. E. C. Gad (1905), s. 244 ff.

Henvendelse 77 - fortsat

dette en grundig behandling og konkluderede, at lægelige indgreb er objektivt straffri i kraft af deres *fornuftighed* og *nødvendighed*, hvorfor der ikke krævedes særligt samtykke.⁷² Torp inddrager ikke dødshjælp i denne diskussion, men det er klart, at argumentet dårligt kan overføres dertil, eftersom straffriheden bl.a. begrundedes i, at lægehjælp havde et formål diametralt modsat dem, som straffeloven sigtede på at beskytte imod. Ved dødshjælp var formålet imidlertid identisk hermed, som det også fremgår ovenfor.⁷³

Straffeloven af 1930

Samtidig med ovenfor citerede forfatteres litterære virksomhed gik forarbejdet i gang med en ny straffelov, som de alle deltog i, om end Torps indflydelse var den største.⁷⁴ Eftersom de relevante bestemmelser ændrer § i hvert udkast og senere lovforslag hertil, vil de for overblikkets skyld konsekvent citeres som §§ 239 (umiddelbar) og 240 (middelbar).

Det første udkast havde med Goos' deltagelse fjernet sig fra systematikken og formuleringen i den gamle straffelov, men i de to sidste udkast til straffeloven, hvorover navnlig Torp øvede indflydelse, var bestemmelserne om dødshjælp indholdsmæssigt *næsten* identiske med de tidligere bestemmelser fra 1866.⁷⁵

Torps fortolkning heraf slog dog også igennem, eftersom det for umiddelbar dødshjælp gjordes klart, at kun en begæring fra en "myndig og tilregnelig Person" er gyldig, mens begrundelsen i "Livets Retsgode" også fjernedes.⁷⁶ I samme retning gjordes det nu for middelbar dødshjælp

⁷² Jf. Torp (1905), s. 255 f.

⁷³ Jf. Torp (1898), s. 3 modsætningsvist og 7.

⁷⁴ Torp var ikke blot medlem af den sidste kommission af 1917, men han afgav også egenhændigt den anden af tre betænkninger over (og udkast til) straffeloven i 1917.

⁷⁵ Jf. sammenlign Kommissionsbetænkning om den almindelige borgerlige Straffelovgivning (1912) ("UI"), §§ 243 og 246, med Kommissionsbetænkning om Udkast til Lov vedrørende den borgerlige Straffelovgivning (1917) ("UII"), §§ 217 og 218 og Kommissionsbetænkning om Udkast til almindelig borgerlig Straffelov (1923) ("UIII"), §§ 218 og 219.

⁷⁶ Jf. UIII, s. 336. Sammenlign med UI, s. 224, hvor Goos' indflydelse kan spores i bemærkningen om, at "Samfundet [ikke] anerkender nogen som Herre over sit Liv".

Henvendelse 77 - fortsat

klart, at tilskyndelse og anstiftelse *var* omfattet.⁷⁷ Herudover tilføjedes en strafskærpende sidestrafferamme for forhold, hvor ”Handlingen [er] foretaget af egennyttige Bevæggrunde.”⁷⁸

Det er værd at bemærke, at kommissionsformanden udtrykte sin utilfredshed med, at *anden* hjælp til selvmord end den egennyttige blev strafbelagt.⁷⁹ Udover bestemmelsens (historisk) ringe praktiske betydning anførte han herfor, at middelbar dødshjælp ”næppe vil foreligge undtagen som en Venskabs- eller Kærlighedshandling, særlig overfor en haabløs Syg, og for et saadant Forhold bør der [...] ikke være fastsat Straf.”⁸⁰

Sidstnævnte udkast blev senere fremlagt i Folketinget, hvor det undergik en særdeles grundig behandling over de næste fem år. I denne periode undergik udkastet imidlertid meget interessante ændringer, hvorunder enkelte skal fremhæves.

Allerede i det første lovforslag fra 1924 (”FI”) var der således tilføjet interessante ændringer. For det første havde § 239 fået et nyt stk. 2, hvorefter straffen ”under særlige Omstændigheder [kan] bortfalde”, når dødshjælpen ydes for at ”befri en haabløs syg for svære, uafvendelige Lidelser”, fordi det ”ville være i Strid med den almindelige Retsbevidsthed at straffe en saadan Handling”.⁸¹ Af hensyn til risikoen for fejlskøn gjordes straffriheden dog ikke ubetinget.⁸² For det andet blev § 240 affattet i overensstemmelse med kommissionsformandens forslag, hvorefter middelbar dødshjælp *alene* straffes, når det sker ”af egennyttige Bevæggrunde”.⁸³

Det første lovforslag til straffeloven af 1930 indeholder således en udtrykkelig ”*lovliggørelse*” af *både* middelbar og umiddelbar dødshjælp i dansk ret. Disse ændringer mødte under forhandlingerne kritik for, at straffriheden ikke ”udelukkende skal gælde Læger”⁸⁴ (Rytter) og i øvrigt er for risikabel, fordi det afgørende vidne er død⁸⁵ eller med risiko for en moralsk

⁷⁷ Jf. UIII, s. 336 f., jf. UII, s. 203 f.

⁷⁸ Jf. UIII, s. 336.

⁷⁹ Jf. UIII, s. 337.

⁸⁰ Jf. UIII, s. 337.

⁸¹ Jf. RT 1924-25, tillæg A, sp. 3227 f. og RT 1924-25, tillæg A, sp. 3380.

⁸² Jf. RT 1924-25, tillæg A, sp. 3380.

⁸³ Jf. RT 1924-25, tillæg A, sp. 3227 f.

⁸⁴ Jf. RT 1924-25, forhandlinger, sp. 3910.

⁸⁵ Jf. RT 1924-25, forhandlinger, sp. 3989.

glidebane⁸⁶, men justitsminister Steincke forsvarede inderligt den lovlige dødshjælp^{87, 88}. En lignende løsning med ”fakultativt strafbortfald ” eller i hvert fald ”strafnedsættelse” for drab på begæring af ”håbløst syge” havde tilsyneladende også støtte på det næsten samtidige 16. årsmøde i Dansk Kriminalistforening i 1923.⁸⁹

Denne model fik lov at stå de næste tre år, men blev fjernet, da Rytter blev justitsminister i en ny regering og fremsatte det andet lovforslag i 1928 (”FII”).⁹⁰

Efter grundigt udvalgsarbejde i folketingsåret 1928-29 over FII fremsætter et mindretal under udvalget imidlertid det forslag, at bestemmelsen om drab på begæring skal tilføjes et nyt stk. 2, hvorefter straffen helt kan bortfalde, når begæringen udgår fra ”en haabløs syg” med ”svære uafvendelige Lidelser”.⁹¹ Hertil krævedes dog, at begæringen var ”fremsat [foran] to Vidner”, og at selve dødshjælpen var ”foretaget af en Læge”.⁹² Der er således igen tale om et forslag om strafbortfald for umiddelbar dødshjælp, dog *kun* for så vidt angår *læger*.

Udvalgets forslag nåede aldrig til afstemning, men til gengæld blev mindretallets ændringsforslag inkorporeret i det nye og sidste lovforslag i folketingsåret 1929-30 (”FIII”).

Ordlyden i §§ 239 og 240 er her identisk med FI, men det fremgår af forhandlingerne, at det på linje med ovennævnte ændringsforslag forudsattes, at dødshjælpen udøves af læger.⁹³ Under udvalgsarbejdet med FIII blev modsatrettede ændringer til §§ 239 og 240 foreslået, men afstemningen herom afslører, at der var et *markant* flertal i Folketinget for denne *lovliggørelse af hjælp til selvmord og strafbortfald for umiddelbar lægelig dødshjælp*, eftersom ændringerne

⁸⁶ Jf. RT 1924-25, forhandlinger, sp. 4068.

⁸⁷ Jf. RT 1924-25, forhandlinger, sp. 4058 ff.

⁸⁸ Jf. tilsvarende Oluf H. Krabbe, *Straffelovsforslaget*, Ugeskrift for Retsvæsen B (1925), s. 27 ff.

⁸⁹ Jf. Dansk Kriminalistforening, *Forhandlingerne paa Dansk Kriminalistforenings 16. Aarsmøde*, Nordiske Forlag (1924), s. 134-191. Jf. navnlig Hartvig Jacobsen på s. 140 f., Goll på s. 160 f., Haack på s. 166 f., Olrik på s. 172 f. og endelig Torp på s. 181. Se herom Blume (1980), s. 62.

⁹⁰ Jf. RT 1926-27, tillæg A, sp. 5377 f.

⁹¹ Jf. RT 1928-29, tillæg B, sp. 2195 f.

⁹² Jf. RT 1928-29, tillæg B, sp. 2195 f.

⁹³ Jf. RT 1929-30, tillæg A, sp. 2333 f. og RT 1929-30, forhandlinger i Landstinget, sp. 565 ff., navnlig 612 ff.

Henvendelse 77 - fortsat

blev afvist med henholdsvis 63% og 90% af Folketingets stemmer.⁹⁴ Konklusionen var derfor, at FIII ”vedtoges enstemmigt med 119 stemmer” efter forslagens 3. behandling.⁹⁵

Som følge af datidens tokammerssystem skulle FIII imidlertid *også* vedtages i Landstinget for at få retskraft. Ovennævnte regler om dødshjælp mødte skarp kritik i Landstinget, hvorfor de endte med at udgå fra det kompromis, der endelig sendes retur til Folketinget og vedtages som den nugældende straffelov af 1930.⁹⁶ Herefter var retstilstanden for dødshjælp stort set identisk med den daværende efter straffeloven af 1866, idet det kun var visse af Torps afklarende rettelser, der blev lov. Eftersom straffelovens bestemmelser herom ikke har ændret sig indholdsmæssigt siden da, vil øvrige kommentarer hertil blive behandlet, når relevant, i afsnit 3.1 nedenfor.⁹⁷

Det er forudsætningsvist klart af ovenstående lovhistorie, at lægelig dødshjælp ansås for omfattet af straffelovens almindelige bestemmelser herom, hvilket tillige var forudsat af medicinalkommissionen i 1909.⁹⁸ Spørgsmålet blev imidlertid udførligt behandlet i en kommissionsbetænkning om lægers retsstilling året efter straffelovens vedtagelse, som dannede grundlaget for lægeloven.⁹⁹ Heri havde kommissionen lejlighed til at vurdere det strafferetlige lægeansvar, herunder om de *subjektive* eller *objektive* strafbetingelser efter straffeloven ”bør være et andet for Læger end for andre Personer.”¹⁰⁰ Kommissionen fandt ikke ”nogen rimelig Begrundelse” for at særbehandle læger, hvorfor de ”med Hensyn til *forsætlige* Forbrydelser [må] være underkastet Straffelovens almindelige Regler.”¹⁰¹ Det konkluderedes tillige, at et samtykkes indvirkning på denne handlingens strafbarhed reguleres af straffelovens

⁹⁴ Jf. RT 1929-30, forhandlinger, sp. 3925, idet udvalgets ændringsforslag nr. 138 og 139 ”forkastedes” med henholdsvis 81 stemmer mod 47 (§ 239) og 83 stemmer mod 9 (§ 240).

⁹⁵ Jf. afstemningen i RT 1929-30, forhandlinger, sp. 4402 og det vedtagne lovforslag i RT 1929-30, tillæg C, s. 81 ff., se navnlig sp. 165 f.

⁹⁶ Jf. afstemningen i RT 1929-30, forhandlinger, sp. 7282 og lovforslaget i RT 1929-30, tillæg C, sp. 1431 f.

⁹⁷ Jf. Lovforslag nr. L 99 om ændring af straffeloven og retsplejeloven: FT 2003-04, tillæg A, s. 3277 ff., til nr. 50.

⁹⁸ Jf. KBET angaaende Ordningen af Sundhedsvæsenets Centralstyrelse (1909), s. 30.

⁹⁹ Jf. KBET angaaende Lægers Retsstilling (1931).

¹⁰⁰ Jf. KBET angaaende Lægers Retsstilling (1931), s. 37. Eventuelt gennem „specielle Lægeansvarsbestemmelser”, jf. samme.

¹⁰¹ Jf. KBET angaaende Lægers Retsstilling (1931), s. 38.

bestemmelser herom.¹⁰² Det er altså klart, at spørgsmålet om lægelig dødshjælp oprindeligt faldt sammen med spørgsmålet om dødshjælp i almindelighed.

2.4. Sammenfatning

Historiske kilder – nogle mere ”retlige” end andre – indikerer, at dødshjælp oprindeligt blev betragtet som en værdig udgang på livet, inden kirken fik indflydelse på retsdannelsen.¹⁰³ Dødshjælp som et egentligt retligt problem blev dog først underkastet selvstændig juridisk behandling af Ørsted, men det er i højere grad Højesteret, der fik betydning for dansk rets stillingtagen til spørgsmålet i straffeloven af 1866. Her blev middel- og umiddelbar dødshjælp gjort strafbart i en form, der blev videreført næsten uændret til straffeloven af 1930, hvis bestemmelser herom gælder endnu. Ved nærmere eftersyn af tilblivelseshistorien for den nugældende straffelov, er det imidlertid bemærkelsesværdigt, at en afkriminalisering af uegennyttig middelbar dødshjælp og umiddelbar lægelig dødshjælp faktisk blev vedtaget af et enigt Folketing efter lange overvejelser, inden det blev afvist i Landstinget.¹⁰⁴

3. Dødshjælp i dansk ret

3.1. Ulovlig dødshjælp

Som allerede nævnt ovenfor, kulminerer udviklingen i en ordning, hvor lægelig dødshjælp reguleres af straffelovens §§ 239 og 240. Det skal derfor i nærværende del undersøges, hvordan denne ”ulovlige” dødshjælp reguleres efter gældende ret.¹⁰⁵ Retstilstanden for lægelig dødshjælp efter straffelovens bestemmelser om drab på begæring og medvirken til selvmord vil blive behandlet i afsnit 3.1.1 og 3.1.2, inden straffrihedsgrunde og lægens øvrige retsstilling vil blive mere indgående drøftet i afsnit 3.1.3.

3.1.1. Drab på begæring

¹⁰² Jf. KBET angaaende Lægers Retsstilling (1931), s. 39.

¹⁰³ Jf. afsnit 2.1 og bilag i afsnit **Fejl! Henvisningskilde ikke fundet.**

¹⁰⁴ Det er derfor ikke korrekt, når Vestergaard i sin behandling af dødshjælp efter dansk ret hævder, at ”[i]ngen betydende dansk parlamentariker, endsiige noget politisk parti har til dato haft lovgiggørelse af aktiv dødshjælp på sit program” og ydermere, at der ”ikke i Folketinget [har] været fremsat forslag om hel eller delvis afkriminalisering af hjælp til selvmord eller drab efter begæring”, jf. Vestergaard (2000), s. 16.

¹⁰⁵ Egentlig er der tale om strafbar dødshjælp, men eftersom enhver dødshjælp, der ikke er lovlig, som udgangspunkt vil være omfattet af ovennævnte bestemmelser, betegnes den som ulovlig.

Henvendelse 77 - fortsat

Efter gældende dansk strafferet er umiddelbar dødshjælp som udgangspunkt forbudt efter straffelovens § 239, som lyder således:

Den, som dræber en anden efter dennes bestemte begæring, straffes med fængsel indtil 3 år.

Som gennemgået i afsnit 2.3 ovenfor, så er denne bestemmelse i al væsentlighed identisk med den tidligere bestemmelse herom i straffeloven af 1866, idet det sejlivede forslag om strafbortfald ved lægeudført dødshjælp blev afvist af Landstinget. Der kan således henvises til kommentarerne i nævnte afsnit for en gennemgang af bestemmelsens nærmere rækkevidde.¹⁰⁶

En læge, der udfører umiddelbar dødshjælp, vil derfor som udgangspunkt være omfattet af straffelovens § 239, når i) begæringen til lægen er *utvetydig* og *fastholdt* indtil dødshjælpens udførelse, ii) at den udgår fra en *myndig* og *tilregnelig* person, og iii) at alle *betingelser* fra sidstnævnte om tid eller måde overholdes. Såfremt dette *ikke* er tilfældet, vil lægens dødshjælp i stedet skulle vurderes efter straffelovens § 237.

Redegørelsens definition af dødshjælp forudsætter, at enhver ”fremskyndelse” af dødens indtræden er omfattet heraf.¹⁰⁷ Spørgsmålet er derfor, om det gør nogen forskel, at dødshjælpsmodtageren allerede er døende, og i forlængelse heraf, om eventuel årsagskonkurrence mellem den døendes eksisterende dødsproces og lægens hjælp hertil udelukker et strafferetligt ansvar efter straffelovens § 239.

Som det fremgår af afsnit 2.3 ovenfor, så er straffelovens § 239 en stort set uændret videreførelse af den tilsvarende bestemmelse i straffeloven af 1866.¹⁰⁸ Ingen af forarbejderne forholder sig til ovennævnte spørgsmål, men retstilstanden forinden synes at have været, at

¹⁰⁶ Jf. i same retning Henrik Gam, *Strafansvar for euthanasi og hjælp til selvmord efter gældende dansk ret og som lovgivningsproblem*, Prisopgave Retsvidenskab D, sølv, Københavns Universitet (1980), s. 73 ff. og Blume (1980), s. 83 ff. Se også Elholm m.fl., *Kommenteret straffelov - speciel del*, Jurist- og Økonomforbundets Forlag (2022), 487 ff.

¹⁰⁷ Jf. afsnit 1.2.1 ovenfor.

¹⁰⁸ Jf. UIII, s. 335: ”svarer til Bestemmelsen i Straffelovens § 196, 1ste Stk.”; RT 1924-25, tillæg A, sp. 3380: ”Stk. 1 svarer til Bestemmelsen i Straffelovens § 196, 1ste Stk.”; RT 1927-28, tillæg A, sp. 5377 f. og RT 1929-30, tillæg A, sp. 2372.

Henvendelse 77 - fortsat

dette ikke gjorde nogen forskel, eftersom ”alt Drab egentlig kun bestaaer i en Livets Forkortelse”, som Ørsted formulerede det.¹⁰⁹ Spørgsmålet blev rejst i KBET nr. 1184 af 1989, hvor det konkluderedes i overensstemmelse med Ørsted, at også fremskyndelse af døden ved f.eks. indsprøjtning af smertestillende midler vil være omfattet af bestemmelsen som følge af dansk strafferets ”meget vid[e] årsagsbegreb”.¹¹⁰ Dette synes også at være antaget i praksis og litteraturen, idet tilsyneladende afvigende holdninger synes at angå tilfældenes materielle atypicitet, der behandles nedenfor.¹¹¹ Det er i øvrigt klart, at bevismæssigt vanskelige tilfælde af årsagskonkurrence vil kunne henføres under straffelovens § 21, stk. 1.¹¹²

Der næst følger det ligedan af ovennævnte kommentarer til rækkevidden for § 239, at lægens altruistiske *motiv* ikke har betydning for handlingens strafbarhed.¹¹³ Strafbarheden er endvidere uafhængig af, om *initiativet* til dødshjælpen udgår fra lægen eller den døende, hvoraf også følger, at ovennævnte *betingelser* til tid og måde for dødshjælpen sagtens kan fastsættes efter lægens forslag eller ligefrem overtalelse hertil.¹¹⁴ Dette må i øvrigt antages at være det mest sandsynlige handlingsforløb, når henses til lægens ekspertise på dette område. Betingelser til tid og måde skal imidlertid opfyldes, uanset hvem der formulerer dem.¹¹⁵

¹⁰⁹ Jf. Ørsted (1819), s. 37 f. og nærmere herom afsnit **Fejl! Henvisningskilde ikke fundet.** (Holberg) og 2.2 ovenfor.

¹¹⁰ Jf. KBET nr. 1184 af 1989, s. 20. Se også s. 53.

¹¹¹ Jf. for så vidt angår praksis STPS's afgørelse fra 17. maj 2016 med sagsnr. 16SPS26, hvor det bemærkes, at ”indgivelse af midler, som på kortere eller længere sigt vil føre til døden” betragtes som ulovlig dødshjælp. For så vidt angår litteraturen, kan der henvises til Hartlev (2022), s. 255; Waaben og Langsted (2014), s. 24; Gam (1980), s. 26 og 59 og Blume (1980), s. 65. For tilsyneladende anden holdning se f.eks. Greve (1974), s. 383 og 388 og Hurwitz (1970), s. 233.

¹¹² Jf. i samme retning KBET nr. 1184 af 1989, s. 19, Vestre landsrets nævningedom gengivet i U 1955.551 V og to domme fra Østre Landsret gengivet i henholdsvis U 2003.2474 Ø og U 2017.2737 Ø, som alle angik sundhedspersoners forsøg på manddrab.

¹¹³ Jf. til eksempel Retten i Roskildes dom af 20. december 1971 i sag nr. A 134/71 (afdødes børn), Københavns Byrets dom af 13. februar 1974 i sag nr. 44/1974 (sygeplejeelev), Retten i Odenses dom af 2012 i sag nr. 6-2416/2012 (afdødes søn) og Retten i Helsingør af 13. september 2016 i sag nr. 1-2692/2016 (afdødes husbond). Se også Komm. Strfl. (2022), s. 488.

¹¹⁴ Jf. i samme retning Gam (1980), s. 75 og Komm. Strfl. (2022), s. 487. Dette kan også illustreres med højesteretsdommen gengivet i U 1904.318 H, jf. note 67 ovenfor. I dag kræves *myndighed* og *tilregnelighed* hos offeret, men initiativets oprindelse er fortsat ikke afgørende.

¹¹⁵ Jf. Komm. Strfl. (2022), s. 487, Blume (1980), s. 88 f. og Torp (1926), s. 26. Se f.eks. dommene i denne retning gengivet i U 1946.1297 Ø og U 1973.159 H.

Henvendelse 77 - fortsat

Selvom motiv og initiativoprindelse er uden betydning for strafbarheden, er det dog klart, at strafferettens almindelige *subjektive ansvarsbetingelser* skal være opfyldt, hvorfor lægen skal være *tilregnelig*, og forbrydelsen i øvrigt kunne *tilregnes* vedkommende.¹¹⁶ Det må antages, at en læge sjældent vil være utilregnelig, idet både uddannelsen, de professionsfaglige retningslinjer og lovregler modvirker netop dette, hvorfor nærmere drøftelse heraf udelades.¹¹⁷ Hvad angår kravet om tilregnelighed, så følger det af straffelovens § 19, at lægen skal have *forsæt* til at begå drab på begæring efter straffelovens § 239. Heri ligger blot, at lægen har haft til hensigt at realisere forbrydelsens objektive gerningsindhold.¹¹⁸ Det må antages, at dette krav i almindelighed ej heller vil volde tvivl, men selv når lægen f.eks. ikke ”har forudset [døden] som sikker eller i høj grad sandsynlig” på grund af mulig årsagskonkurrence, vil der foreligge forsæt, når blot lægen ”har anset det for muligt [...at døden] kunne indtræde”.¹¹⁹ Denne lave grad af forsæt, *dolus eventualis*, er eksempelvis blevet statueret i en nylig dom over for en sygeplejer, der måtte have ”indset muligheden” for patienternes død ved indsprøjtning af morfin og ”accepteret denne mulige følge.”¹²⁰ Det blev da også lagt til grund i kommissionsbetænkningen, der forberedte lægeloven, at det er ”den almindelige Retsopfattelse” af forsæt, som bør gælde for læger.¹²¹

Hvad derimod angår den dræbtes subjektive forhold, så kræver forarbejderne både tilregnelighed og personlig myndighed, hvilket reelt tilsvarende en aldersgrænse på 18 år.¹²² Waaben forudsætter derimod, at der skal foretages et konkret skøn over ”alder, modenhed og

¹¹⁶ Jf. Waaben (1987), s. 135 ff.

¹¹⁷ Jf. f.eks. for sidstnævnte STPS's tilsyn og reaktionsmuligheder, herunder autorisationsfratagelse, jf. autorisationslovens §§ 5 ff. og klageadgangen inden for sundhedsvæsenet, jf. klage- og erstatningsadgangsloven § 2.

¹¹⁸ Jf. Waaben (1987), s. 135 ff., navnlig 147.

¹¹⁹ Jf. Waaben (1987), s. 150 ff., jf. U 1979.576 H. Der kan også henvises til Østre Landsrets dom gengivet i U 2017.2737 Ø, hvor denne lave grad af forsæt netop statueredes over for en sygeplejer.

¹²⁰ Jf. Østre Landsrets nævningedøm af 18. maj 2017 i sag nr. 1867-16, gengivet i U 2017.2737 Ø, s. 2761 ff.

¹²¹ Jf. KBET angaaende Lægers Retsstilling (1931), s. 37.

¹²² Jf. afsnit 2.3 ovenfor, jf. UIII, sp. 336, jf. RT 1924-25, tillæg A, sp. 3380 ff. Se i samme retning Krabbe (1941), s. 492 og Hurwitz (1970), s. 229 f.

Henvendelse 77 - fortsat

sjælelig normalitet”, når den dræbte er over 16.¹²³ Der ses ikke at være konsensus herom¹²⁴, men i lyset af en lignende vurdering for 15-åriges adgang til beslutning om behandlingsophør med døden til følge efter sundhedsloven, synes det rimeligt, at lade samme grænse gælde for anvendelsesområdet for § 239.¹²⁵ Det må i forlængelse heraf ligeledes forudsættes, at begæringen ikke er udgået som følge af tvang eller kendelig vildfarelse, jf. afsnit 2.3 ovenfor.¹²⁶

Det er dog vigtigt at understrege, at kravet om begæringens *fasthed* og *utvetydighed* stiller skærpede krav til samtykket. Dette illustreres f.eks. i en dom fra 1973, hvor tiltalte blev dømt for drab af sin håbløst syge hustru efter § 237, bl.a. fordi hun ”ikke havde anmodet ham om at dræbe hende, men [...blot] at hun ikke længere ønskede at leve.”¹²⁷ Begæringen var således ikke utvetydig, da det ikke var klart, hvorvidt hun ønskede at dø på denne måde. Dette krav om utvetydighed betyder også, at begæringens retsgyldighed bortfalder, hvis mellemkommende tid eller hændelser vækker tvivl om viljen. Det følger naturligvis af kravet om fasthed i begæringen, at denne er ”er frit tilbagekaldelig”.¹²⁸ Det fremgår dog også af en utrykt dom fra 2012, at det ikke er afgørende, at drabet foretages umiddelbart efter begæringen, når blot det konkrete ønske om dødshjælp er blevet fremsat ”mange gange” forinden, og det i øvrigt fremgår af omstændighederne, at offeret *fastholder* ønsket ved selve handlingen.¹²⁹

Såfremt en af ovenstående betingelser i øvrigt *ikke* er opfyldt, vil hændelsen som udgangspunkt skulle henføres under straffelovens § 237 om almindeligt drab, uanset hvor sympatiske motiver, der har hidført gerningen, jf. f.eks. dommen fra 1973 nævnt ovenfor.¹³⁰ Hvor den manglende opfyldelse heraf skyldes faktiske vildfarelser omkring f.eks. den dræbtes

¹²³ Jf. Knud Waaben, *Strafferettens specielle del I*, København (1978), s. 33 og Knud Waaben og Lars Bo Langsted, *Strafferettens specielle del*, Karnov Group (2014), s. 22.

¹²⁴ Jf. Komm. Strfl. (2022), s. 487.

¹²⁵ Jf. sundhedslovens § 17.

¹²⁶ Jf. UII, s. 203 og UIII, s. 336 og i samme retning Blume (1980), s. 89 og Gam (1980), s. 75.

¹²⁷ Jf. Sorø rets dom 2. marts 1973 i sag S. 141/1972, gengivet i U 1973.733, jf. idem, s. 734. Jf. i samme retning Gam (1980), s. 73. Se for en nærmere diskussion af forskellen på begæring og samtykke Blume (1980), s. 86 f.

¹²⁸ Jf. i samme retning Blume (1980), s. 85.

¹²⁹ Jf. Retten i Odenses dom af 2012 i sag nr. 6-2416/2012, retsbogen s. 1.

¹³⁰ For grænsen mellem §§ 237 og 239 kan der f.eks. henvises til Blume (1980), s. 63 ff. eller Gam (1982), s. 52 ff.

Henvendelse 77 - fortsat

tilregnelighed, myndighed eller en betingelses opfyldelighed, må det komme ”Drabsmanden tilgode”¹³¹, der så i stedet skal dømmes for *forsøg* på § 239.¹³²

3.1.2. Hjælp til selvmord

Efter gældende dansk strafferet er middelbar dødshjælp som udgangspunkt forbudt efter straffelovens § 240, som lyder således:

Den, som medvirker til, at nogen berøver sig selv livet, straffes med bøde eller fængsel indtil 3 år.

Som gennemgået i afsnit 2.3 ovenfor, så er denne bestemmelse også i al væsentlighed identisk med den tilsvarende bestemmelse i straffeloven af 1866, idet Folketingets forslag om alene at straffe middelbar dødshjælp af egennyttige grunde blev afvist af Landstinget.¹³³

En læge, der udfører middelbar dødshjælp, vil derfor som udgangspunkt være omfattet af straffelovens § 240, når vedkommende hjælper en patient *fysisk* eller *kvalificeret psykisk* medvirker dertil *uanset motiv* herfor.

Subjektivt kræves det naturligvis, at lægen er *tilregnelig* og har *forsæt* til at medvirke til selvmordet, jf. straffelovens § 19.¹³⁴ Det er klart, at det tillige må kræves, at afdøde var *tilregnelig*, hvilket bl.a. kræver en vis alder, idet medvirken til selvmord ellers kan straffes som medvirken til drab.¹³⁵ Det samme gør sig gældende, når den psykiske medvirken i

¹³¹ Jf. Torp (1926), s. 26 f. og UII, s. 203 og UIII, s. 336, jf. i samme retning Blume (1980), s. 89 og Gam (1980), s. 75.

¹³² Jf. Komm. Strfl. (2022), s. 487.

¹³³ Jf. RT 1929-30, tillæg A, sp. 2333 f.

¹³⁴ Jf. KBET nr. 1462/2005, s. 11 f., Lings-dommen, s. 9 ff. og Komm. Strfl. (2022), s. 491.

¹³⁵ Jf. UII, s. 203, jf. UIII, s. 336. Se også Komm. Strfl. (2022), s. 490 og Blume (1980), s. 135 f. Se også Vestre Landsrets dom af 4. november 1964 i sag nr. 1099/1964, gengivet i U 1965.165 V, hvor en enkemandes ”medvirken” eller forsøg herpå til sine mindreårige børns selvmord blev bedømt som henholdsvis drab og drabsforsøg.

virkeligheden består i tvang, svig eller lignende, der ”bestemmer den anden” til at begå selvmord.¹³⁶ Kravene til tilregnelighed må efter retspraksis være lavere end for § 239.¹³⁷

Hvad angår det objektive gerningsindhold, så kan fysisk medvirken f.eks. bestå i at tilvejebringe det dræbende middel eller forberede indtagelsen heraf, der historisk har været bestemmelsens kerneområde.¹³⁸ Der foreligger ikke domme om sidstnævnte for læger, men i den nylige Lings-sag blev en uddannet læge¹³⁹ fundet skyldig i to forhold af førstnævnte, ved ”at have skaffet receptpligtig medicin” til personer, der ønskede at begå selvmord.¹⁴⁰

Det er imidlertid mere kontroversielt, i hvilket omfang psykisk medvirken omfattes af § 240. Det har således længe været omdiskuteret, om det alene er *kvalificeret psykisk medvirken* som anstiftelse, der gælder som strafbar psykisk bistand. Det er både blevet anført, at *alle grader* af psykisk medvirken er omfattet, jf. straffelovens § 23, og at det *kun* er kvalificeret psykisk medvirken som *anstiftelse* eller overtalelse, idet § 240 har sit eget medvirkensbegreb.¹⁴¹

Afgrænsningen heraf er naturligvis særligt relevant for lægen, der må antages at kunne udøve en betragtelig hjælp til selvmordets udførelse i kraft af faglig *rådgivning* om f.eks. effektive fremgangsmåder, midler og doseringer. Det var da også genstand for diskussion i den netop nævnte Lings-sag, for så vidt angik et sidste forhold, hvor lægen havde ”vejledt [...] om metoder til at begå selvmord, bl.a. ved at bekræfte medicinvalget” og fremgangsmåden.¹⁴²

¹³⁶ Jf. UII, s. 203, jf. UIII, s. 336. Se også Blume (1980), s. 135 f.

¹³⁷ Jf. Østre Landsrets dom af 27. juni 1978 i sag nr. 9-124/1978, gengivet i U 1978.868 Ø, hvor tiltalte overlod sin spirituspåvirkede, nervesvækkede og deprimerede ven en skarpladt revolver, som vennen kort tid herefter skød sig med. Der kan endvidere henvises til den lignende Østre Landsrets dom af 15. august 1990 i sag nr. 4-208/1990, gengivet i U 1991.48 Ø.

¹³⁸ Se f.eks. Retten i Holstebros dom i sag nr. 5-891/2013 (”Heroin-dommen”), hvor en ven havde skaffet, forberedt og indsat en kanyle med heroin i afdødes arm, der herefter selv injicerede den dødelige dosis. Se også Østre Landsrets dom af 27. juni 1978 i sag nr. 9-124/1978, gengivet i U 1978.868 Ø, hvor tiltalte overlod sin spirituspåvirkede, nervesvækkede og deprimerede ven en skarpladt revolver, som vennen kort tid herefter skød sig med. Og lignende: Østre Landsrets dom af 15. august 1990 i sag nr. 4-208/1990, gengivet i U 1991.48 Ø.

¹³⁹ Svend Lings fik frataget sin autorisation af STPS umiddelbart forinden hændelsesforløbene i anklageskriftet.

¹⁴⁰ Jf. Højesterets dom i Lings-sagen, s. 9 f.

¹⁴¹ Jf. i førstnævnte retning f.eks. Blume (1980), s. 142; Gam (1980), s. 80; Hoff (1955), s. 148; Krabbe (1947), s. 545 og Krabbe (1931), s. 292. I sidstnævnte retning se f.eks. Waaben (1978), s. 37 f. og Hurwitz (1970), s. 235;

¹⁴² Jf. Lings-dommen, s. 10.

Henvendelse 77 - fortsat

Det blev med Højesterets dom afklaret, at § 240 har sit *eget medvirkensbegreb*, hvorfor spørgsmålet herom ”beror på en fortolkning af denne bestemmelse” og ikke § 23, men også at selv mindre grader af psykisk medvirken som *rådgivning* er strafbart, når blot den er ”konkretiseret og væsentlig” og ”egnet til at styrke [ønsket]” om selvmord.¹⁴³

Denne sidstnævnte fortolkning er overraskende, og Højesteret var heller ikke enige herom.¹⁴⁴ Psykisk medvirken, der ikke består i *anstiftelse* eller konkretiseret *tilskyndelse*, synes ikke omfattet af § 240 efter lovens forarbejder hertil.¹⁴⁵ Eftersom et enigt Højesteret konkluderede, at bestemmelsen har sit eget medvirkensbegreb, synes det derfor udelukket at dømme for *råd* eller øvrige mindre kvalificerede former for psykisk medvirken, som indeholdes i § 23.¹⁴⁶ Dette synes også at være argumentet hos de to dissenterende dommere, der ville frifinde lægen for det relevante forhold om rådgivning.

Flertallet synes imidlertid at have lagt særlig vægt på Straffelovrådets udlægning af gældende ret for § 240 i KBET nr. 1462/2005, hvorefter det forudsætningsvist fremgår, at ”anvisninger på, hvorledes selvmord kan begås” er omfattet, når råd herom er ”specifikt rettet mod bestemte personer.”¹⁴⁷ Det har muligvis været udslagsgivende for flertallet, at lægens bekræftelse af den pågældende metode var *konkret* væsentlig for selvmorderens beslutning om at begå selvmord, idet hun havde ”stor skræk [...] for, at det skulle mislykkes [...] og] var nervøs for, om hun [...] kunne gennemføre det alene.”¹⁴⁸ Selvom rådgivning sprogligt rummes i bestemmelsens ordlyd, er det alligevel overraskende, at flertallet ikke anlagde en indskrænkende fortolkning, når der var støtte herfor i *forarbejderne*, og der er tale om en *strafbestemmelse*.

¹⁴³ Jf. Højesterets dom af 23. september 2019 i sag nr. 42/2019 (”Lings-dommen”), s. 9 f.

¹⁴⁴ Dommerne Lene Pagter Kristensen og Marianne Højgaard Pedersen afgav således dissens herom, jf. Lings-dommen, s. 10 f. Se i samme retning Blume (1980), s. 143, men dog Gam (1980), s. 81 f., der principielt synes at tilslutte sig flertallets fortolkning.

¹⁴⁵ Jf. afsnit 2.3 ovenfor.

¹⁴⁶ Jf. Knud Waaben, *Strafferettens ansvarslære*, G. E. C. Gad (1987), s. 222 f. om de forskellige medvirkensformer.

¹⁴⁷ Jf. KBET nr. 1462/2005, s. 11 f.

¹⁴⁸ Jf. Lings-dommen, s. 10 f.

Henvendelse 77 - fortsat

Retstilstanden er herefter, at lægers *psykiske medvirken* til selvmord ikke alene er strafbart, når den udgør *tilskyndelse*, men også når den udgør *rådgivning*, der er ”konkretiseret og væsentlig” og ”egnet til at styrke [ønsket]” om selvmord.¹⁴⁹ Grænsen herfor synes imidlertid at være sat lavt, når henses til, *at* lægen alene bekræftede offentligt tilgængelige råd, og *at* lægen ikke opfordrede eller på anden vis tilskyndede til selvmordet, og *at* selvmorderen i øvrigt syntes fuldstændig overbevist om at begå selvmord inden den konkrete rådføring. Dommen understreger dog også, at det stadigvæk er straffrit at fremkomme med generelle opfordringer eller råd til selvmord, som f.eks. den generelle vejledning, ”som lovligt var offentliggjort på Læger for Aktiv Dødshjælps hjemmeside”, som lægen i Lings-sagen havde forfattet.¹⁵⁰ I den senere klagesag ved EMD afgjorde domstolen bl.a. af samme grund, at der ikke var tale om et brud på ytringsfriheden efter EMRK art. 10.¹⁵¹

For så vidt angår *tidspunktet* for medvirken til selvmord, synes det mest rigtigt – og i overensstemmelse med retspraksis -, at antage, at det ”begræbsmæssigt [må] forudsættes, at selvmorderen foretager den dræbende handling”, hvorfor medvirken til selvmord alene kan ydes ”inden eller samtidig med et selvmordsforsøg”.¹⁵² Dette tidsmoment er i modsat retning relevant for vurderingen af, om der foreligger den fornødne adækvans.¹⁵³

Såfremt selvmordsforsøget mislykkes, vil lægen kunne straffes for *forsøg* på overtrædelse af straffelovens § 240.¹⁵⁴ Oprindeligt var dette ikke muligt, men efter lovændringen i 2004, er normal- og sidestrafferammen slået sammen i én, hvorfor den ændrede strafferamme ”giver mulighed for at straffe for forsøg” uanset motiv.¹⁵⁵ Der var ikke med lovændringen tilsigtet nogen ”ændring i det hidtidige strafbare område eller udmålingsniveau”¹⁵⁶, hvorfor *uegennyttig*

¹⁴⁹ Jf. Lings-dommen, s. 9 f.

¹⁵⁰ Jf. Lings-dommen, s. 10. Se også KBET nr. 1462/2005, s. 11 f. og Komm. Strfl. (2022), s. 491.

¹⁵¹ Jf. EMD, *Lings v. Denmark*, dom af 12. april 2022, nr. 15136/20, §§ 40 ff. og 61 f.

¹⁵² Jf. Blume (1980), s. 136 f.; Vestre Landsrets dom af 25. februar 1955, gengivet i U 1955.551 V og Helge Hoff, *Medvirken til selvmord*, Ugeskrift for Retsvæsen B, s. 148 ff.

¹⁵³ Jf. Blume (1980), s. 137 og Torp (1905), s. 11 f.

¹⁵⁴ Jf. Højesterets dom i Lings-sagen, s. 10 og Komm Strfl. (2022), s. 491.

¹⁵⁵ Jf. Højesterets dom i Lings-sagen, s. 10 og Komm Strfl. (2022), s. 491.

¹⁵⁶ Jf. FT 2003-04, tillæg A, s. 3334.

medvirken fortsat kun straffes med bøde eller fængsel indtil 4 måneder, mens alene *egennyttig* medvirken straffes med fængsel indtil 3 år.¹⁵⁷

3.1.3. Lægens retsstilling

En læges middel- eller umiddelbare dødshjælp vil altså som udgangspunkt være omfattet af straffelovens §§ 239 eller 240, som gennemgået ovenfor. Spørgsmålet er, om der alligevel findes ulovfæstede eller lovfæstede straffrihedsgrunde, der medfører, at lægelig dødshjælp ikke strafforfølges, selvom det ”objektivt set er omfattet af [straffebestemmelsernes] ordlyd.”¹⁵⁸

Materiel atypicitet

Det har tidligere været meget omdiskuteret, om visse former for lægelig dødshjælp var ”så atypisk[e] i forhold til det, der kan antages at være tilsigtet omfattet af drabsbestemmelserne”, at omtalte handlinger faldt helt uden for lovens anvendelsesområde.¹⁵⁹

Som bemærket i afsnit 2.3 blev dette spørgsmål oprindelig besvaret benægtende af lægelovskommissionen. Ikke desto mindre førte udviklingen i administrativ praksis og senere forskrifter alligevel til straffrihed som følge af gerningens atypicitet for visse behandlingssituationer, navnlig palliativ sedering og behandlingsophør.¹⁶⁰ Disse former for lægelig dødshjælp blev sidenhen lovliggjort med henvisning til nævnte praksis og reguleres nu i sundhedsloven.¹⁶¹ Som Gam observerede, så ”går udviklingen på dette punkt [fortsat] i retning af et stadig mere liberalt syn”, hvilket bl.a. reflekteres i skiftende sundhedsministres anakronistiske definitioner af ulovlig dødshjælp.¹⁶²

¹⁵⁷ Jf. Lov nr. 218 af 31. marts 2004 om ændring af straffeloven og retsplejeloven og bemærkningerne hertil i FT 2003-04, tillæg A, s. 3334, jf. KBET nr. 1462 af 2005, s. 11 f.

¹⁵⁸ Jf. Christensen, Malene Bechmann, *Det strafferetlige samtykke*, Jurist- og Økonomforbundets Forlag (2008), s. 46.

¹⁵⁹ Jf. KBET nr. 1184 af 1989, s. 21 f.

¹⁶⁰ Jf. KBET nr. 1184 af 1989, s. 19 ff., 27 ff., 54 ff. og 115 f.; Sundhedsstyrelsens pressemeddelelser af henholdsvis 2. september 1974, 18. august 1986 og 20. august 1986, jf. KBET nr. 1184 af 1989, s. 164 f.; Blume (1980), s. 96 ff.; Gam (1980), s. 28 ff.; Greve (1974), s. 383 ff. og 388; Hurwitz (1970), s. 233; Hoff (1956), s. 98.

¹⁶¹ Jf. gennemgangen heraf i afsnit 3.2.

¹⁶² Jf. Gam (1980), s. 29 f. For sundhedsministrene, se f.eks. FT 1991-92, tillæg A, s. 2694; FT 1997-98, tillæg B, s. 275 og Sundheds- og Ældreudvalget 2016-17, SUU alm. del endeligt svar på spørgsmål 702. Se i samme retning Holst og Adolphsen (2017), s. 222 f.

Henvendelse 77 - fortsat

Når henses til kommissionsbetænkningens konklusion, fraværet af særlige straffrihedsregler for læger i straffeloven og at ovennævnte atypiske tilfælde er blevet selvstændigt lovliggjort, må det straffri område for lægelig dødshjælp begrundet i materiel atypicitet anses for udtømmende fastlagt i nævnte lovgivning, der gennemgås i afsnit 3.2 nedenfor.¹⁶³

Samtykke

Det er dog værd at overveje, om der uden for disse tilfælde af lovlig dødshjælp, er adgang til straffrihed ud fra samtykkebetragtninger.

Som det fremgår af afsnit 2.2, så er det et tilbagevendende spørgsmål, om et samtykke ”under visse omstændigheder [kan] gøre handlingen straffri.”¹⁶⁴ Eftersom straffelovens § 239 netop forudsætter, at der foreligger en begæring, der må betragtes som et ”kvalificeret samtykke” er det udtrykkeligt afgjort, at et samtykke ”kun [bevirker] at en lavere strafferamme finder anvendelse.”¹⁶⁵

Denne konklusion når Christensen tillige for straffelovens § 240, som ifølge forfatteren udtrykker ”[s]amme udgangspunkt” om at samtykke ikke diskulperer, fordi ”livet [også her] er beskyttelsesinteressen”.¹⁶⁶

Det er dog ikke klart, at det virkelig er den samme beskyttelsesinteresse, eftersom selvmord i sig selv ikke er strafbart. Det fremgår ej heller af forarbejderne til hverken § 240 eller den tidligere bestemmelse i straffeloven af 1866, at dette virkelig er beskyttelsesinteressen, idet alternative begrundelser imidlertid udebliver.¹⁶⁷ På denne baggrund konkluderer Blume, at begrundelsen rettelig er ”en social og etisk modvilje over for selvmord”, hvilket også synes forudsat af Vestergaard.¹⁶⁸ Netop fordi bestemmelsen ikke synes at værne selvmorderens egne

¹⁶³ Jf. i same retning Vestergaard (2000), s. 177 f. og 182.

¹⁶⁴ Jf. Waaben (1987), s. 128. Der kan tillige henvises til bilaget i afsnit **Fejl! Henvisningskilde ikke fundet.** ”**Fejl! Henvisningskilde ikke fundet.**” for en bredere retshistorisk gennemgang heraf.

¹⁶⁵ Jf. Waaben (1987), s. 131 og Christensen (2008), s. 206 ff.

¹⁶⁶ Christensen (2008), s. 206 f. og 227 ff. Se i samme retning Krabbe (1931), s. 18.

¹⁶⁷ Jf. afsnit 2.3.

¹⁶⁸ Jf. Blume (1980), s. 135 og Vestergaard (2000), s. 17

Henvendelse 77 - fortsat

interesser, men snarere en samfundsmæssig sædelighed, må det antages, at selvmorderen ikke ”ved sit forudgående samtykke [kan] give afkald på” beskyttelsen.¹⁶⁹

Om end begrundelsen er en anden, synes konklusionen således at blive den samme som Christensens: et samtykke kan *ikke* medføre straffrihed efter § 240. Det ville også rent praktisk forekomme kunstigt, hvis samtykke medførte straffrihed efter en bestemmelse, der i sit normaltilfælde vel forudsætter en *begæring* fra selvmorderen til lægen om hjælp.

Nødret

En anden straffrihedsgrund er straffelovens § 14 om nødret, der giver adgang til ”straffri handlen i en nødsituation”.¹⁷⁰

I Nederlandene afgjorde landets højesteret i 1984 i den såkaldte ”Schoonheim”-afgørelse, at der kan være straffri adgang for læger til at udøve dødshjælp efter nødretlige betragtninger, selvom adfærden objektivt er omfattet af strafbestemmelsen om drab på begæring.¹⁷¹

Nødsituationen bestod i, at lægen var fanget mellem ”modstridende pligter og interesser i den konkrete sag”, fordi patientens ubærlige og udsigtsløse lidelse alene kunne ophøre ved dødshjælp.¹⁷² Eftersom lægens omhyggelige afvejning heraf havde taget særligt hensyn til ”gældende lægefaglige og lægeetiske normer” og samlet set kunne ”skønnes rimeligt”, var situationen omfattet af den nederlandske straffelovs nødretsbestemmelse.¹⁷³

Spørgsmålet er således, om der kan drages en analogi hertil under dansk ret. Det følger af straffelovens § 14, at en ellers strafbar handling kan være straffri, når den ”var nødvendig til afværgelse af truende skade på person”, og at lovovertrædelsen er ”af forholdsvis underordnet betydning”. Der er ikke samme tradition i Danmark for at betragte lægens konflikt som en egentlig nødsituation efter straffelovens § 14, men nødret kan også udøves af ”udenforstående

¹⁶⁹ Jf. Waaben (1978), s. 129.

¹⁷⁰ Jf. Waaben (1978), s. 121.

¹⁷¹ Jf. Nederlandske højesterets afgørelse af 27. november 1984 i sag nr. 77.091 (”Schoonheim-dommen”), trykt i *Nederlandse Jurisprudentie* 1985, no. 106. Se for engelsk oversættelse John Griffiths, Alex Bood og Heleen Weyers, *Euthanasia and Law in the Netherlands*, Amsterdam University Press (1998), s. 322 ff.

¹⁷² Jf. Schoonheim, afsnit 3.3 og KBET nr. 1184 af 1989, s. 69.

¹⁷³ Jf. Schoonheim, afsnit 3.3 og KBET nr. 1184 af 1989, s. 69 og den nederlandske straffelovs § 40.

Henvendelse 77 - fortsat

der intervenerer til fordel for” personen i nødsituationen.¹⁷⁴ Denne nødsituation kan skyldes ”skade på legeme”, hvilket rummer en ubærlig og udsigtsløs lidelse som i Schoonheim.¹⁷⁵

Proportionalitetskravet, om at selve nødretshandlingen skal være af ”underordnet betydning” i forhold til denne skade på legemet, medfører imidlertid problemer. Eftersom nødretshandlingen består i den lidende persons livsophør, er det tvivlsomt, om dette kriterium overholdes. Som Gam anfører, vil et liv – uanset kvaliteten heraf – principielt ”være et større gode end intet liv.”¹⁷⁶ Waaben anfører da også generelt, at ”[a]lmindelige nødretsregler” ikke kan føre til straffrihed efter dansk ret.¹⁷⁷ Dertil kommer, at domstolene ”formentlig [er] tilbageholdende med at statuere nødret” ved handlinger, som det er ”generalpræventivt vigtigt” at hævde med regelmæssighed, hvilket må gælde med styrke for i hvert fald § 239.¹⁷⁸ Herudover er det tillige svært at forestille sig nødvendighedskriteriet opfyldt for andre end totallammede patienter, hvor nødretsargumentet står svagere, idet palliativ behandling kan imødegå smertetilstande.¹⁷⁹

Det synes således rigtigst at konkludere, at nødretsbetragtninger *ikke* kan gøre ulovlig lægelig dødshjælp straffri i dansk ret.¹⁸⁰

Såfremt nødrettens grænser alligevel overskrides ved udførelse af dødshjælp, er der i tysk teori blevet udviklet en supplerende lære om *Unzumutbarkeit*, hvorefter straffriheden i stedet følger af gerningsmandens umulige subjektive pres fra ”e[ks]traordinære omstændigheder”.¹⁸¹ Denne argumentation synes mere anvendelig på tilfælde af lægens indre konflikt ved helt særlige tilfælde af dødshjælp.

¹⁷⁴ Jf. Waaben (1978), s. 122 og Gam (1980), s. 43.

¹⁷⁵ Jf. Waaben (1978), s. 122.

¹⁷⁶ Jf. Gam (1980), s. 43.

¹⁷⁷ Jf. Waaben (1978), s. 126 f.

¹⁷⁸ Jf. Waaben (1978), s. 124 f.

¹⁷⁹ Jf. Waaben (1978), s. 126 f.

¹⁸⁰ I samme retning Gam (1980), s. 42 f. og Christensen (2008), s. 222.

¹⁸¹ Jf. Waaben (1978), s. 127. Se også Krabbe (1947), s. 139 ff. og Stephan Hurwitz og Knud Waaben, *Den danske Kriminalret: Almindelig Del*, G. E. C. Gads Forlag (1971), s. 220 ff.

Henvendelse 77 - fortsat

Waaben vil ikke ”stille sig principielt afvisende” over for muligheden for ”speciel og konkret begrundet straffrihed [...] i psykologiske undtagelsessituationer”, men deres sjældenhed gør, at han anser det for rigtigst, at sådanne situationer gribes af ”reglerne om strafnedsættelse og -bortfald”, betinget dom eller tiltalefrafald.¹⁸² Gam anfører, at det samme gælder for ellers ulovlig dødshjælp, hvilket i fravær af modsatte holdepunkter må antages for rigtigst.¹⁸³

Tiltalepraksis

Det skal derfor undersøges, om straffriheden i stedet kan følge af retsplejelovens regler om tiltalefrafald, når bortses fra tilfælde af manglende beviser.

En beslutning om tiltalefrafald skal i givet fald træffes med hjemmel i retsplejelovens § 722, stk. 2, hvorfor det som udgangspunkt er statsadvokaten, der skal beslutte, om der skal ske tiltalefrafald.¹⁸⁴ For at tiltalefrafald kan meddeles, skal der foreligge ”særlig formildende omstændigheder eller andre særlige forhold” og påtalen skal i øvrigt ikke være ”påkrævet af almene hensyn.”¹⁸⁵

En sådan formildende omstændighed vil muligvis være ønsket om at befri en meget syg person fra uudholdelig og udsigtsløs lidelse, jf. straffelovens § 82, stk. 1, nr. 7. Dette antages også i litteraturen og af domstolene, der har idømt straffe *under* mindstestrafen for drab, drab på begæring eller hjælp til selvmord begået i medlidenhed med offeret, jf. straffelovens § 83.¹⁸⁶ En aktindsigtsanmodning har vist, at anklagemyndigheden ikke har hverken generelle

¹⁸² Jf. Waaben (1987), s. 127 f. I samme retning Greve m.fl. (1976), s. 321 og Krabbe (1947), s. 139 ff.

¹⁸³ Jf. Gam (1980), s. 37.

¹⁸⁴ Jf. Rigsadvokatens meddelelse nr. 9184 af 1. januar 2023, Rigsadvokatmeddelelsen, afsnittet: Forelæggelse og indberetning mv., pkt. 3.1.3. Hvis sagen angår offentligt ansatte læger, rettighedsfrakendelse eller ”grovere eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed” efter autorisationslovens § 75, skal spørgsmålet i stedet forelægges Rigsadvokaten, jf. Rigsadvokatens meddelelse nr. 9084 af 25. januar 2023, Rigsadvokatmeddelelsen, afsnittet: Straffesager mod sundhedspersonale, pkt. 2.2 og 3.2, jf. Rigsadvokatens meddelelse nr. 9184 af 1. januar 2023, Rigsadvokatmeddelelsen, afsnittet: Forelæggelse og indberetning mv., pkt. 3.1.3

¹⁸⁵ Jf. retsplejelovens § 722, stk. 2.

¹⁸⁶ Jf. gennemgangen nedenfor. Se for litteraturen f.eks. Vestergaard (2000), s. 17 f. KBET nr. 1184 af 1989, s. 23 ff.; Hurwitz (1970), s. 233; Mogens Koktvedgaard, *Lærebog i den danske strafferetspleje*, København (1968), s. 76 f.; Gam (1980), s. 37 og Blume (1980), s. 61 ff.

Henvendelse 77 - fortsat

retningslinjer eller praksisoversigter over tiltalefrafald ved overtrædelse af straffelovens §§ 239 og 240.¹⁸⁷ Rigsadvokaten har heller ikke kunnet oplyse om konkrete tilfælde af tiltalefrafald.¹⁸⁸

Litteraturen omtaler imidlertid to sager herom, hvor der meddeltes tiltalefrafald for overtrædelse af henholdsvis §§ 239 og 240. Den ene sag angik en ældre mands drab på begæring af sin 72-årige hustru, ”der var delvis lammet som følge af langvarig håbløs sygdom”, mens den anden angik to nære pårørendes hjælp til en voksen og uhelbredeligt kræftsyg kvindes selvmord ved at have ”udrørt nogle sovetabletter, som den uhelbredeligt syge gennem nogen tid havde gemt, i et glas vand, som den syge drak”.¹⁸⁹ Det har antageligvis haft betydning for tiltalefrafaldet i førstnævnte sag, at manden efterfølgende forsøgte selvmord, eftersom denne information er medtaget i årsberetningen.¹⁹⁰ Der er søgt aktindsigt i begge sager, men Rigsarkivet har endnu ikke kunnet imødekomme anmodningen.¹⁹¹ Begge tilfælde af tiltalefrafald angår udsigtsløs og formentlig tillige uudholdelig sygdom, som antageligvis vil være kerneområdet lægelig dødshjælp, hvorfor tiltalefrafald ikke er udelukket.

Det er imidlertid nærliggende at antage, at tiltalerejsning er ”påkrævet af almene hensyn”, når lignende handlinger udføres af læger. Dette er konklusionen i KBET nr. 1184 af 1989, der anfører at det ”næppe kunne undlades” under hensyntagen til ”den tryghed, hvormed patienter må kunne lade sig undergive lægelig behandling”.¹⁹² Denne betragtning synes dog mindre relevant i dag, hvor der efterhånden er indrømmet et betydeligt område for straffri lægelig dødshjælp efter sundhedsloven.¹⁹³

Rigsadvokaten har tidligere udtalt, at det i en sådan straffesag er af ”afgørende betydning” for spørgsmålet om tiltalefrafald, hvordan ”de lægelige autoriteter (retslægeråd og

¹⁸⁷ Jf. Rigsadvokatens svar på aktindsigtsanmodning af 2. marts 2023.

¹⁸⁸ Jf. *ibid.*

¹⁸⁹ Jf. Anklagemyndighedens Årsberetning (1981), T 1146, s. 15, og Anklagemyndighedens Årsberetning (1978), T 868, s. 22 f., der er gengivet i KBET nr. 1184 af 1989, s. 24.

¹⁹⁰ Jf. Anklagemyndighedens Årsberetning (1981), T 1146, s. 15

¹⁹¹ På grund af ”efterslæb fra restriktionerne i forbindelse med Corona”, jf. brev fra Rigsarkivet af 27. januar 2023.

¹⁹² Jf. KBET nr. 1184 af 1989, s. 24.

¹⁹³ Jf. afsnit 3.2 nedenfor. Se også Østre Landsrets nævningedømme af 5. september 1979 i sag nr. 301/1979, hvor en overlæge blev pure frifundet af nævningerne for et medlidenhedsdrab på en patient.

Henvendelse 77 - fortsat

sundhedsstyrelse) vurderer patientens sygdomssituation” og lægens skøn.¹⁹⁴ Eftersom dette skøn i dag er nærmere reguleret i sundhedslovens regler om lovlig dødshjælp, må det konkluderes, at der formentlig *ikke* er adgang til tiltalefrafald for lægelig dødshjælp uanset omstændighederne, idet den straffri dødshjælp allerede er afgrænset i sundhedsloven.¹⁹⁵ En undtagelse hertil er muligvis, når forholdet begås i udlandet.¹⁹⁶

Strafnedsættelse eller -bortfald

Ikke desto mindre er det klart, at sådanne tilfælde *også* idømmes meget milde straffe, når der foreligger ovennævnte uegennyttige motiver, jf. straffelovens §§ 82 og 83, der giver adgang til at fastsætte straffen ”under det normale minimum” eller helt lade den bortfalde.¹⁹⁷

Dette fremgår da også af retspraksis herom, hvor straffen i flere sager er blevet fastsat under mindstestrafpen og i øvrigt gjort betinget, som kort skal gennemgås nedenfor.

For middelbar dødshjælp af uegennyttige bevæggrunde, så er den mildeste straf idømt i en sag fra 1997, hvor tiltalte havde knust en 89-årigs piller, så vedkommende kunne indtage en dødelig dosis. Det fremgår af sagens omstændigheder, at den 89-årige led af udsigtsløs og meget smertefuld blærekræft, havde forsøgt selvmord og flere gange udtrykt et ”ønske om at dø”.¹⁹⁸ Retten idømte en betinget straf uden straffastsættelse med vilkår om prøvetid på kun 1 år.¹⁹⁹

I den højere ende ligger to domme fra Østre Landsret, der lyder på ubetinget hæfte i 14 dage, men tiltaltes adfærd var i begge sager præget af større initiativrighed og ”handlingsnærhed til

¹⁹⁴ Jf. Rigsadvokatens notat af 19. november 1976, jf. KBET nr. 1184 af 1989, s. 55

¹⁹⁵ Jf. gennemgangen heraf i afsnit 3.2 nedenfor.

¹⁹⁶ Der rejses tilsyneladende *ikke* tiltale for hverken hjælp til selvmord eller medvirken til drab på begæring, når dette begås i udlandet, henset til den offentlige dækning af tilfælde heraf, der ikke får retslige følger, jf. f.eks. DR-dokumentaren omtalt i afsnit **Fejl! Henvisningskilde ikke fundet.**, jf. modsætningsvist f.eks. Orentlicher og Sandór (red.), *Decisions at the End of Life*, The Oxford Handbook of Comparative Law, Oxford University Press (2021), s. 1096.

¹⁹⁷ Jf. Vestergaard (2000), s. 18.

¹⁹⁸ Jf. Retten i Gentoftes dom af 20. august 1997 i sag nr. 311/1997, som gengivet i Landsforeningen for Beskikkede Advokaters Meddelelse nr. 113 af 1997, s. 254 ff.

¹⁹⁹ Jf. idem, s. 255.

Henvendelse 77 - fortsat

selvmordet”²⁰⁰ og offeret var ikke i samme udsigtsløse og uudholdelige sygdomstilstand som i ovennævnte sag fra 1997.²⁰¹ Samme betragtninger, men i større grad, synes at have begrundet den hårdest idømte straf på 60 dages ubetinget fængsel, der angik et *meget* aktivt bidrag.²⁰²

Ovennævnte retspraksis angår dog ikke læger, og det blev antaget herom i KBET nr. 1184, at ”den strafferetlige vurdering [...] vil være skærpet som følge af det særlige pligtforhold, der består mellem den behandlende læge og patienten.”²⁰³

Dette kan ikke opretholdes efter Højesterets dom i Lings-sagen, der netop angik middelbar lægelig dødshjælp.²⁰⁴ Den omhandlede læge var ganske vist ikke selvmordernes *behandlende* læge, men det talte tydeligvis *ikke* i almindelighed i skærpande retning, at forholdet var begået af en læge, eftersom strafniveauet blev fastsat efter den hidtidige, ”sparsomme retspraksis”.²⁰⁵

Den relativt høje straf på 60 dages betinget fængsel begrunder flertallet i stedet med at hjælpen ”har haft en vis systematisk karakter”, at sagen angår *tre* forhold og at det sidste ”blev begået, efter at han blev sigtet af politiet”.²⁰⁶ Mindretallet fandt ikke, at ”forholdene har en systematisk karakter” og ville derfor alene idømme 30 dages betinget fængsel, eftersom det almindelige strafniveau for én overtrædelse er ”fængsel i 10 dage”.²⁰⁷

På trods af at tiltalte gjorde gældende, at det burde være strafformildende, at han blot ville ”hjælpe forpinte mennesker”, tillagde Højesteret alene *alderen* strafformildende betydning.²⁰⁸

²⁰⁰ Jf. dommen gengivet i U 1991.48 Ø, byrettens præmisser, der tiltrædes af landsretten.

²⁰¹ Jf. dommene gengivet i U 1978.868 Ø og U 1991.48 Ø. Begge sager angår venner, der overlader skarpladte pistoler til deres uligevægtige og spirituspåvirkede venner med selvmordstanker.

²⁰² Jf. Retten i Holstebro dom af 25. juni 2013 i sag nr. 5-891/2013. Tiltalte havde således *skaffet* midlet (heroin og injektionssprøjte) og praktisk *forberedt* det, ved at have ”stukket kanylen i armen på [selvmorderen]”, jf. samme s. 3.

²⁰³ Jf. KBET nr. 1184 af 1989, s. 18.

²⁰⁴ Jf. Højesterets dom af 23. september 2019 i sag nr. 42/2019 (”Lings-dommen”), der også er gengivet i U 2019.4267 H.

gengivet i U 2019.4267 H.

²⁰⁵ Jf. Lings-dommen, s. 11 f. Landsretten havde ellers lagt vægt herpå, jf. U 2019.1289 Ø.

²⁰⁶ Jf. Lings-dommen, s. 11.

²⁰⁷ Jf. Lings-dommen, s. 11 f.

²⁰⁸ Jf. Lings-dommen, s. 2 og 11.

Henvendelse 77 - fortsat

Forklaringen herpå skyldes formentlig, at det var uklart, om alle selvmorderne reelt led udsigtsløst og uudholdeligt, men til gengæld klart, at tiltalte ikke havde undersøgt dette nok.²⁰⁹

Opsummerende må det altså konstateres, at det særligt for lægelig dødshjælp efter § 240 gør sig gældende, at den strafferetlige vurdering *ikke* skærpes, når forholdet begås af en læge, og at det i almindelighed er strafformildende, hvis afdøde led udsigtsløst og uudholdeligt. På trods af at sidstnævnte primært grundes i en utrykt byretsdom, synes det en rimelig slutning, når henses til retspraksis i samme retning for straffelovens §§ 237 og 239, §§ 82 og 83, anklagemyndighedens tiltalepraksis samt litteraturen.²¹⁰

En lignende tendens kan udledes af retspraksis for umiddelbar dødshjælp, hvor den første (utrykte) dom i denne retning fastsatte straffen til 3 måneders betinget fængsel for tre børns drab på begæring af deres mor, der led af en udsigtsløs og uudholdelig ledsygdom.²¹¹ Som Greve bemærkede herom, var straffen ”rent symbolsk”, og ”i virkeligheden i overensstemmelse med de forkastede forslag i straffelovens forarbejder”.²¹² Han sluttede endelig, at der ”er ingen grund til at tro, at [læger] vil blive behandlet anderledes”.²¹³

Denne betragtning har støtte i endnu en utrykt dom fra 1974, hvor en sygeplejeelev blev idømt 1 års betinget fængsel for overtrædelse af straffelovens § 239 ved på en totallammet poliopatients bestemte begæring at have fremkaldt bevidstløshed ved indgivelse af morfin og herefter fjernet respiratorkanylen, hvorefter vedkommende døde.²¹⁴ Det er klart, at en sygeplejeelev ikke kan sidestilles med en læge, men deres funktion og særlige pligtforhold til patienten gør en analogislutning forsvarlig.

²⁰⁹ Jf. sagsfremstillingen gengivet i U 2019.4267 H, s. 4270 ff.

²¹⁰ Jf. dommene gengivet i U 1934.371 Ø; U 1935.211 Ø; en utrykt dom gengivet i Retslægerådets Årsberetning (1949), s. 122, gennemgangen af retspraksis for § 239 umiddelbart nedenfor samt Vestergaard (2000), s. 18 og Gam (1980), s. 37.

²¹¹ Jf. Roskilde Byrets dom af 20. december 1971 i sag nr. A 134/71, som gengivet i Greve (1974), s. 382 f. Kvinden blev indlagt efter et selvmordsforsøg, hvorefter børnene kvalte hende, da hun ”åbenbart [...] led meget” og flere gange inden da havde fremsat bestemte begæringer om hjælp til at dø, jf. *ibid.*

²¹² Jf. Greve (1974), s. 383. Se afsnit 2.3.

²¹³ Jf. *ibid.*

²¹⁴ Jf. Københavns Byrets dom af 13. februar 1974 i sag nr. 44/1974 (utrykt). Dommen er kommenteret i KBET nr. 1184 af 1989, s. 57 og Greve (1974), s. 387 f. Der er søgt om aktindsigt i dommen, men Rigsarkivet har ikke kunnet imødekomme anmodningen på grund af lang sagsbehandlingstid.

Henvendelse 77 - fortsat

Den senere (trykte) dom herom fra 1993, peger i samme retning, idet Vestre Landsret idømte en straf på 6 måneders betinget fængsel for overtrædelse af *både* §§ 239 og 240, hvor afdøde ”var hjælpeløs[e] på grund af mangeårig sygdom”.²¹⁵

Ovennævnte udvikling i retning af strafmildhed understøttes af to utrykte domme fra henholdsvis 2012 og 2016, som begge blev afgjort som tilståelsessager, hvor de tiltalte blev idømt henholdsvis 60 og 50 dages betinget fængsel.²¹⁶

I den første sag fremgår det lakonisk af rettens begrundelse, at ”kriminalitetens art, faderens sygdom og omstændighederne hvorunder kriminaliteten er forøvet” er blevet tillagt betydning, og det fremgår af retsbogen, at afdøde var en udsigtsløst kræftsyg 84-årig.²¹⁷

I den anden sag er strafudmålingen *udførligt begrundet*, og det fremgår heraf, at det blev tillagt betydning i formildende retning, at den rygmarvsskadede og deraf lammede afdøde var:

- ”fysisk ude af stand til at gennemføre et selvmord”,
- ”fuldstændig afhængig af hjælp [...] til alle dagliglivets forhold”,
- ”mentalt fuldstændig klar”,
- ”tilfreds med [sit hidtidige] liv”, men ikke det nuværende,
- utvetydig og vedholdende i sin begæring, som indeholdt ”udtrykkelige instrukser” og
- at dødshjælpen var værdig og uden ”smerter”.²¹⁸

På ovenstående baggrund synes det også for umiddelbar dødshjælp efter § 239 at kunne konstateres, *at* den strafferetlige vurdering *ikke* skærpes, når forholdet begås af en læge, og *at*

²¹⁵ Jf. dommen gengivet I U 1993.437 V. To dissenterende dommere stemte for i stedet at fastsætte straffen til hæfte i 60 dage.

²¹⁶ Jf. Retten i Odenses dom af 2012 i sag nr. 6-2416/2012 og Retten i Helsingørs dom af 12. september 2016 i sag nr. 1-2692/2016.

²¹⁷ Jf. Retten i Odenses dom af 2012 i sag nr. 6-2416/2012, s. 2 og retsbogen s. 1 f. Tiltalte, der var søn til afdøde, havde indgivet faderen en dødelig mængde udrørte morfinpiller, men blev dømt for forsøg, da hjemmeplejen nåede at tilkalde en ambulance.

²¹⁸ Jf. Retten i Helsingørs dom af 12. september 2016 i sag nr. 1-2692/2016, s. 4 f. Tiltalte, der havde været gift med afdøde i 50 år, indgav hende sovemedicin under en hospitalsindlæggelse.

det tillægges betydning i formildende retning, når afdøde led udsigtsløst og uudholdeligt.²¹⁹ Denne konklusion synes at have *nogen* styrke, selvom retspraksis i hovedsagen er utrykt, idet de første tre domme, dog har været kommenteret i litteraturen.²²⁰

De seneste to domme er det sværere at slutte generelt fra. Der er således tale om utrykte byretsdomme, der ikke ses at være kommenteret eller gengivet andetsteds.²²¹ Ikke desto mindre synes *grundigheden* i domstolens begrundelse i dommen fra 2016, såvel som afgørelsernes *indbyrdes overensstemmelse*, tilsyneladende *overensstemmelse* øvrig retspraksis, tiltalepraksis og litteraturen samt *fravær af modstridende* kilder at tale for, at rettens præmisser er retvisende for gældende ret.²²²

3.2. Lovlig dødshjælp

Som bemærket flere gange under gennemgangen af retstilstanden for ulovlig dødshjælp i afsnit 3.1, så har der udviklet sig et stadigt større område for straffri lægelig dødshjælp, der nu er lovligt afgrænset af sundhedsloven. Eftersom dette område udgår fra to forskellige behandlingssituationer: palliativ sedering og behandlingsophør, vil reguleringen heraf blive gennemgået i henholdsvis afsnit 3.2.1 og 3.2.2, mens fælles grænseflader til ulovlig dødshjælp vil være genstand for selvstændige overvejelser i afsnit 3.2.3.

3.2.1. Palliativ sedering

Efter § 25, stk. 2 i sundhedslovens kapitel 6 kan en uafvendeligt døende patient ”modtage de smertestillende [...] midler, som er nødvendige for at lindre patientens tilstand, selv om dette kan medføre *fremskyndelse af dødstidspunktet*.”²²³

²¹⁹ Jf. modsætningsvist dommene gengivet i U 1946.1297 Ø og U 1973.159 H, hvor straffen fastsattes til 2½ års ubetinget fængsel.

²²⁰ Jf. f.eks. Komm. Strfl. (2022), s. 488; KBET nr. 1184 af 1989, s. 16 f. og 57 og Greve (1974), s. 382 f.

²²¹ De er heller ikke nævnt i Komm. Strfl. (2022), s. 488.

²²² Jf. referencerne i note 210 ovenfor, gennemgangen af retspraksis for § 239 ovenfor, KBET nr. 1184 af 1989, s. 15 og Komm. Strfl. (2022), s. 488.

²²³ Sundhedsloven § 25, stk. 2 (min kursivering).

Henvendelse 77 - fortsat

”Lovlig dødshjælp”

Denne bestemmelse lovliggør således palliativ sedering (intens smertestillende behandling, der væsentligt reducerer bevidsthedsniveauet²²⁴) med døden til følge, når dette er nødvendigt for ”at holde patienten smertefri frem til dødstidspunktet”.²²⁵ Døden fremskyndes almindeligvis *enten* indirekte, derved at ”kroppens modstandskraft [...] nedbrydes” af den smertestillende medicin²²⁶ *eller* direkte som en følge af, at patienten sederes i en grad, så åndedrætsfunktionen hæmmes til ”helt ophør (apnø) af vejrtrækningen”, hvorved patienten dør af iltmangel.²²⁷

Det er derfor klart, at denne behandlingsform kvalificerer som dødshjælp efter definitionen i afsnit 1.2.1. Ordlyden indikerer ikke, hvem der administrerer de smertestillende midler, men det fremgår af vejledningen herom, at der i praksis er tale om en *umiddelbar* administration af den smertestillende medicin.²²⁸ Der er således tale om en læges umiddelbare ”hjælp til fremskyndelse af dødens indtræden”, der sker på den ”døendes frivillige begæring” som følge af kravet om informeret samtykke, der gennemgås nedenfor. At der objektivt set er tale om dødshjælp fremgår også af lovgivers fremstilling af gældende ret efter sundhedslovens § 25, stk. 2, idet det bemærkes, at palliativ sedering af en patient, der ikke er uafvendeligt døende, som ”fremskynd[er] dødstidspunktet eller på anden måde [medvirker] til, at patienten afgår ved døden, vil være manddrab eller drab på begæring ([ulovlig] dødshjælp)”.²²⁹

Betingelser

Det skal derfor undersøges, hvilke betingelser der skal være opfyldt, før denne dødshjælp betragtes som lovlig. Ifølge sundhedsloven skal der foreligge et *informeret samtykke* til behandlingen og patienten skal være *uafvendeligt døende*, jf. sundhedslovens §§ 15, 22 og 25, stk. 2. Herudover fastlægger § 25, stk. 2 et proportionalitetskrav, idet selve doseringen ikke må være større end ”nødvendig[t] for at lindre patientens tilstand”.

²²⁴ Jf. begrebsdefinitionen i VEJL nr. 9387 af 2018, pkt. 3.

²²⁵ Hartlev (2022), s. 253 f.

²²⁶ Eksempler herpå er centralt virkende, dvs. virker på centralnervesystemet, medicin som morfin, metadon, opium og petidin, jf. KBET nr. 1184 af 1989, s. 20, note 14.

²²⁷ Jf. henholdsvis Greve (1974), s. 383 og KBET nr. 1184 af 1989, s. 20.

²²⁸ Jf. VEJL nr. 9387 af 2018, pkt. 7.5.

²²⁹ Jf. FT 2017-18, tillæg A, lovforslag nr. L 99, s. 4.

Henvendelse 77 - fortsat

Det nærmere indhold af de første to krav kan udledes af sundhedsloven og lovmotiverne hertil, mens det sidstnævnte krav er et lægefagligt skøn, der må udfyldes ved fortolkning af Styrelsen for Patientsikkerheds ("STPS") faglige vejledning herom.²³⁰ De tre krav vil blive gennemgået nedenfor i kronologisk rækkefølge. Den faglige vejledning stiller et yderligere krav for en særlig form for palliativ sedering, som vil blive gennemgået til sidst.

Informeret samtykke

Enhver behandling i sundhedsvæsenet kræver hjemmel, og dette gælder derfor også for palliativ sedering efter sundhedslovens § 25, stk. 2. Den "grundlæggende" hjemmel hertil, er sundhedslovens *informerede samtykke*, jf. sundhedslovens §§ 15, 16 og 21, som også finder anvendelse for palliativ sedering, jf. sundhedslovens § 22.²³¹

Det skal derfor indledningsvist fastlægges, hvilke krav sundhedsloven stiller hertil, som uddybet i VEJL nr. 161 af 1998 og BKG nr. 359 af 2019, der i "i vidt omfang" gengiver lovmotiverne til førnævnte regler, og derfor har en *afledt* "vigtig retskildemæssig værdi".²³²

Overordnet set kan kravene til et informeret samtykke fra en habil og myndig person²³³ ordnes under fire forskellige kategorier, som vil udgøre systematikken for gennemgangen nedenfor:

- 1) Samtykkekompetence
- 2) Fyldestgørende information
- 3) Selve samtykket
- 4) Lægens ansvar

²³⁰ Jf. nærmere herom nedenfor.

²³¹ Jf. bemærkningerne til patientretstillingsloven, FT 1997-98 (2. samling), tillæg A, s. 522. Se også Hartlev (2022), s. 202 f.

²³² Jf. BKG nr. 359 af 2019 og VEJL nr. 161 af 1998, jf. Hartlev (2022), s. 41. Se også SDN, *Sammenfatning af nævnets praksis vedrørende informeret samtykke samt journalføring heraf 2000-2014*, Patientombuddet (2015).

²³³ Der er gælder særlige regler for det informerede samtykke eller stedfortrædende samtykke fra eller for *mindreårige* eller *inhabile*, men de vil ikke blive behandlet i nærværende afsnit, eftersom specialets fokus er den myndige og habile borgers dødshjælp. Der kan i stedet henvises til Hartlev (2022), s. 209 ff. og 245 ff. samt forældreansvarslovens § 2, værgemålslovens § 5 og sundhedslovens §§ 14, 17 og 18.

Henvendelse 77 - fortsat

Samtykkekompetence

For det første kræver sundhedsloven således den nødvendige *samtykkekompetence* hos borgeren, mere konkret at vedkommende ”kan anses for habil og [derfor] kan overskue konsekvenserne af sin beslutning”^{234, 235}.

Sundhedsloven definerer ikke, hvornår en patient er habil. Det fremgår dog modsætningsvist heraf, at habilitet indebærer at patienten ”kan varetage sine interesser”.²³⁶ Heri ligger, at patienten fornuftsmæssigt kan forholde sig til og ”overskue konsekvenserne” af et samtykke til behandlingen ”på baggrund af den givne information”.²³⁷

Hvorvidt dette er tilfældet, afgøres af den behandlingsansvarlige læge i den *konkrete* behandlingssituation, jf. sundhedslovens § 21. En patient der umiddelbart forekommer inhabil, fordi vedkommende f.eks. er let dement, kan således konkret vurderes habil.²³⁸ Omvendt kan en almindeligvis habil patient ”kognitive funktion” særligt ved stillingtagen til palliativ sedering ”være påvirket af stærk medicinering”.²³⁹

Fyldestgørende information

Foruden samtykkekompetence, så kræver et retsgyldigt informeret samtykke, at dette er givet ”på grundlag af fyldestgørende information”²⁴⁰ fra lægen til patienten.²⁴¹ Sundhedsloven fordrer altså et *kvalificeret*²⁴² samtykke.

²³⁴ Jf. Sundheds- og Ældreudvalget 2016-17, SUU alm. del bilag 221, Sundheds- og ældreministeriets notat om palliativ sedering, fravalg af behandling m.v., s. 2. Se også Hartlev (2022), s. 209 ff.

²³⁵ Som uddybet i BKG nr. 359 af 2019, kapitel 1 og VEJL nr. 161 af 1998, pkt. 2. Se også de specielle bemærkninger til forslag til lov om patienters retsstilling, FT 1997-98, tillæg A, s. 527 f. og SDN (2015), s. 71.

²³⁶ Jf. sundhedslovens § 14, modsætningsvist.

²³⁷ Jf. VEJL nr. 161 af 1998, pkt. 2. Se også de specielle bemærkninger til forslag til lov om patienters retsstilling, FT 1997-98, tillæg A, s. 527 f.; BKG nr. 359 af 2019, kapitel 1 og SDN (2015), s. 71.

²³⁸ Jf. f.eks. SDN-afgørelse fra 2015 (sagsnr.: 150316), hvor en 79-årig ”ganske let dement” patient overfor lægen ”virkede ret fornuftig, og [...] kunne gennemføre en samtale [...] og forstå, at [vedkommende] havde brækket benet, og at det var nødvendigt med en operation.”

²³⁹ Jf. VEJL nr. 9387 af 2018, pkt. 4.1.

²⁴⁰ Jf. sundhedslovens § 15, stk. 3 (min kursivering).

²⁴¹ jf. sundhedslovens § 15, stk. 3, jf. § 16, jf. § 21.

²⁴² Hartlev (2022), s. 221.

Henvendelse 77 - fortsat

”Fyldestgørende information”²⁴³ udgør *alle* ”relevante oplysninger om helbred, sygdom, [...] forebyggelses- og behandlingsmuligheder, prognoser, risici, bivirkninger, komplikationer [...] og] mulighed for pleje”²⁴⁴.²⁴⁵ Dette gælder også andre alternative, men ”fagligt ligeværdige behandlingsmuligheder”²⁴⁶, samt muligheden for at fravælge behandling og konsekvenserne heraf, jf. sundhedslovens § 16, stk. 4.²⁴⁷ Det indskærpes endvidere i sundhedslovens § 16, stk. 5, at lægen ”særligt [skal] oplyse” om forhold af betydning for samtykket, som patienten formodes ”at være uvidende om”.

Lægen skal give informationen ”på en hensynsfuld måde”, der tager hensyn til borgerens ”individuelle forudsætninger” som f.eks. ”alder, modenhed, erfaring”, men ifølge vejledningen også ”uddannelsesmæssige baggrund, sociale situation og udtrykte ønsker”.²⁴⁸ Det indebærer ifølge lovmotiverne bl.a., at lægen ”er særligt forpligtet til [...] tage vare om patienter, der ikke er vant til at kræve deres ret over for myndigheder og sundhedspersoner.”²⁴⁹ I samme retning fremgår det af VEJL nr. 161 af 1998, at informationskravene er ”minimumskrav”, der kan være nødvendige at supplere efter den ”enkelte patients særlige situation”²⁵⁰, og at det givne informationsgrundlag i øvrigt altid hviler på ”den gældende, gode faglige norm på området”²⁵¹, jf. autorisationslovens § 17. En sådan særlig situation kan foruden patientens individuelle forudsætninger være indgrebs alvor. Sundhedslovens fastslår således udtrykkeligt, at informationen i for sidstnævnte tilfælde ”skal være mere omfattende”.²⁵² Det kan derfor mere generelt udtrykkes således, at informationsgrundlaget altid bør være proportionalt med indgrebs alvor og omvendt proportionalt med borgerens individuelle forudsætninger. STPS

²⁴³ Jf. sundhedslovens § 15, stk. 3.

²⁴⁴ Jf. VEJL nr. 161 af 1998, pkt. 3.2.

²⁴⁵ Jf. sundhedslovens § 15, stk. 3, VEJL nr. 9387 af 2018, pkt. 4.1. og VEJL nr. 161 af 1998, pkt. 3.2.

²⁴⁶ Jf. f.eks. SDN 21DNM125 eller PKN 0551819, hvoraf sidstnævnte kritiserede, at ”der ikke var informeret tilstrækkeligt om en særligt avanceret behandlingsmetode, som [kun] blev udført enkelte steder i landet”, som refereret i Hartlev (2022), s. 225.

²⁴⁷ Jf. VEJL nr. 161 af 1998, pkt. 3.2.

²⁴⁸ Jf. sundhedslovens § 16, stk. 3, VEJL nr. 9387 af 2018, pkt. 4.1. og VEJL nr. 161 af 1998, pkt. 3.6.

²⁴⁹ Jf. FT 1997-98, tillæg A, s. 525.

²⁵⁰ Jf. VEJL nr. 161 af 1998, pkt. 3.2.

²⁵¹ Jf. VEJL nr. 161 af 1998, pkt. 3.2.

²⁵² Jf. sundhedslovens § 16, stk. 4, 3. pkt.

Henvendelse 77 - fortsat

anbefaler f.eks., at lægen anmoder om patientens samtykke til at også de nærmeste pårørende ”udførligt informeres og høres i beslutningsprocessen” for at sikre ”et godt og trygt forløb.”²⁵³

Rent praktisk skal informationen gives mundtligt, men ”suppleres med skriftligt informationsmateriale” ved større indgreb, der formentlig omfatter lovlig dødshjælp.²⁵⁴ STPS har således udfærdiget pjecer om behandlingsophør såvel som palliativ sedering.²⁵⁵ Derudover sikrer BKG nr. 359 af 2019 også, at patienten får en vis betænkningstid, idet det fremgår heraf, at der skal være ”tid til spørgsmål og fornøden overvejelse” efter informationen er modtaget.²⁵⁶

Selve samtykket

Foruden forudsætningen om samtykkekompetence og et fyldestgørende informationsgrundlag, så gælder der visse krav til selve samtykket, herunder dets frivillighed, indhold og form.²⁵⁷

Kravet om frivillighed indebærer, at et samtykke afgivet ”under pres, tvang eller svig” ikke er gyldigt.²⁵⁸ Dette krav har tillige nær forbindelse til kravet om fyldestgørende information, eftersom både lægens tilbageholdelse af ”væsentlige oplysninger” eller faglige, utilbørlige ”overtalelser” rejser tvivl om samtykkets frivillighed og samtykkets retsgyldighed.²⁵⁹ Denne utilbørlige påvirkning kan imidlertid også oprinde hos andre, f.eks. borgerens pårørende, hvilket har samme konsekvens.²⁶⁰

Kravet til indholdet er, at samtykket skal angå en ”konkret behandling i forbindelse med den aktuelle sygdomssituation”²⁶¹. Samtykket skal således *konkretiseres*, hvorfor det skal være

²⁵³ Jf. VEJL nr. 9387 af 2018, pkt. 4.1.

²⁵⁴ Jf. BKG nr. 359 af 2019, § 5, stk. 1 og VEJL nr. 161 af 1998, pkt. 3.6.

²⁵⁵ Jf. STPS, *Fravalg af behandling i den sidste tid: En god afslutning på livet*, tilgængelig her: <https://stps.dk/da/ansvar-og-retningslinjer/patienters-retsstilling/en-god-afslutning-paa-livet/fravalg-af-behandling-i-den-sidste-tid/> (tilgået 28. marts 2023). STPS, *Lindring i den sidste tid: En god afslutning på livet*, tilgængelig her: <https://stps.dk/da/ansvar-og-retningslinjer/patienters-retsstilling/en-god-afslutning-paa-livet/lindring-i-den-sidste-tid/> (tilgået 28. marts 2023)

²⁵⁶ Jf. BKG nr. 359 af 2019, § 5, stk. 2.

²⁵⁷ Jf. fremstillingssystematikken i VEJL nr. 161 af 1998.

²⁵⁸ Jf. § 2, stk. 1, i BKG nr. 359 af 2019, jf. VEJL nr. 161 af 1998, pkt. 2.2.

²⁵⁹ Jf. VEJL nr. 161 af 1998, pkt. 2.2.

²⁶⁰ Jf. til eksempel Hartlev (2022), s. 237.

²⁶¹ Jf. BKG nr. 359 af 2019, § 3, stk. 1.

Henvendelse 77 - fortsat

”klart og utvetydigt”, hvad samtykket angår, f.eks. i forhold til måde eller formål.²⁶² Men det skal også være *aktuelt*, hvori ligger, at det skal afgives til en umiddelbart forestående behandling.²⁶³ Fremtidige »forudsigelige«²⁶⁴ eventualiteter og ”mulige komplikationer”, vil dog være omfattet af samtykket, forudsat at informationskravet er opfyldt.²⁶⁵ Sammenfattende kan det udtrykkes således, at der ikke må være tvivl om samtykkets rækkevidde.²⁶⁶

Kravene til samtykkets form følger af sundhedslovens § 15, stk. 4, hvoraf det fremgår, at et informeret samtykke ”kan være [både] skriftligt, mundtligt eller *efter omstændighederne* stiltiende.”²⁶⁷ Et stiltiende samtykke er dog ikke muligt for ”større indgreb”, *eller* hvis lægen formoder, ”at der kan blive rejst tvivl om samtykkets afgivelse og omfang”.²⁶⁸ Af samme grund må det antages, at lægen bør anmode om et skriftligt samtykke, når patienten begærer behandlingsophør eller samtykker i palliativ sedering. Det afgørende er imidlertid blot, at samtykket er *udtrykkeligt*, hvormed vejledningen forstås, at borgeren ”bevidst og konkret giver udtryk for, at [vedkommende] er indforstået med den påtænkte behandling”.²⁶⁹

Lægens ansvar

Det er den behandlingsansvarlige læge, der er forpligtet til og ansvarlig²⁷⁰ for, at der indhentes et retsgyldigt informeret samtykke, jf. sundhedslovens § 21, nr. 1 og 4, der lever op til kravene gennemgået ovenfor. Dette skal også fremgå af journalen.²⁷¹

²⁶² Jf. VEJL nr. 161 af 1998, pkt. 2.3.

²⁶³ Jf. VEJL nr. 161 af 1998, pkt. 2.3 og FT 2017-18, tillæg A, lovforslag nr. L99, s. 14.

²⁶⁴ Jf. herom f.eks. FT 2017-18, tillæg A, lovforslag nr. L99, s. 14 og Hartlev (2022), s. 249 f. i relation til afvisning og afbrydelse af behandling.

²⁶⁵ Jf. VEJL nr. 161 af 1998, pkt. 2.3 og FT 2017-18, tillæg A, lovforslag nr. L99, s. 14.

²⁶⁶ Jf. VEJL nr. 161 af 1998, pkt. 2.3 og Hartlev (2022), s. 236.

²⁶⁷ Min kursivering.

²⁶⁸ Jf. BKG nr. 359 af 2019, § 2, stk. 6 og VEJL nr. 161 af 1998, pkt. 2.4. Se også bemærkningerne til patientretstillingsloven i FT 1997-98, tillæg A, s. 525, hvori ”skriftligt samtykke forudsættes anvendt i forbindelse med alvorlige indgreb med risiko for omfattende komplikationer og bivirkninger etc.”.

²⁶⁹ Jf. BKG nr. 359 af 2019, § 2, stk. 2 og 4 samt VEJL nr. 161 af 1998, pkt. 2.4. Se også bemærkningerne til patientretstillingsloven i FT 1997-98, tillæg A, s. 524.

²⁷⁰ Lægen kan f.eks. efter ”almindelige regler” delegere informationspligten til en medhjælper, når blot delegationen er forsvarlig, jf. Hartlev (2022), s. 224, autorisationslovens § 17 og VEJL nr. 161 af 1998, pkt. 3.8.

²⁷¹ Jf. autorisationslovens § 21 og BKG nr. 1225 af 2021 §§ 17 og 18.

Henvendelse 77 - fortsat

Det er tillige muligt at efterprøve, om der er givet fyldestgørende information og samtykket til behandlingen, eftersom det skal ”fremgå af patientjournalen, hvilken mundtlig og eventuel skriftlig information, der er givet” samt hvorvidt og hvordan, der er samtykket.²⁷²

Selv når lægen har indhentet et retsgyldigt informeret samtykke, er det dog værd at understrege, at borgeren ”på ethvert tidspunkt” kan tilbagekalde samme, jf. sundhedslovens § 15, stk. 2.²⁷³

I øvrigt må det erindres, at sundhedspersonen i udøvelsen af *al sin virksomhed* er ”forpligtet til at udvise *omhu og samvittighedsfuldhed*”, jf. autorisationslovens § 17, hvilket f.eks. supplerer de omfattende krav til ”fyldestgørende information” efter sundhedslovens § 15, stk. 3.

Uafvendeligt døende

Når der foreligger et retsgyldigt informeret samtykke efter ovenstående krav, og den behandlingsansvarlige læge har kontrolleret dette, så kan patienten som udgangspunkt lovligt modtage palliativ sedering med døden til følge. Dette kræver dog, at patienten tillige er *uafvendeligt døende*.

Sundhedsloven definerer ikke dette begreb, men det følger af forarbejderne og to vejledninger fra STPS, at ”uafvendeligt døende” karakteriserer en tilstand, hvor ”døden efter et lægeligt skøn med stor sandsynlighed forventes at indtræde inden for dage til uger, trods anvendelse af [tilgængelige] behandlingsmuligheder”.²⁷⁴

Nødvendighedskravet

Herudover er det endelig et krav, at patienten ikke sederes mere end ”nødvendig[t] for at lindre” vedkommendes tilstand. Dette krav om nødvendighed har sin oprindelse i Sundhedsstyrelsens pressemeddelelse af 1974, hvis indhold blev foreslået lovsat af mindretallet i KBET nr. 1184

²⁷² Jf. § 17, stk. 1 i BKG nr. 1225 af 2021 om journalføring og bemærkningerne til patientretstillingsloven i FT 1997-98, tillæg A, s. 524.

²⁷³ Jf. også BKG nr. 359 af 2019, § 3, stk. 3.

²⁷⁴ Jf. Jf. FT 2017-18, tillæg A, lovforslag nr. L 99, s. 4 og FT 1997-98, tillæg A, s. 535 og tillæg B, s. 275 modsætningsvist samt VEJL nr. 9934 og 9935 af 2019, henholdsvis pkt. 6, litra e og pkt. 9 litra e.

Henvendelse 77 - fortsat

af 1989 og derfor inkorporeret i lægeloven, hvis bestemmelse herom nu fremgår i væsentligt uforandret form af sundhedslovens § 25, stk. 2.²⁷⁵

Herfra er det klart, at der altid har været tale om et lægefagligt skøn, hvis overensstemmelse beror på, om doseringen ”skønnes lægeligt påkrævet”.²⁷⁶ Fortolkningsstøtte hertil må derfor søges i STPS’s faglige vejledning om ”medikamental palliation”.²⁷⁷ Heraf fremgår det, at ”[f]ølgende kriterier skal være opfyldt, før palliativ sedering kan finde sted”²⁷⁸:

- patienten skal være ”svært lidende på grund af fysiske eller psykiske symptomer”, som ikke kan afhjælpes ”på anden måde”,
- at den ”tværfaglige ekspertise” har anset ”*alle* andre palliative behandlingsmuligheder for udtømte”,
- at der er ”tilknyttet [eller adgang til] tilstrækkelig lægefaglig ekspertise, eksempelvis fra palliativt team” og
- at patienten ”overvåges med kontrol af bevidsthedsniveauet, frie luftveje og effekt af behandlingen.”²⁷⁹

Det er klart, at en vejledning fra STPS ikke har samme fortolkningsmæssige retskildeværdi som lovmotiverne, men eftersom sidstnævnte blot nævner, at bestemmelsen reflekterer en ”retstilstand”, der støttes på ”udtalelser fra sundhedsmyndighederne, anklagemyndighedens tiltalepraksis samt den juridiske og lægefaglige litteratur”, må de antages at have stor betydning for fortolkning af bestemmelsen.²⁸⁰

Spørgsmålet om vejledningens retskildeværdi har været forelagt sundhedsministeren, hvoraf det fremgår, at vejledningen som udgangspunkt er ”bindende” for lægen i forhold til en vurdering om overholdelse af pligten til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed efter

²⁷⁵ Jf. Sundhedsstyrelsens pressemeddelelse af 2. september 1974, jfr. Sundhedsstyrelsens Årsberetning (1979), s. 9ff., jf. KBET nr. 1184 af 1989, s. 21 og 114 ff., jf. FT 1991-92, tillæg A, sp. 2687 f., FT 1991-92, tillæg B, sp. 1191 ff. og FT 1991-92, tillæg C, sp. 889 f., jf. FT 1997-98, tillæg A, s. 535, jf. FT 2004-05, tillæg A, s. 3207.

²⁷⁶ Jf. KBET nr. 1184 af 1989, s. 21.

²⁷⁷ VEJL nr. 9387 af 2018 om medikamental palliation.

²⁷⁸ Jf. VEJL nr. 9387 af 2018, pkt. 7.5.1.

²⁷⁹ Jf. VEJL nr. 9387 af 2018, pkt. 7.5.1 og 7.5.2.

²⁸⁰ Jf. afsnit 3.1.3 ovenfor samt Rigsadvokatens notat af 19. november 1976, jf. KBET nr. 1184 af 1989, s. 55

Henvendelse 77 - fortsat

autorisationslovens § 17.²⁸¹ Eftersom der er tale om en ”retlig standard”, kan det være ”velbegrunderet i den konkrete situation” at lægen afviger fra ovennævnte vejledning, men det kræver ifølge sundhedsministeren og STPS ”helt særlige omstændigheder”.²⁸² Det fremgår dog også af sundhedsministerens svar, at det vil ”bero på en konkret vurdering”, om vejledningen vil have samme retskildeværdi i en ”potentiel straffesag”, der afgøres efter straffelovens bestemmelser.²⁸³

En sådan straffesag vil formentlig kun være relevant, hvis forholdet er af en sådan grovhed, at STPS vurderer, at der foreligger ”grovere eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed” eller simpelthen drab på begæring.²⁸⁴ Spørgsmålet om grænsedragningen mellem lovlig og ulovlig dødshjælp behandles nedenfor i afsnit 3.2.3. Ved sådan en straffesag, vil Retslægerådets vurdering tillige kunne få betydning, men der er ingen grund til at antage, at rådet ikke vil støtte sig til den faglige vejledning.²⁸⁵

Kontinuerlig eller periodisk sedering

Som det fremgår af ovennævnte, så sonder sundhedsloven *ikke* mellem forskellige former for palliativ sedering. Dette sker imidlertid i praksis, og foreskrives af den faglige vejledning.

Hvor *periodisk* palliativ sedering indebærer, at ”patienten forsøges vækket igen” for at ”afklare, om der fortsat er behov for sedering”, så indebærer *kontinuerlig* palliativ sedering ifølge vejledningen, at patienten sederes uden opvågning ”indtil dødens indtræden.”²⁸⁶

Begge former for palliativ sedering kræver, at ovenfor beskrevne krav er opfyldt. STPS har imidlertid tilføjet et ekstra kriterium for kontinuerlig palliativ sedering, der således alene kan

²⁸¹ Jf. Sundheds- og Ældreudvalget 2016-17, SUU alm. del endeligt svar på spørgsmål 699.

²⁸² Jf. *ibid* og Hartlev (2022), s. 41.

²⁸³ Jf. Sundheds- og Ældreudvalget 2016-17, SUU alm. del endeligt svar på spørgsmål 699.

²⁸⁴ Jf. autorisationslovens § 75 og Hartlev (2022), s. 164 f.

²⁸⁵ Jf. lov nr. 60 af 1961 om retslægerrådet § 1. Retslægerådets eneste udtalelse herom, der har kunnet lokaliseres, vidner om en ganske lempelig vurdering af lægeskønnets grænser, men den er over hundrede år gammel, og har derfor alene retshistorisk interesse, jf. Retslægerådets udtalelse nr. 713/1917, gengivet i KBET angaaende Lægers Retsstilling (1931), s. 122.

²⁸⁶ Jf. VEJL nr. 9387 af 2018, pkt. 7.5.2. Dette bekræftes af sundhedsministeren, jf. Sundheds- og Ældreudvalget 2016-17, SUU alm. del endeligt svar på spørgsmål 697.

anvendes, når ”døden med stor sikkerhed forventes inden for kort tid (dvs. timer til få døgn)”.²⁸⁷
Denne retstilstand er antageligvis tiltrådt af sundhedsministeren.²⁸⁸

3.2.2. Behandlingsophør

Reglerne om behandlingsophør fremgår ikke udtrykkeligt af en lovregel, som det gælder for palliativ sedering, men følger i stedet af det informerede samtykke, jf. sundhedslovens § 15. Vedtagelsen af sundhedslovens ændringsforslag om ”[ø]get selvbestemmelse for patienter i forhold til fravalg af behandling”, slog således udtrykkeligt fast, at habile patienter, ”uanset om de er uafvendeligt døende eller [ej]”, har *ret* til at afvise eller afbryde enhver behandling.²⁸⁹

”Lovlig dødshjælp”

Eftersom en myndig og habil patient kan begære enhver behandling afbrudt eller afvist med døden til umiddelbar følge, er der som udgangspunkt tale om dødshjælp efter definitionen i afsnit 1.2.1.²⁹⁰ Det er dog mindre åbenbart, at det er *lægen*, der fremskynder dødens indtræden og ikke patienten selv.

I en lang række tilfælde vil det imidlertid være tydeligt, at der er tale om *umiddelbar lægelig dødshjælp*, hvilket eksempelvis illustreres af den tidligere nævnte dom fra 1974 i afsnit 3.1.3.²⁹¹ Det selvsamme handlingsforløb ville i dag være ”lovlig dødshjælp” efter sundhedslovens regler om behandlingsophør, hvilket også fremgår af Aarhus Universitetshospitals patientvejledning.²⁹² Det kan således anføres, at sundhedsloven reelt *lovsætter* en form for *umiddelbar dødshjælp*.

²⁸⁷ Jf. VEJL nr. 9387 af 2018, pkt. 7.5.2.

²⁸⁸ Jf. Sundheds- og Ældreudvalget 2016-17, SUU alm. del endeligt svar på spørgsmål 697.

²⁸⁹ Jf. FT 2017-18, tillæg A, lovforslag nr. L99, s. 8 og 13 f. Se også sundhedsministerens udtalelse under 1. behandlingen af lovforslaget, FT 2017-18, forhandlinger, 24. november 2017, s. 11

²⁹⁰ Jf. afsnit 1.2.1.

²⁹¹ Jf. Københavns Byrets dom af 13. februar 1974 i sag nr. 44/1974 (utrykt). Dommen er kommenteret i KBET nr. 1184 af 1989, s. 57 og Greve (1974), s. 387 f.

²⁹² Jf. <https://www.auh.dk/afdelinger/intensiv/respirationscenter-vest/als/valg-du-skal-traffe/afslutning-af-behandlingen/afslutning-af-behandling-med-respirator/> (tilgået den 25. februar 2023).

Henvendelse 77 - fortsat

Betingelser

Det skal derfor undersøges, hvilke betingelser der skal være opfyldt, før denne dødshjælp betragtes som lovlig. Som udgangspunkt kræves ingen betingelser opfyldt, eftersom det fremgår af sundhedslovens § 15, stk. 1, at "[i]ngen behandling" må "indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke" og af samme bestemmelses 2. stk., at dette samtykke "på ethvert tidspunkt [kan] tilbagekaldes" ved at oplyse lægen herom.²⁹³

Der kan imidlertid udledes enkelte yderligere betingelser hertil fra lovmotiverne til ovennævnte lovændring såvel som fra STPS's vejledninger om henholdsvis "fravalg af genoplivningsforsøg" og "fravalg og afbrydelse af livsforlængende behandling".²⁹⁴ Herfra kan udledes, at der gælder følgende yderligere betingelser, før lægen kan imødekomme en begæring herom:

- a) Lægen skal sikre "[vurdere] patientens habilitet",
- b) Lægen skal "sikr[e] sig, at patienten har fået *relevant* information";
- c) Lægen skal "afklare, at ønsket ikke skyldes forhold, som kan *afhjælpes*";
- d) Patientens begæring herom "skal være aktuel" og
- e) Patienten skal "fasthold[e ...] sin beslutning".²⁹⁵

Hvad angår a), så fremgår det af lovmotiverne, at lægen skal "sikre, at patienten har forstået og kan overskue konsekvenserne af sin anmodning", altså være *konkret habil*.²⁹⁶ Det forudsættes sammesteds, at lægen som led i denne vurdering "indgående spørger til baggrunden for patientens ønske."²⁹⁷ Herudover bemærkes det, at det "efter omstændighederne" kan være relevant også at "inddrage andre sundhedspersoner", "inddrage patientens pårørende", "give patienten betænkningstid" eller "andre tiltag", som kan være med til at sikre, at patienten konkret er habil.²⁹⁸ Der synes således at skulle foretages en lignende om end *skærpet*

²⁹³ Jf. VEJL nr. 9935 af 2019, pkt. 3.1.

²⁹⁴ Jf. VEJL nr. 9934 af 2019 og VEJL nr. 9935 af 2019.

²⁹⁵ Jf. FT 2017-18, tillæg A, lovforslag nr. L 99, s. 9 og 14; VEJL nr. 9934 af 2019, s. 4 f. ("undtagelse 4") og VEJL nr. 9935 af 2019, pkt. 3.1 og 4.1.

²⁹⁶ Jf. FT 2017-18, tillæg A, lovforslag nr. L99, s. 14.

²⁹⁷ Jf. *ibid.*

²⁹⁸ Jf. *ibid.*

Henvendelse 77 - fortsat

habilitetsvurdering som den, der kræves for et gyldigt informeret samtykke, som gennemgået i afsnit 3.2.1 ovenfor. Vejledningerne er mindre detaljerede omkring habilitetsvurderingen.²⁹⁹

Hvad angår b), så fremgår det alene af lovmotiverne, at det skal sikres, at patienten har fået information om ”sin tilstand og konsekvenserne ved en afbrydelse af behandlingen.”³⁰⁰ Det fremgår af udvalgsbetænkningen, at høringsparter har foreslået Sundheds- og Ældreudvalget (”SÆU”), at der ”sikres en fyldestgørende information” til patienten, hvilket SÆE vurderer, er imødekommet tilfredsstillende med ovennævnte information.³⁰¹

Hvad angår c), så fremgår dette krav hverken af lovmotiverne eller udvalgsbetænkningen, men alene af de to vejledninger fra STPS. Det er uklart, hvordan rækkevidden for ”forhold, som kan afhjælpes” fastlægges, f.eks. om det alene omfatter medicinske forhold som depression, helbredelige bivirkninger eller mulighed for smertelindring, eller om også mere private forhold som gæld, familieproblemer eller ensomhed omfattes. Vejledningerne vejleder ikke herom.³⁰² Kravet har muligvis støtte i enkelte folketingsmedlemmers bekymringer, som fremsat under lovforslagets 1. behandling, hvorefter kan udledes, at der *dels* er tale om ”forbigående tilstand” af depression og *dels* ”livsvilkår, som sagtens kan ændres”, hvilket bl.a. omfatter ”systemsvigt” eller følelsen af at være ”til besvær”.³⁰³ Lovmotiverne og udvalgsbetænkningens tavshed herom beklikker imidlertid forhandlingsudtalelsernes retskildeværdi betragteligt.

Hvad angår d), så fremgår det af lovmotiverne, at begæringen om behandlingsophør ”skal være aktuel”, hvilket indebærer, at begæringen skal angå ”en [igangværende] eller nært forestående behandling” og fremsættes ”i et aktuelt behandlingsforløb” eller vedrørende ”en aktuel sygdomssituation.”³⁰⁴ Ligesom for det informerede samtykke, jf. afsnit 3.2.1, så forudsættes det dog, at ”[a]ktualitetskravet” ikke hindrer, at begæringen angår en fremtidig, men ”forudsigelig situation” i det aktuelle sygdomsforløb.³⁰⁵ Det er dog også klart, at enhver tidligere udtalelse eller forhåndenværende forhåndsdirektiv om behandlingsophør uanset hvor

²⁹⁹ Jf. VEJL nr. 9934 af 2019, s. 4 f. (”undtagelse 4”) og VEJL nr. 9935 af 2019, pkt. 3.1 og 4.1.

³⁰⁰ Jf. FT 2017-18, tillæg A, lovforslag nr. L 99, s. 14.

³⁰¹ Jf. FT 2017-18, tillæg B, lovforslag nr. L 99, betænkning, s. 2.

³⁰² Jf. VEJL nr. 9934 af 2019, s. 4 f. (”undtagelse 4”) og VEJL nr. 9935 af 2019, pkt. 3.1 og 4.1.

³⁰³ Jf. FT 2017-18, forhandlinger, 23. møde, 24. november 2017, s. 9 og 10.

³⁰⁴ Jf. FT 2017-18, tillæg A, lovforslag nr. L 99, s. 14.

³⁰⁵ Jf. FT 2017-18, tillæg A, lovforslag nr. L 99, s. 14.

Henvendelse 77 - fortsat

absolut ikke kan tillægges betydning, når sygdomssituationen ændrer karakter, som det blev understreget i Højesterets dom gengivet i U 2022.1423 H, på s. 1450. Behandlingstestamenter udgør naturligvis en undtagelse hertil.

Hvad endelig angår e), så synes lovmotiverne blot at indikere, at patienten skal *fastholde* beslutningen efter habilitetsvurderingen og modtagelsen af den relevante information, idet kravet ikke uddybes nærmere i de specielle bemærkninger.³⁰⁶ Det er således strengt taget ikke et selvstændigt krav, men det er alligevel inkluderet som sådan, fordi det betoner, at patienten skal *gentage* begæringen *efter* betingelserne i a)-d) er opfyldt.

Det kan naturligvis diskuteres, hvorvidt disse betingelser er udtryk for gældende ret, eftersom de udgår *dels* fra lovmotiver, der er udfærdiget af embedsværket, og *dels* fra STPS, som *faglige* og ikke *juridiske* vejledninger, der redegør for STPS's ”fortolkning” af lægens ”omhu og samvittighedsfuldhed” efter autorisationslovens § 17.³⁰⁷

Der kan imidlertid anføres lignende betragtninger som for retskildeværdien af vejledningen om palliativ sedering i afsnit 3.2.1 ovenfor. Dertil kommer, at det fremgår af både lovmotiverne og udvalgsbetænkningen, at de ovennævnte vejledninger omkring behandlingsophør er resultatet af ”en planlagt ændring” ”i tilknytning til ændring[en] af sundhedsloven.”³⁰⁸ Det har således yderligere formodningen imod sig, at de skulle udtrykke en forkert retsopfattelse. Eftersom betingelse c) imidlertid ikke fremgår af forarbejderne, er det dog tvivlsomt, hvilken vægt dette kriterium kan tillægges, navnlig når henses til uklarheden heraf.

Hvad angår lovmotivernes retskildeværdi, så fremgår det af udvalgsbetænkningen, at høringsparternes forslag om bl.a. ”fyldestgørende information”, ”betænkningstid” og ”grundig vurdering af patientens habilitet” er blevet overvejet.³⁰⁹ På denne baggrund har udvalget imidlertid med ”tilfredshed” fundet ”bemærkningerne til lovforslaget” fuldt ud tilstrækkelige og i øvrigt forudsat aktualitetskravet i beskrivelsen af den nye ordning.³¹⁰ Dette må således

³⁰⁶ Jf. FT 2017-18, tillæg A, lovforslag nr. L 99, s. 9.

³⁰⁷ Jf. FT 2017-18, tillæg A, lovforslag nr. L 99, s. 5. Se også Hartlev (2022), s. 40.

³⁰⁸ Jf. FT 2017-18, tillæg B, lovforslag nr. L 99, betænkning, s. 2 og FT 2017-18, tillæg A, lovforslag nr. L 99, s. 8 og 14

³⁰⁹ Jf. FT 2017-18, tillæg B, lovforslag nr. L 99, betænkning, s. 2.

³¹⁰ Jf. FT 2017-18, tillæg B, lovforslag nr. L 99, betænkning, s. 2.

Henvendelse 77 - fortsat

have nogen retskildemæssig vægt.³¹¹ Krav a)-b), har tillige støtte i forhandlingerne i Folketinget.³¹² Dog er det vigtigt at fremhæve, at SÆU afslutningsvist bemærker, om lovmotivernes krav a)-b), at udvalget ”finder [...] det væsentligt at understrege, at patientens selvbestemmelse i forhold til fravalg af livsforlængende behandling vejer tungest.”³¹³

På grundlag af ovenstående diskussion og med særlig hensyntagen til SÆU's afsluttende kommentar om hensynsafvejningen, må det antages, at det alene er aktualitetskravet d) og den selvfølgelige betingelse i e), som er ufravigelige krav til et behandlingsophør, når bortses fra reglerne om behandlingstestamenter. Betingelserne a)-b) vil således formentlig skulle vige i en konflikt med effektiv udnyttelse af selvbestemmelsesretten. Betingelsen c) har derimod hverken grundlag i loven eller dennes forarbejder, og har derfor yderst tvivlsom retskildeværdi, navnlig under hensyntagen til dets uklarhed, hvorfor det formentlig *alene* har betydning for autorisationslovens § 17. Eftersom anklagemyndigheden imidlertid tillægger netop ”medicinske autoriteters” skøn afgørende betydning, jf. afsnit 3.1.3, vil det dog kunne have betydning i praksis, jf. afsnit 3.2.3 nedenfor.

Det etiske forbehold

Når ovenstående betingelser er opfyldt, har patienten som udgangspunkt et *retskrav* på behandlingsophør, hvilket betyder, at en læge ikke blot *kan*, men *skal* udøve denne form for lovlig dødshjælp.

Dette retskrav er imidlertid ikke *ubetinget*, for det modificeres for så vidt angår *afvendeligt* (”ikke-uafvendeligt”³¹⁴) døende, jf. sundhedslovens § 24 a. Efter en modsætningslutning fra definitionen på uafvendeligt døende præsenteret i afsnit 3.2.1 ovenfor, må en patient være *afvendeligt* døende, når døden med stor sandsynlighed *ikke* forventes at indtræde inden for dage til uger ved anvendelse af tilgængelige behandlings- og plejemuligheder.³¹⁵

³¹¹ Jf. i denne retning W. E. von Eyben, *Juridisk grundbog: Retskilderne*, bind I, Jurist- og Økonomforbundets Forlag (1991), s. 32.

³¹² Jf. FT 2017-18, forhandlinger, 23. møde, 24. november 2017, s. 8.

³¹³ Jf. FT 2017-18, tillæg B, lovforslag nr. L 99, betænkning, s. 2.

³¹⁴ For læsbarhedens skyld benyttes »afvendeligt« døende i stedet for ”ikke-uafvendeligt” døende.

³¹⁵ Jf. også sundhedsministerens svar på spørgsmål nr. 24 optrykt som bilag til udvalgsbetænkningen til lovforslaget til patientretsstillingsloven, FT 1997-98, tillæg B, s. 275.

Henvendelse 77 - fortsat

Det følger af den citerede bestemmelse, at lægen ”ikke [er] forpligtet til at afbryde behandlingen” af en afvendeligt døende patient, på trods af patientens begæring herom, når afbrydelsen vil have døden som umiddelbar følge, og ”dette vil stride imod sundhedspersonens etiske opfattelse” af kravet om omhu og samvittighedsfuldhed i autorisationslovens § 17.³¹⁶ Selvsamme sundhedsperson er imidlertid i tilfælde heraf forpligtet til at henvise patienten til en anden, villig sundhedsperson, så det ”sikre[s], at patientens selvbestemmelse [alligevel] kan udøves”³¹⁷. Der er således tale om en ”etisk sikkerhedsventil” for lægen.³¹⁸

Sundhedslovens § 24 a forudsætter, at der er tale om ”livsforlængende behandling”, hvilket defineres som ”behandling, hvor der ikke er udsigt til helbredelse, bedring eller lindring, men alene til en vis livsforlængelse”, jf. sundhedslovens § 26, stk. 3. Bestemmelsen angår derfor umiddelbart kun livsforlængende behandling, som f.eks. ”respiratorbehandling, parenteral ernæring, sondeernæring og væsketilførsel”.³¹⁹ Denne fortolkning støttes af almindelige fortolkningsprincipper såvel som sundhedsministerens udtalelse under lovforslagets forhandling om, at borgere ”selv [skal] kunne bestemme, om [de] vil *holdes i live* med *livsforlængende behandling*”.³²⁰ Eftersom der er ingen modstridende bemærkninger herom i lovmotiverne eller forhandlingerne i øvrigt, må det antages, at det etiske forbehold *alene* kan tages i forhold til sådan livsforlængende behandling.³²¹

Opsummerende må det således antages, at en læge altid *kan* imødekomme patientens begæring om behandlingsophør, når betingelserne ovenfor er opfyldt, men *alene* kan *nægte* at imødekomme begæringen, når en *afvendeligt døende* patient anmoder om ophør af *livsforlængende behandling*, jf. sundhedslovens § 24 a.

³¹⁶ Jf. lovforslagets almindelige og specielle bemærkninger FT 2017-18, tillæg A, lovforslag nr. L 99, s. 9 og 13.

³¹⁷ Jf. lovforslagets almindelige og specielle bemærkninger FT 2017-18, tillæg A, lovforslag nr. L 99, s. 9 og 13, og sundhedslovens nugældende § 24 a.

³¹⁸ Jf. Holst og Adolphsen (2017), s. 219.

³¹⁹ Jf. VEJL nr. 9935 af 2019, pkt. 1.

³²⁰ Jf. Alf Ross, *Om ret og retfærdighed*, København (1966), s. 138 og 155 og FT 2017-18, forhandlinger, 24. november 2017, s. 11

³²¹ Jf. også

Henvendelse 77 - fortsat

Forhåndstilkendegivelser

Foruden aktualitetskravets undtagelse for 'forudsigelige situationer', som nævnt ovenfor, så har enhver myndig borger, jf. sundhedslovens § 26, stk. 1, mulighed for at oprette et *behandlingstestamente*.

Denne ordning giver mulighed for at træffe beslutning³²² om fremtidig *undladelse* eller *afbrydelse* af livsforlængende behandling med døden til følge, såfremt vedkommende måtte blive varigt inhabil, og én af tre situationer foreligger, jf. sundhedslovens § 26, stk. 2:

- 1) Vedkommende er »uafvendeligt døende«
- 2) Vedkommende er »svært invalideret« i en grad, så de ikke kan "tage vare på sig selv fysisk og mentalt"³²³
- 3) Vedkommendes behandling "kan føre til overlevelse", men de fysiske konsekvenser af sygdommen *eller* behandlingen "vurderes at være meget alvorlige og lidelsesfulde."³²⁴

Eftersom et behandlingstestamente først får retsvirkning, når patientens varige inhabilitet indtræder, så falder en nærmere behandling heraf imidlertid uden for redegørelsens sigte.³²⁵ Det er dog værd at bemærke, at der *ikke* gælder et etisk forbehold i ovennævnte situationer, hvorfor lægen vil være *forpligtet* til at gennemføre behandlingsophøret.

3.2.3. Grænsen til ulovlig dødshjælp

Grænsen til ulovlig dødshjælp

Som det bør fremgå af ovenstående, navnlig afsnittene "Lovlig dødshjælp", så er det objektive gerningsindhold for ulovlig dødshjælp efter straffelovens § 239 ofte identisk med palliativ

³²² Dette kan gøres ved registrering i et behandlingstestamente, som når som helst kan oprettes, ændres eller tilbagekaldes via selvbetjening på sundhed.dk, jf. VEJL nr. 9935 af 2019, pkt. 6.

³²³ Jf. sundhedslovens § 26, stk. 2, nr. 2.

³²⁴ Jf. sundhedslovens § 26, stk. 2, nr. 2.

³²⁵ Der kan i stedet henvises til Hartlev (2022), s. 243 ff., Bødker Madsen (2018), s. 251 og Holst og Adolphsen (2017).

Henvendelse 77 - fortsat

sedering eller behandlingsophør efter sundhedsloven.³²⁶ Spørgsmålet opstår da naturligt, hvor grænsen går mellem *ulovlig* og *lovlig* dødshjælp.

På trods af spørgsmålets betydning for lægers ansvar, er det interessant, hvor lidt spørgsmålet har fyldt i lovgivningsarbejdet. Begge former for lovlig dødshjælp har deres oprindelse i en ændring af lægeloven i 1992³²⁷, der lovsatte ”den retspraksis, som har udviklet sig [i sundhedsvæsenet], anklagemyndighedens tiltalepraksis samt den juridiske og lægelige faglitteratur.”³²⁸ Begrundelsen herfor var primært hensynet til en klar retstilstand og sekundært lægernes kendskab hertil.³²⁹ Spørgsmålet om grænsen til ulovlig dødshjælp blev flere gange bragt op under ændringsforslagets forhandling ved Folketinget.³³⁰ Ikke desto mindre blev det konstateret, at der alene var tale om ”passiv dødshjælp til forskel fra den aktive dødshjælp”, idet ”man [fortsat ikke] aktivt har lov til at bidrage til folks død.”³³¹ Det er imidlertid klart, at dette ganske enkelt er forkert, når henses til ordlyden af sundhedslovens § 25, stk. 2 eller eksemplet i afsnit 1.2.1 ovenfor.

I retslitteraturen har Vestergaard anført, at grænsen for palliativ sedering drages ved *subjektive momenter*, nærmere bestemt *motiv* og *forsætskravet*, mens grænsen for behandlingsophør afhænger af, om patienten ”umiddelbar efter afgår ved døden”.³³² Det er klart at sidstnævnte objektive kriterium ikke længere kan opretholdes, jf. afsnit 3.2.2, hvorfor det alene skal undersøges, om den anførte grænse kan drages for palliativ sedering.

³²⁶ Jf. f.eks. FT 2017-18, tillæg A, lovforslag nr. L 99, s. 4; f.eks. FT 1991-92, tillæg A, s. 2694; FT 1997-98, tillæg B, s. 275 og Sundheds- og Ældreudvalget 2016-17, SUU alm. del endeligt svar på spørgsmål 702. Se også KBET nr. 1184 af 1989, s. 52 og Holst og Adolphsen (2017), s. 223.

³²⁷ Jf. forslag til Sundhedsloven, FT 2004-05, Tillæg A, s. 3207, jf. forslag til lov om patienters retsstilling, FT 1997-98, Tillæg A, s. 535.

³²⁸ Jf. Betænkning over Forslag til lov om ændring af lægeloven, FT 1991-92, Tillæg B, sp. 1193.

³²⁹ Jf. FT 1991-92, Tillæg B, sp. 1193.

³³⁰ Jf. f.eks. FT 1991-92, forhandlinger, sp. 3498 ff., 3500, 3510, 9666 og 9668.

³³¹ Jf. Torben Lund (S), Sundhedsudvalgets næstformand, under lovforslagets 2. behandling, jf. FT 1991-92, forhandlinger, sp. 9669 f. Sundhedsministeren stemte i og bemærkede, at lovforslagets indhold ”ligger meget langt fra begrebet aktiv dødshjælp” og at indholdet alene ”dækker over den praksis, vi har på området”, jf. Ester Larsen (V), sundhedsminister, under lovforslagets 2. behandling, jf. FT 1991-92, forhandlinger, sp. 9670 f.

³³² Jf. Vestergaard (2000), s. 13 og 16 f., jf. FT 1991-92, tillæg A, s. 2694 og KBET nr. 1184 af 1989, navnlig s. 56 ff.

Henvendelse 77 - fortsat

Vestergaard bemærker om *motivet*, at palliativ sedering ”kun [er] lovlig”, hvis den ”ikke tilsigter at føre til patientens øjeblikkelige død.”³³³ Som følge heraf antages det i mere objektiv retning, at det derfor ville være ”retsstridigt at iværksætte en mekanisk og kontinuerlig optrapning” af den omhandlede medicinering.³³⁴ Motivets betydning har støtte i et notat om palliativ sedering fra Sundheds- og Ældreministeriet, hvori det anføres, at ”[f]orskellen på [ulovlig] dødshjælp og palliativ sedering er [...] intentionen bag handlingen.”³³⁵ Som gennemgået i afsnit 3.1.1 ovenfor, så har motivet imidlertid *ingen* betydning for handlingens strafbarhed efter straffelovens § 239, og det fremgår hverken af sundhedslovens § 25, stk. 2 eller forarbejderne hertil, at intentionen har betydning, når blot betingelserne for bestemmelsen i øvrigt er opfyldt. Dertil kommer, at den anførte ’retsstridige’ behandlingsplan synes at beskrive praksis for *kontinuerlig palliativ sedering*, der ifølge STPS og sundhedsministeren er lovlige efter sundhedslovens § 25, stk. 2 som beskrevet i gennemgangen ovenfor.

Spørgsmålet er herefter om forsætskravet kan fungere som skillelinje, som Holst og Adolphsen tillige synes at anføre for både *behandlingsophør* og *palliativ sedering*.³³⁶ Dette må imidlertid ligedan afvises under henvisning til afsnit 3.1.1, hvori det blev afklaret, dels at *motivet* er irrelevant for subsumptionen under § 239 og dels at lægen har det fornødne forsæt, når blot vedkommende ”har anset det for muligt” at patienten vil dø af handlingen, hvilket almindeligvis altid er tilfældet for lovlig dødshjælp.³³⁷

Holst og Adolphsen antager at grænsen ligger ”i de helt ekstreme tilfælde”, der foruden nævnte drabsforsæt er karakteriseret ved, at ”handlingens intet har med den sundhedsfaglige virksomhed at gøre”.³³⁸ Dette er naturligvis svært at bestride, eftersom snart sagt *al adfærd* kan rummes inden for disse ”ekstreme tilfælde”, sågar en læges pludselige øksemord eller bombedrab af sin patient. Det er derfor heller ikke særligt anvendeligt for en praktisk grænsedragning mellem lovlig og ulovlig dødshjælp.

³³³ Jf. Vestergaard (2000), s. 13.

³³⁴ Jf. *ibid.*

³³⁵ Jf. Sundheds- og Ældreudvalget 2016-17, SUU alm. del bilag 221, Sundheds- og Ældreministeriet, *Notat om palliativ sedering, fravalg af behandling m.v.*, s. 1.

³³⁶ Jf. Holst og Adolphsen (2017), s. 223 f.

³³⁷ Jf. Waaben (1987), s. 150 ff., U 1979.576 H og U 2017.2737 Ø. Se også KBET nr. 1184 af 1989, s. 17 og KBET angaaende Lægers Retsstilling (1931), s. 37 f.

³³⁸ Jf. Holst og Adolphsen (2017), s. 223 f.

Henvendelse 77 - fortsat

Grænsen skal derfor måske i stedet findes i *delmængden* mellem sundhedslovens regler og straffelovens § 239. Eftersom den dagældende ændring af lægeloven i 1992, ikke var ledsaget af en ændring i straffeloven, skal forklaringen på lovligheden i stedet søges i almindelige lovfortolkningsprincipper. Eftersom *både* sundheds- og straffelovens bestemmelser regulerer det *specielle tilfælde*, så følger det af *lex posterior*, at sundhedslovens regler finder anvendelse, når et hændelsesforløb kan henføres under begge regelsæt.

Hvis det afgørende kriterium er handlingens subsumption under sundhedsloven, skal grænsen naturligvis drages ved betingelserne for reglernes anvendelse.³³⁹ Eftersom grænserne herfor i hovedsagen afgøres af administrative forskrifter, vil således være lovlig dødshjælp, når det ifølge sundhedsmyndighederne er *fagligt forsvarligt*.³⁴⁰ Eftersom anklagemyndighedens tiltalepraksis angiveligt afhænger af samme myndigheders skøn herover, som gennemgået i afsnit 3.1.3, er der muligvis et væsentligt større rum for lovlig dødshjælp end ovenfor antaget. Når bortses fra Holst og Adolphsens ”helt ekstreme tilfælde”, vil grænsen mellem *lovlig* og *ulovlig* dødshjælp således reelt være *sundhedsmyndighedernes beslutning om at overdrage sagen til anklagemyndigheden*.³⁴¹ Dette skal derfor undersøges nærmere nedenfor.

Grænsen til anklagemyndigheden

Den eneste kendte sag om dødshjælp, der er blevet behandlet af sundhedsmyndighederne, er Lings-sagen, hvis strafferetlige afslutning er blevet diskuteret under afsnit 3.1.3 ovenfor, hvorfor den vil blive behandlet med nogen grundighed.

Det fremgår af sagens dokumenter, at STPS modtog en indberetning den 17. februar om at lægen ”ydede aktiv dødshjælp”.³⁴² Den 22. februar modtog lægen et høringsbrev, hvori det blev indskærpet, at styrelsen planlagde en midlertidig autorisationsfratagelse autorisationen, jf. autorisationslovens § 9, stk. 1 og dagen forinden havde styrelsen politianmeldt lægen for

³³⁹ Jf. afsnittene 1.2.1, 3.2.1 og 3.2.2

³⁴⁰ Jf. gennemgangen af betingelserne for palliativ sedering ovenfor såvel som afsnit 3.1.3.

³⁴¹ Jf. Holst og Adolphsen (2017), s. 223 f.

³⁴² Jf. Styrelsen for Patientsikkerhed, Høringsbrev over midlertidig autorisationsfrakendelse af 22. februar 2017, sagsnr. 5-8011-3814/3 s. 1 f.

Henvendelse 77 - fortsat

overtrædelse af straffelovens § 240.³⁴³ Denne sag giver således et indblik i, hvad styrelsen lægger vægt på, ved en vurdering af om et forhold er *lovligt* henholdsvis *ulovligt*.

Det fremgår af styrelsens vurdering, at »aktiv dødshjælp« bl.a. forstås som at ordinere ”så høje doser [sovemedicin] til patienterne, at de bliver *forgiftet* med den *hensigt*, at de afgang ved døden.”³⁴⁴ Mistanken blev begrundet ved at lægen udskrev ”store doser” sovemedicin til sig selv og i øvrigt ”ordinerer høje doser medicin til patienter, [lægen] ikke tidligere har ordineret til.”³⁴⁵

Det fremgår af STPS's overvejelser om autorisationsfratagelsen, at det blev tillagt vægt, *at* der var ydet aktiv dødshjælp til en konkret patient, *at* det ydes til ”både terminalt syge og ikke-terminalt syge patienter”, *at* lægen ”aktivt lægefagligt forholder [sig] til patienternes tilstand i forhold til deres ønske om at dø” og *at* lægen ”ikke har til hensigt at ændre [sit] faglige virke”.³⁴⁶ Det fremgår endvidere af et interview med den daværende enhedschef i STPS, at det blev tillagt betydning, at der var tale om en ”*tilståelsessag* for åben skærm”.³⁴⁷

Disse overvejelser lægges i vidt omfang identisk til grund i den endelige afgørelse om midlertidig autorisationsfratagelse den 3. marts 2017. Hovedbegrundelsen for afgørelsen er imidlertid udvidet til også at omfatte, at lægen ”rådgiver” om aktiv dødshjælp.³⁴⁸

³⁴³ Jf. Styrelsen for Patientsikkerhed, Høringsbrev over midlertidig autorisationsfrakendelse af 22. februar 2017, sagsnr. 5-8011-3814/3 s. 1 ff. og A. C. Hermansen, *Efter aktiv dødshjælp: Svend Lings står til at miste lægeautorisation*, Fyens Stiftstidende (2017): <https://fyens.dk/danmark/efter-aktiv-doedshjaelp-svend-lings-staar-til-at-miste-laegeautorisation> (tilgået 4. april 2023).

³⁴⁴ Jf. Styrelsen for Patientsikkerhed, Høringsbrev over midlertidig autorisationsfrakendelse af 22. februar 2017, sagsnr. 5-8011-3814/3 s. 2.

³⁴⁵ Jf. *ibid.*

³⁴⁶ Jf. Styrelsen for Patientsikkerhed, Høringsbrev over midlertidig autorisationsfrakendelse af 22. februar 2017, sagsnr. 5-8011-3814/3 s. 2 f.

³⁴⁷ Jf. DR, *Lægen Svend Lings hjælper syge med at dø uden at tilse dem*: <https://www.dr.dk/nyheder/indland/laegen-svend-lings-hjaelper-syge-med-doe-uden-tilse-dem> (tilgået 30. marts 2023) og Avisen.dk: *Læge hjælp 10 patienter med at dø: Nu får det måske konsekvenser* (2017): https://www.avisen.dk/top-selvordslaege-er-til-fare-for-patienter-skal_431566.aspx (tilgået 1. april 2023), min kursivering.

³⁴⁸ Jf. Styrelsen for Patientsikkerhed, Afgørelse om midlertidig autorisationsfrakendelse af 3. marts 2017, sagsnr. 5-8011-3814/3, s. 3.

Henvendelse 77 - fortsat

Herudover blev det uddybet om forholdets tilknytning til ”udøvelse[n] af erhvervet”³⁴⁹, at dette var opfyldt derved, at lægen ”udøver lægefaglig virksomhed ved sin *rådgivning*” om indtagelsen af medicinen, ved ”aktivt at *forholde sig lægefagligt til patienters tilstand*” og ”ved at *ordinere medicin i rollen som læge*” til brug for selvmordet.³⁵⁰

Lægens advokat argumenterede for, at denne sanktion ”ikke var en proportional reaktion, og at mindste indgribende middel ville være [...fratagelse af] ordinationsretten til en eller flere lægemiddelgrupper.”³⁵¹ Det synes at fremgå af styrelsens begrundelse, at det faktum at ”[lægen] giver klart udtryk for, at [lægen] ikke har til hensigt at ændre sit faglige virke” gør en autorisationsfratagelse proportional. Dertil kommer, at den kritisable adfærd *tillige* bestod i *rådgivning* om selvmord, hvilket ville kunne fortsætte – som læge – uden ordinationsretten.

Der er imidlertid også rum for mindre indgreb end en autorisationsfrakendelse og politianmeldelse for overtrædelse af straffelovens §§ 239 eller 240. Et mildere forhold af dødshjælp, der hverken kvalificerer til lovlig dødshjælp, fordi lov- eller fagbetingelserne ikke er opfyldt, eller ulovlig dødshjælp, fordi forholdet f.eks. er for atypisk, idet der er tale om en *mindre* afvigelse fra kriterierne i sundhedsloven, vil således antageligvis i stedet skulle straffes efter autorisationslovens § 75 om ”grovere eller gentagen forsømmelse”. Der synes at være (tvivlsom) støtte for denne fortolkning i en utrykt byretsdom fra 2007, hvor en læge frikendtes for uagtsomt manddrab, men idømtes en bøde for grovere forsømmelse efter autorisationsloven § 75.³⁵² Når forholdet ikke er af systematisk karakter som i Lings-sagen, men blot ”en enkeltstående fejl”, er der heller ikke grundlag for samtidig autorisationsfrakendelse, medmindre forholdet er særligt groft.³⁵³ Efter omstændighederne ville påbud om virksomhedsindskrænkning eller ophør med en ”alvorlig eller gentagen kritisabel faglig

³⁴⁹ Jf. autorisationslovens § 9, stk. 1.

³⁵⁰ Jf. Styrelsen for Patientsikkerhed, Afgørelse om midlertidig autorisationsfrakendelse af 3. marts 2017, sagsnr. 5-8011-3814/3, s. 3. Min kursivering.

³⁵¹ Jf. Styrelsen for Patientsikkerhed, Afgørelse om midlertidig autorisationsfrakendelse af 3. marts 2017, sagsnr. 5-8011-3814/3, s. 2 og 4.

³⁵² Jf. Retten i Næstveds dom af 15. oktober 2007 i sag nr. 28-1276/2005, som gengivet i Hartlev (2022), s. 166.

³⁵³ Jf. Retten i Næstveds dom af 15. oktober 2007 i sag nr. 28-1276/2005, som gengivet i Hartlev (2022), s. 166, sammenholdt med Østre Landsrets dom gengivet i U 2009.1396 Ø (social- og sundhedsassistent, § 237-forsøg).

Henvendelse 77 - fortsat

virksomhed” kunne være den rette sanktionering af dødshjælp i umiddelbar strid med den retlige standard for almindelig lægevirkosomhed i autorisationslovens § 17.³⁵⁴

At navnlig forholdets systematiske karakter har indflydelse på forholdets vurdering kan også forklare, hvorfor der i medierne har været andre læger, der har udtalt, at de har udøvet *ulovlig dødshjælp* eller *medlidenhedsdrab*, uden at det tilsyneladende er blevet forfulgt af hverken Anklage- eller sundhedsmyndighederne.³⁵⁵ En tidligere overlæge Boisen beretter f.eks. om et enkelttilfælde, der alene medførte en irettesættelse fra den fungerende overlæge.³⁵⁶

Som det fremgår af den første spørgeskemaundersøgelse fra 1996 havde 2% af de adspurgte læger udført *ulovlig middelbar dødshjælp*, mens 5% havde udført *ulovlig umiddelbar dødshjælp*, og hele 12% havde udført eller forsøgt ulovligt *medlidenhedsdrab*.³⁵⁷ Tallene er noget højere i PLS Rambøll undersøgelsen fra 2005, hvor 7% af de adspurgte læger havde ”hjulp et patient med at begå selvmord”, mens 9% havde ”ydet aktiv dødshjælp”.³⁵⁸

Disse tal fortæller dog mindre om, hvor *ofte* det forekommer. Dette kan en empirisk analyse fra Heide m.fl. fra 2003 imidlertid belyse. På grundlag af en undersøgelse af en fordelingsmæssigt repræsentativ stikprøve fra *alle* danske dødsfald i en periode på 3-6 måneder, konkluderede forfatterne, at 22% af dødsfaldene var forbundet med *palliativ sedering*, 15% med *behandlingsophør*, mens lige under 1% af dødsfaldene skyldtes lægeudført *ulovlig dødshjælp*.³⁵⁹ Som det konkluderes, så forekommer der ulovlig lægelig dødshjælp i alle

³⁵⁴ Denne sanktionsgraduering følger af forvaltningsrettens almindelige proportionalitetsprincip, som både SDN og STPS som forvaltningsmyndigheder skal iagttage.

³⁵⁵ Jf. f.eks. overlæge Gorm Greisens ”tilståelse” overfor Radio24syv i 2017, jf. Sundheds- og Ældreudvalget 2018-19, SUU alm.del bilag 69 eller tidligere overlæge Erik Boisens ”tilståelse” i Politiken i 2017, jf. Boisen, Erik: Overlæge om dødshjælp: »Nu har du slået Far ihjel«. Det blev sagt uden mildhed i stemmen. Som en anklage af et barn, der var ved at miste sin far (2017): <https://politiken.dk/debat/art6021661/%C2%BBNu-har-du-s%C3%A5et-Far-ihjel%C2%AB.-Det-blev-sagt-uden-mildhed-i-stemmen.-Som-en-anklage-af-et-barn-der-var-ved-at-miste-sin-far> (tilgået 1. april 2023)

³⁵⁶ Jf. *ibid.*

³⁵⁷ Jf. Anna P. Folker m.fl., *A Report from Denmark: Experiences and Attitudes amongst Danish Physicians towards End-of-Life Decisions*, Bioethics (1996), s. 233.

³⁵⁸ Jf. DR, *Læger giver dødshjælp* (2005): <https://www.dr.dk/nyheder/indland/laeger-giver-aktiv-doeedshjaelp> (tilgået 1. april 2023).

³⁵⁹ Jf. Heide m.fl. (2003), s. 347, tabel 2.

Henvendelse 77 - fortsat

de undersøgte lande, herunder Danmark.³⁶⁰ Det fremgår dog også af undersøgelsen, at der i alle ovennævnte tilfælde af ulovlig dødshjælp var tale om *uafvendeligt døende* patienter.³⁶¹

Disse tal reflekteres imidlertid *overhovedet ikke* i retspraksis, hverken som straffesager for overtrædelse af straffelovens §§ 239-240 eller autorisationslovens § 75 eller som civile sager om autorisationsfrakendelse eller virksomhedsindskrænkning efter autorisationslovens §§ 7 og 8, jf. 11. Det må således antages, at Styrelsen for Patientsikkerhed *eller* Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn *enten* sanktionerer sagerne *signifikant* mildere end i Lings-sagen, f.eks. ved en kritisk udtalelse eller et fagligt påbud om ændring af den kritisable eller farlige praksis, *eller* at det ganske enkelt ikke forfølges administrativt, men løses uformelt og interkollegialt, som det f.eks. var tilfældet for overlæge Boisen refereret ovenfor.³⁶² Når henses til den relativt hyppige *årlige* forekomst af ulovlig lægelig dødshjælp samt andel af læge, der udfører det over en hel professionel karriere, må det anses for meget usandsynligt, at det *aldrig* bliver opdaget af kolleger eller myndighederne. Dertil kommer, at både STPS og SDN kan pålægge lægen eller kolleger oplysningspligter, der kan belyse mistænkelige forhold.

3.3. Sammenfatning

Som det fremgår af afsnit 3.1 ovenfor, så reguleres ulovlig lægelig dødshjælp fortsat af straffelovens §§ 239 og 240, selvom administrativ praksis har udvidet et stadig større område for straffri dødshjælp, som nu reguleres i sundhedsloven. Samtykke- eller nødretsbetragtninger kan ikke begrunde straffrihed, men både tiltale- og retspraksis indikerer, at lægelig dødshjælp til uudholdeligt og udsigtsløst syge personer straffes meget mildt eller slet ikke.

Som det fremgår af afsnit 3.2 ovenfor, så reguleres lovlig dødshjælp i dag i sundhedslovens regler om palliativ sedering og behandlingsophør med døden til følge, der imidlertid i høj grad afgrænses af lovmotivfortolkning og administrative forskrifter. Grænsen mellem ulovlig og lovlig dødshjælp er imidlertid uklar, hvilket blandt andet skyldes en sparsom administrativ praksis, der indikerer, at det egentlige ”lovlige” område er større end det umiddelbart fremstår, eftersom kun ét særligt groft tilfælde er konstateret strafforfulgt.

³⁶⁰ Jf. Agnes van der Heide m.fl., *End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study*, The Lancet (2003), s. 349.

³⁶¹ Jf. Heide m.fl. (2003), s. 348, tabel 4.

³⁶² Jf. klage- og erstatningsadgangsloven § 3 og autorisationslovens § 10, stk. 1.

4. Dødshjælp i fremmed ret

4.1. Indledende bemærkninger

Spørgsmålet er herefter, hvordan dette lovlige område for dødshjælp er blevet udvidet i ”en række af de lande, som [...] Danmark normalt sammenligner [sig] med”.³⁶³ Undersøgelsen retter sig derfor mod den i dansk ret *ulovlige* dødshjælp, jf. afsnit 3.1.³⁶⁴

En gennemgang heraf tjener som lovteknisk inspiration for en mulig legalisering i dansk ret, og illustrerer ved eksempler, hvilke krav en given legalisering skal overholde for at være i overensstemmelse med EMRK, som endelig konkretiseres i afsnit 4.5.

På nuværende tidspunkt er dødshjælp lovligt i 28 lande eller stater, hvoraf 15³⁶⁵ har legaliseret middelbar dødshjælp, mens 13³⁶⁶ har legaliseret begge dele. Fremstillingen består dog hovedsageligt i en gennemgang af tre udvalgte lande som er geografisk tættest på Danmark: Nederlandene (afsnit 4.2), Belgien (4.3) og Tyskland (afsnit 4.4). De tre lande er tillige i al væsentlighed repræsentative for de øvrige landes legaliseringsform og -indhold, som det vil fremgå af gennemgangen nedenfor. Herudover vil det afslutningsvis konkretiseres, hvilke krav EMRK stiller til sådan en legalisering (afsnit 4.5).

Gennemgangen vil overvejende beskæftige sig med Nederlandene hvor dødshjælp har været legaliseret i mere eller mindre grad siden 1973. Dette valg skyldes navnlig *at* Nederlandene har størst erfaring med dødshjælp, *at* både middel- og umiddelbar dødshjælp er lovligt, *at* dødshjælpen udøves af læger *inden for sundhedsvæsenet*, og *at* systemet for dødshjælp er væsentligt bedre overvåget og kommenteret end i andre lande.

4.2. Nederlandene

³⁶³ Jf. arbejdsgruppens formulering i KBET nr. 1184 af 1989 kapitel 3, der forklarer deres valg af lande til sammenligning af retspolitiske overvejelser og lovforberedende arbejde i andre lande.

³⁶⁴ Jf. i samme retning Krüger (2022), s. 2.

³⁶⁵ Italien; Østrig; Schweiz; Tyskland og USA (Californien, Colorado, Hawaii, Maine, Montana, New Jersey, New Mexico, Oregon, Vermont, Washington, Washington DC).

³⁶⁶ Australien (New South Wales, Queensland, South Australia, Tasmania, Victoria, Western Australia); Belgien; Canada; Colombia; Luxembourg; Nederlandene; New Zealand og Spanien.

Henvendelse 77 - fortsat

Intro

Nederlandene har en lang historie med dødshjælp, der begynder ved de nederlandske domstoles retspraksis, som ”siden 1973 [har] udviklet sig i retning af [...] straffrihed for læger” med henvisning til ”nødretsgrundsætningen i den [nederlandske] straffelov”.³⁶⁷

Lovhjemmel

I dag reguleres dødshjælp ved lov, den såkaldte ”lov om afslutning af livet ved anmodning og assisteret selvmord (tilsynsprocedurer)”³⁶⁸ (herefter eutanasiloven), som trådte i kraft i 2002³⁶⁹.

Udgangspunktet i nederlandsk ret er, at dødshjælp fortsat er ulovlig efter straffeloven med en strafferamme på fængsel indtil 3 og 12 år for henholdsvis middel- og umiddelbar dødshjælp, der i formuleringen minder om den danske straffelovs §§ 239 og 240.³⁷⁰

Med eutanasilovens vedtagelse blev der imidlertid tilføjet en undtagelse til de relevante straffebestemmelser, hvorefter enhver ”læge”, der ”opfylder omhukriterierne³⁷¹ fastlagt i eutanasiloven” og tillige ”indberetter handlingen til [retslægen]”, lovligt kan udføre den ellers ulovlige dødshjælp.³⁷²

Dødshjælp er altså alene lovligt *inden for sundhedsvæsenet*, når lovfæstede *kriterier* og *fremgangsmåder* følges. Det er også vigtigt at understrege, at selvom kriterierne er opfyldt, så har nederlandske patienter *ikke ret* til dødshjælp og læger er hverken forpligtet til at udøve

³⁶⁷ Jf. KBET nr. 1184 af 1989, s. 68 f. Nødretsgrundsætningen er lovfæstet i den nederlandske straffelov art. 40. Se også RTE (2023), s. 8, H. Weyers, *Euthanasia: the Process of Legal Change in The Netherlands: The Making of Requirements of Careful Practice* i A. Klijn et al. (red.), *Regulating Physician-Negotiated Death*, Elsevier (2001), s. 1-27

³⁶⁸ Min oversættelse. På engelsk benævnes loven the Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act of 2001, jf. RTE (2023).

³⁶⁹ Jf. Regional Euthanasia Review Committees (“RTEs”), *Euthanasia Code 2022. Review Procedures in Practice* (2023), s. 7.

³⁷⁰ Jf. den nederlandske straffelovs art. 293 og 294, jf. RTE (2023), s. 74, som er gengivet som bilag i afsnit 8.3.

³⁷¹ Min oversættelse. På engelsk benævnes kriterierne som ”due care”-kriterier, men på tysk ”Sorgfaltkriterien”, jf. loven og RTE (2023) den engelske såvel som tyske version.

³⁷² Jf. den nederlandske straffelovs art. 293(2) og 294(2), jf. 293(2). Min oversættelse baseret på RTE (2023), sammenholdt med den tyske oversættelse.

Henvendelse 77 - fortsat

dødshjælp eller henvise patienter til en læge, der vil.³⁷³ Der gælder altså et *udvidet etisk forbehold* i forhold til det tilsvarende for behandlingsophør i Danmark.³⁷⁴

Kriterier

De ovennævnte omhukriterier er fastsat i eutanasilovens § 2, som fastlægger, at lægen skal:

- (a) sikre sig, at patientens begæring er ”frivillig og velovervejet”;
- (b) sikre sig, at patientens lidelse er ”ubærlig [... og] udsigtsløs”;
- (c) have informeret patienten om vedkommendes ”situation [... og] prognose”;
- (d) have konkluderet, ”i fællesskab med patienten”, at der ”ikke foreligger noget rimeligt alternativ”;
- (e) have konsulteret ”mindst én anden, uafhængig læge”, der skal se patienten og udfærdige en ”skriftlig erklæring” om, hvorvidt omsorgskriterierne (a)-(d) er opfyldt; og
- (f) have udført dødshjælpen lægefagligt tilfredsstillende.³⁷⁵

Hvad angår selve begæringen, så fremgår det af lovkommentaren, at denne *skal* fremsættes mundtligt af patienten selv og være både ”utvetydig og vedholdende”.³⁷⁶ Det følger af kravet om frivillighed, at begæringen skal være fremsat ”uden nogen utilbørlig påvirkning fra andre” (ekstern frivillighed) og at vedkommende er beslutningskompetent, og derfor kan varetage sine interesser: ”forstå relevant information omkring sin situation og prognose, overveje alternativer og vurdere konsekvenserne af sin beslutning” (intern frivillighed).³⁷⁷ Det følger af kravet om velovervejet, at begæringen skal være vedholdende og baseret på ”fyldestgørende information

³⁷³ Jf. RTE (2023), s. 10. Den gældende fagnorm tilsiger alene, at lægen gør patienten opmærksom på sin uvillighed tidligt i forløbet, så patienten kan opsøge en anden, jf. afgørelsen fra Haags Regionale Disciplinærnævn (”The Hague Regional Disciplinary Board”) af 19 juni 2012, jf. RTE (2023), note 5.

³⁷⁴ Jf. sundhedslovens § 24 a.

³⁷⁵ Min oversættelse af eutanasilovens § 2, stk. 1, (a)-(f), jf. RTE (2023), s. 68. Loven er vedhæftet som bilag i afsnit 8.1 nedenfor. Hvad særligt angår (f), så er den engelske oversættelse ”due medical care and attention”, mens den tyske oversættelse er ”medizinisch fachgerecht durchgeführt”.

³⁷⁶ Jf. RTE (2023), s. 18.

³⁷⁷ Jf. RTE (2023), s. 18 ff.

Henvendelse 77 - fortsat

og en klar forståelse af sygdommen”.³⁷⁸ Dette omhukriterium ligner altså i al væsentlighed det danske krav om informeret samtykke til behandlingsophør.³⁷⁹

Hvad angår patientens lidelse, så kræves det ikke, at vedkommende er uafvendeligt døende.³⁸⁰ Selve lidelsen skal have en ”medicinsk dimension”³⁸¹, hvilket grundlæggende betyder, at lidelsen skal ”skyldes én eller flere sundhedsfagligt anerkendte sygdomme eller tilstande.”³⁸² Dette efterlader et vidt anvendelsesområde, der bl.a. indbefatter både psykiske og fysiske symptomer³⁸³, aldersbetingede smerter eller funktionsnedsættelser og selve angsten for fremtidig helbredsforringelse ved f.eks. kræft, ALS, multipel sklerose, demens eller Parkinsons.³⁸⁴ Omvendt betyder det også, at dødshjælp *ikke* er muligt, når lidelsen er uden medicinsk relevans, som f.eks. livstræthed, hvor læger ”ikke har den nødvendige ekspertise til at vurdere sagen.”³⁸⁵ Det er endvidere klart, at det er en forudsætning for lidelse, at patienten ”er bevidst om sin lidelse”, hvorfor kriteriet f.eks. ikke vil være opfyldt ved varigt komatøse eller bevidstløse patienter, der ikke lider, uanset om der foreligger en forhåndstilkendegivelse herom.³⁸⁶

³⁷⁸ Jf. RTE (2023), s. 20 f. Det fremgår heraf, at tvivl er naturligt, når det drejer sig om ”så stor en beslutning som dødshjælp”, men at lægen skal være særligt opmærksom, når patienten udtrykker tvivl ved ”skiftevis at fremsætte og tilbagetrække begæring over en given tidsperiode”, jf. RTE (2023), s. 20.

³⁷⁹ Se gennemgangen heraf i afsnit 3.2.1 ovenfor.

³⁸⁰ Jf. udtrykkeligt RTE (2023), s. 10.

³⁸¹ Jf. RTE (2023), s. 22. Denne beskrivelse anvendes også i den tyske oversættelse: ”Eine medizinische Dimension”.

³⁸² Dette følger af den nederlandske højesterets Brongersma afgørelse fra 2002 (dom af 24. december 2002, LJN AE8772) jf. RTE (2023), s. 22.

³⁸³ Dette fulgte allerede af den nederlandske højesterets Chabot afgørelse fra 1994 (dom af 21. juni 1994, NJ 1994/656), jf. RTE (2023), s. 22. Det følger dog også af nævnte afgørelse, at læger ”skal udvise særlig påpasselighed når en dødshjælpsbegæring hovedsageligt skyldes en psykisk lidelse”, jf. RTE (2023), s. 22. Se nærmere om vurderingen ved psykiske lidelser i den særlige kommentar hertil, der bl.a. adresserer vanskelighederne i at vurdere beslutningskompetence, jf. RTE (2023), s. 45 ff.

³⁸⁴ Jf. RTE (2023), s. 21 ff. og den nederlandske højesterets Schoonheim afgørelse fra 1984, hvor det blev fastslået, at lidelse kan bestå i en frygt for ”fremadskridende forringelse af livskvaliteten eller udsigten til ikke længere af kunne dø med værdighed.”

³⁸⁵ Jf. RTE (2023), s. 22 og 57.

³⁸⁶ Jf. RTE (2023), s. 50 ff.

Henvendelse 77 - fortsat

Denne lidelse skal endvidere være *ubærlig* og *udsigtsløs*. Hvorvidt lidelsen er »ubærlig«, konstateres ved en subjektiv totalvurdering, der skal tage udgangspunkt i den konkrete patient og dennes historie, idet afgørelsen ultimativt »afhænger af den individuelle patients opfattelse» hvad der udgør ubærlig lidelse.³⁸⁷ Hvad angår »udsigtsløs«, så fremgår det af lovkommentaren, at en patient anses for at lide udsigtsløst, når lidelsens årsag »er uhelbredelig, og symptomerne ikke kan lindres i en grad, så lidelsen ikke længere er ubærlig.»³⁸⁸ Dette må konstateres ved en kombineret objektiv og subjektiv vurdering, hvor realistiske behandlingsalternativer sammenholdes med patientens opfattelse af sådanne alternativets rimelighed.³⁸⁹

Hvad angår lægens informerings af patienten, så følger kravene hertil allerede af kravene til begæringen ovenfor, idet lægen skal sikre sig, at patienten er blevet »fyldestgørende informeret» om sin situation, og at patienten »har forstået» samme information.³⁹⁰ Den skal således individualiseres på samme vis som ved informeret samtykke efter dansk ret.³⁹¹

Hvad dernæst angår omhukriteriet om intet rimeligt behandlingsalternativ, så er der tale om en kombineret objektiv og subjektiv vurdering med nær sammenhæng til ovennævnte vurdering af lidelsens.³⁹² Det fremgår dog direkte af eutanasiloven, at afgørelsen heraf skal træffes af lægen og patienten »i forening», hvorfor patientens mening »har en stor indflydelse»³⁹³. Det forudsættes af tilsynsrådene, at der foreligger et rimeligt alternativ, når: alternativet lindrer patientens ubærlige lidelse signifikant, har en positiv virkning inden for rimelig tid og »enhver ulempe opvejes af fordelene (virkning over for byrde)».³⁹⁴ Når den objektive vurdering forudsætter særlig ekspertise, skal lægen konsultere en relevant specialist.³⁹⁵ Hvis der lokaliseres et objektivt og subjektivt indikeret rimeligt alternativ, kan en beslutningskompetent patient, som altid, afvise behandlingstilbuddet, men det vil samtidig betyde, at dødshjælp

³⁸⁷ Jf. RTE (2023), s. 23.

³⁸⁸ Jf. RTE (2023), s. 23.

³⁸⁹ Jf. RTE (2023), s. 23.

³⁹⁰ Jf. RTE (2023), s. 24. Det indebærer bl.a. information om sygdommen, diagnosen, prognosen og behandlingsmuligheder.

³⁹¹ Se gennemgangen heraf i afsnit 3.2.1 ovenfor.

³⁹² Jf. RTE (2023), s. 23 og 25 ff.

³⁹³ Jf. RTE (2023), s. 26.

³⁹⁴ Jf. RTE (2023), s. 25 f.

³⁹⁵ Jf. RTE (2023), s. 25.

Henvendelse 77 - fortsat

sandsynligvis er udelukket indtil alternativet bortfalder.³⁹⁶ Der er således grænser for patientens indflydelse på vurderingen af rimelige behandlingsalternativer. Visse ”invasive og langvarige indgreb med begrænsede resultater” vil almindeligvis ikke anses for rimelige alternativer, men det samme kan være tilfældet for palliativ behandling, når patienten f.eks. ”ikke ønsker at være døsig [...] eller miste bevidstheden”.³⁹⁷

Hvad angår omhukriteriet om en uafhængig lægevurdering, så kræves det, at lægen konsulterer mindst én anden, uafhængig læge, der *skal* ”tilse patienten og vurdere, om de lovsatte omhukriterier (a) til (d) [...] som gennemgået ovenfor] er opfyldt.”³⁹⁸

Kravet om uafhængighed gælder for relationen til *både* den dødshjælpsansvarlige og patienten, og vurderingen heraf er i al væsentlighed identisk med vurderingen efter de danske inhabilitetsregler. Det betyder f.eks., *at* den uafhængige læge ikke må have tilset patienten i den nærmeste fortid, *at* ingen af de tre står i f.eks. personlige, organisatoriske, hierarkiske eller finansielle forhold til hinanden og *at* den uafhængige læge også *fremstår* uafhængig³⁹⁹.⁴⁰⁰ ”I langt størstedelen af sagerne” er det en særligt til formålet videreuddannet »SCEN«⁴⁰¹ læge, der foretager en uafhængig ekspertvurdering heraf.⁴⁰² Disse SCEN-læger står i øvrigt til rådighed for spørgsmål igennem hele processen.⁴⁰³

³⁹⁶ Jf. RTE (2023), s. 26.

³⁹⁷ Jf. RTE (2023), s. 26.

³⁹⁸ Jf. RTE (2023), s. 27.

³⁹⁹ Det betyder f.eks., at ovennævnte rådgivning fra en SCEN-læge kan diskvalificere vedkommende fra at foretage den senere, uafhængige vurdering.

⁴⁰⁰ Jf. RTE (2023), s. 29 f.

⁴⁰¹ SCEN står for ”Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland”, som kan oversættes til ’understøttelse og konsultation ved dødshjælp i Nederlandene’, jf. RTE (2023), tysk version, s. 29. SCEN-læger er blevet særligt trænet til formålet af den nederlandske lægeforening (KNMG), der overser SCEN-organisationen. SCEN-læger er organiseret i regionale afdelinger, og formålet med organisationen er bl.a. ”at garantere kvalitet gennem peer-tilsyn”, jf. RTE (2023), s. 28. KNMG har udgivet en vejledning for nævnte SCEN-læger i 2011, som kan hentes her: www.scen.nl.

⁴⁰² Jf. RTE (2023), s. 28.

⁴⁰³ Jf. RTE (2023), s. 28.

Henvendelse 77 - fortsat

Konklusionen på denne undersøgelse videregives den dødshjælpsansvarlige læge ”i en skriftlig rapport.”⁴⁰⁴ Foruden at tjene kontrolmæssige hensyn, som gennemgås nedenfor, så hjælper denne rapport den dødshjælpsansvarlige læge med at afgøre, om omhukriterierne er opfyldt, inden vedkommende beslutter sig for at imødekomme eller afvise begæringen.⁴⁰⁵ En imødekommelse er ikke betinget af enighed mellem lægerne, men den dødshjælpsansvarlige vil i fravær heraf skulle ”tilvejebringe tilstrækkelige grunde for sin beslutning”.⁴⁰⁶

Hvad endelig angår omhukriterium (f) om lægefagligt tilfredsstillende udførelse af selve dødshjælpen, så fremgår det af lovkommentaren, at der er tale om en retlig standard, som vurderes med udgangspunkt i lægeforeningens faglige retningslinjer for dødshjælp, som bl.a. oplyser anbefalede medikamenter, doser og fremgangsmåde.⁴⁰⁷ Lægen skal derfor notere alle beslutninger og trin i dødshjælpens udførelse.

Hvem

Hvad angår spørgsmålet om *hvem*, der kan modtage dødshjælp, kan det indledningsvist konstateres, at nationalitet ikke er et kriterium i eutanasiloven. Som den nederlandske regering har påpeget, er det ”en kompleks og multifacetteret” vurdering, om omhukriterierne er opfyldt, hvilket bl.a. kræver kendskab til patientens sygehistorie.⁴⁰⁸ Det er ifølge regeringen ”op til [den enkelte] læge at vurdere, om dette er muligt, [...når patienten] ikke bor i Nederlandene og kun lige er ankommet hertil.”⁴⁰⁹ Det kan vist formuleres sådan, at selvom det *de jure* er muligt, er det *de facto* meget besværligt at modtage dødshjælp som udlænding i Nederlandene.

⁴⁰⁴ Jf. RTE (2023), s. 27.

⁴⁰⁵ Jf. RTE (2023), s. 27,

⁴⁰⁶ Jf. RTE (2023), s. 29. Det er den dødshjælpsansvarlige læges ansvar at sikre, at den uafhængige læges rapport ”er af den nødvendige kvalitet”, jf. *ibid*.

⁴⁰⁷ Jf. RTE (2023), s. 16 og 34 ff. Det drejer sig om den kongelige nederlandske lægeforening (KNMG) henholdsvis farmaceutforenings (KNMP) retningslinjer for udførelse af eutanasi, som foreligger offentligt tilgængeligt i en engelsk udgave: KNMG/KNMP, *Guidelines for the Practice of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide* (2021).

⁴⁰⁸ Jf. Government of Netherlands: *Is euthanasia allowed?* (2023): <https://www.government.nl/topics/euthanasia/is-euthanasia-allowed> (tilgået 1. april 2023)

⁴⁰⁹ Jf. Government of Netherlands: *Is euthanasia allowed?* (2023): <https://www.government.nl/topics/euthanasia/is-euthanasia-allowed> (tilgået 1. april 2023)

Henvendelse 77 - fortsat

Eftersom en inhabil patient ikke er beslutningskompetent, så kan denne patientgruppe ikke modtage dødshjælp, medmindre der foreligger en retsgyldig forhåndstilkendegivelse herom, der blev udfærdiget inden inhabiliteten indtrådte.⁴¹⁰ En forhåndstilkendegivelse om et ønske om dødshjælp kan således have ”samme status som en mundtlig begæring” herom.⁴¹¹

Hvad angår mindreårige, så sonderer eutanasiloven mellem to aldersgrupper: 12 til 16 og 16 til 17-årige. Førstnævnte patientgruppe kan alene modtage dødshjælp, når forældremyndighedsindehavere(n) eller værgeren samtykker, mens de blot skal inddrages i beslutningsprocessen for sidstnævnte patientgruppe.⁴¹² Mindreårige modtager dog sjældent dødshjælp: Fra 2002 til 2017 var der ”alene 8 indberetninger” til RTE herom.⁴¹³

Øvrige ”udsatte” patienter som personer med psykiske lidelser, demens eller udviklingshæmning kan som udgangspunkt godt modtage dødshjælp. Det kræver imidlertid, *dels* at lægen ”udvise[r] særlig påpasselighed” i forhold til kriteriernes opfyldelse, og *dels* at sådanne patienter tilses af en tredje uafhængig læge med speciale i henholdsvis psykiatri, demens eller udviklingshæmning.⁴¹⁴

Kontrol

Selve processen for dødshjælp – fra begæring til afsluttende kontrol – er beskrevet i punktform i bilagsafsnit 8.1, men det afgørende for nærværende gennemgang er, at sagen afslutningsvist oversendes til et af de regionale tilsynsråd.

⁴¹⁰ Jf. eutanasilovens § 2, stk. 2, jf. § 2, stk. 1, litra a og RTE (2023), s. 18 f. og 38 ff.

⁴¹¹ RTE (2023), s. 38 ff. Dette blev bekræftet af den nederlandske højesteret i 2020, jf. Den nederlandske højesterets Heringa afgørelse fra 2020 (dom af 21. april 2020, 19/04910 CW).

⁴¹² Jf. eutanasilovens § 2, stk. 3 og 4.

⁴¹³ Jf. RTE, *Euthanasia Code 2018. Review Procedures in Practice* (2018), s. 42.

⁴¹⁴ Jf. RTE (2023), s. 22, 42 ff. og 47 ff. og den nederlandske højesterets Chabot afgørelse fra 1994 (dom af 21. juni 1994, NJ 1994/656).

Henvendelse 77 - fortsat

Tilsynsrådet foretager herefter en *omfattende* og *tværfaglig* kontrol af dødshjælpens lovlighed.⁴¹⁵ Tværfagligheden sikres derved, at rådene sammensættes af én juridisk ekspert, én læge og én ”ekspert i etiske eller moralske spørgsmål”.⁴¹⁶

Det faktiske grundlag for kontrollen er primært lægens egen begrundede rapport for omhukriteriernes opfyldelse, som fremgår af bilagsafsnit 8.6, sammenholdt med de(n) uafhængige læge(s) rapport(er) herom.⁴¹⁷ Tilsynsrådene er dog også bemyndigede til at afkræve supplerende oplysninger fra både lægen, retslægen, den konsulterede og uafhængige læge samt eventuelt plejepersonale, når det er ”nødvendigt” for vurderingen af lægens adfærd.⁴¹⁸

Som det fremgår af RTEs seneste lovkommentar, så er ca. 95% af sagerne ”ligetil”, 5% ”ikke ligetil”, men det er kun under 1% af sagerne, der ikke kan afgøres på et enkelt fysisk møde, fordi de kræver yderligere sagsoplysning.⁴¹⁹ Uanset endelig afgørelse, så offentliggør RTE alle sager på deres hjemmeside, som vurderes ”ikke ligetil”. Et visuelt overblik (rutediagram) over disse kontrolprocesser findes i bilagsafsnit 8.10.

Hvis tilsynsrådet vurderer, at omhukriterierne ikke er opfyldt, så informeres anklagemyndigheden og Sundhestilsynet herom. Hvis anklagemyndigheden anmoder herom, er tilsynsrådet i så fald retligt forpligtet til at overdrage al ovennævnte information.⁴²⁰

4.3. Belgien

⁴¹⁵ Den retlige kontrol tager afsæt i eutanasiloven med forarbejder, relevant retspraksis, tidligere afgørelser fra tilsynsrådene og efter omstændighederne øvrig administrative vejledninger eller afgørelser, jf. RTE (2023), s. 10 ff.

⁴¹⁶ Jf. eutanasilovens § 3, stk. 2 og § 4.

⁴¹⁷ Dertil kommer en erklæring fra lægen til retslægen og en erklæring fra retslægen til tilsynsrådet, jf. bilagsafsnittene 8.7 og 8.8.

⁴¹⁸ Jf. eutanasilovens § 8.

⁴¹⁹ Jf. RTE (2023), s. 13 f.

⁴²⁰ Jf. eutanasilovens § 10, nr. 1. Det gælder også for straffesagers efterforskning i øvrigt, jf. samme, nr. 2.

Henvendelse 77 - fortsat

Intro

Mens den nederlandske lov er kulminationen på mere end et kvart århundredes retspraksis og samspil mellem læger, ”patientorganisationer, anklagemyndigheden, interesseorganisationer m.v.”⁴²¹, så var der ingen praksis for dødshjælp i Belgien, inden den nugældende eutanasilov⁴²² blev vedtaget i 2002.⁴²³ Lovens formål var altså bl.a. at ”ændre lægernes adfærd”.⁴²⁴

Lovhjemmel

Udgangspunktet i belgisk ret er også anderledes til det nederlandske i den forstand, at den belgiske straffelov⁴²⁵ i modsætning til både den danske og nederlandske ikke udtrykkeligt forbyder hverken middel- eller umiddelbar dødshjælp.⁴²⁶

Umiddelbar dødshjælp vil være ulovligt efter forskellige bestemmelser om ”mord, drab eller forgiftning”⁴²⁷, mens middelbar dødshjælp ”ikke er udtrykkeligt forbudt”⁴²⁸. Med den belgiske eutanasilovs vedtagelse er umiddelbar dødshjælp (’eutanas’) imidlertid lovligt, når en læge sikrer sig, at betingelserne og procedurerne herfor i loven er opfyldt, jf. lovens §§ 3 og 4.⁴²⁹ Disse krav er bl.a., at patienten er habil (uden alderskrav), at begæring er ”frivillig og velovervejet”, at patientens tilstand er ”udsigtsløs”, at patientens fysiske eller psykiske lidelse ”ikke kan lindres” og er både ”konstant og ubærlig” og at den skyldes en ”seriøs og uhelbredelig tilstand.”⁴³⁰ Som i Nederlandene konsulterer lægen mindst én anden uafhængig

⁴²¹ Jf. M. Adams og H. Nys, *Comparative Reflections on the Belgian Euthanasia Act 2002*, Medical Law Review (2003), s. 354. For uddybende se Weyers (2001), s. 1 ff.

⁴²² Loi Relative à L’Euthanasie 28 Mai 2002, som senest ændret ved Loi du 18 Mai 2022 publiée le 30 Mai 2022. Den foreligger i en (uofficiel) engelsk oversættelse i D. A. Jones et al., *Euthanasia and Assisted Suicide: Lessons from Belgium*, Cambridge University Press (2017), s. 305 ff., der er ajourført med ændringer indtil 2017.

⁴²³ Jf. Adams og Nys (2003), s. 353 ff. Belgien er således heller ikke nævnt i gennemgangen af ”lovforberedende arbejde [m.v.] i andre lande” i KBET nr. 1184 af 1989, s. 61 ff.

⁴²⁴ Jf. Adams og Nys (2003), s. 354.

⁴²⁵ Code Pénal Belgique 8 Juin 1867.

⁴²⁶ Jf. Adams og Nys (2003), s. 359 og H. Nys, *A Discussion of the Legal Rules on Euthanasia in Belgium Briefly Compared with the Rules in Luxembourg and the Netherlands*, D. A. Jones et al., *Euthanasia and Assisted Suicide: Lessons from Belgium*, Cambridge University Press (2017), s. 10.

⁴²⁷ Jf. Adams og Nys (2003), s. 359. Se f.eks. §§ 393 ff. i den belgiske straffelov.

⁴²⁸ Jf. Nys (2017), s. 10.

⁴²⁹ Jf. den belgiske eutanasilovs §§ 3, stk 1 og 4, stk. 2. Se også Nys (2017), s. 11 ff.

⁴³⁰ Jf. den belgiske eutanasilovs § 3, stk. 1, jf. den engelske oversættelse i Jones (2017), s. 305. Min oversættelse.

Henvendelse 77 - fortsat

læge⁴³¹ ligesom et særligt nedsat nationalt kontrol- og tilsynsråd ("CFCEE")⁴³² vurderer, *a priori*, om kravene er opfyldt på grundlag af en udfyldt rapport herom fra lægen.⁴³³ Når dette ikke er tilfældet, overdrages sagen til anklagemyndigheden.⁴³⁴ Loven omfatter ikke udtrykkeligt middelbar dødshjælp, men CFCEE betragter alligevel sådan dødshjælp som 'eutanasi' i lovens forstand.⁴³⁵

Sammenfatning

Dødshjælp er altså alene lovligt⁴³⁶ *inden for sundhedsvæsenet*, når lovfæstede kriterier og fremgangsmåder følges. Det er også vigtigt at understrege, at selvom kriterierne er opfyldt, så har nederlandske patienter *ikke ret* til dødshjælp og læger er ikke forpligtede til at udøve dødshjælp.⁴³⁷ Lægen kan altså altid tage et *etisk forbehold*, men er i så fald, i modsætning til i Nederlandene, retligt forpligtet til bl.a. at give besked herom "i rimelig tid og senest inden for syv dage fra begæringens fremsættelse", viderehenvise patienten til en af denne anvist læge og formidle kontakt til et "center eller forening, der specialiserer sig i retten til dødshjælp."⁴³⁸

Belgien vil formentlig snart ændre loven som følge af Den Europæiske Menneskerettighedsdomstols ("EMD") kritik om at en læge potentielt kan deltage i vurderingen af sin egen sag, uden at erklære sig eller blive erklæret inhabil.⁴³⁹

⁴³¹ Jf. den belgiske eutanasilovs § 3, stk. 2, nr. 3.

⁴³² 'Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie' ("CFCEE"), som oversættes til Federal Commission for the Control and Evaluation of Euthanasia på engelsk. Dette råd nedsættes i henhold til den belgiske eutanasilovs § 6.

⁴³³ Jf. den belgiske eutanasilovs § 8, afsnit 1, jf. §§ 5 og 7.

⁴³⁴ Jf. den belgiske eutanasilovs § 8, afsnit 3.

⁴³⁵ Jf. CFCEE, *Premier rapport aux chambres législatives* (2004), s. 24 og Nys (2017), s. 10.

⁴³⁶ Der er ikke blot tale om straffrihed, men egentlig lovliggørelse, jf. "does not commit an offence if [...]", jf. den belgiske eutanasilovs §§ 3, stk. 1 og 4, stk. 2, jf. den engelske oversættelse i Jones (2017), s. 305 og 309.

⁴³⁷ Jf. den belgiske eutanasilovs § 14,

⁴³⁸ Jf. den belgiske eutanasilovs §§ 14, afsnit 5 og 6, som vedtaget ved lovændringen af 15. marts 2020. Min oversættelse ved hjælp af Google Translate.

⁴³⁹ Jf. pressemeddelelsen fra CFCEE af 14. oktober 2022, jf. EMD, *Mortier v. Belgium*, Dom af 4. oktober 2022, nr. 78017/17, §§ 177 f.

Lignende udvikling

Lignende udvikling er fundet sted i Luxembourg, hvor lægelig middel- og umiddelbar dødshjælp ligeledes er lovliggjort, når i al væsentlighed tilsvarende kriterier er opfyldt.⁴⁴⁰ Det samme gælder Spanien, der imidlertid tillige har indføjet en *venteperiode* og erstattet den efterfølgende kontrol med et krav om *forudgående godkendelse* fra et interdisciplinært råd.⁴⁴¹

Uden for Europa er lignende udvikling fundet sted i Australien⁴⁴² og New Zealand⁴⁴³, hvoraf sidstnævntes lov herom imidlertid først trådte i kraft, efter en folkeafstemning bekræftede befolkningens opbakning hertil.⁴⁴⁴ Det samme gør sig gældende for middelbar dødshjælp i udvalgte amerikanske stater.⁴⁴⁵

4.4. Tyskland

⁴⁴⁰ Jf. Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, som kommenteret i Ministère de la Santé et Ministère de la Sécurité sociale, *Euthanasia and assisted suicide Law of 16 March 2009* (2010). Se også Luxembourgs informationsportal for offentlige services herom (på engelsk): Guichet: *Information on requesting euthanasia or assisted suicide* (2017): <https://guichet.public.lu/en/citoyens/famille/euthanasie-soins-palliatifs/fin-de-vie/euthanasie-assistance-suicide.html#bloub-1> (tilgået 1. april 2023)

⁴⁴¹ Jf. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, jf. Krüger (2022), s. 22 f.

⁴⁴² Alle australske stater har vedtaget lovgivning, der legaliserer lægelig middel- og umiddelbar dødshjælp, jf. henholdsvis Voluntary Assisted Dying Act no. 27 of 2019 (Western Australia); End-of-Life Choices (Voluntary Assisted Dying) Act 2021 (Tasmania); Voluntary Assisted Dying Act 2021 (Queensland); The Voluntary Assisted Dying Act 2021 (South Australia); Voluntary Assisted Dying Act 2022 No 17 (New South Wales); Voluntary Assisted Dying Act 2017 no. 61 (Victoria); og Rights of the Terminally Ill Act 1995 (Northern Territory), der imidlertid blev annulleret på føderalt niveau i 1997.

⁴⁴³ Jf. End of Life Choice Act 2019, no. 67

⁴⁴⁴ Jf. End of Life Choice Act 2019, no. 67 og resultaterne fra folkeafstemningen, jf. Electoral commission: *REFERENDUM RESULTS* (2020): https://www.electionresults.govt.nz/electionresults_2020/referendums-results.html (tilgået 1. april 2023).

⁴⁴⁵ Jf. End of Life Options Act 2016 (Colorado); Death with Dignity Act 1994 (Oregon); End of Life Option Act 2015 (California); End of Life Options Act 2021 (New Mexico); Our Care, Our Choice Act 2019 (Hawaii); Aid in Dying for the Terminally Ill Act 2019 (New Jersey) og Death with Dignity Act 2017 (Washington DC).

Henvendelse 77 - fortsat

Intro

Som følge af reglerne om medvirken i tysk strafferet, har middelbar dødshjælp ikke været ulovligt siden straffelovens ("StGB")⁴⁴⁶ vedtagelse i 1871.⁴⁴⁷ Umiddelbar dødshjælp har omvendt været ulovligt i samme periode, jf. StGB § 216.

Lovhjemmel

Det straffri område for middelbar dødshjælp har imidlertid været uklart som følge af bl.a. en udvidet fortolkning af hjælpepligten⁴⁴⁸ og en kriminalisering i 2015 af professionaliseret (lægefaglig) hjælp til selvmord med StGB § 217.⁴⁴⁹

Sidstnævnte kriminalisering blev imidlertid underkendt i en afgørelse fra den tyske forfatningsdomstol ("BVerfG")⁴⁵⁰ i 2020.⁴⁵¹ Domstolen erklærede bestemmelsen forfatningsstridig og dermed ugyldig⁴⁵², idet den bl.a. krænkede "retten til en selvbestemt død"⁴⁵³, som "garanterer retten til at vælge [...] at begå selvmord efter en informeret og bevidst beslutning herom og at modtage hjælp hertil fra udenforstående."⁴⁵⁴ Straffebestemmelsen gjorde således denne forfatningssikrede ret illusorisk.

Domstolen bemærkede afslutningsvis, at det står "lovgiver frit at udvikle et system af sikkerhedsgarantier", så længe individet stadig i praksis "kan udøve deres forfatningsretlige

⁴⁴⁶ Das Strafgesetzbuch.

⁴⁴⁷ Jf. Krüger (2022), s. 16, Greve (1974), s. 386 og Gam (1982), s. 62.

⁴⁴⁸ Jf. Krüger (2022), s. 16.

⁴⁴⁹ Bestemmelsen blev indført i StGB ved Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung af 3. december 2015 (BGBl. S. 2177 ("Lov om kriminalisering af erhvervsmæssig fremme af selvmord", min oversættelse).

⁴⁵⁰ Bundesverfassungsgericht.

⁴⁵¹ Jf. BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020, - 2 BvR 2347/15 -, Rn. 1-343 ("2 BvR 2347/15"). Dommen er offentligt tilgængelig på forfatningsdomstolens hjemmeside, bl.a. i en forkortet engelsk oversættelse: https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/EN/2020/02/rs20200226_2bvr234715en.html (tilgået 9. marts 2023).

⁴⁵² Jf. 2 BvR 2347/15, § 334 ff., navnlig § 337.

⁴⁵³ Som fulgte af den tyske forfatnings art. 2(1) sammenholdt med 1(1), jf. 2 BvR 2347/15, § 202.

⁴⁵⁴ Jf. 2 BvR 2347/15, § 203. Det er dog vigtigt at understrege, at denne ret ikke medfører et korrelerende "krav på andres medvirken i ens selvmordsplan", idet "ingen kan nogensinde blive forpligtet til at medvirke til en andens selvmord.", jf. 2 BvR 2347/15, henholdsvis §§ 289 og 342.

Henvendelse 77 - fortsat

beskyttede rettighed til at forlade dette liv [...] med hjælp fra andre.”⁴⁵⁵ Den Tyske Forbundsrag har endnu ikke vedtaget nogen lovgivning herom, men der er lige nu tre forskellige lovforslag under behandling.⁴⁵⁶ Ovennævnte dom har ligeledes ledt til akademiske diskussion af forbuddet mod umiddelbar dødshjælps mulige forfatningsstridighed.⁴⁵⁷

Sammenfatning

Middelbar dødshjælp er altså lovligt både *inden for* og *uden for* sundhedsvæsenet, når individet har foretaget en vedholdende, ”selvstændig og frivillig” beslutning herom, hvilket bl.a. forudsætter beslutningskompetence, fravær af ydre påvirkning og fyldestgørende information.⁴⁵⁸ Den skal altså leve op til ”standarderne for samtykke til behandling”.⁴⁵⁹ Læger vil desuden altid kunne tage et etisk forbehold, idet ingen kan forpligtes ”til at medvirke”.⁴⁶⁰

Lignende udvikling

Lignende udvikling er fundet sted i Italien og Østrig, hvor landenes forfatningsdomstole erklærede straffelovens forbud mod middelbar dødshjælp delvist forfatningsstridige.⁴⁶¹ I Italien er lovgivning på vej, mens Østrig allerede har lovsat- og -reguleret adgangen til middelbar dødshjælp.⁴⁶² I Schweiz er middelbar dødshjælp ikke ulovligt, når det ikke sker i

⁴⁵⁵ Jf. 2 BvR 2347/15 §§ 341 og 342.

⁴⁵⁶ Jf. Gesetzentwurf der Castellucci et. al, Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung, v. 07.03.2022, BT-Drs. 20/904; Gesetzentwurf der Künast et. al, Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze, v. 17.06.2022, BT-Drs. 20/2293; og Gesetzentwurf der Helling-Plahr et. al, Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe v. 21.06.2022, BT-Drs. 20/2332.

⁴⁵⁷ Jf. Krüger (2022), s. 16, der henviser til Leitmeier, *Ist § 216 StGB verfassungsrechtlich noch haltbar?*, Neue Zeitschrift für Strafrecht (2020), s. 508-514.

⁴⁵⁸ Jf. 2 BvR 2347/15, §§ 240 ff.

⁴⁵⁹ Jf. 2 BvR 2347/15, § 242.

⁴⁶⁰ Jf. 2 BvR 2347/15, § 342.

⁴⁶¹ Jf. henholdsvis Corte costituzionale, ordinanza No. 207/2018 e sentenza 242/2019 og Verfassungsgerichtshof, G 139/2019-71, 11. Dezember 2020. Se nærmere herom i P. Delbon et al, *Medically assisted suicide in Italy: the recent judgment of the Constitutional Court*, Clinica Terapeutica (2021), s. 193 ff. og F. Turolto, *Aiding and Abetting Suicide: The Current Debate in Italy*, Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics (2021), s. 123 ff.

⁴⁶² Jf. Sterbeverfügungsgesetz sowie Änderung des Suchtmittelgesetzes und des Strafgesetzbuches am 31. Dezember 2021, BGBl. I, 242/2021. Se for Italiens vedkommende: <https://www.euronews.com/2022/03/11/mps-in-italy-back-a-new-law-that-would-legalise-a-form-of-euthanasia> (tilgået den 15. marts 2023).

Henvendelse 77 - fortsat

medvirkerens "egeninteresse", og landets højesteret har konkluderet, at modellen, hvorefter lægeforeningernes retningslinjer *de facto* regulerer adgangen, er forfatningsmæssig.⁴⁶³

Uden for Europa er lignende udvikling fundet sted i Canada, der begyndte i 2015, da landets højesteret erklærede straffelovens forbud mod lægelig dødshjælp for delvist forfatningsstridigt.⁴⁶⁴ Dette har kulmineret i en lov, der lovliggør lægelig middelbar- og umiddelbar dødshjælp.⁴⁶⁵

4.5. EMRK

EMRK, der gælder i Danmark⁴⁶⁶, værner om retten til liv (art. 2) og retten til privatliv (art. 8), men indeholder ingen ret til at dø.⁴⁶⁷

Ikke desto mindre har der udviklet sig en omfattende retspraksis ved EMD om netop individers selvbestemmelse over livets ophør med udgangspunkt i førnævnte art. 2 og 8.⁴⁶⁸ Heraf kan helt generelt udledes, at medlemsstaterne har en "bred skønsmargin", når klagesagen angår et etisk kontroversielt emne som dødshjælp⁴⁶⁹.⁴⁷⁰

⁴⁶³ Jf. BGer 2A.48/2006/2A.66/2006, 3 November 2006 and BGer 2C_9/2010 v. 12 April 2010. Den lovlige middelbar dødshjælp fremgår forudsætningsvist af Schweiz' straffelov, jf. Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937, art. 115. Se nærmere herom Krüger (2022), s. 18 ff.

⁴⁶⁴ Jf. Carter v. Canada (Attorney General), 2015 SCC 5, [2015] 1 S.C.R. 331, §§ 126 f. Denne udvikling gentog sig i 2019 for så vidt angår den daværende lov om dødshjælp, jf. Truchon c. Procureur général du Canada, 2019 QCCS 3792.

⁴⁶⁵ Jf. Bill C-7 of 17 March 2021, Second Session, Forty-third Parliament, 69-70 Elizabeth II, 2020-2021. Se nærmere herom: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/medical-assistance-dying.html> (tilgået 16. marts 2023)

⁴⁶⁶ Jf. Lovbekendtgørelse nr. 138 af 2022 om lov om Den Europæiske Menneskerettighedskonvention § 1.

⁴⁶⁷ Jf. f.eks. EMD, *Pretty v. United Kingdom*, dom af 29. april 2002, nr. 2346/02, §§ 39 ff. Bekræftet i EMD, *Lings v. Denmark*, dom af 12. april 2022, nr. 15136/20, § 52 og EMD, *Mortier v. Belgium*, dom af 4. oktober 2022, nr. 78017/17, § 138.

⁴⁶⁸ Jf. f.eks. overblikket i EMD, *Factsheet: End of life and the European Convention on Human Rights*, EMDs Press Unit (2022).

⁴⁶⁹ Jf. f.eks. EMD, *Haas v. Switzerland*, dom af 20. januar 2011, nr. 31322/07, § 55.

⁴⁷⁰ Jf. T. K. Hervey og J. V. McHale, *European Union Health Law: Themes and Implications*, Cambridge University Press (2015), s. 164. Se til eksempel EMD, *Pretty v. United Kingdom*, dom af 29. april 2002, nr. 2346/02, §§ 70 ff.; EMD, *Haas v. Switzerland*, dom af 20. januar 2011, nr. 31322/07, §§ 53 ff., navnlig 55; EMD, *Koch v. Germany*, dom af 19. juli 2012, nr. 497/09, § 70; EMD, *Lambert and others v. France*, dom af 5. juni

Henvendelse 77 - fortsat

Eftersom formålet med denne fremmedretlige undersøgelse er at afsøge muligheden for en legalisering af dødshjælp, så er det imidlertid ikke interessant at undersøge EMDs retspraksis for så vidt angår medlemsstater, der *ikke* har legaliseret dødshjælp.

Spørgsmålet er således i stedet, hvilke menneskeretlige krav EMD stiller til lande, der *har* legaliseret dødshjælp i én eller anden form. Den første og eneste sag om *umiddelbar* dødshjælp er *Mortier v. Belgium* (2022), mens den første og 'eneste'⁴⁷¹ sag om *middelbar* dødshjælp er *Haas v. Switzerland* (2011). Som gennemgået ovenfor er dødshjælp alene lovligt *inden for sundhedsvæsenet* i Belgien, hvilket ikke er tilfældet i Schweiz, hvorfor det navnlig er førstnævnte, der påkalder sig særlig opmærksomhed.

Førstnævnte sag angik dødshjælp udøvet til klagers mor, der modtog dødshjælp som 64-årig på grund af uhelbredelig depression og personlighedsforstyrrelse i omkring 40 år.⁴⁷² Eftersom dette var den første sag, hvor EMD skulle vurdere udført dødshjælps overensstemmelse med EMRK, fandt EMD det nødvendigt indledningsvist at ”klarlægge karakteren og omfanget af en medlemsstats forpligtelser under [EMRK] art. 2 i denne henseende.”⁴⁷³

Herom bemærkede domstolen, at selvom der *ikke* kan udledes en ret til at dø fra EMRK art. 2, så skal retten til liv *ikke* fortolkes således, at den i sig selv forbyder legalisering af dødshjælp.⁴⁷⁴

Såfremt dødshjælp legaliseres, så *skal* medlemsstaten imidlertid sikre sig, at der etableres ”passende og tilstrækkelige beskyttelsesforanstaltninger til at forhindre misbrug og dermed sikre respekten for retten til liv.”⁴⁷⁵ Fravær heraf vil konstituere et brud på EMRK art. 2.

2015, nr. 46043/14, §§ 144 ff.; EMD, *Lings v. Denmark*, dom af 12. april 2022, nr. 15136/20, §§ 58 ff. og EMD, *Mortier v. Belgium*, dom af 4. oktober 2022, nr. 78017/17, §§ 142 f.

⁴⁷¹ I en tidligere afgørelse havde EMD dømt Schweiz for en overtrædelse af EMRK art. 8 ved ikke at have klare retningslinjer for middelbar dødshjælp til individer, der ikke lider af en terminal sygdom, jf. EMD, *Goss v. Switzerland*, dom af 14. maj 2013, nr. 67810/10. Denne afgørelse blev imidlertid senere erklæret ugyldig, jf. EMD, *Goss v. Switzerland*, dom af 30. september 2014, nr. 67810/10.

⁴⁷² Jf. EMD, *Mortier v. Belgium*, §§ 4 ff.

⁴⁷³ Jf. idem § 115, min oversættelse.

⁴⁷⁴ Jf. idem § 138.

⁴⁷⁵ Jf. idem § 139, min oversættelse.

Henvendelse 77 - fortsat

Indholdet af disse beskyttelsesforanstaltninger informeres af en kommentar fra FN's Menneskerettighedskomité, om at dødshjælp kræver ”robuste juridiske og institutionelle beskyttelsesforanstaltninger for at sikre, at læger efterkommer deres patienters frie, informerede, eksplicitte og utvetydige beslutning, så patienter beskyttes mod pres og misbrug.”⁴⁷⁶

På trods af medlemsstaters brede skønsmargin for regulering af dødshjælp, så fandt domstolen alligevel, at den var kompetent til at vurdere det belgiske dødshjælpssystem overensstemmelse med EMRK art. 2.⁴⁷⁷

Denne vurdering er treleddet og går på:

- i) hvorvidt der eksisterer et regelsæt for procedurerne inden dødshjælpen, ”i national lov og retspraksis”, der overholder kravene i art. 2;
- ii) hvorvidt disse er overholdt i den konkrete sag og
- iii) hvorvidt efterfølgende kontrol sikrede garantiene påkrævet efter art. 2.⁴⁷⁸

Det første led er altså en *generel* undersøgelse af reguleringen af dødshjælp *inden* dennes udførelse, mens det andet led er en *konkret* undersøgelse af sagens overensstemmelse hermed. Det tredje led er omvendt en kombineret *generel* og *konkret* undersøgelse af medlemsstatens efterfølgende kontrol i almindelighed og sagen i særdeleshed.

I *Mortier v. Belgium* fandt EMD, at Belgien havde sikret passende og tilstrækkelige beskyttelsesforanstaltninger for procedurerne inden dødshjælpen, jf. EMRK art. 2. Det belgiske regelsæt sikrede således, at en begæring om dødshjælp var ”frivillig og velinformeret”, og at yderligere beskyttelsesforanstaltninger fandt anvendelse, når døden ikke var uafvendelig⁴⁷⁹. Dertil kom, at loven havde været prøvet af flere nationale domstole, der havde konkluderet, at

⁴⁷⁶ Jf. idem § 139, min oversættelse. Se FN's Menneskerettighedskomité, General Comment No. 36, Article 6: right to life, 124. samling (2019), s. 2.

⁴⁷⁷ Jf. idem, § 141.

⁴⁷⁸ Jf. idem, § 141.

⁴⁷⁹ Jf. “expected to occur in the short term”, jf. EMD, *Mortier v. Belgium*, Legal summary (2022), s. 3.

Henvendelse 77 - fortsat

den var i overensstemmelse med EMRK art. 2. EMD konkluderede ligedan, at disse var overholdt i den konkrete sag.

For så vidt angår den efterfølgende kontrol, så gjorde EMD det klart, at denne i almindelighed *materielt* skal være ”særdeles grundig for at overholde forpligtelserne i art. 2”, og at kontrolmyndigheden *personelt* skal ”garantere den [nødvendige] interdisciplinære viden og praksis” og ”garantere [medlemmernes] uafhængighed”.⁴⁸⁰ Dette syntes alt sammen *prima facie* at være opfyldt for Belgiens regelsæt, idet f.eks. de personelle krav opfyldtes ved at kontrolmyndigheden bestod af læger og jurister nomineret af en lovgivende forsamling. Til gengæld fandt domstolen, at selve procedurerne for den efterfølgende kontrol ikke indeholdt tilstrækkelige beskyttelsesforanstaltninger for at garantere uafhængighed. Anonymiteten ved indberetning af dødshjælpen betød således, at lægen potentielt kunne vurdere sin egen sag uden de øvrige medlemmers vished om inhabiliteten.⁴⁸¹

Domstolens afgørelse i *Mortier v. Belgium* kan læses som en uddybelse og udvidelse af de menneskeretlige implikationer for reguleret dødshjælp, som domstolen hentydede til i sin afgørelse i *Haas v. Switzerland* fra 2011. Heri understregedes det, at EMRK art. 2 i sådanne tilfælde forpligter medlemsstaterne til at etablere procedurer, som sikrer at et individ alene kan tage sit liv ”frivilligt og med fuld forståelse for konsekvenserne heraf.”⁴⁸² Dette indebærer, at reglerne herom værner borgerne mod misbrug og beskytter ”udsatte personer”^{483, 484}

Selvom ovennævnte to domme udgør den eneste retspraksis for lande, der har legaliseret dødshjælp, så kan det anføres, at også domstolens praksis om behandlingsophør og andre (i Danmark) lovlige former for dødshjælp er relevant, når den besvarer generelle spørgsmål om regulering af dødshjælp.⁴⁸⁵ Heraf kan det udledes fra *Lambert and Others v. France*, at det er afgørende efter EMRK art. 2, at enhver legalisering af dødshjælp skal være ”tilstrækkelig

⁴⁸⁰ Jf. f.eks. EMD, *Mortier v. Belgium*, §§ 171 ff.

⁴⁸¹ Jf. f.eks. EMD, *Mortier v. Belgium*, §§ 178 ff.

⁴⁸² Jf. *Haas v. Switzerland*, §§ 54 ff., navnlig 58.

⁴⁸³ Jf. *Haas* § 54.

⁴⁸⁴ Jf. *idem*, § 57.

⁴⁸⁵ Jf. domstolens egne henvisninger til tidligere praksis om (i Danmark) lovlig dødshjælp, jf. *Mortier v. Belgium*, §§ 118 ff.. Se også Sien Loos, *Assisted dying before the ECtHR: general rules for national regulations*, *Medical Law International* (2022), s. 109 ff.

åbenbar” til at sikre en præcis og detaljeret regulering af lægers beslutning om at tilbyde dødshjælp.⁴⁸⁶ Dette indebærer, at der f.eks. ikke må være tvivl om rækkevidden af anvendelsesområdet eller centrale begreber for selvsamme anvendelse.⁴⁸⁷ Dette anførtes også i den indledende dom fra Kammeret i sagen *Gross v. Switzerland*, der imidlertid blev erklæret ugyldig af Storkammeret i den senere endelige afgørelse.⁴⁸⁸

Sammenfatning

På dette grundlag kan det konstateres, at det følger af EMDs retspraksis, at medlemsstater kan legalisere dødshjælp i overensstemmelse med EMRK art. 2, når den nationale regulering heraf indeholder ”passende og tilstrækkelige” beskyttelsesforanstaltninger mod misbrug. Dette indebærer:

- at reguleringen utvetydigt og detaljeret fastlægger kravene til dødshjælp, herunder hvordan lægen vurderer deres opfyldelse;
- at reguleringen etablerer procedurer, der garanterer, at begæringen er udtrykkelig, frivillig og velinformeret;
- at reguleringen indeholder særlige beskyttelseskrav for udsatte eller afvendeligt døende patienter;
- at reguleringen fastsætter uafhængig og tværfaglig kontrol af den udførte dødshjælp.⁴⁸⁹

Domstolens treleddede vurdering heraf var (i hovedsagen) tilfredsstillende for den belgiske regulering af dødshjælp, som minder om det nederlandske system, om end den efterfølgende kontrol antageligvis er grundigere i Nederlandene, der heller ikke anonymiserer rapporterne, som EMD kritiserede i *Mortier v. Belgium*.⁴⁹⁰ Dertil kommer, at den tyske forfatningsdomstol egenhændigt grundigt prøvede og konkluderede, at en tysk afkriminalisering af uegennyttig

⁴⁸⁶ Jf. *Lambert*, § 160.

⁴⁸⁷ Jf. *Lambert*, §§ 152 ff.

⁴⁸⁸ Jf. EMD, *Gross v. Switzerland*, dom fra Kammeret af 14. maj 2013, nr. 67810/10, §§ 65 ff., navnlig 69 og EMD, *Gross v. Switzerland*, dom fra Storkammeret af 30. september 2014, nr. 67810/10, § 37.

⁴⁸⁹ Jf. i samme retning Marc de Hert et al, *The Belgian euthanasia law under scrutiny of the highest courts*, *The Lancet Regional Health – Europe* (2022); Loos (2022), s. 116; Marc de Hert et al, *Euthanasia of a person with a psychiatric disorder does not violate the European Convention on Human Rights (Mortier v. Belgium [no. 78017/17])*, *European Psychiatry* (2022), s. 1 f.

⁴⁹⁰ Jf. i same retning Nys (2017), s. 7 ff.

Henvendelse 77 - fortsat

middelbar dødshjælp var i overensstemmelse med EMD's tidligere praksis. På denne baggrund synes det rimeligt at konkludere, at også de nederlandske og tyske regler, som gennemgået ovenfor, *antageligvis* vil være i overensstemmelse med EMRK art. 2.

4.6. Sammenfatning

Som det fremgår af gennemgangen ovenfor, så har både Nederlandene og Belgien gennemført legaliseringen af dødshjælp ved lov, mens forfatningsdomstolen har afgrænset det lovlige område i Tyskland. Hvor retstilstanden er meget ens i de førstnævnte to lande, så adskiller retstilstanden sig væsentligt fra sidstnævnte, hvor alene middelbar dødshjælp er lovligt. Det er dog kendetegnende for alle tre legaliseringer, at hverken patient eller læge kan tvinges til at modtage eller udøve dødshjælp.

Efter nederlandske og belgiske regler, så er dødshjælp fortsat strafbart i almindelighed, men undtagelsesvist lovligt, når *lægen*, der udfører dødshjælp, har sikret sig, at en række kriterier herfor er opfyldt, og i øvrigt følger en angivet fremgangsmåde, hvilket er genstand for en grundig efterfølgende kontrol af et tværfagligt råd. Førnævnte kriterier sikrer dels, at borgeren falder inden for lovens anvendelsesområde, og dels at begæringen om dødshjælp er både frivillig, velinformeret og afgivet af en habil person, hvilket også kræves efter tysk ret.

På grundlag af en analyse af EMD's retspraksis omkring dødshjælp, kan det konstateres, at enhver regulering af dødshjælp kræver passende og tilstrækkelige beskyttelsesforanstaltninger mod misbrug for at være i overensstemmelse med EMRK art. 2. Eftersom domstolen konkret vurderede, at dette overordnet set var tilfældet for den belgiske regulering, som minder om den nederlandske, og at den tyske forfatningsdomstol havde foretaget en prøvelse af de lignende tyske krav til begæringen, er gennemgangen i afsnit 4 sammenfattende retvisende for en mulig legalisering i overensstemmelse med EMRK.

5. Dødshjælp i fremtidig ret

På dette grundlag kan det herefter diskuteres, hvordan det lovlige område for dødshjælp efter gældende dansk ret *kan* udvides under iagttagelse af EMRK. Dette fordrer først en afklaring af, om der er rum hertil (afsnit 5.1), inden det overvejes, hvilken form reguleringen kan tage (afsnit 5.2), førend et muligt indhold heraf endelig kan diskuteres (afsnit 5.3).

5.1. Rum til udvidelse

Spørgsmålet, om hvordan dødshjælp kan lovliggøres, giver indledningsvist anledning til at overveje, om det lovlige område overhovedet kan udvides.

Som det blev konkluderet i afsnit 3.2, er der allerede efter gældende dansk sundhedsret vid adgang til dødshjælp inden for sundhedsvæsenet. Det blev tillige fremhævet i afsnit 3.1.3 og 3.2.3, at dette område for straffri lægelig dødshjælp formentlig er væsentligt større i praksis, end det forudsættes i loven, som følge dels af manglende disciplinær- og retsforfølgelse af tilfælde af ulovlig dødshjælp og dels af sundhedsmyndighedernes sanktionsgraduering.

Dette synes at være et argument for, at dødshjælp allerede *de jure* er lovliggjort for langt størstedelen af den i praksis forekommende, som reflekteret i undersøgelsen fra Heide m.fl. (afsnit 3.2.3), og i øvrigt *de facto* antageligvis straffrit for ulovlige enkelttilfælde inden for sundhedsvæsenet, som netop anført ovenfor. Dertil kommer, at de tilfælde, der måtte blive strafforfulgt alligevel eller formentlig straffes meget mildt, som diskuteret i afsnit 3.1.3.

Der er imidlertid forskel på mulig *straffrihed* som følge af lempelig tilsyns- tiltale- og sanktioneringspraksis, *strafmildhed* som følge af lempelig strafudmåling og egentlig *lovlighed*, særligt for lægen, der har sin karriere på spil.⁴⁹¹ Derudover er det også klart, at den beskrevne retstilstand i langt overvejende grad gælder for *uafvendeligt døende* patienter eller senest patienter under *livsforlængende* eller *livsnødvendig* behandling.⁴⁹² Den forudsætter således, at patienten er i et relevant behandlingsforløb, at patienten møder en læge, der er villig til at udføre ulovlig dødshjælp under risiko for ansættelses-, disciplinær- eller strafferetlige sanktioner, eller at borgeren selv forsøger sig frem uden den lægefaglige sikkerhed for, at dødshjælpen udføres værdigt og smertefrit. En konsekvens af den hidtidige legalisering af dødshjælp inden for sundhedsretten er også, at der ikke længere kan sondres objektivt mellem *lovlig* og *ulovlig* dødshjælp, hvorfor der reelt eksisterer en retlig gråzone. Denne håndteres antageligvis af sundhedsmyndighedernes strafgraduering, som gennemgået i afsnit 3.2.3, men det er ikke desto mindre retssikkerhedsmæssigt betænkeligt, at der fortsat består en usikker retstilstand for så alvorlige spørgsmål som lægelig dødshjælp. Dertil kommer, at det indtil videre alene er former for *umiddelbar dødshjælp*, der er lovliggjort, jf. afsnit 3.2.

⁴⁹¹ Jf. i samme retning Vestergaard (2000), s. 18

⁴⁹² Jf. afsnit 3.1.3, 3.2.1 og 3.2.3 ovenfor.

Henvendelse 77 - fortsat

På denne baggrund synes det rimeligt at konkludere, at der alligevel er årsag til at overveje, hvordan det lovlige område for lægelig dødshjælp inden for sundhedsvæsenet kan udvides. Som netop bemærket, er der tale om et alvorligt samfundsmæssigt spørgsmål, der rummer svære etiske afvejninger. Nedenstående diskussion skal derfor alene betragtes som et pragmatisk udkast til en løsning, der bygger på ovenstående arbejde.

5.2. Reguleringsform

Det første spørgsmål er herefter, om en eventuel legalisering bør ske ved lov, dom eller administrativ praksis.

Retspraksis

Som det fremgår af afsnittene 4.2 og 4.4, har dødshjælp i hvert fald oprindeligt været reguleret i retspraksis i Nederlandene, Tyskland, Italien, Canada og Østrig, hvilket da også oprindeligt var løsningen i dansk ret, som de to højesteretsdomme inden vedtagelsen af straffeloven af 1866 illustrerer, jf. afsnit 2.2. Som det fremgik af ovennævnte afsnit, har argumentet i udlandet *enten* været en forfatningssikret ret til dødshjælp *eller* nødretlige betragtninger. Eftersom førstnævnte er irrelevant i en dansk kontekst, skulle løsningen findes i nødretten. Allerede fordi nødretsbetragtninger formentlig er uanvendelige for ulovlig dødshjælp, som det blev konkluderet i afsnit 3.1.3, må denne reguleringsform betragtes som uegnet.

Administrativ praksis

En anden løsning er at overlade spørgsmålet til administrativ praksis, som var udgangspunktet i dansk ret indtil lovreguleringen heraf i begyndelsen af 90'erne.⁴⁹³ Der er ikke fundet fremmedretlige eksempler herpå, idet en analogi måske er retstilstanden i Schweiz, som følger lægeforeningens retningslinjer, jf. afsnit 4.4. Det kan til støtte herfor anføres, at både sundhedsmyndighedernes forskrifter og praksis stadigvæk har stor betydning for fastlæggelsen af gældende ret, jf. afsnittene 3.2.1 og 3.2.2. Dette kan endvidere begrundes med en praktisk nærhed til problemet kombineret med problemstillingens praktiske behov for lægefaglig indsigt og erfaring med bl.a. spørgsmål om habilitet eller behandlingsalternativer, men også

⁴⁹³ Jf. afsnittene 3.1.3, 3.2.1 og 3.2.2.

Henvendelse 77 - fortsat

den iboende fleksibilitet i administrativ praksis, som ikke kræver samme tilblivelsesproces som lovgivning.

Lovgivning

Denne fleksibilitet er imidlertid ikke uden videre at foretrække, når det gælder så samfundsmæssigt alvorlige og etisk komplicerede spørgsmål som dødshjælp. Det er således retssikkerhedsmæssigt betænkeligt at overlade vigtige spørgsmål som f.eks. nuværende men også fremtidig udvidelse af dødshjælpens anvendelsesområde til en proces uden demokratisk legitimitet eller offentlighed. Spørgsmål af nævnte karakter bør principielt overlades til Folketinget, der besidder størst demokratisk legitimitet. En lov vil også sikre ”lovmæssig klarhed”⁴⁹⁴ som følge af lovgivningsprocessens grundighed, langsommelighed og offentlighed, der kan sikre overholdelse af EMRK’s krav om utvetydighed i reguleringen, jf. afsnit 4.5, og værne om retssikkerheden. Denne reguleringsform er også anvendt i hovedparten af de lande, der har legaliseret dødshjælp, herunder Nederlandene, Belgien, Luxembourg, Spanien, Australien og New Zealand, jf. afsnittene 4.2 og 4.3. Dertil kommer, at spørgsmålet historisk – både i straffe- og sundhedsretten – har været reguleret eller senere foreslået reguleret ved lov i dansk ret, jf. afsnittene 2.3, 3.1 og 3.2, hvilket også var anbefalingen i KBET nr. 1184 af 1989, på baggrund af en undersøgelse af dagældende i hovedsagen administrative praksis. Det synes derfor bedst stemmende med dansk retstradition på dette område, foruden ovennævnte principbetragtninger, at regulere en mulig udvidelse af lovlig dødshjælp ved lov.

Udformning

Spørgsmålet er herefter, hvordan denne lov rent lovteknisk skal udformes. Det kan i den forbindelse indledningsvist bemærkes, at en fuldstændig afkriminalisering *dels* falder uden for redegørelsens sigte, der er lægelig dødshjælp i overensstemmelse med definitionen i afsnit 1.2.1, og *dels* at det rent lovteknisk ville *forskubbe* en del af problemet til manddrabsbestemmelsen i straffelovens § 237 og i øvrigt få store betydninger for strafudmålingen, jf. afsnit 3.1.3.

En mulig fremgangsmåde er at undlade at ændre straffeloven, og i stedet alene udvide området for lovlig dødshjælp i sundhedsloven, således at lovligheden følger af lovmotiverne og almindelige lovfortolkningsprincipper, hvilket var fremgangsmåden for palliativ sedering og

⁴⁹⁴ Jf. KBET nr. 1184 af 1989, s. 115.

Henvendelse 77 - fortsat

behandlingsophør med døden til følge, jf. afsnit 3.2.1 og 3.2.2.⁴⁹⁵ På den ene side ville dette give mulighed for en udnyttelse af sundhedslovens eksisterende lovsystematik og begrebsanvendelse, men heroverfor står, at dødshjælpen ikke nødvendigvis vil have den samme tilknytning til en aktuel behandlingssituation, som det er tilfældet med palliativ sedering og behandlingsophør.

Det er imidlertid også en mulighed *alene* at regulere spørgsmålet i straffeloven, hvilket ville være i overensstemmelse med det oprindelige straffelovsforslag, FIII, der lod straffen bortfalde, når nærmere omstændigheder var til stede, og havde stort flertal i Folketinget, jf. gennemgangen i afsnit 2.3. Det må imidlertid antages, at den oprindelige formulering af disse omstændigheder var for vag, til at det menneskeretlige krav om utvetydighed og detaljeret fastlæggelse af kriterierne for dødshjælp ville være opfyldt, jf. afsnit 4.5.

En tredje løsning er derfor at forene de to fremgangsmåder, der begge har støtte i dansk lovgivningshistorie. Denne reguleringsform er fulgt i Nederlandene, hvor straffelovens udgangspunkt om strafbar dødshjælp bevares, men er tilføjet en undtagelse, hvorefter en læge, der opfylder betingelserne i loven om dødshjælp og indberetter handlingen til efterfølgende kontrol lovligt kan udføre dødshjælp, jf. afsnit 4.2. Denne løsning er tillige *mutatis mutandis* benyttet af Belgien, jf. afsnit 4.3, hvorfor det også følger direkte af EMDs retspraksis, at denne fremgangsmåde lovteknisk opfylder kravene efter EMRK art. 2, jf. afsnit 4.5.

Dette vil tillade fastlæggelsen af en utvetydig og detaljeret regulering af kriterierne for dødshjælp i sundhedsloven, der kan drage gavn af ovennævnte systematik og begrebsfastlæggelse, men samtidig sikre klarhed omkring lovens relation til straffeloven, hvilket er retssikkerhedsmæssigt ønskværdigt, når henses til fraværet af dødshjælpens behandlingsislæt. Fraværet af tilknytningen til en behandlingssituation kan imidlertid fortsat anvendes som argument for en selvstændig lov om dødshjælp, som det er tilfældet i Nederlandene og Belgien. Når henses til *at* nuværende *lovlig dødshjælp* allerede er reguleret i sundhedsloven, *at* sundhedsloven indeholder en række begreber og regler af lovteknisk relevans for dødshjælp, som gennemgået i afsnit 5.3 nedenfor, og *at* loven allerede indeholder afsnit, som regulerer betingede *retskrav* på behandling, som abort, sterilisation eller kastration, som falder uden for den almindelige behandlingssituation, synes det imidlertid formålstjenligt,

⁴⁹⁵ Jf. også afsnit 3.2.3.

Henvendelse 77 - fortsat

at lade lovgivningen ske inden for rammerne af sundhedsloven. En mulighed er dog at regulere dødshjælp i et selvstændigt afsnit som ovennævnte behandlingstilbud for *dels* at markere forskellen til palliativ sedering og behandlingsophør og *dels* at kunne regulere spørgsmålet i detaljeret grad uden at påvirke den eksisterende struktur i afsnit III, jf. afsnit 3.2.

5.3. Indhold

Det næste spørgsmål er naturligvis lovens nærmere indhold. Eftersom det allerede er nævnt flere gange, at EMRK art. 2 fordrer en utvetydig og detaljeret regulering af betingelserne for dødshjælp, synes det oplagt at begynde ved anvendelsesområdet.

5.3.1. Anvendelsesområde

Som EMD har uddybet, må der ikke være tvivl om hverken *anvendelsesområdets rækkevidde* eller *centrale begreber* for afklaring af selvsamme anvendelsesområde.⁴⁹⁶ Dette følger for så vidt også allerede af danske principper for lovudformning, og definitioner vil løbende blive diskuteret i gennemgangen nedenfor, når det er relevant.⁴⁹⁷

Det er oplagt indledningsvist at vurdere, om det alene skal være borgere med en fast tilknytning til Danmark, der skal have adgang til dødshjælp. Som det fremgår af afsnit 4.2, har Nederlandene *ikke* et nationalitetskrav, som også ville være problematisk i dansk ret, som følge af det EU-retlige forbud mod forskelsbehandling med hensyn til nationalitet, jf. sundhedsloven § 2 a.⁴⁹⁸ Alt afhængig af kriterierne for dødshjælpsmodtagelse vil det formentlig *de facto* alligevel kun være personer med bopæl i Danmark, der vil kunne få adgang hertil, jf. f.eks. afsnit 4.2. En mulig løsning er derfor at fastholde sundhedslovens udgangspunkt om bopælskrav, jf. sundhedslovens § 7.

En anden overvejelse for lovens anvendelsesområde er, om der bør gælde et alderskrav. Som det fremgår af afsnittene 2.3, 3.1.1 og 3.1.2, så har dette været drøftet ad mange omgange for reglerne om ulovlig dødshjælp, som nu kræver tilregnelighed hos offeret, mens § 239 tillige kræver myndighed. Omvendt kræver sundhedsloven et *konkret* skøn over patientens

⁴⁹⁶ Jf. afsnit 4.5 ovenfor.

⁴⁹⁷ Jf. Justitsministeriet, *Vejledning om lov kvalitet* (2018), s. 31

⁴⁹⁸ Jf. Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2011/24 om patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelser art. 4, stk. 3.

Henvendelse 77 - fortsat

beslutningskompetence for palliativ sedering eller behandlingsophør, når vedkommende er over 15 efter sundhedslovens §§ 15, modsætningsvist, og 17, hvilket i sin væsentlighed tilsvarende adgangen til dødshjælp efter nederlandske regler, jf. afsnit 4.2, hvorimod det konkrete skøn står alene efter belgiske regler, jf. afsnit 4.3 ovenfor. Som det fremgår afsnit 4.2, har adgangen til dødshjælp for mindreårige ringe praktisk betydning i Nederlandene, og når henses til *at* FIII forudsatte myndighed, jf. afsnit 2.3, og *at* en udvidet lovliggørelse fordrer forsigtighed, synes et krav på 18 år at være velbegrundet.

Når endvidere henses til straffelovens tilregnelighedskrav såvel som sundhedslovens informerede samtykke, må det allerede af denne grund afvises, at inhabile borgere skal have adgang til dødshjælp, når bortses fra spørgsmålet om habiles forhåndstilkendegivelser, som drøftes nedenfor. Det kan i forlængelse heraf drøftes, om personer med psykiske lidelser, demens eller udviklingshæmning tillige bør holdes uden for lovens anvendelsesområde. Dette spørgsmål besvares i gældende dansk ret af et konkret skøn over henholdsvis tilregnelighed og habilitet i henholdsvis straffe- og sundhedsretten, jf. afsnittene 3.1 og 3.2. Dette er også tilfældet i Nederlandenes regulering af dødshjælp, hvor der imidlertid suppleres med særlige beskyttelsesregler for nævnte persongrupper.⁴⁹⁹ Dette sidstnævnte er også et krav efter EMRK art. 2, hvis anvendelsesområdet omfatter disse persongrupper, jf. afsnit 4.5 ovenfor.

Foruden ovennævnte kriterier, så afgrænses anvendelsesområdet almindeligvis af et relevant lægefagligt sygdomskriterium. Dette var således udgangspunktet for den første juridiske diskussion af dødshjælp i dansk ret, en forudsætning for straffelovsforslagene herom, afgørende for strafnedsættelse eller tiltalefrafald efter gældende dansk strafferet og påkrævet for lovlig dødshjælp inden for sundhedsretten, jf. afsnittene **Fejl! Henvisningskilde ikke fundet.**, 2.2, 2.3, 3.1.3, 3.2.1 og 3.2.2.

Dette er også et ufravigeligt krav for dødshjælp i f.eks. Nederlandene, Belgien, Spanien og Luxembourg, jf. afsnittene 4.2 og 4.3, selvom det ikke kræves efter EMRK art. 2, jf. afsnit 4.5.

Dette lægefaglige sygdomskriterium kan eksempelvis defineres som i dansk ret for palliativ sedering, der kræver at patienten er *uafvendeligt døende*, jf. afsnit 3.2.1. Dette ville imidlertid *de facto* fjerne behovet for yderligere lovliggørelse og i øvrigt være dårligt overensstemmende

⁴⁹⁹ Jf. afsnit 4.2.

Henvendelse 77 - fortsat

med retsudviklingen inden for sundhedsretten, hvor Folketinget i 2018 ophævede dette kriterium for behandlingsophør med døden til følge, jf. afsnit 3.2.2.

Det kan derfor også være en mulighed helt at fjerne sygdomskriteriet og lade selvbestemmelsesretten være afgørende, hvilket er den nugældende løsning for behandlingsophør, jf. afsnit 3.2.2, og i øvrigt også retstilstanden i Tyskland og Schweiz, jf. afsnit 4.4 ovenfor. En så stor udvidelse af det lovlige område savner imidlertid støtte i både dansk retshistorie og gældende ret, jf. afsnit 2 og 3, og argumentationen ignorerer desuden, at et behandlingsophør *forudsætter* tilstedeværelsen af en sygdomstilstand, der slår patienten ihjel, hvis ikke vedkommende behandles.

En tredje mulighed kunne derfor være at fastholde et sygdomskriterium, der ligner kravet efter den nederlandske lovgivning, hvorefter der fastsættes et tredelt sundhedsfagligt kriterium, som kræver at patientens tilstand er ”ubærlig”, ”udsigtsløs” og har en ”medicinsk dimension”, jf. afsnit 4.2, hvilket *mutatis mutandis* også fordres efter belgisk og luxembourgsk lovgivning, jf. afsnit 4.3. Denne afgrænsning lægger sig op ad kravene for den udvidede adgang til lægebestemt behandlingsophør, der har udviklet sig i dansk praksis, og som afspejles i anvendelsesområdet for behandlingstestamenter efter sundhedsloven, som inkluderer ”svært invaliderede” eller personer, der kan overleve, hvis de behandles, men til gengæld vil skulle leve med ”meget alvorlige og lidelsesfulde” fysiske konsekvenser herefter, jf. afsnit 3.2.2.⁵⁰⁰ En sådan ordning ville tillige synes i overensstemmelse med kravene for strafbortfald efter straffelovsforslag FI, udvalgsbetænkningen til FII og FIII, der krævede ”haabløs” sygdom og ”svære, uafvendelige Lidelser”, jf. afsnit 2.3, og som havde markant flertal i Folketinget. Dette kriterium var også opfyldt i det eneste fundne eksempel på tiltalefrafald efter straffelovens § 239 og tillægges i øvrigt betydeligt vægt i formildende retning under strafudmålingen efter både straffelovens §§ 239 og 240, jf. afsnit 3.1.3, hvor det synes at have betydning *dels* at lidelsen er udsigtsløs og *dels* at den er uudholdelig.

Det nærmere indhold af ovenstående krav til sygdomskriteriet skal naturligvis fastlægges af Folketinget, men en mulighed er at tage udgangspunkt i allerede gældende fagbegreber og -kriterier. Den almindelige sundhedsretlige forståelse af ”udsigtsløs” indebærer således en tilstand uden ”udsigt til bedring” på grundlag af tilgængelige behandlingsmuligheder, mens

⁵⁰⁰ Jf. sundhedslovens § 26, stk. 2.

Henvendelse 77 - fortsat

”uudholdelig” ikke er et anerkendt begreb.⁵⁰¹ Det kan imidlertid defineres, i overensstemmelse med ovennævnte diskussion, på samme måde som ét af kriterierne for at modtage palliativ sedering efter gældende dansk ret, jf. afsnit 3.2.1, som: ”svært lidende på grund af fysiske eller psykiske symptomer, der ikke har kunnet lindres på anden måde.”⁵⁰² Denne definition understreger tillige sammenhængen mellem udsigtsløs og uudholdelig, der blev lagt til grund i straffelovsforslagene og er lagt til grund i Nederlandene og Belgien, jf. afsnittene 2.3, 4.2 og 4.3, nemlig at tilstanden ikke blot skal være udsigtsløs for så vidt angår helbredelse, men også for så vidt angår lindring. Det er klart, at vurderingen heraf rummer *subjektive* og *objektive* elementer, men på dette punkt adskiller den sig ikke fra den totalvurdering lægen allerede foretager ved afgørelsen af om en *livsforlængende* behandling er ”udsigtsløs” eller i øvrigt for habile patienters *behandlingsophør* eller informeret samtykke ved komplicerede og risikable indgreb, jf. afsnittene 3.2.1 og 3.2.2.⁵⁰³

Hvad angår kravet om at lidelsen skal have en sundhedsfagligt anerkendt årsag, så følger dette forudsætningsvist allerede af den gældende retstilstand for lovlig dødshjælp, hvor dette er et iboende og ufravigeligt krav, jf. afsnit 3.2. Det vil også betyde, at sundhedsfagligt ’irrelevante’ lidelser som f.eks. livstræthed eller sorg falder udenfor. Det kan overvejes, om dette krav skal indskrænkes yderligere til kun at angå visse oplistede lidelser som f.eks. ALS, multipel sklerose eller de ”svært invaliderende lidelser”, som opfylder kriterierne for behandlingstestamentet og alligevel vil give mulighed for behandlingsophør med døden til følge, når sygdomsforløbet er mere fremskredent, jf. afsnit 3.2.2.⁵⁰⁴ En sådan indskrænkning vil imidlertid dels forekomme arbitrær, når behandlingsophør med døden til følge ikke stiller et krav herom, dels gå imod almindelig lovsystematik inden for sundhedsretten, hvor vurderingen almindeligvis overlades til et konkret fagligt lægeskøn, jf. afsnittene 3.1.3 og 3.2. En mulighed er derfor i stedet at vejlede dette skøn med eksempler i lovmotiverne eller faglige vejledninger, som det allerede er tilfældet for lægebestemt behandlingsophør med eller uden behandlingstestamente.⁵⁰⁵

⁵⁰¹ Jf. f.eks. FT 2017-18, tillæg A, lovforslag nr. L 99, s. 6, VEJL nr. 9935 af 2019 pkt. 3.2 og Hartlev (2022), s. 248.

⁵⁰² Jf. VEJL nr. 9387 af 2018, pkt. 7.5.1.

⁵⁰³ Jf. f.eks. VEJL nr. 9934 af 2019, undtagelse 3 og VEJL nr. 9935 af 2019, pkt. 3.2.

⁵⁰⁴ Jf. FT 2017-18, tillæg A, lovforslag nr. L 99, s. 9 f.

⁵⁰⁵ Jf. FT 2017-18, tillæg A, lovforslag nr. L 99, s. 9 f., VEJL nr. 9934 af 2019 og VEJL nr. 9935 af 2019.

Henvendelse 77 - fortsat

Det kan endelig diskuteres, om der bør sondres mellem *middelbar* og *umiddelbar* dødshjælp, således at det f.eks. alene er *umiddelbar* dødshjælp, der kræver ovennævnte sygdomskriterium opfyldt, hvilket havde støtte hos hele 90% af Folketinget under straffelovsforslagenes behandling, jf. afsnit 2.3.⁵⁰⁶ Dette synes dog i hovedsagen et særskilt strafferetligt spørgsmål om afkriminalisering ud fra betragtninger om strafværdighed og ikke af betydning for en regulering af *lægelig dødshjælp*, hvor det principielt bør være uden betydning for lovens anvendelsesområde, hvilken *form* for dødshjælp der ydes. Dette synspunkt er også anlagt i Nederlandene og Belgien, jf. afsnittene 4.2 og 4.3.⁵⁰⁷

Spørgsmålet om anvendelsesområdets rækkevidde angår ikke kun *modtageren*, men også *udøveren* af den regulerede dødshjælp. Langt størstedelen af udenlandske dødshjælpsordninger, herunder den nederlandske og belgiske, kræver, at det er en læge inden for sundhedsvæsenet, der udfører dødshjælpen, jf. afsnittene 4.2 og 4.3, selvom dette ikke er et krav efter EMRK art. 2, jf. afsnit 4.5. Når henses til, *at* dette var afgørende for støtten til straffelovsforslagene om strafbortfald, jf. afsnit 2.3, *at* dette er udgangspunktet for nugældende lovlig dødshjælp inden for sundhedsloven, jf. afsnittene 3.2.1 og 3.2.2, og *at* lægen vil have faglige forudsætninger for at sikre en værdig og smertefri død, som f.eks. blev tillagt betydning i den seneste dom om straffelovens § 239, jf. afsnit 3.1.3, er dette en mulig løsning.

Efter gældende ret har lægen kun en *begrænset* adgang til at tage et etisk forbehold over for en begæring om behandlingsophør, som gennemgået i afsnit 3.2.2. En udvidet lovliggørelse vil imidlertid ikke være et *fravalg* af tvangsbehandling, men et tilvalg af dødshjælp, hvorfor det i stedet kan overvejes at indføre et *ubegrænset* etisk forbehold, som det er tilfældet i både Nederlandene, Belgien og Tyskland, jf. afsnittene 4.2, 4.3 og 4.4. En mulighed kunne være at betinge forbeholdet af videre henvisning som efter gældende ret.

Såfremt dødshjælp lovliggøres, vil det efter ovenstående udgangspunkt være frivilligt for lægen at bidrage hertil, hvorfor det er værd at overveje, om dette overhovedet efterlader et *praktisk* anvendelsesområde. Ifølge en undersøgelse herom fra Folker m.fl. mente omkring 1/3 af adspurgte danske læger imidlertid, at dødshjælp burde være lovligt (både middel- og

⁵⁰⁶ Jf. i samme retning Tysk ret gennemgået i afsnit 4.4.

⁵⁰⁷ Jf. dog herom f.eks. KBET nr. 1462 af 2005, s. 63.

umiddelbar), hvilket indikerer, at dette er tilfældet.⁵⁰⁸ Såfremt villigheden til selv at bidrage viser sig mindre, kan en mulig løsning være etablering af en lægeforening organiseret i regionale foreninger, der kan sikre interkollegial vidensudveksling, videreuddannelse og uafhængig viderehenvielse, jf. f.eks. gennemgangen af nederlandske SCEN i afsnit 4.2, som også New Zealand har ladet sig inspirere af efter legaliseringen i 2019.

5.3.2. Frivillig begæring

Det er et krav for redegørelsens definition af dødshjælp, at denne udføres på den døendes frivillige begæring, jf. afsnit 1.2.1. Dette er også et krav efter gældende dansk straffe- og sundhedsret som gennemgået i afsnit 3, var ligedan i de tidligere straffelovsforslag, jf. afsnit 2.3 og er uden undtagelse påkrævet i udenlandsk regulering af dødshjælp, jf. afsnit 4. Spørgsmålet for nærværende afsnit er altså ikke, hvorvidt dette bør være tilfældet, men hvordan dette sikres.

Der kan til vurdering heraf tages udgangspunkt i kravene efter EMRK art. 2. Hertil kræves, at begæringen er udtrykkelig, velinformeret og frivillig, jf. afsnit 4.5. Dette gælder også efter de nederlandske regler, der, for så vidt angår sidstnævnte, kræver både *intern* og *ekstern frivillighed*, som indebærer dels at patienten skal være *konkret habil* og dels at begæringen er fremsat *uden ydre påvirkning*, jf. afsnit 4.2. Efter samme regler er en begæring 'velovervejet', når den *fastholdes* efter *fyldestående information* om både sygdommen, alternativer og konsekvenserne af beslutningen. Lignende krav fordres efter belgiske regler, som EMD konkret har vurderet i overensstemmelse med EMRK art. 2, jf. afsnittene 4.3 og 4.5.

En mulighed i dansk ret er at henvise til sundhedslovens krav til et *informeret samtykke*, som skal være opfyldt, før patienten kan modtage palliativ sedering. En fordel herved er også, at lægerne allerede er *bekendte* med ovennævnte krav og vurderingen heraf. Hertil kræves, som gennemgået i afsnit 3.2.1, at lægen foretager en *konkret habilitsvurdering*, giver patienten *fyldestående information* om alle relevante forhold som f.eks. konsekvenser, alternativer og plejemuligheder, sikrer at samtykket er *frivilligt*, således at pres, tvang, svig og ydre påvirkning er udelukket, og at selve samtykket er *udtrykkeligt* og angår et *aktuelt behandlingsforløb*. Sidstnævnte krav ville f.eks. betyde, at en bedring i patientens tilstand ville kræve en ny

⁵⁰⁸ Jf. Folker m.fl. (1996), s. 241. Undersøgelsen er gammel, men der kendes ikke til nyere undersøgelser herom.

Henvendelse 77 - fortsat

vurdering af kriteriernes opfyldelse. Den givne information kan f.eks. suppleres skriftligt, som efter nugældende praksis for lovlig dødshjælp, og skal i øvrigt altid være individuelt tilpasset og særligt fremhæve forhold, som patienten måske er uvidende omkring, jf. afsnit 3.2.1. Et behandlingsophør med døden til følge kræver ligedan udtrykkeligt en konkret, om end *skærpet*, habilitetsvurdering, fyldestgørende information og aktualitet, jf. afsnit 3.2.2.

Under Folketingets forhandlinger om lovgivningen af behandlingsophør med døden til følge, blev det fremhævet af flere talere, at det var *afgørende*, at begæringen herom *kun* var udtryk for patientens *eget ønske*, blev fremsat på *oplyst grundlag*, og at patientens *habilitet* ikke var hæmmet af sygdommen eller behandlingen.⁵⁰⁹ Ovenstående krav efter det informerede samtykke og den skærpede habilitetsvurdering imødegår alle disse bekymringer, og er strengere end Sundheds- og Ældreudvalget fandt nødvendigt for behandlingsophør.⁵¹⁰ Eftersom kravene i al væsentlighed tilsvare de nederlandske og belgiske hertil, må det antages, at de lever op til kravene efter EMRK art. 2, jf. afsnit 4.5.

Efter den nederlandske lov kræves tillige, at patienten og lægen i *fællesskab* har konkluderet, at der ikke findes et "rimeligt behandlingsalternativ" til dødshjælpen, jf. afsnit 4.2. Dette krav følger ikke af direkte af ovennævnte regler, som alene fordrer, at patienten *informeres* herom. Som nævnt i afsnit 3.2.2 kræver den faglige vejledning om behandlingsophør, at lægen sikrer sig, at patientens *ønske ikke* skyldes forhold, som kan *afhjælpes*. Dette krav synes dog at være mere relateret til overvejelser om *ekstern frivillighed*, som allerede gribes af det informerede samtykke, jf. gennemgangen i førnævnte afsnit. En mulighed er imidlertid at forene ovennævnte krav til en betingelse om, at lægen og borgeren i fællesskab konkluderer, at der ikke foreligger et rimeligt alternativ, hvilket inkluderer både behandling og private forhold, som ville kunne afhjælpes ved videre henvisning. De faglige retningslinjer herfor kunne med fordel inspireres af den indledende støttesamtale, som tilbydes ved abort, hvor f.eks. borgerens "familieforhold og sociale situation" og beslutningens "psykiske" aspekter drøftes.⁵¹¹

⁵⁰⁹ Jf. FT 2017-18, forhandlinger, 23. møde, 24. november 2017, s. 9 ff.

⁵¹⁰ Jf. afsnit 3.2.2 og FT 2017-18, tillæg B, lovforslag nr. L 99, s. 2.

⁵¹¹ Jf. sundhedslovens § 100, stk. 5 og VEJL nr. 25 af 2006 om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion pkt. 7.1 og 7.3.

Henvendelse 77 - fortsat

Det er endelig værd at overveje, om en forhåndstilkendegivelse kan træde i stedet for den konkrete, aktuelle begæring fra patienten, når personen er *blevet* inhabil. Dette er antaget i både nederlandsk og belgisk ret, afsnittene 4.2 og 4.3, hvilket antageligvis er i overensstemmelse med EMRK art. 2, jf. afsnit 4.5.⁵¹² En lignende ordning for behandlingstestamenter er allerede gældende ret, men som gennemgået i afsnit 3.2.2 er der ingen andre beskyttelsesforanstaltninger mod misbrug end et objektivi krav om myndighed. Dette efterlader imidlertid en risiko for misbrug, som f.eks. efter nederlandsk ret imødegås af at den udførende læge, skal foretage en i sagens natur besværlig vurdering af, om forhåndstilkendegivelsen *var* i overensstemmelse med lovens krav.⁵¹³ En mulig løsning kunne i stedet være at betinge forhåndstilkendegivelsens gyldighed af, at den er blevet underskrevet af en læge, der konkret påsår, om ovenstående krav til begæringen var opfyldt ved dens afgivelse.

5.3.3. Udførelse af dødshjælpen

Hvad angår det mere praktiske spørgsmål om selve dødshjælpens udførelse, så tilsiger både patientsikkerheden, retssikkerheden og respekten for menneskelig værdighed, at der fastsættes regler herfor.⁵¹⁴ Efter nederlandsk lovgivning kræves, at dødshjælpen udføres ”lægefagligt tilfredsstillende”, som er en retlig standard, der udfyldes af den nederlandske lægeforenings faglige retningslinjer herfor, som gennemgået i afsnit 4.2. Lignende fremgangsmåde er anvendt efter dansk ret for så vidt angår palliativ sedering i en faglig vejledning, selvom detaljegraden er langt fra tilsvarende, jf. afsnit 3.2.1, mens kravene til behandlingsophør med døden til følge beror på en friere vurdering af lægens udviste omhu og samvittighedsfuldhed, jf. autorisationslovens § 17. Eksemplet fra Aarhus Universitetshospital indikerer dog, at fremgangsmåden *i praksis* kan være meget ens, jf. afsnit 3.2.2. En mulighed er derfor at lade et lignende krav indgå i dansk ret, så lovligheden *betinges* af omhu og samvittighedsfuldhed, som kan udfyldes på grundlag af en faglig vejledning fra STPS.

5.3.4. Beskyttelsesforanstaltninger

⁵¹² Jf. den belgiske eutanasilovs § 4, jf. den engelske oversættelse i Jones (2017), s. 308.

⁵¹³ Jf. RTE (2023), s. 39 f.

⁵¹⁴ Jf. sundhedslovens § 2, Den Europæiske Unions charter om grundlæggende rettigheder (2010/C 83/02), art. 1 og Europarådets Konvention om Menneskerettigheder og Biomedicin (1997), art. 1.

Henvendelse 77 - fortsat

Kontrol inden

En forudsætning for ovenstående løsningsforslag er efter EMRK art. 2 dels at kriteriernes overholdelse *garanteres* af de etablerede procedurer og dels at de indeholder særlige beskyttelsesregler for *udsatte* borgere.

De nederlandske og belgiske regler kræver først og fremmest at den ansvarlige læge sikrer sig, at kriterierne for dødshjælp er opfyldt, men dertil kræves i bekræftende fald, at en anden læge efterfølgende tilser patienten for at foretage samme vurdering, hvis konklusioner skriftligt overleveres den ansvarlige læge inden dødshjælpen kan udføres, jf. afsnittene 4.2 og 4.3. Dertil kommer, at begge regelsæt indeholder krav om en tredje specialistvurdering, når patienten f.eks. har en psykisk lidelse. EMD har senest i 2022 vurderet, at disse beskyttelsesforanstaltninger er tilstrækkelige.⁵¹⁵ En lignende ordning kendes f.eks. fra sundhedslovens § 18, stk. 2, hvorfor den ikke ville være uforenelig med dansk sundhedsret. Det kunne i tillæg hertil kræves, at kriteriernes opfyldelse skal bevidnes med underskrift herom fra både patient og læge, som det f.eks. er påkrævet for abort.⁵¹⁶

Det kan imidlertid overvejes, om disse beskyttelsesregler er *omfattende* nok. En mulig tilføjelse er et krav om *betænkningstid*, hvilket f.eks. fordres i Spanien og Østrig, jf. bl.a. afsnit 4.3, og som i øvrigt blev efterspurgt under Folketingets forhandling om lovændringen om behandlingsophør med døden til følge såvel som af høringsparter.⁵¹⁷ En sådan betænkningstid er imidlertid allerede praksis for ethvert informeret samtykke, jf. afsnit 3.2.1, og vil desuden følge indirekte af ovennævnte kontrolordning. En anden mulighed kunne i stedet være et tillægskrav om *forudgående godkendelse* fra et interdisciplinært råd, som det f.eks. er tilfældet i Spanien, jf. afsnit 4.3. En lignende ordning i dansk ret kunne moduleres på abortsamrådene og dertilhørende ankenævn, som netop i sin tid blev oprettet for at imødekomme et behov for interdisciplinær vurdering af etisk komplicerede beslutninger.⁵¹⁸ Regionale dødshjælpsråd sammensat af én jurist og to læger med speciale i henholdsvis palliativ medicin og psykiatri, som dermed kollektivt besidder den tværfaglige viden nødvendig for kontrol af kriteriernes

⁵¹⁵ Jf. afsnit 4.5.

⁵¹⁶ Jf. BKG nr. 1483 § 1, stk. 1 og 2 samt §§ 3 og 4, stk. 3.

⁵¹⁷ Jf. FT 2017-18, forhandling, 23. møde, 24. november 2017, s. 9 ff. og FT 2017-18, tillæg B, lovforslag nr. L 99, s. 2.

⁵¹⁸ KBET nr. 96 af 1954 om ændring af svangerskabslovgivningen, s. 49 ff.

Henvendelse 77 - fortsat

opfyldelse, kunne således nedsættes efter analogi.⁵¹⁹ En yderligere sikkerhed kunne sikres derved, at kravet om enighed for tilladelse bibeholdes, og ensartethed i retsdannelsen derved at afgørelser kan påklages til et ankenævn efter samme analogi.⁵²⁰ Petersen og Herrmann problematiserer, at den lægefaglige vurdering ”ikke træder frem i fornødent omfang” i abortsamrådenes afgørelser, hvilket antageligvis skyldes, at sagsforberedelsen varetages af sekretariatet og andre ”ikke-lægeligt uddannede”.⁵²¹ Eftersom sagsforberedelsen efter ovennævnte proces ville skulle forestås af den ansvarlige og uafhængige læge, vil samme problem formentlig ikke gøre sig gældende for en lignende ordning for dødshjælp. Tværfaglig kontrol påkræves i praksis allerede i mindre omfang for palliativ sedering, jf. afsnit 3.2.1, og en grundig forudgående kontrol i flere led vil tillige imødekomme den frygt for fejlskøn eller misbrug, som var den primære kritik af de omtalte straffelovsforslag, jf. afsnit 2.3, og i øvrigt være i bedre overensstemmelse med kravene efter EMRK, jf. afsnit 4.5. Dertil kommer naturligvis, at borgeren indtil sidste øjeblik kan tilbagekalde sit informerede samtykke.

Kontrol efter

Lignende regionale tilsynsråd som ovennævnte dødshjælpsråd varetager i Nederlandene den efterfølgende kontrol af kriteriernes opfyldelse, jf. gennemgangen heraf i afsnit 4.2. Foruden en omfattende kontrol, der bl.a. kan bestå i yderligere sagsoplysning, offentliggør tilsynsrådene årsberetninger samt afgørelser i komplicerede eller afviste sager på deres hjemmeside. En tilsvarende kontrol forstås som tidligere nævnt af et nationalt tilsynsråd i Belgien, jf. afsnit 4.3. Eftersom EMD fandt denne kontrol tilstrækkelig for den efterfølgende, uafhængige og interdisciplinære kontrol af udført dødshjælp, som påkræves efter EMRK art. 2, må det samme formentlig gælde en ordning moduleret efter den nederlandske, jf. afsnit 4.5. En mulig løsning er således at lade dødshjælpsrådene beskrevet ovenfor forestå denne efterfølgende kontrol. Som det fremgår af afsnit 4.5, så er rådsmedlemmernes personelle uafhængighed fra alle sagens parter afgørende efter EMRK art. 2. Det kan derfor være problematisk, at dødshjælpsrådene *både* kontrollerer lovens overholdelse *inden* og *efter* dødshjælpens udførelse uanset anonymitet. En mulig løsning er naturligvis at overlade den forudgående kontrol til lægen alene som efter nederlandsk eller belgisk ret, jf. afsnittene 4.2 og 4.3, men uafhængigheden kan også

⁵¹⁹ Jf. sundhedslovens § 97, stk. 1.

⁵²⁰ Jf. sundhedslovens § 97, stk. 2 og 3.

⁵²¹ Jf. A. F. Petersen og J. R. Herrmann, *Abortsamrådenes hemmelige liv: Praksisanalyse af en Black Box forvaltning*, Ugeskrift for Retsvæsen B (2021), s. 200.

Henvendelse 77 - fortsat

sikres ved oprettelse af et særskilt tværfagligt råd, der f.eks. også tæller et medlem fra Rigspolitiet eller Rigsadvokaten. Denne efterfølgende kontrol kunne med fordel suppleres af følgeforskning, der kan give et egentligt datagrundlag for retspolitiske diskussioner om bl.a. glidebaneeffekt og eksternt pres.

Inhabilitetsregler

Ovennævnte uafhængighedskrav vil almindeligvis kunne opfyldes af generelle inhabilitetsregler, som gælder hele sagens behandling. En mulighed for dødshjælpsrådenes arbejde er at anlægge lignende krav som efter nugældende cirkulære for abortsamrådene, der kombinerer forvaltnings- og retsplejelovens regler om inhabilitet.⁵²² Lignende kan fastsættes for lægen i forhold til både patient og andre læger, idet kravene efter omstændighederne kan skærpes hertil, som f.eks. gennemgået i afsnit 4.2. Det følger fra lignende betragtninger, at hverken ansøgningsrapport eller efterfølgende erklæring fra læge(erne), må være anonymiserede, eftersom dette medfører risiko for inhabilitet, der ikke opdages, hvilket udgør et brud på EMRK art. 2, som gennemgået i afsnit 4.5.

5.3.5. Strafproportionalitet

Ovenstående gennemgang handler om at *forebygge* både misbrug og fejlskøn, som imidlertid også skal kunne *sanktioneres*.

En mulig løsning er at følge nederlandsk regulering, således at dødshjælpsrådene retligt forpligtes til at indberette sager, hvori der er truffet afgørelse om manglende opfyldelse af ét eller flere kriterier, til anklagemyndigheden og STPS, så vel som efter anmodning at overdrage sagsmaterialet til førnævnte, jf. afsnit 4.2. Denne løsning vil imidlertid kun forskubbe området for diskussionen i afsnit 3.2.3 om grænsen mellem lovlig og ulovlig dødshjælp.

Det synes således retssikkerhedsmæssigt betænkeligt, at et mindre fejlskøn over et kriteriums opfyldelse potentielt kan henføre *hele* forholdet under straffelovens §§ 239 eller 240. Der er ikke samme adgang til *proportional sanktionsgraduering* inden for strafferetten, som både SDN og STPS som forvaltningsmyndigheder er forpligtet til at iagttage, jf. afsnit 3.2.3. En

⁵²² Jf. CIR nr. 23 af 2006 om behandling af sager om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion § 4, stk. 2, jf. forvaltningslovens kapitel 2 og retsplejelovens §§ 60-61 eller analogien til forvaltningsrettens uskravne retsgrundsætninger om myndighedsinhabilitet.

lignende graduering må i stedet foretages i *strafudmålingen*, som ganske vidst også er fleksibel på dette område, som gennemgået i afsnit 3.1.3. For en læge vil en dom uanset et rent symbolsk strafniveau imidlertid være mindst lige så indgribende, som de mest indgribende reaktionsmuligheder åbne for STPS, og i praksis lede til autorisationsfrakendelse.⁵²³

En mulig løsning, der kan begrænse usikkerheden, er at lade overdragelse af sagen til anklagemyndigheden være betinget af et simpelt flertal, hvilket er gældende praksis efter nederlandske regler.⁵²⁴ Det er imidlertid ikke indlysende at ovenstående problem vil være så udtalt, eftersom en grundig *forudgående rådsgodkendelse* i afsnit **Fejl! Henvisningskilde ikke fundet.**, som ikke kræves i Nederlandene eller Belgien, formentlig vil lede til *endnu færre* sager, hvor kriterierne ikke er opfyldt, end det er tilfældet i førnævnte lande, hvor tallet *allerede* er *forsvindende lavt*.⁵²⁵

5.4. Sammenfatning

Som det blev konkluderet i afsnit 5.1 ovenfor, så efterlader gældende ret plads til en udvidelse af det lovlige område for dødshjælp til situationer, som dels er præget af retlig sanktioneringsusikkerhed, dels savner et afsnit 3.2-tilsvarende behandlingsislæt og dels karakteriserer en retlig gråzone.

Mulige reguleringsformer til denne udvidelse blev gennemgået i afsnit 5.2, hvori det konkluderedes, at det var bedst stemmende med dansk retstradition og gennemgæede retsprincipper, at regulere en mulig udvidelse af det lovlige område for dødshjælp ved lov, nærmere bestemt ved en lovændring *dels* af straffeloven og *dels* af sundhedsloven.

Det nærmere indhold af disse lovændringer blev herefter diskuteret i afsnit 5.3, hvori det drøftedes, hvordan en dansk lovændring kunne fastlægge de efter EMRK og dansk retstradition påkrævede kriterier herfor samt passende og tilstrækkelige beskyttelsesforanstaltninger mod misbrug, såvel som en rimelig strafproportionalitet. På dette grundlag og i overensstemmelse hermed kan en mulig lovændring formuleres, der udvider det lovlige område for dødshjælp under iagttagelse af EMRK og dansk retstradition.

⁵²³ Jf. afsnit 3.2.3, Vestergaard (2000), s. 18 og Hartlev (2022), s. 143.

⁵²⁴ Jf. den nederlandske eutanasilov § 12, stk. 1 som gengivet i afsnit 8.1.

⁵²⁵ Jf. afsnit 4.2 og RTE (2023), s. 12 ff.

6. Konklusion

Det er i nærværende redegørelse undersøgt, hvad der er baggrunden for nugældende dansk ret for lægelig dødshjælp, og hvordan det lovlige område kan udvides under iagttagelse af EMRK.

Som det fremgår af afsnit 2, har lægelig dødshjælp historisk været reguleret af den almindelige strafferet, som udtrykkeligt har kriminaliseret dødshjælp siden kort forinden straffeloven af 1866, hvor to højesteretsdomme bekræftede tidligere teorier om strafbarheden heraf.⁵²⁶ Udviklingen tog en, i nutidig teori overset⁵²⁷, drejning under tilblivelsen af den nugældende straffelov, hvor et enigt Folketing vedtog en afkriminalisering af lægelig dødshjælp i 1930, der imidlertid aldrig fik Landstingets godkendelse.⁵²⁸ Det endelige kompromis videreførte i stedet i stort set uændret skikkelse strafbestemmelserne fra 1866.⁵²⁹

Som det fremgår af afsnit 3, reguleres *ulovlig* lægelig dødshjælp fortsat heraf, men administrativ praksis har efterhånden udviklet et straffrit område for lægelig dødshjælp, som nu er *lovlig* inden for sundhedslovens rammer.⁵³⁰ Hverken samtykke- eller nødretsbetragtninger kan begrunde yderligere straffrihed, men tiltale- og retspraksis indikerer en meget lempelig strafferetlig vurdering af lægelig dødshjælp til uudholdeligt og udsigtsløst syge personer.⁵³¹ Palliativ sedering og behandlingsophør med døden til følge udgør i dag det *lovlige område* for lægelig dødshjælp, men *grænsen* mellem ulovlig og lovlig dødshjælp er uklar, og administrativ praksis samt fraværet heraf indikerer, at det straffri område er større end almindeligt antaget.⁵³²

For at kunne vurdere hvordan dette lovlige område kan udvides, blev det i afsnit 4 undersøgt, hvorledes dødshjælp er blevet legaliseret i tre ”nabolande” under iagttagelse af EMRK. Fælles for de tre reguleringer er, at ordningen er fakultativ for både læge og borger, og at en lovlig

⁵²⁶ Jf. afsnit 2.2.

⁵²⁷ Jf. Vestergaard (2000), s. 16.

⁵²⁸ Jf. afsnit 2.3.

⁵²⁹ Jf. afsnit 2.3.

⁵³⁰ Jf. afsnittene 3.1.1, 3.1.2 og 3.1.3.

⁵³¹ Jf. afsnit 3.1.3.

⁵³² Jf. afsnittene 3.2.1, 3.2.2 og 3.2.3

Henvendelse 77 - fortsat

begæring herom kræver både frivillighed, fyldestgørende information og habilitet.⁵³³ Herudover kræver de nederlandske og belgiske regler bl.a., at lægen forinden sikrer, at en række yderligere kriterier er opfyldt, indhenter en uafhængig vurdering og følger en angivet fremgangsmåde.⁵³⁴ Dette er genstand for en efterfølgende, uafhængig, grundig og tværfaglig kontrol, som er endnu ét af de krav til dødshjælpsregulering, EMD har udledt af EMRK art. 2.⁵³⁵

På dette grundlag blev det diskuteret i afsnit 5, hvordan det lovlige område *kan* udvides i dansk ret under iagttagelse af EMRK. Det blev konkluderet, at det var bedst stemmende med det gennemgåede at regulere spørgsmålet ved lov, nærmere bestemt ved en ændring af både straffe- og sundhedsloven.⁵³⁶ Herefter blev indholdet af en mulig dansk lovændring i overensstemmelse med EMRK og dansk retstradition, som med tilpas klarhed fastlægger kriterierne og beskyttelsesforanstaltningerne for en udvidelse af det lovlige område for dødshjælp efter dansk ret, diskuteret.⁵³⁷ Som det imidlertid også blev fremhævet i dette afsnit, så taler vægtige retssikkerhedsmæssige og demokratiske hensyn for, at den nærmere klarlægning heraf foretages i Folketinget.⁵³⁸

⁵³³ Jf. afsnittene 4.2, 4.3, 4.4 og 4.5.

⁵³⁴ Jf. afsnittene 4.3 og 4.4.

⁵³⁵ Jf. afsnittene 4.3, 4.4 og 4.5.

⁵³⁶ Jf. afsnit 5.2.

⁵³⁷ Jf. afsnit 5.3.

⁵³⁸ Jf. afsnittene 5.1, 5.2 og 5.3.

7. Referencer

7.1. Bibliografi

7.1.1. Litteratur

- Adams, M. og Nys, H., *Comparative Reflections on the Belgian Euthanasia Act 2002*, Medical Law Review (2003), s. 353 ff.
- Agnes van der Heide m.fl., *End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study*, The Lancet (2003), s. 345 ff.
- Algreen-Ussing, T., *Haandbog i den danske Kriminalret*, Gyldendalske Boghandlings Forlag (1841)
- Blume, Peter, *Strafansvar for euthanasi og hjælp til selvmord efter gældende dansk ret og som lovgivningsproblem*, Prisopgave Retsvidenskab D, sølv, Københavns Universitet (1980)
- Bødker Madsen, Helle, *Sundhedsret*, Djøf Forlag (2018)
- Bornemann, F. C., *Samlede Skrifter III*, Eides Forlag (1866)
- Bornemann, F. C., *Samlede Skrifter IV*, Eides Forlag (1864)
- Brorson, Christian, *Forsøg til den siette Bogs Fortolkning i Christian den femtes Danske og Norske Lov samt Straffene*, Sebastian Popp (1791)
- Center for Selvmordsforskning, *Pligt til at leve? Ret til at dø?* (2015)
- CFCEE, *Premier rapport aux chambres législatives* (2004)
- Christensen, Malene Bechmann, *Det strafferetlige samtykke*, Jurist- og Økonomforbundets Forlag (2008)
- Christian Colbiørnsen, *Fragment som bidrag til det af kommissionen pålagte arbejde at foreslå grundsætninger til en ny og forbedret kriminallov af 17. november 1800*
- Dansk Kriminalistforening, *Forhandlingerne paa Dansk Kriminalistforenings 16. Aarsmøde*, Nordiske Forlag (1924)
- Delbon, P., et al., *Medically assisted suicide in Italy: the recent judgment of the Constitutional Court*, Clinica Terapeutica (2021)
- Ehlers, Andreas Bloch, *Kausalitet i personskadeerstatningsretten*, Karnov (2017)
- Elholm m.fl., *Kommenteret straffelov - speciel del*, Jurist- og Økonomforbundets Forlag (2022)
- EMD, *Factsheet: End of life and the European Convention on Human Rights*, EMDs Press Unit (2022)
- EMD, *Mortier v. Belgium*, Legal summary (2022)
- Eyben, W. E. von, *Juridisk grundbog: Retskilderne*, bind I, Jurist- og Økonomforbundets Forlag (1991)
- Fenger, Ole, *Selvmord i kultur- og retshistorisk belysning*, Aarhus Universitet (1985)

Henvendelse 77 - fortsat

- Feuerbach, P. J. A. v., *Lehrbuch des gemeinen in Deutschland geltenden Peinlichen Rechts*, Giessen (1801)
- Folker, Anna P., m.fl., *A Report from Denmark: Experiences and Attitudes amongst Danish Physicians towards End-of-Life Decisions*, *Bioethics* (1996), s. 233 ff.
- Gam, Henrik, *Strafansvar for euthanasi og hjælp til selvmord efter gældende dansk ret og som lovgivningsproblem*, Prisopgave Retsvidenskab D, sølv, Københavns Universitet (1980)
- Goos, C., *Den danske Straffets specielle Del*, bind I, Gyldendalske Boghandels Forlag (1895)
- Goos, C., *Den nordiske Strafferet almindelig Del*, Gyldendalske Boghandels Forlag (1882)
- Goos, C.; Nellesmann, J. og Øllgaard, H., *A. S. Ørsteds Betydning for den danske og norske Retsvidenskabs Udvikling*, 3die Afdeling, III, H. Hagerups Forlag (1906)
- Greve, Vagn m.fl., *Straffeloven – Almindelig del*, København (1976)
- Greve, Vagn, *Om læger og euthanasi*, *Juristen* (1974), s. 381 ff.
- Griffiths, J.; Bood, A. og Weyers, H., *Euthanasia and Law in the Netherlands*, Amsterdam University Press (1998)
- Hartlev, Mette m.fl., *Sundhed og Jura*, Djøf Forlag (2022)
- Hartlev, Mette, *Fortrolighed i sundhedsretten – et patientretligt perspektiv*, Forlaget Thomson (2005)
- Henke, E., *Handbuch des Criminalrechts und der Criminalpolitik*, bind I, Berlin (1823)
- Henrik Zahle, *Rettens kilder*, Christian Ejlers (1999)
- Henry Ussing, *Bidrag til Moral- og Retsfilosofi*, Ugeskrift for Retsvæsen B (1934), s. 289 ff.
- Hert, Marc de, et al., *Euthanasia of a person with a psychiatric disorder does not violate the European Convention on Human Rights (Mortier v. Belgium [no. 78017/17])*, *European Psychiatry* (2022), s. 1 f.
- Hert, Marc de, et al., *The Belgian euthanasia law under scrutiny of the highest courts*, *The Lancet Regional Health – Europe* (2022), s. 1 f.
- Hervey, T. K. og McHale, J. V., *European Union Health Law: Themes and Implications*, Cambridge University Press (2015)
- Hoff, Helge, *Medlidenhedsdrab*, NFTK (1956)
- Hoff, Helge, *Medvirken til selvmord*, Ugeskrift for Retsvæsen B (1955), s. 148 ff.
- Holberg, Ludvig, *Dannemarks Riges Historie*, Tomus I, Hans Kongl. Majestæts og Universitets Bogtrykkerie (1732)
- Holberg, Ludvig, *Naturens og Folke-Rettens Kundskab, Bygget paa de fornemste Juristers Principiis, Illustreret med Exempler af de Nordiske Historier og Conferered med disse*

Henvendelse 77 - fortsat

- Rigers, saa vel gamle som nye Love*, første del, 3. udgave, Hans Kongl. Majest. og Univers. Bogtr. (1734)
- Holst, Nicolaj Sivan og Adolphsen, Caroline, *Dødshjælp: Rettigheder og pligter i forbindelse med behandlingsafvisning og behandlingsophør*, Juristen (2017), s. 217 ff.
- Hurwitz, Stephan, *Den danske kriminalret – speciel del*, G. E. C. Gads Forlag (1970)
- Hurwitz, Stephan og Waaben, Knud, *Den danske Kriminalret: Almindelig Del*, G. E. C. Gads Forlag (1971)
- Husabø, Erling J., *Rett til selvvalt livsavslutning?*, Bergen (1993)
- Iuul, Stig, Ross, Alf og Trolle, Jørgen, *Indledning til retsstudiet*, Arnold Busch (1974)
- Jones, D. A., et al., *Euthanasia and Assisted Suicide: Lessons from Belgium*, Cambridge University Press (2017)
- Justitsministeriet, *Vejledning om lov kvalitet* (2018)
- Kjær, Morten, *Mellem Skylla og Charybdis – træk af legalitetsprincippets historie i dansk strafferet*, Nordisk Tidsskrift for Kriminalret (2017), s. 77 ff.
- KNMG/KNMP, *Guidelines for the Practice of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide* (2021)
- KNMG/KNMP, *Guidelines for the Practice of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide* (2012)
- Koktvedgaard, Mogens, *Lærebog i den danske strafferetspleje*, København (1968)
- Komm. Strl. (2022)
- Krabbe, Oluf H., *Om Strafbarheden af Hjælp til Selvmord*, Ugeskrift for Retsvæsen B (1926), s. 221 ff.
- Krabbe, Oluf H., *Straffelovsforslaget*, Ugeskrift for Retsvæsen B (1925)
- Krabbe, Oluf H., *Tillæg til Noter til Strafferetten, Tilføjelser og Ændringer til [...] Torp: Strafbare Angreb paa Liv og Legeme [...]*, G. E. C. Gads Forlag (1927)
- Krabbe, Oluf, *Borgerlig Straffelov af 15. april 1930*, G. E. C. Gads Forlag (1931)
- Krüger, J. M., *Comparing the Decriminalisation of Assisted Dying in Europe*, EJHL (2022)
- Lassen, Annette, *Oldtidssagaerne*, bind I, Gyldendal (2016)
- Lassen, Julius, *Nogle Afskedsord*, Ugeskrift for Retsvæsen B (1918)
- Leitmeier, *Ist § 216 StGB verfassungsrechtlich noch haltbar?*, Neue Zeitschrift für Strafrecht (2020), s. 508 ff.
- Loos, Sien, *Assisted dying before the ECtHR: general rules for national regulations*, Medical Law International (2022), s. 109 ff.
- Matzen, Henning, *Forelæsninger over den danske Rets historie*, bind III, J. H. Schultz (1895)

Henvendelse 77 - fortsat

- Ministère de la Santé et Ministère de la Sécurité sociale, *Euthanasia and assisted suicide Law of 16 March 2009* (2010)
- Morten Kjær, *Mellem Skylla og Charybdis – træk af legalitetsprincippets historie i dansk strafferet*, Nordisk Tidsskrift for Kriminalret (2017), s. 77 ff.
- Murphy, Anna og Magnus, Michael von, *Lægeloven – Lov om udøvelse af lægegerning med kommentarer*, Jurist- og Økonomforbundets Forlag (2004)
- Nørregaard, Laurids, *Forelæsninger over den Danske og Norske private Ret*, bind IV, Gyldendals Forlag (1788)
- Nys, H., *A Discussion of the Legal Rules on Euthanasia in Belgium Briefly Compared with the Rules in Luxembourg and the Netherlands*, D. A. Jones et al., *Euthanasia and Assisted Suicide: Lessons from Belgium*, Cambridge University Press (2017), s. 10
- Orentlicher og Sandór, *Decisions at the End of Life i Orentlicher og Tamara (red.)*, The Oxford Handbook of Comparative Law, Oxford University Press (2021)
- Ørsted, A. S., *Arkiv for Retsvidenskaben og dens Anvendelse III*, Andreas Seidelin (1826)
- Ørsted, A. S., *Eunomia eller Samling af Afhandlinger IV*, København (1822)
- Ørsted, A. S., *Eunomia, eller Samling af Afhandlinger III*, Andreas Seidelin (1819)
- Ørsted, A. S., *Strafferetlige Skrifter i Udvalg*, bind II, Nordisk forlag (1931)
- Petersen, A. F. og Herrmann, J. R., *Abortsamrådenes hemmelige liv: Praksisanalyse af en Black Box forvaltning*, Ugeskrift for Retsvæsen B (2021), s. 190 ff.
- Regional Euthanasia Review Committees (“RTEs”), *Euthanasia Code 2023. Review Procedures in Practice* (2023)
- Ross, Alf, *Om ret og retfærdighed – en indførelse i den analytisk retsfilosofi*, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck (1966)
- Stübel, C. A., *Ueber den Thatbestand der Verbrechen*, Wittenberg (1805)
- Tamm, Ditlev m.fl. (red.), *Til det almindelige bedste ... Generalprokurør Christian Colbiørnsens lovbetænkninger 1789-1802*, Jurist- og Økonomforbundets Forlag (2006)
- Tamm, Ditlev og Jørgensen, Jens Ulf, *Dansk retshistorie i hovedpunkter: fra Lanskabslovene til Ørsted*, bind II, Akademisk Forlag København (1975)
- Tittman, K. A., *Grundlinien der Strafrechtswissenschaft und der deutschen Strafgesetzkunde*, Fleischer (1800)
- Tittmann, K. A., *Handbuch der Strafrechtswissenschaft und der deutschen Strafgesetzkunde*, Halle (1807)
- Torp, Carl, *Den danske Strafferets almindelige Del*, G. E. C. Gad (1905)
- Torp, Carl, *Strafbare Angreb paa Liv og Legeme*, G. E. C. Gads Forlag (1926)

Henvendelse 77 - fortsat

- Torp, Carl, *Straffrihedsgrunde og Strafophørsgrunde, Afsnit af den danske Strafferets almindelige Del*, G. E. C. Gad (1898)
- Turoldo, F., *Aiding and Abetting Suicide: The Current Debate in Italy*, Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics (2021), s. 123 ff.
- Vestergaard, Jørn, *Dødshjælp – dansk ret*, Juristen (2000), s. 165-182, Retsudvalget, alm. del. – bilag 621
- Vestergaard, Jørn, *Forbrydelser og andre strafbare forhold*, Gjellerup (2018)
- Waaben, Knud og Langsted, Lars Bo, *Strafferettens specielle del*, Karnov Group (2014)
- Waaben, Knud, *Strafferettens ansvars lære*, G. E. C. Gad (1987)
- Waaben, Knud, *Strafferettens specielle del I*, København (1978)
- Weyers, H., *Euthanasia: the Process of Legal Change in The Netherlands: The Making of Requirements of Careful Practice* i A. Klijn et al. (red.), *Regulating Physician-Negotiated Death*, Elsevier (2001), s. 1-27

7.1.2. Betænkninger

- Kommissionsbetænkning angaaende Lægers Retsstilling (1931)
- Kommissionsbetænkning angaaende Ordningen af Sundhedsvæsenets Centralstyrelse (1909)
- Kommissionsbetænkning nr. 1184 om afkald på livsforlængende behandling (1989)
- Kommissionsbetænkning nr. 1462 om kriminalisering af generelle opfordringer til selvmord m.v. (2005)
- Kommissionsbetænkning nr. 96 om ændring af svangerskabslovgivningen (1954)
- Kommissionsbetænkning om den almindelige borgerlige Straffelovgivning (1912)
- Kommissionsbetænkning om Udkast til almindelig borgerlig Straffelov (1923)
- Kommissionsbetænkning om Udkast til Love vedrørende den borgerlige Straffelovgivning (1917)
- Udvalgsbetænkning over lovforslag nr. L 128 om ændring af lægeloven: FT 1991-92, tillæg B, sp. 1189 ff.
- Udvalgsbetænkning over lovforslag nr. L 15 om patienters retsstilling: FT 1997-98, tillæg B, s. 268 ff.
- Udvalgsbetænkning over lovforslag nr. L 99 om ændring af sundhedsloven: FT 2017-18, tillæg B

Henvendelse 77 - fortsat

7.1.3. Notater, redegørelser, pressemeddelelser

Landsforeningen for Beskikkede Advokaters Meddelelse nr. 113 af 1997, s. 254 ff.

Retslægerådets udtalelse nr. 713/1917

Retslægerådets Årsberetning (1949)

Sundheds- og Ældreministeriet, Notat om palliativ sedering, fravalg af behandling m.v.,
Sundheds- og Ældreudvalget 2016-17, SUU alm. del, bilag 221.

Sundheds- og Ældreudvalget 2016-17, SUU alm. del bilag 221

Sundheds- og Ældreudvalget 2016-17, SUU alm. del endeligt svar på spørgsmål 702

Sundheds- og Ældreudvalget 2016-17, SUU alm. del endeligt svar på spørgsmål 697

Sundheds- og Ældreudvalget 2016-17, SUU alm. del endeligt svar på spørgsmål 699

Sundheds- og Ældreudvalget 2018-19, SUU alm.del bilag 69

Sundhedsstyrelsens Årsberetning (1979)

Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, *Sammenfatning af nævnets praksis vedrørende
informeret samtykke samt journalføring heraf 2000-2014*, Patientombuddet (2015)

Sundhedsstyrelsens pressemeddelelse af 2. september 1974

Rigsadvokatens notat af 19. november 1976

Sundhedsstyrelsens pressemeddelelser af 18. august 1986

Sundhedsstyrelsens pressemeddelelser af 20. august 1986

Pressemeddelelsen fra CFCEE af 14. oktober 2022

Rigsadvokatens meddelelse nr. 9184 af 1. januar 2023

Rigsadvokatens meddelelse nr. 9084 af 25. januar 2023

7.1.4. Links til hjemmesider

Andersen, K.: *Enkemand støtter aktiv dødshjælp - Hans kone måtte tage til Schweiz for at dø*
(2016): <https://nyheder.tv2.dk/samfund/2016-10-12-enkemand-stoetter-aktiv-doedshjaelp-hans-kone-maatte-tage-til-schweiz-for-at-doe> (tilgået 1. april 2023)

Andersen, S.: *Dødshjælpslæge står til at miste autorisation* (2017): <https://www.kristeligt-dagblad.dk/danmark/doedshjaelpslaege-staar-til-miste-autorisation> (tilgået 1. april 2023)

Avisen.dk: *Læge hjalp 10 patienter med at dø: Nu får det måske konsekvenser* (2017):
https://www.avisen.dk/top-selvmoedslaege-er-til-fare-for-patienter-skal_431566.aspx
(tilgået 1. april 2023)

Henvendelse 77 - fortsat

Benedikte Plum Enemark: *Lægen Svend Lings hjælper syge med at dø uden at tilse dem* (2017): <https://www.dr.dk/nyheder/indland/laegen-svend-lings-hjaelper-syge-med-doe-uden-tilse-dem> (tilgået 1. april 2023)

Boisen, Erik: Overlæge om dødshjælp: »Nu har du slået Far ihjel«. Det blev sagt uden mildhed i stemmen. Som en anklage af et barn, der var ved at miste sin far (2017): <https://politiken.dk/debat/art6021661/%C2%BBNu-har-du-sl%C3%A5et-Far-ihjel%C2%AB.-Det-blev-sagt-uden-mildhed-i-stemmen.-Som-en-anklage-af-et-barn-der-var-ved-at-miste-sin-far> (tilgået 1. april 2023)

Bundesverfassungsgericht: *Decisions* (2020): https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/EN/2020/02/rs20200226_2bvr234715en.html (tilgået 1. april 2023)

DR, *Lægen Svend Lings hjælper syge med at dø uden at tilse dem*: <https://www.dr.dk/nyheder/indland/laegen-svend-lings-hjaelper-syge-med-doe-uden-tilse-dem> (tilgået 30. marts 2023)

DR, *Læger giver dødshjælp* (2005): <https://www.dr.dk/nyheder/indland/laeger-giver-aktiv-doedshjaelp> (tilgået 1. april 2023).

DR, *På tirsdag skal jeg dø* (2022): https://www.dr.dk/drtv/serie/paa-tirsdag-skal-jeg-doe_349498 (tilgået 3. april 2023)

DR, *Selvordslægen* (2018): https://www.dr.dk/drtv/program/selvordslaegen_64813 (tilgået 3. april 2023)

DR.TV: *På tirsdag skal jeg dø: Preben vil dø* (2022): <https://www.dr.dk/drtv/episode/349500> (tilgået 1. april 2023)

Electoral commission: REFERENDUM RESULTS (2020): https://www.electionresults.govt.nz/electionresults_2020/referendums-results.html (tilgået 1. april 2023)

Engelbrecht, N.: *lægeløfte* (2022): <https://denstoredanske.lex.dk/lægelofte> (tilgået 1. april 2023)

Euronews: *MPs in Italy back a new law that would legalise a form of euthanasia* (2022): <https://www.euronews.com/2022/03/11/mps-in-italy-back-a-new-law-that-would-legalise-a-form-of-euthanasia> (tilgået 1. april 2023)

Government of Canada: *Medical assistance in dying* (2023): <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/medical-assistance-dying.html> (tilgået 1. april 2023)

Henvendelse 77 - fortsat

- Government of Netherlands: *Is euthanasia allowed?* (2023): <https://www.government.nl/topics/euthanasia/is-euthanasia-allowed> (tilgået 1. april 2023)
- Guichet: *Information on requesting euthanasia or assisted suicide* (2017): <https://guichet.public.lu/en/citoyens/famille/euthanasie-soins-palliatifs/fin-de-vie/euthanasie-assistance-suicide.html#bloub-1> (tilgået 1. april 2023)
- Hansen, *Det mener partierne om aktiv dødshjælp*, Kristeligt Dagblad (2019): <https://www.kristeligt-dagblad.dk/politik/valg-2019-det-mener-partierne-om-aktiv-doedshjaelp> (tilgået 1. april)
- Hansen, T., *Det mener partierne om aktiv dødshjælp*, Kristeligt Dagblad (2019): <https://www.kristeligt-dagblad.dk/politik/valg-2019-det-mener-partierne-om-aktiv-doedshjaelp> (tilgået 3. april 2023)
- Hermansen, A. C., *Efter aktiv dødshjælp: Svend Lings står til at miste lægeautorisation*, Fyens Stiftstidende (2017): <https://fyens.dk/danmark/efter-aktiv-doedshjaelp-svend-lings-staar-til-at-miste-laegeautorisation> (tilgået 4. april 2023)
- https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/rammer-og-retningslinjer/om-klassifikationer/sks-klassifikationer/icd_11 tilgået 1. april 2023)
- Jespersen, J., Særkjær, M. og Winther, M., *Det mener partierne om aktiv dødshjælp*, Kristeligt Dagblad (2022): <https://www.kristeligt-dagblad.dk/danmark/det-mener-partierne-om-aktiv-doedshjaelp> (tilgået 3. april 2023).
- Klaus Larsen: *Svend Lings står til at miste autorisation* (2017): <https://ugeskriftet.dk/nyhed/svend-lings-star-til-miste-autorisation> (tilgået 1. april 2023)
- KNMG: *Meldingsformulieren euthanasie* (2023): <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/euthanasie/meldingsformulieren-euthanasie> (tilgået 1. april 2023)
- KNMG: *Over SCEN* (2023): www.scen.nl (tilgået 1. april 2023) Lægeforening, *Lægeforeningens holdning til aktiv dødshjælp* (2023): <https://www.laeger.dk/foreninger/laegeforeningen/etik/aktiv-doedshjaelp/laegeforeningens-holdning-til-aktiv-doedshjaelp/> (tilgået 1. april 2022)
- Kristensen, K.: *Palliativ sedering med Propofol – Palliativ Afsnit, Farsø* (2015): <https://pri.rn.dk/Sider/21182.aspx> (tilgået 1. april 2023)
- Redazione ANSA: *Right-to-die activist Cappato acquitted* (2019): https://www.ansa.it/english/news/general_news/2019/12/23/right-to-die-activist-cappato-acquitted_7fd6fd5f-6dd3-429e-9e07-de89cd945114.html (tilgået 1. april 2023)

Henvendelse 77 - fortsat

Regional euthanasia review committees: *Judgments* (2023):
<https://english.euthanasiecommissie.nl/judgments> (tilgået 1. april 2023)

Regional euthanasia review committees: *Toetsingsprocedure Regionale Toetsingscommissies Euthanasie* (2023): <https://english.euthanasiecommissie.nl/review-procedure> (tilgået 1. april 2023)

Styrelsen for patientsikkerhed: *Fravalg af behandling i den sidste tid* (2023):
<https://stps.dk/da/ansvar-og-retningslinjer/patienters-retsstilling/en-god-afslutning-paa-livet/fravalg-af-behandling-i-den-sidste-tid/> (tilgået 1. april 2023)

Styrelsen for patientsikkerhed: *Habile patienter* (2023): <https://stps.dk/da/ansvar-og-retningslinjer/patienters-retsstilling/informeret-samtykke/habile-patienter/> (tilgået 1. april 2023)

Styrelsen for patientsikkerhed: *Lindring i den sidste tid* (2023): <https://stps.dk/da/ansvar-og-retningslinjer/patienters-retsstilling/en-god-afslutning-paa-livet/lindring-i-den-sidste-tid/> (tilgået 1. april 2023)

Wendel-Hansen, Jens: *Landstinget i den danske Rigsdag 1849-1953* (2016):
<https://danmarkshistorien.dk/vis/materiale/landstinget-1849-1953> (tilgået 1. april 2023)

Århus Universitetshospital, ALS: *Afslutning af behandling med respirator* (2023):
<https://www.auh.dk/afdelinger/intensiv/respirationscenter-vest/als/valg-du-skal-traffe/afslutning-af-behandlingen/afslutning-af-behandling-med-respirator/> (tilgået den 25. februar 2023)

7.2. Love mv.

7.2.1. Danske love

Autorisationsloven: Lovbekendtgørelse nr. 731 af 2019 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

EMRK: Lovbekendtgørelse nr. 138 af 2022 om lov om Den Europæiske Menneskerettighedskonvention, bilag 1

Forældreansvarsloven: Lovbekendtgørelse nr. 1768 af 2020 om forældreansvarsloven

Klage- og erstatningsadgangsloven: Lovbekendtgørelse nr. 9 af 2023 om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Lov om retslægerrådet: Lov nr. 60 af 1961 om retslægerrådet

Retsplejeloven: Lovbekendtgørelse nr. 1835 af 2021 om rettens pleje

Henvendelse 77 - fortsat

Retssikkerhedsloven: Lovbekendtgørelse nr. 265 af 2022 om retssikkerhed og administration på det sociale område

Straffeloven af 1866: Almindelig borgerlig Straffelov af 10. Februar 1866

Straffeloven: Lovbekendtgørelse nr. 1360 af 2022 om straffeloven

Sundhedsloven: Lovbekendtgørelse nr. 248 af 2023 om sundhedsloven

Værgemålsloven: Lovbekendtgørelse nr. 1122 af 2021 om værgemålsloven

7.2.2. Lovforslag mv.

1. behandling af lovforslag nr. L 128: FT 1991-92, forhandlinger, sp. 3498 ff.

1. behandling af lovforslag nr. L 99: FT 2017-18, forhandlinger, 23. møde, s. 7 ff.

2. behandling af lovforslag nr. L 128: FT 1991-92, forhandlinger, sp. 9665 ff.

Gesetzentwurf der Castellucci et. al, Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung, v. 07.03.2022, BT-Drs. 20/904

Gesetzentwurf der Helling-Plahr et. al, Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe v. 21.06.2022, BT-Drs. 20/2332

Gesetzentwurf der Künast et. al, Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze, v. 17.06.2022, BT-Drs. 20/2293

Kommissionen af 22. februar 1859, *Udkast til Straffelov for Kongeriget Danmark*, J. H. Schultz (1864)

Lovforslag nr. L 128 om ændring af lægeloven: FT 1991-92, tillæg A, sp. 2685 ff.

Lovforslag nr. L 128 om ændring af lægeloven: FT 1991-92, tillæg C, sp. 889 f.

Lovforslag nr. L 15 om patienters retsstilling: FT 1997-98 (2. samling), tillæg A, s. 505 ff.

Lovforslag nr. L 99 om ændring af straffeloven og retsplejeloven: FT 2003-04, tillæg A, s. 3277 ff.

Lovforslag nr. L 99 om ændring af sundhedsloven: FT 2017-18, tillæg A

7.2.3. Administrative forskrifter

BKG nr. 1225 af 2021 om journalføring

BKG nr. 359 af 2019 om information og samtykke

CIR nr. 23 af 2006 om behandling af sager om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion

Henvendelse 77 - fortsat

FN's Menneskerettighedskomité, General Comment No. 36, Article 6: right to life, 124. samling (2019), s. 2.

VEJL nr. 161 af 1998 om information og samtykke

VEJL nr. 25 af 2006 om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion

VEJL nr. 9387 af 2018 om medikamentel palliation

VEJL nr. 9934 af 2019 om genoplivning og fravalg af genoplivningsforsøg

VEJL nr. 9935 af 2019 om fravalg og afbrydelse af livsforlængende behandling

Henvendelse 77 - fortsat

7.2.4. Udenlandske love

Aid in Dying for the Terminally Ill Act 2019 (New Jersey)

Bill C-7 of 17 March 2021, Second Session, Forty-third Parliament, 69-70 Elizabeth II, 2020-2021

Code Pénal Belgique 8 Juin 1867

Death with Dignity Act 1994 (Oregon)

Death with Dignity Act 2017 (Washington DC)

Den nederlandske straffelov (Wetboek van Strafrecht)

Den tyske straffelov (Strafgesetzbuch)

End of Life Choice Act 2019, no. 67

End of Life Option Act 2015 (California)

End of Life Options Act 2016 (Colorado)

End of Life Options Act 2021 (New Mexico)

End-of-Life Choices (Voluntary Assisted Dying) Act 2021 (Tasmania)

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia

Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide

Loi du 18 Mai 2022 publiée le 30 Mai 2022

Loi Relative à L'Euthanasie 28 Mai 2002

Our Care, Our Choice Act 2019 (Hawaii)

Rights of the Terminally Ill Act 1995 (Northern Territory)

Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937

Sterbeverfügungsgesetz sowie Änderung des Suchtmittelgesetzes und des Strafgesetzbuches am 31. Dezember 2021, BGBl. I, 242/2021

StGB ved Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung af 3. december 2015

The Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act of 2001

The Voluntary Assisted Dying Act 2021 (South Australia)

Voluntary Assisted Dying Act 2017 no. 61 (Victoria)

Voluntary Assisted Dying Act 2021 (Queensland)

Voluntary Assisted Dying Act 2022 No 17 (New South Wales)

Voluntary Assisted Dying Act no. 27 of 2019 (Western Australia)

Henvendelse 77 - fortsat

7.3. Praksis

7.3.1. Retspraksis

EMD, *Goss v. Switzerland*, dom af 30. september 2014, nr. 67810/10

EMD, *Gross v. Switzerland*, dom fra Kammeret af 14. maj 2013, nr. 67810/10

EMD, *Gross v. Switzerland*, dom fra Storkammeret af 30. september 2014, nr. 67810/10

EMD, *Haas v. Switzerland*, dom af 20. januar 2011, nr. 31322/07

EMD, *Koch v. Germany*, dom af 19. juli 2012, nr. 497/09

EMD, *Lambert and others v. France*, dom af 5. juni 2015, nr. 46043/14

EMD, *Lings v. Denmark*, dom af 12. april 2022, nr. 15136/20

EMD, *Mortier v. Belgium*, dom af 4. oktober 2022, nr. 78017/17

EMD, *Pretty v. United Kingdom*, dom af 29. april 2002, nr. 2346/02

Højesterets dom i sag nr. 102 af 8. juni 1858 gengivet i Højesteretstidende (1858)

Højesterets dom i sag nr. 255 af 22. oktober 1858 gengivet i Højesteretstidende (1858)

Højesterets dom i sag nr. 42/2019 ("Lings-dommen") af 23. september 2019

Københavns Byrets dom i sag nr. 44/1974 (utrykt) af 13. februar 1974

Retten i Gentofte dom i sag nr. 311/1997 af 20. august 1997

Retten i Helsingør i sag nr. 1-2692/2016 af 13. september 2016

Retten i Helsingørs dom i sag nr. 1-2692/2016 af 12. september 2016

Retten i Holstebros dom i sag nr. 5-891/2013, s. 3 af 25. juni 2013

Retten i Næstveds dom i sag nr. 28-1276/2005 af 15. oktober 2007

Retten i Odenses dom i sag nr. 6-2416/2012 af 2012

Retten i Roskildes dom i sag nr. A 134/71 af 20. december 1971

U 1868.477 H

U 1880.947 H

U 1904.318 H

U 1934.371 Ø

U 1935.211 Ø

U 1946.1297 Ø

U 1955.551 V

U 1965.165 V

U 1973.159 H

U 1973.733

U 1978.868 Ø

U 1979.576 H

Henvendelse 77 - fortsat

U 1991.48 Ø

U 1998.291 H

U 2003.2474 Ø

U 2009.1396 Ø

U 2017.2737 Ø

U 2019.1289 Ø

U 2019.4267 H

U 2022.1423 H

Østre Landsrets nævningedom i sag nr. 301/1979 af 5. september 1979

7.3.2. Administrativ praksis

Anklagemyndighedens Årsberetning (1978), T 868, s. 22 f.

Anklagemyndighedens Årsberetning (1981), T 1146, s. 15

PKN 0551819

SDN 21DNM125

SDN-afgørelse fra 2015 (sagsnr.: 150316)

STPS's afgørelse fra 17. maj 2016 med sagsnr. 16SPS26

Styrelsen for Patientsikkerhed, Afgørelse om midlertidig autorisationsfrakendelse af 3. marts 2017, sagsnr. 5-8011-3814/3

Styrelsen for Patientsikkerhed, Høringsbrev over midlertidig autorisationsfrakendelse af 22. februar 2017, sagsnr. 5-8011-3814/3

7.3.3. Udenlandske afgørelser

Carter v. Canada (Attorney General), 2015 SCC 5, [2015] 1 S.C.R. 331, §§ 126 f

Truchon c. Procureur général du Canada, 2019 QCCS 3792

BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020, - 2 BvR 2347/15 -, Rn. 1-343 ("2 BvR 2347/15")

Den nederlandske højesterets Heringa afgørelse fra 2020 (dom af 21. april 2020, 19/04910 CW)

Corte costituzionale, ordinanza No. 207/2018 e sentenza 242/2019

Nederlandske højesterets afgørelse i sag nr. 77.091 ("Schoonheim-dommen")

Nederlandske højesterets Brongersma afgørelse fra 2002 (dom af 24. december 2002, LJV AE8772)

Nederlandske højesterets Chabot afgørelse fra 1994 (dom af 21. juni 1994, NJ 1994/656)

Henvendelse 77 - fortsat

Verfassungsgerichtshof, G 139/2019-71, 11. Dezember 2020

BGer 2A.48/2006/2A.66/2006, 3 November 2006

BGer 2C_9/2010 v. 12 April 2010

Henvendelse 77 - fortsat

8. Bilag

8.1. Processen for dødshjælp i Nederlandene

Fremgangsmåden for dødshjælp og kontrol hermed kan kronologisk inddeles i tre dele, som er uddybet i punktform nedenfor, men der kan også henvises til RTEs eget rutediagram for tilsynsrollen i bilagsafsnit 8.5 nedenfor.

Første del omfatter forløbet fra patientkontakt til selve dødshjælpens udførelse, mens anden del omfatter retslægens involvering og overgangen til tilsynsrådet. I tredje del kontrollerer tilsynsrådet omhukriteriernes opfyldelse, hvorefter sagen *lukkes* eller *overdrages* til anklagemyndigheden eller Sundhedstilsynet.

Første del: Dødshjælp

Læge og borger

1. Borgeren henvender sig til en læge, der er *villig* til at udføre dødshjælp
2. Lægen sikrer sig, at omhukriterierne i eutanasiloven er opfyldt, herunder:
 - at* patienten er beslutningskompetent, *at* patientens lidelse er ubærlig og udsigtsløs, *at* patienten er fyldestgørende informeret og *at* der ikke foreligger et rimeligt alternativ
3. Lægen konsulterer mindst én anden, uafhængig læge, som egenhændigt tilser patienten
4. Lægen modtager en *skriftlig rapport* fra den uafhængige læge, som redegør for, om omhukriterierne er opfyldt
5. Lægen beslutter, om omhukriterierne er opfyldt, og patienten kan tilbydes dødshjælp
6. Lægen udfører dødshjælpen lægefagligt tilfredsstillende⁵³⁹

Anden del: Ligsyn, dokumentation og begravelse

Læge og retslæge

7. Lægen udsteder *ikke* dødsattest, men indberetter *omgående* dødsfaldet som unaturligt til den kommunale retslæge
8. Lægen udfærdiger følgende dokumenter
 - en *begrundet rapport* over omhukriteriernes opfyldelse og
 - en *indberetningsblanket* til retslægen
9. Lægen overleverer ovenstående dokumenter til retslægen ved ligsynet samt:

⁵³⁹ Se bilag 8.11.

Henvendelse 77 - fortsat

- den konsulterede og uafhængige læges rapport og
 - øvrig relevant information som f.eks. specialisterklæringer, uddrag fra patientjournalen og (når den foreligger) patientens forhåndstilkendegivelse
10. Retslægen foretager ligsyn og kontrollerer, at de nødvendige dokumenter foreligger
 11. Retslægen informerer anklagemyndigheden og personregisterføreren, hvorefter afdøde kan begravnes
 12. Retslægen videresender materialet til det kompetente regionale tilsynsråd

Tredje del: Kontrol og videre sagsskridt

Tilsynsråd, anklage- og sundhedsmyndigheder

13. Det regionale tilsynsråd kontrollerer rapporterne og dødshjælpens udførelse
 - Hvis omhukriterierne er opfyldt, lukkes sagen og lægen får besked
 - Hvis omhukriterierne *ikke* er opfyldt, informeres anklagemyndigheden⁵⁴⁰, Sundhedstilsynet⁵⁴¹ og lægen får besked
14. Sundhedstilsynet vurderer, om sagen giver anledning til disciplinærretlige sanktioner
15. Anklagemyndigheden vurderer, om sagen giver anledning til en straffesag mod lægen

⁵⁴⁰ På nederlandsk: "Openbaar Ministerie" (OM), selvom det *ikke* er et ministerium.

⁵⁴¹ På nederlandsk: "Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd" (IGJ), som ordret oversættes til Sundheds- og Ungdomsbehandlings Tilsynet. Institutionens ressortområde synes at være sammenligneligt med Styrelsen for Patientsikkerhed i Danmark.

Henvendelse 77 - fortsat

8.2. Den nederlandske eutanasilov

Nærværende bilag er den nederlandske eutanasilov i sin officielle engelske oversættelse som hentet fra RTE (2023), s. 67 ff.

ANNEXE RELEVANT STATUTORY PROVISIONS

Bulletin of Acts and Decrees 2001, no. 194

Act of 12 April 2001, containing review procedures for the termination of life on request and assisted suicide and amending the Criminal Code and the Burial and Cremation Act (Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act)⁴³

TERMINATION OF LIFE ON REQUEST AND ASSISTED SUICIDE (REVIEW PROCEDURES) ACT⁴⁴

CHAPTER I DEFINITIONS

SECTION 1

For the purposes of this Act, the following definitions apply:

- a. our Ministers: the Minister of Justice and the Minister of Health, Welfare and Sport;
- b. assisted suicide: intentionally helping another person to commit suicide or providing him with the means to do so as referred to in article 294, paragraph 2, second sentence of the Criminal Code;
- c. the physician: the physician who, according to the notification, has terminated life on request or has provided assistance with suicide;
- d. the independent physician: the physician who has been consulted about the physician's intention to terminate life on request or to provide assistance with suicide;
- e. the care providers: the persons referred to in article 446, paragraph 1, of Book 7 of the Civil Code;
- f. the committee: a regional review committee as referred to in section 3.

⁴³ See for proceedings in the States General:

Parliamentary Papers, House of Representatives, 1998/1999, 2000/2001, 26 691; Proceedings of the House of Representatives, 2000/2001, pp. 2001-2072; 2107-2139; 2202-2223; 2233-2260; 2372-2375;

Parliamentary Papers, Senate, 2000/2001, 26 691 (137, 137a, 137b, 137c (reprint), 137d, 137e, 137f, 137g, 137h);

Proceedings of the Senate, 2000/2001, see session of 10 April 2001.

⁴⁴ As applicable on 9 June 2022. See <https://wetten.overheid.nl/BWBR0012410> for the most recent version.

CHAPTER II DUE CARE CRITERIA

SECTION 2

1. In order to comply with the due care criteria referred to in article 293, paragraph 2 of the Criminal Code, the physician must:
 - a. be satisfied that the patient's request is voluntary and well considered;
 - b. be satisfied that the patient's suffering is unbearable, with no prospect of improvement;
 - c. have informed the patient about his situation and his prognosis;
 - d. have come to the conclusion, together with the patient, that there is no reasonable alternative in the patient's situation;
 - e. have consulted at least one other, independent physician, who must see the patient and give a written opinion on whether the due care criteria set out in (a) to (d) have been fulfilled;
 - f. have exercised due medical care and attention in terminating the patient's life or assisting in the patient's suicide.
2. If a patient aged sixteen or over who is no longer capable of expressing his will, but before reaching this state was deemed capable of making a reasonable appraisal of his own interests, has made a written declaration requesting that his life be terminated, the physician may comply with this request. The due care criteria in subsection 1 apply *mutatis mutandis*.
3. If the patient is a minor aged between sixteen and eighteen and is deemed to be capable of making a reasonable appraisal of his own interests, the physician may comply with a request made by the patient to terminate his life or provide assistance with suicide, after the parent or parents who have responsibility for him, or else his guardian, has or have been consulted.
4. If the patient is a minor aged between twelve and sixteen and is deemed to be capable of making a reasonable appraisal of his own interests, the physician may, if a parent or the parents who have responsibility for him, or else his guardian, can agree to the termination of life or to assisted suicide, comply with the patient's request. Subsection 2 applies *mutatis mutandis*.

CHAPTER III REGIONAL REVIEW COMMITTEES FOR THE TERMINATION OF LIFE ON REQUEST AND ASSISTED SUICIDE

DIVISION 1: ESTABLISHMENT, COMPOSITION AND APPOINTMENT

SECTION 3

1. There are regional committees to review reported cases of the termination of life on request or assisted suicide as referred to in article 293, paragraph 2 and article 294, paragraph 2, second sentence, respectively, of the Criminal Code.
2. A committee consists of an odd number of members, including in any event one legal expert who also chairs the committee, one physician and one expert on ethical or moral issues. A committee also comprises alternate members from each of the categories mentioned in the first sentence.

SECTION 4

1. The chair, the members and the alternate members are appointed by Our Ministers for a period of four years. They may be reappointed once for a period of four years.
2. A committee has a secretary and one or more deputy secretaries, all of whom must be legal experts appointed by Our Ministers. The secretary attends the committee's meetings in an advisory capacity. The appointment ends automatically on the date as of which the official in question ceases to be tasked with filling the position of secretary or deputy secretary.
3. The secretary is accountable to the committee alone in respect of his work for the committee.

DIVISION 2: RESIGNATION AND DISMISSAL

SECTION 5

The chair, the members and the alternate members may tender their resignation to Our Ministers at any time.

SECTION 6

The chair, the members and the alternate members may be dismissed by Our Ministers on the grounds of unsuitability or incompetence or for other compelling reasons.

Henvendelse 77 - fortsat

DIVISION 3: REMUNERATION

SECTION 7

1. Without prejudice to sections 4 to 6, rules are laid down by or pursuant to order in council concerning the legal position of the chairs, including at a minimum rules on remuneration.
2. The rules referred to in subsection 1 may be set differently for each of the chairs, in accordance with the nature and scope of the duties they are to perform.

DIVISION 4: DUTIES AND RESPONSIBILITIES

SECTION 8

1. The committee assesses, on the basis of the report referred to in section 7, subsection 2 of the Burial and Cremation Act, whether a physician, in terminating life on request or in assisting with suicide, acted in accordance with the due care criteria set out in section 2.
2. The committee may request the physician to supplement his report either orally or in writing, if this is necessary for a proper assessment of the physician's conduct.
3. The committee may obtain information from the municipal pathologist, the independent physician or the relevant care providers, if this is necessary for a proper assessment of the physician's conduct.

SECTION 9

1. The committee notifies the physician of its findings in writing within six weeks of receiving the report referred to in section 8, subsection 1, giving reasons.
2. The committee notifies the Board of Procurators General and the inspector of the Health and Youth Care Inspectorate of its findings:
 - a. if the physician, in the committee's opinion, did not act in accordance with the due care criteria set out in section 2; or
 - b. if a situation occurs as referred to in section 12, last sentence of the Burial and Cremation Act.The committee notifies the physician accordingly.
3. The time limit defined in the first subsection may be extended once for a maximum of six weeks.
The committee notifies the physician accordingly.
4. The committee is empowered to explain its findings to the physician orally. This oral explanation may be provided at the request of the committee or the physician.

Henvendelse 77 - fortsat

SECTION 10

The committee is obliged to provide the public prosecutor with all the information that he may request:

1. for the purpose of assessing the physician's conduct in a case as referred to in section 9, subsection 2; or
2. for the purposes of a criminal investigation.

The committee notifies the physician that it has supplied information to the public prosecutor.

DIVISION 6: PROCEDURES

SECTION 11

The committee is responsible for making a record of all reported cases of termination of life on request or assisted suicide. Our Ministers may lay down further rules on this point by ministerial order.

SECTION 12

1. The committee adopts its findings by a simple majority of votes.
2. Findings are adopted by three members of the committee, each of whom represents one of the categories of expertise referred to in section 3, subsection 2, first sentence.

SECTION 13

The chairs of the regional review committees meet at least twice a year in order to discuss the methods and operations of the committees. A physician and an expert on ethical or moral issues, who each represent the other members of their category of expertise, are invited to attend these meetings.

DIVISION 7: CONFIDENTIALITY AND DISQUALIFICATION

SECTION 14

The members and alternate members of the committee are obliged to maintain confidentiality with regard to all the information that comes to their attention in the course of their duties, unless they are required by a statutory regulation to disclose the information in question or unless the need to disclose the information in question is a logical consequence of their responsibilities.

SECTION 15

A member of the committee sitting to review a particular case must disqualify himself and may be challenged if there are any facts or circumstances which could jeopardise the impartiality of his judgment.

Henvendelse 77 - fortsat

SECTION 16

Any member or alternate member or the secretary of the committee must refrain from giving any opinion on an intention expressed by a physician to terminate life on request or to provide assistance with suicide.

DIVISION 8: REPORTING REQUIREMENTS

SECTION 17

1. By 1 April of each year, the committees must submit to Our Ministers a joint report on their activities during the preceding calendar year. Our Ministers lay down the format of such a report by ministerial order.
2. The report referred to in subsection 1 must state in any event:
 - a. the number of cases of termination of life on request and assisted suicide of which the committee has been notified and in which the committee has issued findings;
 - b. the nature of these cases;
 - c. the committee's findings and its reasons.

SECTION 18

Each year, when they present their budgets to the States General, Our Ministers must report on the operation of the committees on the basis of the report referred to in section 17, subsection 1.

SECTION 19

1. On the recommendation of Our Ministers, rules are laid down by order in council on:
 - a. the number of committees and their powers;
 - b. their locations.
2. Further rules may be laid down by Our Ministers by or pursuant to order in council with regard to:
 - a. the size and composition of the committees;
 - b. their working methods and reporting procedures;
 - c. consultations with a representative of the Board of Procurators General and a representative of the Health Care Inspectorate.

Henvendelse 77 - fortsat

8.3. Uddrag fra nederlandske straffelov

Nærværende bilag er et uddrag med de relevante bestemmelser om dødshjælp fra den nederlandske straffelov i sin officielle engelske oversættelse som hentet fra RTE (2023), s. 74.

CRIMINAL CODE

ARTICLE 293

1. Anyone who terminates another person's life at that person's express and earnest request is liable to a term of imprisonment not exceeding twelve years or a fifth-category fine.
2. The act referred to in paragraph 1 is not an offence if it is committed by a physician who fulfils the due care criteria set out in section 2 of the Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act, and if the physician notifies the municipal pathologist of this act in accordance with the provisions of section 7, subsection 2 of the Burial and Cremation Act.

ARTICLE 294

1. Anyone who intentionally incites another to commit suicide is, if suicide follows, liable to a term of imprisonment not exceeding three years or a fourth-category fine.
2. Anyone who intentionally assists another to commit suicide or provides him with the means to do so is, if suicide follows, liable to a term of imprisonment not exceeding three years or a fourth-category fine. Article 293, paragraph 2 applies mutatis mutandis.

Henvendelse 77 - fortsat

8.4. Uddrag fra den nederlandske begravelses- og ligbrændingslov

Nærværende bilag er et uddrag med de relevante bestemmelser om dødshjælp fra den nederlandske begravelses- og ligbrændingslov i sin officielle engelske oversættelse som hentet fra RTE (2023), s. 74.

BURIAL AND CREMATION ACT

SECTION 7

1. The person who conducted the post-mortem examination issues a death certificate if he is satisfied that the death was due to natural causes.
2. If death was the result of the termination of life on request or assisted suicide as referred to in article 293, paragraph 2 or article 294, paragraph 2, second sentence of the Criminal Code respectively, the physician does not issue a death certificate and immediately notifies the municipal pathologist or one of the municipal pathologists of the cause of death by completing a report form. The physician encloses with the form a substantiated report on compliance with the due care criteria set out in section 2 of the Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act.
3. If the physician decides, in cases other than those referred to in subsection 2, that he is unable to issue a death certificate, he immediately notifies the municipal pathologist or one of the municipal pathologists accordingly by completing a report form.

Henvendelse 77 - fortsat

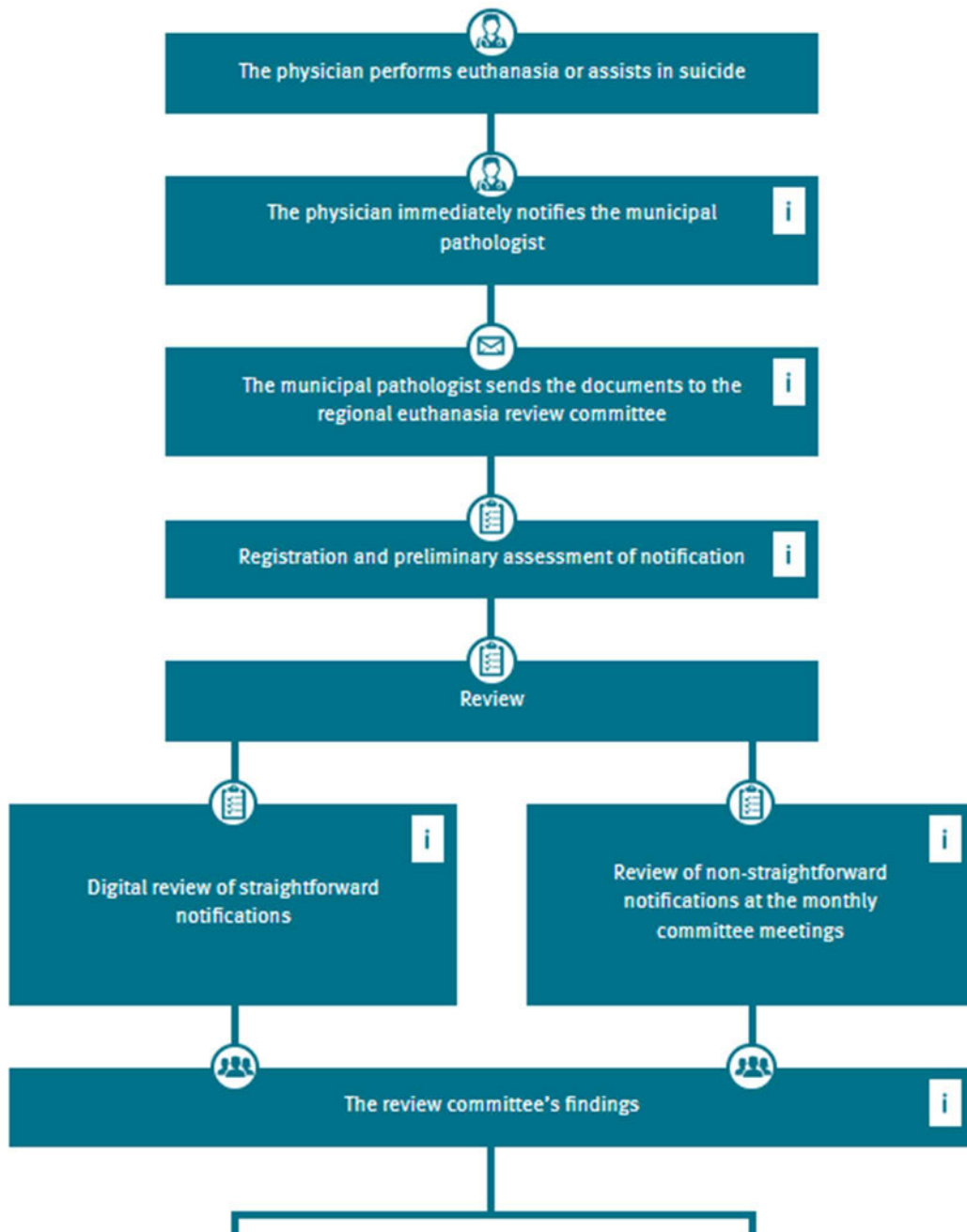
8.5. Nederlandsk rutediagram for tilsyns kontrol

Rutediagrammet er hentet fra tilsynsrådenes hjemmeside, der er tilgået den 6. marts 2023.⁵⁴²

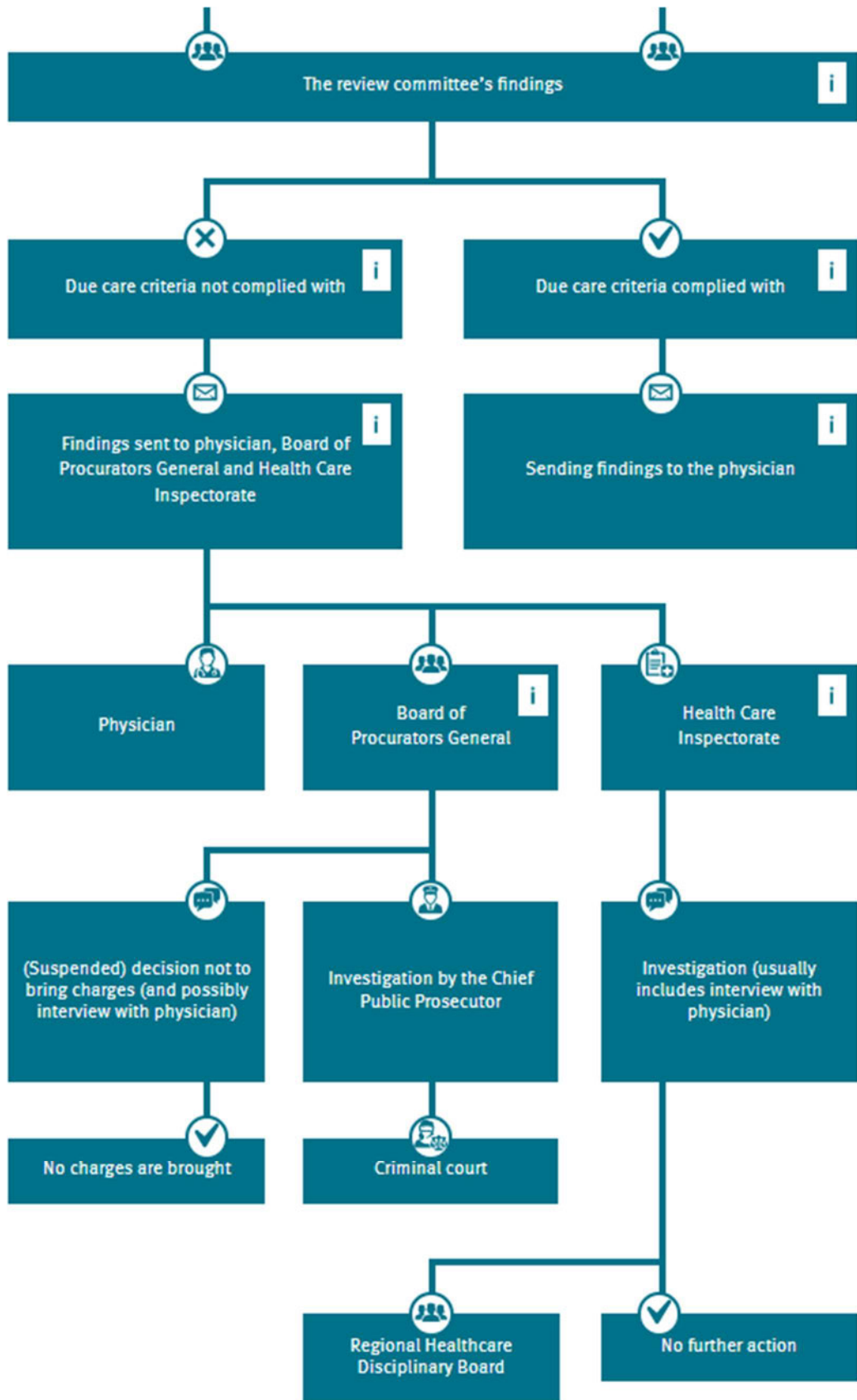
Board of Procurators General ('College van Procureurs-Generaal') kan formentlig oversættes til "statsadvokatrådet" på dansk. Dette råd udgør den øverste ledelse af den nederlandske anklagemyndighed, som er organiseret i ti regionale statsadvokaturer. Health Care Inspectorate ('Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd') kan formentlig oversættes til sundheds- og ungdomstilsynet på dansk. De tilsvarende institutioner i Danmark vil formentlig være henholdsvis Rigsadvokaten og Styrelsen for Patientsikkerhed.

⁵⁴² <https://english.euthanasicommissie.nl/review-procedure>

Henvendelse 77 - fortsat



Henvendelse 77 - fortsat



Henvendelse 77 - fortsat

8.6. Standardformular til begrundet rapport om udført dødshjælp

Nedenstående standardformular udfyldes af lægen, og udgør den begrundede rapport for dødshjælpen, som lægen afleverer til retslægen i forbindelse med indberetning af dødsfald som følge af dødshjælp. Retslægen videresender herefter rapporten til de regionale tilsynsråd.

Standardformularen er vedtaget ved bekendtgørelse af 12. marts 2016 (Staatsblad 2016, 110) og trådte i kraft den 1. juli 2016. Den er hentet fra den nederlandske lægeforenings hjemmeside, hvor en elektronisk version er gjort tilgængelig.⁵⁴³

Standardformularen er oversat ved hjælp af Google og Microsofts oversættelsesværktøjer. Se næste side og frem for standardformularen.

⁵⁴³ <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/euthanasie/meldingsformulieren-euthanasie> (tilgået den 8. marts 2023)

Standardformular for en begrundet rapport fra den behandlende læge

INLDEDNING

Der er tale om en elektronisk udgave af standardformularen for en begrundet rapport fra lægen i forbindelse med en indberetning til retslægen om dødsfald som følge af dødsbistand (livsophør på begæring eller assisteret selvmord). Standardformularen blev vedtaget ved bekendtgørelse af 12. marts 2016 (Staatsblad 2016, 110) og trådte i kraft den 1. juli 2016.

KNMG har redigeret denne formular, så den kan udfyldes på en computer. Du kan bruge denne elektroniske formular til at rapportere. KNMG er på ingen måde ansvarlig for indholdet og/eller brugen af denne formular. Se også www.knmg.nl.

TEKNISKE INSTRUKSER

- Formularen blev oprettet i Microsoft Word.
- Indtast dine egne personlige oplysninger (kun én gang) og gem dem *via Fil, Gem som*, med et logisk navn på din computers harddisk, for eksempel Standardformular for Indberetning fra Læge.docx. Du kan bruge denne fil til eventuelle efterfølgende indberetninger.
- Gem den nyoprettede fil Standardformular for Indberetning fra Læge.docx igen *via Fil, Gem som*, med et logisk navn, f.eks. Standardformular for Indberetning fra Læge Dato Navn.docx. Dette er derefter den aktive arbejdsfil for den pågældende indberetning.
- Du kan ikke ændre teksten i spørgsmålene.
- Pladserne til at besvare spørgsmålene er de stiplede linjer
- Brug tabulatortasten til at gå fra spørgsmål til spørgsmål.
- Når du besvarer et spørgsmål, kan du bruge Shift-Enter til at gå til næste linje.
- De stiplede linjer udskrives ikke.
- Et godt sidelayout opnås ved at tilføje et par tomme linjer (med Shift-Enter) til svarfelterne. Dette afhænger også af dine printerindstillinger.

Standardformular for en begrundet rapport fra den behandlende læge

**HVORDAN UNDGÅR JEG SPØRGSMÅL FRA DET REGIONALE
EUTANASITILSYNSRÅD OG FREMSKYNDER AFGØRELSEN?**

De regionale eutanasiatilsynsråd (RTE) gennemgår retrospektivt den indberettende læges handlinger på grundlag af omhukriterierne i lov om livsophør på begæring og assisteret selvmord (tilsyns- og kontrolprocesser) ("eutanasiloven").

For at sikre, at kontrolprocessen skrider frem så hurtigt som muligt, er det vigtigt at:

- at give en komplet rapport, helst på pe'en
- besvare alle spørgsmål og give yderligere begrundelser
- konsultere en SCEN-læge inden konsultationen og kontrollere, om rapporten indeholder tilstrækkelige oplysninger
- udføre livsophør på begæring nøjagtigt i overensstemmelse med KNMG/KNMP-retningslinjerne for udførelse af livsophør på begæring og lægeassisteret selvmord, august 2012. Udfyld også de anvendte midler, doser, indgivelsesmåde (vej) og tidsforløb;
- giv rapporten en underskrift og dato.

Hvis RTE har spørgsmål, bedes du besvare dem så hurtigt og fuldstændigt som muligt.

Standardformular for en begrundet rapport fra den behandlende læge

STANDARDFORMULAR for en BEGRUNDET RAPPORT fra den BEHANDLENDE LÆGE

I forbindelse med en indberetning til retslægen om dødsfald som følge af livsophør på begæring eller assisteret selvmord.

Når en unaturlig død rapporteres til retslægen som følge af livsophør på begæring eller assisteret selvmord, giver den behandlende læge retslægen en begrundet rapport udarbejdet i overensstemmelse med nedenstående formular. Den behandlende læge forstås som den *læge, der fremkaldte livsophøret på begæring (eutanasi) eller gav assisteret selvmord.*

Denne model er udarbejdet på grundlag af omhukriterierne, der er omhandlet i § 2 eutanasiloven. For at tilsynsrådet kan afgive den bedst mulige udtalelse om overholdelsen af omhukriterierne, er det vigtigt, at du *begrunder dine svar på de stillede spørgsmål.* Yderligere oplysninger såsom:

- en skriftlig hensigtsserklæring;
- et specialistbrev;
- en (del af) patientjournalen;

kan yde værdifulde bidrag. Hvis der ikke er plads nok til at besvare et spørgsmål, bedes du venligst benytte et bilag. Glem ikke tydeligt at angive på bilaget, hvilke(t) spørgsmål det vedrører.

I denne formular anvendes kun udtrykket "ophør af livet på begæring". Dette omfatter både livsophør på begæring (eutanasi) og assisteret selvmord. Ved eutanasi administrerer lægen dødelige midler til patienten. Ved assisteret selvmord modtager patienten fra lægen de midler, som patienten selv tager.

Udtrykket "patient" i denne formular omfatter både mænd og kvinder.

Henvendelse 77 - fortsat

Standardformular for en begrundet rapport fra den behandlende læge

OPLYSNINGER OM DEN BEHANDLENDE LÆGE:

Fornavn:

Mellemnavn:

Efternavn:

Køn:

- mand
- kvinde

Institutionens navn:

Hvor det er relevant:

Arbejdsadresse:

Postnummer:

Bopæl:

Telefonnummer:

E-mail:

Funktion:

- praktiserende læge
- speciallæge → navn på speciale:
- speciallæge i geriatri
- anden læge, nemlig:

OPLYSNINGER OM AFDØDE

Fornavn:

Mellemnavn:

Efternavn:

Køn:

- mand
- kvinde

Dødsdato:

4 af 12

Standardformular for en begrundet rapport fra den behandlende læge

Fødselsdato:

Hvor indtraf dødsfaldet?

- Patientens hjem
- Hos patientens familie
- Plejehjem
- Hospice
- Hospital
- Andet, nemlig:

UBÆRLIG OG UDSIGTSLØS LIDELSE

1. Hvilken tilstand, der førte til begæringen om livsophør, led patienten af og siden hvornår?

Hvis det forefindes, skal du medtage et eller flere specialistbreve med angivelse af diagnosen.

.....
.....
.....
.....

2. Af hvem og hvornår blev patienten informeret om (den aktuelle tilstand, udviklingen, prognosen for) sygdommen?

.....
.....
.....
.....

3. Hvilke terapeutiske og palliative alternativer er blevet drøftet med patienten, herunder fordele og ulemper, og hvad var patientens mening om dem?

.....
.....
.....
.....

4. Hvilke terapeutiske foranstaltninger blev anvendt, og hvad var resultatet?

Metoder, midler, dosering.

.....
.....

5 af 12

Henvendelse 77 - fortsat

Standardformular for en begrundet rapport fra den behandlende læge

.....
.....
.....

5. Hvilke palliative foranstaltninger blev anvendt, og hvad var resultatet?

Metoder, midler, dosering.

.....
.....
.....
.....

6. Beskriv - fra patientens perspektiv - hvad vedkommendes lidelse bestod i, og hvad der gjorde denne lidelse ubærlig for denne patient?

.....
.....
.....
.....

7. Hvorfor er du overbevist om, at lidelsen er udsigtsløs i henhold til gældende lægefaglige standarder?

.....
.....
.....
.....

8. Hvad gjorde denne patients ubærlige lidelse forståelig for dig?

Beskriv for eksempel klager eller aspekter af lidelsen og den (ikke kun medicinske) pleje, som patienten havde brug for.

.....
.....
.....
.....

FRIVILLIG OG VELOVERVEJET BEGÆRING

6 af 12

Standardformular for en begrundet rapport fra den behandlende læge

9. Hvornår diskuterede patienten for første gang livsophør på begæring (med dig) på et *generelt* plan?

Hvis patienten derefter indsendte en forhåndstilkendegivelse herom, bedes du angive datoen for forhåndstilkendegivelsen.

.....
.....
.....
.....
.....

10. Beskriv, hvornår patienten for første gang anmodede dig om faktisk at fremkalde livsophøret, og hvornår patienten gentog denne anmodning.

Hvis denne begæring tidligere er blevet fremsat til andre (f.eks. kolleger), eller hvis andre (f.eks. sygeplejere eller andre plejere) var til stede, bedes du angive dette.

.....
.....
.....
.....
.....

11. Hvis der findes et (skriftligt) behandlingstestamente, bedes du tilføje det.

Et behandlingstestamente er ikke et lovkrav, men det kan nogle gange give mere klarhed for lægen og den selvstændige læge med hensyn til begæringen om livsophør. Det samme gælder video- eller lydmateriale, der er produceret, for eksempel fordi en patient ikke længere er i stand til at skrive. Hvis det ønskes, kan dette materiale også vedhæftes.

.....
.....
.....
.....
.....

12. Hvordan konkluderede du, at *patientens* begæring ikke blev fremsat under pres eller påvirkning fra andre?

.....
.....
.....
.....
.....

13. Hvordan udledte du, at patienten var fuldstændig klar over omfanget af anmodningen og sin situation?

Standardformular for en begrundet rapport fra den behandlende læge

.....
.....
.....
.....
.....

KONSULTATION MED UAFHÆNGIG LÆGE

14. Hvilken læge konsulterede du om patientens begæring?

I henhold til loven skal du have konsulteret mindst en uafhængig læge, der har set patienten og har givet dig sin mening skriftligt om onhukriterierne. Vedlæg venligst den uafhængige konsultationsrapport.

Fornavn:

Mellempnavn:

Eftemavn:

Køn:

- mand
- kvinde

Institutionens navn:

Alt efter hvad der er relevant

Arbejdsadresse:

Postnummer:

Bopæl:

Telefonnummer:

E-mail:

Funktion:

- praktiserende læge
- speciallæge → navn på speciale:
- speciallæge i geriatri
- anden læge, nemlig:
- vedkommende er også SCEN-læge

15. Hvomår tilså den konsulterede læge patienten?

Dato:

Begrund, hvorfor du og den konsulterede læge er uafhængige af hinanden.

.....
.....

Henvendelse 77 - fortsat

Standardformular for en begrundet rapport fra den behandlende læge

.....
.....
.....

16. Havde den konsulterede læge et behandlingsforhold til patienten?

- Nej
- Nej, men patienten blev tilset af den konsulterede læge i observationen
- Ja, men det var flere måneder siden
- Ja

17. Konsulterede du endnu en uafhængig læge om patientens begæring?

Hvis en uafhængig læge, der blev konsulteret, har tilset patienten længe forinden dødsfaldet, anbefales det at konsultere endnu en uafhængig læge. Vedlæg venligst den anden uafhængige konsultationsrapport.

- Nej → gå til spørgsmål 20
- Ja → var det den samme læge som ved den første konsultation?
 - Ja → gå til spørgsmål 19
 - Nej → udfyld nedenstående oplysninger

Anden selvstændige læge (se spørgsmål 14, 16 og 17)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

18. Hvomår besøgte den anden konsulterede læge patienten?

Dato:

UDFØRELSE AF LIVSOPHØR PÅ BEGÆRING

19. Hvem udførte livsophøret på begæring eller leverede assisteret selvmord (ved at tilvejebringe eller administrere midlerne)?

→ Navn:

20. Anvendt metode

9 af 12

Standardformular for en begrundet rapport fra den behandlende læge

- Assisteret selvmord: Patienten indtog selv det dødelige middel eller introducerede det gennem et peroralt rør → Gå til spørgsmål 22. a.
- Livsophør på begæring: Lægen indgav det dødelige middel til patienten → Gå til spørgsmål 22. b.
- En kombination af assisteret selvmord og livsophør på begæring → Gå til spørgsmål 22. c.

21. a. Assisteret selvmord

Overstreg det, der ikke gælder: Patienten indtog selv det dødelige middel / administrerede selv det dødelige middel gennem peroralrøret.

Hvilke midler blev anvendt?

Hvad var doseringen i gram?

Hvor lang tid gik der mellem indtagelsen eller administreringen af det dødelige middel og døden? minutter.

22. b. Livsophør på begæring

Hvilket komainducerende middel blev anvendt?

Hvad var doseringen i mg?

Hvad var administrationsformen?

- Injektion (intravenøs)
- Elastomerisk infusionspumpe
- Drop
- Anden, nemlig:

Hvordan afgjorde du, at komaen var tilstrækkelig dyb?
.....
.....
.....
.....

Hvilket muskelafslappende middel blev anvendt?

Hvad var doseringen i mg?

Hvad var administrationsvejen?

- Bolus injektion (intravenøs)
- Anden, nemlig:

Tidspunkt for administrering af komainducerende middel: Kl.-.....

Tidspunkt for administrering af muskelafslappende middel: Kl.-.....

Standardformular for en begrundet rapport fra den behandlende læge

Dødstidspunkt: Kl.-.....

22. c. En kombination af assisteret selvmord og livsophør på begæring

Overstreg det, der ikke gælder: Patienten indtog selv det dødelige middel / administrerede selv det dødelige middel gennem peroralrøret.

Hvilke midler blev anvendt?

Hvad var doseringen i gram?

Efter hvor lang tid blev det besluttet, at døden var forsinket? minutter

Hvilket koma-inducerende stof blev herefter anvendt?

Hvad var doseringen i mg?

Hvad var administrationsformen?

- Injektion (intravenøs)
- Elastomerisk infusionspumpe
- Drop
- Anden, nemlig:

Hvordan afgjorde du, at komaen var tilstrækkeligt dyb?

.....
.....
.....
.....

Hvilket muskelafslappende middel blev anvendt?

Hvad var doseringen i mg?

Hvad var administrationsvejen?

- Bolus injektion (intravenøs)
- Anden, nemlig:

Tidspunkt for administrering af koma-inducerende middel: Kl.-.....

Tidspunkt for administrering af muskelafslappende middel: Kl.-.....

Dødstidspunkt: Kl.-.....

23. Var der problemer med udførelsen?

I så fald skal du beskrive disse og beskrive din håndtering heraf.

.....
.....
.....
.....

Henvendelse 77 - fortsat

Standardformular for en begrundet rapport fra den behandlende læge

ØVRIGE BEMÆRKNINGER

24. Er der nogle bemærkninger, som du ikke har kunnet medtage i dit ovenstående svar, som du gerne vil meddele det Regionale Eutanasilsynsråd?

.....
.....
.....
.....
.....

Dato:..... Underskrift:.....

12 af 12

Henvendelse 77 - fortsat

8.7. Standardformular til indberetning til retslægen af dødsfald som følge af dødshjælp

Nedenstående standardformular udfyldes af lægen og indberettes til retslægen straks efter udførelse af dødshjælp.

Den er hentet fra den nederlandske lægeforenings hjemmeside, hvor en elektronisk version er gjort tilgængelig.⁵⁴⁴

Standardformularen er oversat ved hjælp af Google og Microsofts oversættelsesværktøjer. Se næste side for standardformularen.

⁵⁴⁴ <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/euthanasie/meldingsformulieren-euthanasie> (tilgået den 8. marts 2023)

Standardformular til indberetning af dødsfald til retslægen

STANDARDFORMULAR

til indberetning fra den behandlende læge til retslægen om dødsfald som følge af livsophør på begæring eller assisteret selvmord, jf. begravelses- og ligbrændingslovens § 7, stk. 2, lyder således:

Til retslægen tilknyttet følgende kommune:

Undertegnede:

læge ved.....

- erklærer at være den behandlende læge for

Fornavn:

Mellemnavn:

Efternavn:

Fødselsdato:

Dødsdato:

- erklærer ikke at udstede en dødsattest;
- erklærer, at afdødes død opstod som følge af livsophør på begæring/assisteret selvmord;*
- erklærer at have modtaget/ikke* modtaget en skriftlig forhåndstilkendegivelse fra afdøde i forbindelse med dette dødsfald;
- erklærer at have modtaget/ikke* modtaget en skriftlig rapport fra en konsulteret og uafhængig læge i forbindelse med dette dødsfald;
- erklærer at have indsendt en begrundet rapport sammen med denne formular i overensstemmelse med den standardformular, der er nævnt i bilaget til bekendtgørelsen herom udstedt i medfør af § 9, stk. 2 i begravelses- og ligbrændingsloven;
- erklærer, hvis det er modtaget, at have indsendt afdødes forhåndstilkendegivelse og den skriftlige rapport fra den konsulterede og uafhængige læge.

Dato.....Underskrift.....

I henhold til § 6, stk. 2, i begravelses- og ligbrændingsloven må den behandlende læge ikke fungere som retslæge, hvis der eksisterede eller eksisterer slægtskab mellem vedkommende og afdøde op til tredje grad eller ægteskab.

* Slet det, der ikke gælder

Henvendelse 77 - fortsat

8.8. Standardformular til indberetning til RTE

Nedenstående standardformular udfyldes af retslægen og indberettes til det Regionale Eutanasilsynsråd efter ligsynet.

Den er hentet fra den nederlandske lægeforenings hjemmeside, hvor en elektronisk version er gjort tilgængelig.⁵⁴⁵

Standardformularen er oversat ved hjælp af Google og Microsofts oversættelsesværktøjer. Se næste side for standardformularen.

⁵⁴⁵ <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/euthanasie/meldingsformulieren-euthanasie> (tilgået den 8. marts 2023)

Henvendelse 77 - fortsat

Standardformular til indberetning af dødsfald til det Regionale Eutanasilitsynsråd

STANDARDFORMULAR

til retslægens rapport til det Regionale Eutanasilitsynsråd, jf. begravelses- og ligbrændingslovens § 10, stk. 2, om dødsfald som følge af en lægeudført livsophør på begæring eller lægeassisteret selvmord, lyder som følger:

Til det Regionale Eutanasilitsynsråd i regionen:

Undertegnede:

retslæge tilknyttet følgende kommune:.....

- erklærer, ikke at have udøvet lægevirksomhed de sidste to år for:

Fornavn:

Mellemnavn:

Efternavn:

Fødselsdato:

Dødsdato:

- erklærer, personligt at have tilset liget;
- erklærer, at være blevet informeret af afdødes behandlende læge om, at døden opstod som følge af livsophør på begæring / assisteret selvmord*
- erklærer at have kontrolleret, hvordan og med hvilke midler døden indtrådte;
- erklærer, at have modtaget fra den behandlende læge en begrundet rapport i overensstemmelse med den standardformular, der er nævnt i bilaget til bekendtgørelsen herom udstedt i medfør af § 9, stk. 2 i begravelses- og ligbrændingsloven;
- erklærer i forbindelse hermed, at have modtaget/ikke at have modtaget* en skriftlig forhåndstilkendegivelse udfærdiget af patienten fra den behandlende læge;
- erklærer i forbindelse hermed, at den behandlende læge har/ikke har* modtaget en skriftlig rapport fra den konsulterede og uafhængige læge;
- erklærer, at have vedlagt en begrundet rapport om overholdelse omhukriterierne, der fremgår af § 2 i eutanasiloven, og, hvis modtaget, den afdødes skriftlige forhåndstilkendegivelse og den skriftlige rapport fra den konsulterede og uafhængige læge;
- erklærer, at være overbevist om, at døden er indtruffet som følge af en unaturlige årsager, hvorfor civilregistraren, der er nævnt i § 14 i begravelses- og ligbrændingsloven, er blevet informeret herom.

* Slet det, der ikke gælder

Henvendelse 77 - fortsat

Standardformular til indberetning af dødsfald til det Regionale Eutanasiilsynsråd

Øvrige bemærkninger:

.....
.....
.....

I henhold til § 6, stk. 2, i begravelses- og ligbrændingsloven må retslægen ikke fungere som sådan, hvis vedkommende har udøvet lægevirksomhed for afdøde de sidste to år, eller hvis der foreligger eller eksisterer slægtskab mellem vedkommende og afdøde op til tredje grad eller ægtefælle.

Dato Underskrift

2 af 2

8.9. Lægefagligt tilfredsstillende udførelse af dødshjælp

Nedenfor er skitseret en forsimplet gennemgang af en lægefagligt tilfredsstillende udførelse af dødshjælp under den nederlandske eutanasilov. Nærmere vejledning til anbefalede midler, doser og fremgangsmåder fremgår af den nederlandske lægeforenings udførlige retningslinjer hertil, som er offentligt tilgængelig i en engelsk oversættelse.⁵⁴⁶

For umiddelbar dødshjælp, vil fremgangsmåden kort skitseret bestå i følgende:

- I. Lægen indgiver komainducerende middel og kontrollerer dybden
- II. Lægen indgiver muskelafslappende middel
- III. Lægen overvåger patienten indtil vedkommende er bekræftet død, retslægen⁵⁴⁷ har afholdt ligsyn og ”konsultationen med sidstnævnte er afsluttet”⁵⁴⁸

For middelbar dødshjælp, vil fremgangsmåden kort skitseret bestå i følgende:

- I. Lægen indsætter IV-kanyle og indgiver antikvalme præmedicin
- II. Lægen rådgiver patienten og familien om, hvornår selvmordet kan udføres
- III. Lægen udleverer en barbituratopløsning til patienten
- IV. Lægen bliver i nærheden indtil patientens er bekræftet død, retslægen har afholdt ligsyn og konsultationen med sidstnævnte er afsluttet⁵⁴⁹

Det fremgår endvidere af tilsynsrådenes kommentar, at lægen ”skal have en nødpakke intravenøse midler ved hånden”, som lægen kan indgive igennem den indsatte IV-kanyle, hvis patienten f.eks. overlever selvmordsforsøget.⁵⁵⁰

⁵⁴⁶ Jf. RTE (2023), s. 16 og 34 ff.. Det drejer sig om den kongelige nederlandske lægeforening (KNMG) henholdsvis farmaceutforenings (KNMP) retningslinjer for udførelse af eutanasi: KNMG/KNMP, *Guidelines for the Practice of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide* (2012).

⁵⁴⁷ Det er uklart, om der

⁵⁴⁸ Jf. RTE (2023), s. 37.

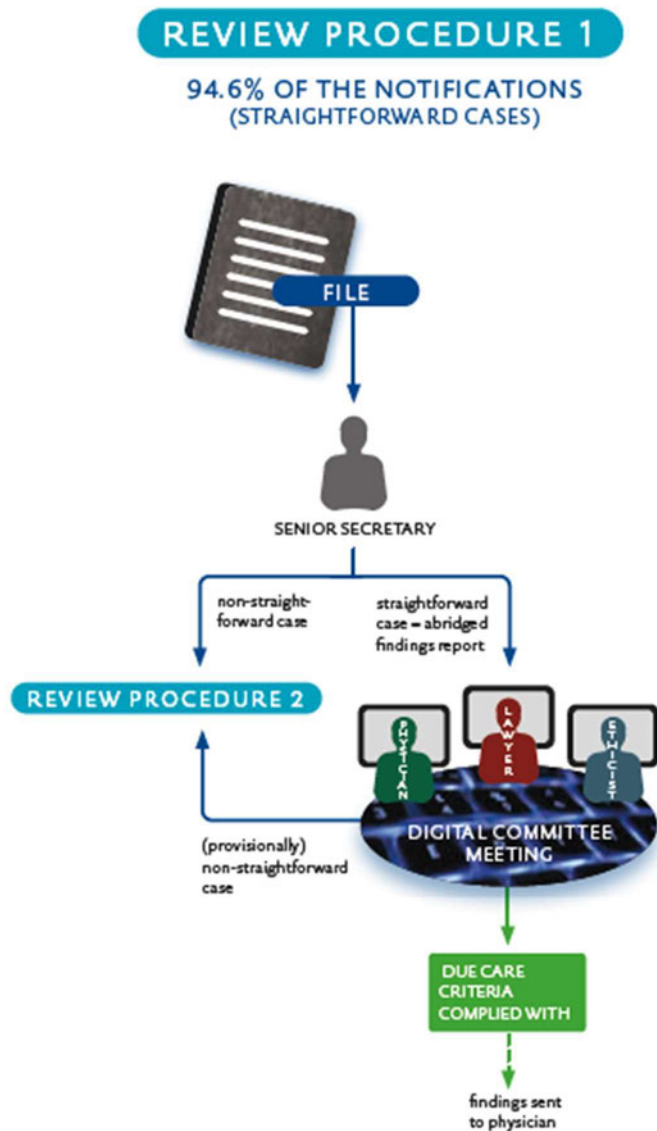
⁵⁴⁹ Jf. RTE (2023), s. 37.

⁵⁵⁰ Jf. RTE (2023), s. 36 f.

Henvendelse 77 - fortsat

8.10. Rutediagram over RTEs kontrolprocesser

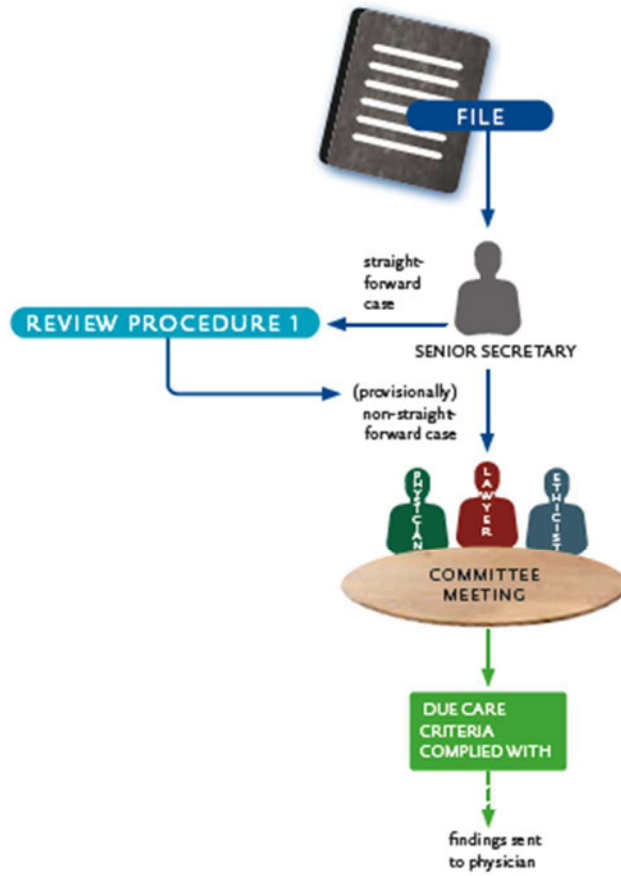
Nedenstående rutediagrammer er hentet fra RTE (2023), s. 12 ff. Det skal bemærkes, at akronymerne ”OM” og ”IGJ” står for henholdsvis anklagemyndigheden og Sundhedstilsynet.



Henvendelse 77 - fortsat

REVIEW PROCEDURE 2

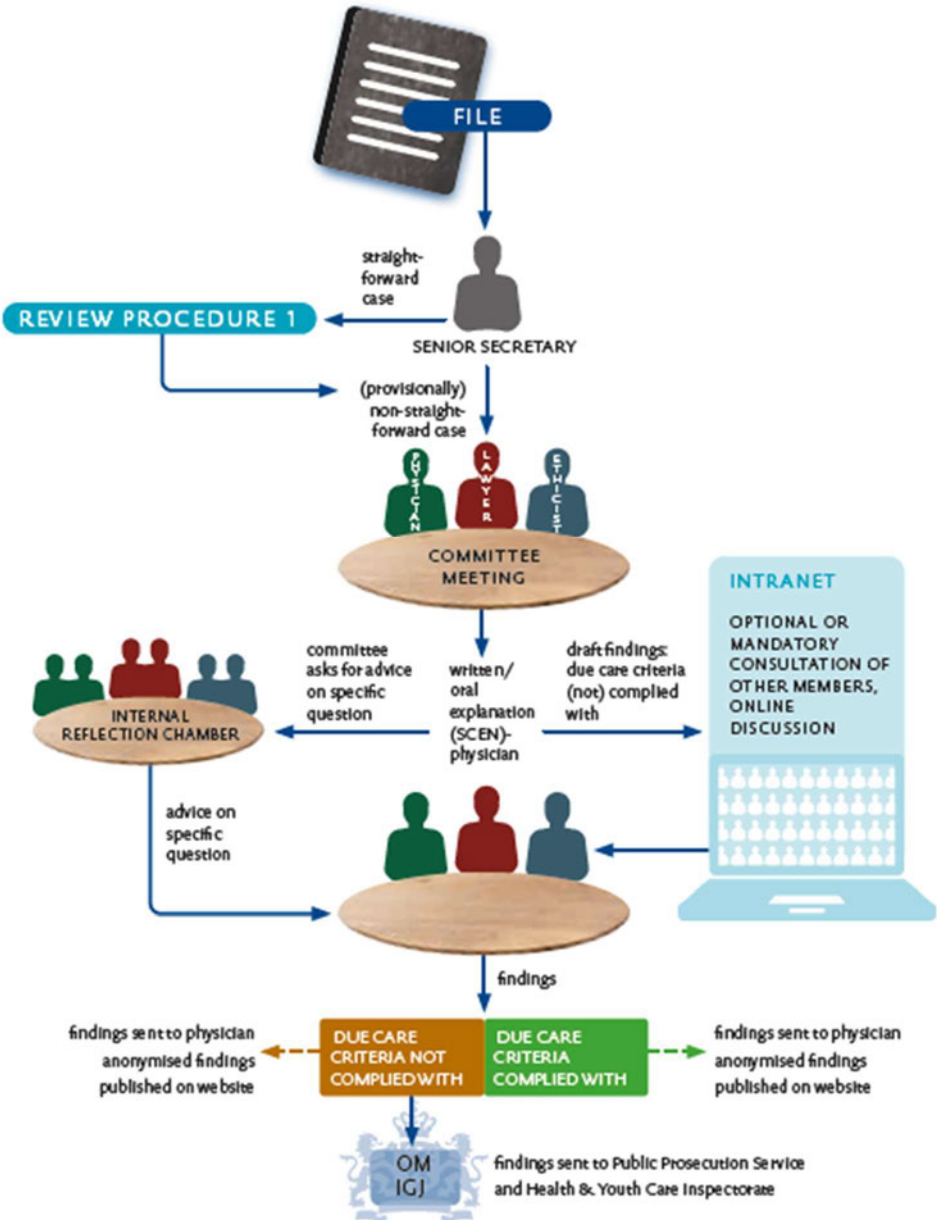
5.4% OF THE NOTIFICATIONS
(NON-STRAIGHTFORWARD CASES)



Henvendelse 77 - fortsat

REVIEW PROCEDURE 3

< 1% OF THE NOTIFICATIONS (NON-STRAIGHTFORWARD CASES)



Henvendelse 78

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Anbefal: Forløbsprogram for værdig død - uanset model for fremtidigt sundhedsvæsen
Dato: 13. juli 2024 14:12:36

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.

Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede dokumenter, som ikke er sikre, medmindre du stoler på afsenderen.

Til udvalget - om en anbefaling

I sundhedsvæsenet - i dag opsplittet - måske fremover lidt mere samlet,- er begrebet forløbsprogram af stor betydning for, at vi som borgere oplever en sammenhængende indsats, - på tværs af almen lægepraksis, sygehus, kommunal indsats med pleje og plejehjem mv samt måske hospice.

Erfaringerne fra de såkaldte kræftpakker - og andre forløbsprogrammer, f.eks. vedr. demens, diabetes - er positive. Jeg har fulgt kræftpakkerne i snart [REDACTED] år - var selv med til at lave dem, efter middelevetidsudvalgets analyse af dødsårsagsmønstret.

[REDACTED]
[REDACTED] Et sådant forløbsprogram skal beskrive rollerne for de enkelte professionelt involverede parter. Mig bekendt findes der intet sted i Danmark et sådant udviklet forløbsprogram i nogen region eller sundhedsklynge - måske er der udviklinger på vej.

Både for almen lægepraksis, for kommunal sundheds/sygepleje, for palliative afdelinger i sygehusvæsenet mv. findes der gode faglige beskrivelser og anbefalinger. Men det sammenhængende program mangler.

Da Socialministeriet for mange år siden overvejede at nedlægge PAVI - Palliativt Videncenter - bad man om en evaluering af centret. Jeg var formand og styrede en nordisk ekspertgruppe. Vi frarådede nedlæggelse - og anbefalede i stedet en sammenslutning med rehabilitering - til det nuværende REHPA. REHPA har netop udsendt en kortlægning af dødssted og dødsårsager blandt voksne i Danmark for perioden 2012 - 2020.

Fra mine mangeårige erfaringer [REDACTED] - og med baggrund i mine professionelle erfaringer [REDACTED] vil jeg anbefale, at en af udvalgets helt centrale anbefalinger bliver: **Der skal etableres forløbsprogram for værdig død** - enten som led i nuværende Sundhedsaftale 2024-2027 - eller hvis der kommer nye strukturer for sundhedsvæsenet, - så implementeret i de nye strukturer.

Henvendelse 79

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Mit bidrag til udvalget for en mere værdig død
Dato: 15. juli 2024 13:19:16

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.

Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede dokumenter, som ikke er sikre, medmindre du stoler på afsenderen.

Til udvalget for en mere værdig død.

Jeg skriver til jer for at give min erfaring i forbindelse med min mands død for 6 år siden videre.

Min erfaring er, at den døende er i live rent mentalt, selv om der ikke er noget tegn på liv, udover at hjertet fortsat slår.

Min afdøde ægtefælle fik konstateret tarmkræft [REDACTED]. Herefter udredning, kortvarige indlæggelser på [REDACTED] hospital, og diverse behandlinger med bl.a. stråleterapi og kemoterapi.

Fra [REDACTED] var han stort set indlagt det meste af tiden på [REDACTED] blev han overført til [REDACTED] hospital.

De sidste [REDACTED] dage sad [REDACTED] jeg hos ham. Vi talte til ham om alt muligt. Han var ikke kontaktbar og der var ingen reaktion i hans krop

Vi havde fået en seng til rådighed i et tilstødende værelse, så vi kunne sove på skift.

Da [REDACTED] gjorde klar til at få i seng på [REDACTED] sagde jeg til min mand, **at jeg håbede han snart fik fred. Han skulle ikke tænke på mig, jeg skulle nok klare det.**

Umiddelbart herefter holdt han op med at trække vejret.

[REDACTED]

Jeg har i mange år gerne villet give min erfaring videre. Hvis den kunne bruges til noget, men ikke vidst hvortil jeg skulle give den.

Nu hvor der er tale om en mere værdig død håber jeg at den kan bruges i forbindelse med det videre arbejde.

Med venlig hilsen

[REDACTED]

Henvendelse 80

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Kommentarer til emnet
Dato: 17. juli 2024 15:40:49

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede dokumenter, som ikke er sikre, medmindre du stoler på afsenderen.

Jeg erklærer at være habil
Efter min vurdering og min aftale med mine pårørende kone [REDACTED]
Fratager sygehuslægen mine aftaler og udarbejder en terminalerklæring med alene dennes ønsker som er i strid med min værdighed samt min og min familiens aftaler om hvad en værdig død er for mig
Hvad er mine tanker i denne forbindelse?
For at blive fri for lægens unødvendige bemærkninger i erklæringen kunne det måske have været undgået hvis lægen udviste empati og forholdt sig mine ønsker
Erklæringen har medført at jeg de seneste par måneder ikke har været udenfor en dør med undtagelse af 1 konsultation og 1 halv døgn indlæggelse

Dette kan i bedste fald undgås ved at erklæringen blev udfærdiget efter samtale med modtageren og med mulighed for ændring og ikke som i mit tilfælde hvor der var tale om en form for tvang og uden nogen konsensus overhovedet

Mit forslag er derfor lad patienten eller dennes fuldbemægtigede fremføre patientens ønsker
FJERN lægens beføjelser i forbindelse med erklæringen
Lad erklæringen være underlagt en høringsfase (kort)
Lad evt erklæringen der mest af alt
Ligner en afgørelse være omfattet af forvaltningsloven
Og med en relateret påklagningsret
Den (bemyndigelse) kender jeg alene et sted fra min GUD

[REDACTED]

Henvendelse 81

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Selvmord
Dato: 20. juli 2024 11:12:40

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.

Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede dokumenter, som ikke er sikre, medmindre du stoler på afsenderen.

Til udvalget

Er der lavet undersøgelse af, hvor mange mennesker med en svær uhelbredelig sygdom eller ubærlig og lidelses fuld kronisk sygdom, der begår selvmord, som eneste mulighed for at komme ud af deres pinsler. Jeg kender selv til en person med Parkinsons sygdom som ikke så anden udvej og en person med KOL, der tog en overdosis sovemedicin.

Det må være muligt vis dødsregisteret at se antallet af selvmord koblet med kronisk eller uhelbredelig sygdom

[REDACTED]

Henvendelse 82

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Cc: [REDACTED]
Emne: En værdig død
Dato: 22. juli 2024 14:04:07
Vedhæftede filer: [I den bedste mening.docx](#)

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.

Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede dokumenter, som ikke er sikre, medmindre du stoler på afsenderen.

Til udvalget:

Hermed (vedhæftet) vores bidrag til debatten om en værdig død.

Mvh

[REDACTED]

Henvendelse 82 - fortsat

VORES TANKER I DEBATTEN VEDR. VÆRDIG DØD.

I den bedste mening...uden tvivl..., men uden visdom viser det sig...og undskyldningerne står i kø!!!

I den bedste mening...også denne gang, hvor debatten om "en værdig død" foregår.

Hvornår holder vi op med at være så "kloge", at vi ved, hvad der er bedst for andre mennesker?

Guds bud er givet os som rettesnor. Han er vores skaber, der kender os og elsker os.

6. bud: Du må ikke slå ihjel (heller ikke dig selv – egen tilføjelse)

Nazismen slog ihjel for folkets skyld! Den rendyrkede race!

Vi er godt i gang: fostre, mennesker med Downs syndrom ...og i den anden ende: gamle syge mennesker.

Hvornår bliver der sat en højeste levealder eller andre kriterier i den sidste ende af livet?

Hvornår bliver en sygdom "for slem", så døden må foretrækkes? Måske fra samfundets side?

For folkets skyld.

SÅ VÆLG DA LIVET, 5. mosebog kap. 30.



Henvendelse 83

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Artikel fra Berlingske.dk: Egil Hvid-Olsens mor havde Alzheimers: Det var så hadefuldt og kulsort, blikket fra den kvinde, der ellers aldrig har vist mig andet end betingelsesløs kærlighed
Dato: 2. august 2024 21:02:10

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.

Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede dokumenter, som ikke er sikre, medmindre du stoler på afsenderen.

Her lidt mere reel oplysning til idioterne i jeres rædselsfulde “udvalg” med bestilt arbejde som kommissorium - det mest skamfulde udvalg nogensinde nedsat her i landet

<https://www.berlingske.dk/kronikker/egil-hvid-olsens-mor-havde-alzheimers-det-var-saa-hadefuldt-og-kulsort>

[REDACTED]

Henvendelse 84

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Vs: Svar på din henvendelse - Tilføjelse til Behandlingstestamente((ISM) Id nr.: 203516)
Dato: 5. august 2024 16:04:09

Tvf.

Til: [REDACTED]
Titel: Svar på din henvendelse - Tilføjelse til Behandlingstestamente
Sendt: 05-08-2024 15:59

[REDACTED]

Jeg vil takke dig for at henvende dig igen, og for at dele dine tanker og erfaringer med os. Jeg beklager den sene besvarelse.

Siden du skrev, har Udvalget for en mere værdig død oprettet en postkasse, vaerdigdoed@sum.dk, som alle kan skrive til. Tiltaget giver mulighed for at bidrage med perspektiver på livets sidste fase og komme med input til udvalgets arbejde. Dit bidrag fra april vil blive behandlet fortroligt sammen med andre bidrag til postkassen, og vil indgå i udvalgets fremtidige overvejelser.

Du kan læse mere om udvalgets arbejde og om, hvordan indsendte bidrag bliver brugt, på udvalgets temaside, som du kan finde her: [Udvalget for en mere værdig doed | Indenrigs- og Sundhedsministeriet \(ism.dk\)](#). Du er meget velkommen til at henvende dig igen til vaerdigdoed@sum.dk.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)
Fra: [REDACTED]
Titel: Borgerhenvendelse - Tilføjelse til Behandlingstestamente
E-mailtitel: Tilføjelse til Behandlingstestamente.
Sendt: 30-04-2024 16:33

Jeg har tidligere henvendt mig vedrørende "Retten til at dø". [REDACTED]

[REDACTED]

Jeg anbefaler en tilføjelse til Behandling Testamentet, hvor man på forhånd kan befuldmægtige 3 personer til at optræde på mine vegne i tilfælde at jeg ikke selv måtte være i en tilstand, hvor jeg kan udtrykke mig. Fuldmagten indebærer at disse tre personer kan træffe beslutning om, at jeg tildeles et medikament, der kan befordre mig ud af denne verden,
Der vil de opfylde mit ønske om at forlade livet på en værdig måde.

[REDACTED]

De har allerede skrevet under på denne fuldmagt.

Henvendelse 84 - fortsat

Jeg anmoder om at denne henvendelse befordres videre til det udvalg, der er nedsat til at beskæftige sig med disse dele.

Jeg forstår at det vil kræve en ændring af loven, hvor det p.t. fremgår, at man personligt skal være i stand til at udtrykke dette ønske - også selvom man på det påkommende tidspunkt måske ikke er i stand til at udtrykke sig. Også denne lovændring beder jeg om bliver taget i betragtning.

[Redacted signature]

Henvendelse 85

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Forslag til Model 5
Dato: 13. august 2024 19:41:43

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.

Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede dokumenter, som ikke er sikre, medmindre du stoler på afsenderen.

Kære Udvalg for en værdig død

Jeg har læst jeres forslag til 4 modeller, og synes at der mangler en vigtig model:

Model 5: Præcisere og udbrede kendskabet til den naturlige død.

Jeg kender ikke den nuværende lovgivning på området - men det er jo helt normalt og naturligt, at hvis man bliver uhelbredeligt syg eller har intense og vedvarende kroniske smerter, så mister man gradvist appetitten og holder gradvist op med at spise, hvorefter kroppen gradvist lukker ned, forudsat at man får lov til det og ikke bliver holdt kunstigt i live.

Jeg synes der mangler en præcisering af, at det er tilladt at holde op med at spise, hvis man bliver ramt af en uhelbredelig sygdom ELLER en anden alvorlig fysisk sygdom, som giver så intense og vedvarende smerter, at man ikke ville være i stand til at spise uden smertestillende medicin - vi burde alle have ret til at vælge en naturlig død (at holde op med at spise), hvis vi af ovennævnte naturlige årsager allerede har mistet appetitten, og i øvrigt ikke fejler noget mentalt.

Det ville give mange danskere ro at vide, at man selvfølgelig har ret til selv at bestemme over ens egen krop og holde op med at spise i de ovennævnte situationer, fremfor at blive tvunget til at blive holdt kunstigt i live og gå igennem en masse lidelse, som kunne være undgået, hvis blot man fik lov til at dø en naturlig død, sådan som naturen har skabt os til.

At holde op med at spise og lade kroppen lukke gradvist og helt naturligt ned, mindsker iøvrigt også de fysiske smerter, sådan at det bliver mindre smertefuldt når kroppen dør - så det er naturlig palliation, i den allersidste tid.

[REDACTED]

Henvendelse 86

Fra: [Redacted]
Til: [Værdig død](#)
Emne: legalisering i Spanien - samt anonyme undersøgelser blandt læger, sygeplejersker og sosuer
Dato: 16. september 2024 14:51:03
Vedhæftede filer: [image001.png](#)

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.

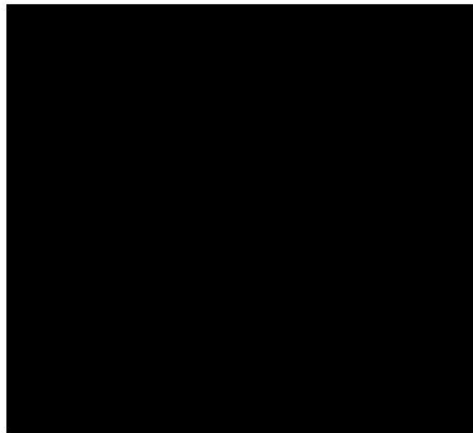
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede dokumenter, som ikke er sikre, medmindre du stoler på afsenderen.

Tak for jeres arbejde og tak for en meget fin præsentation for jeres positioner på Folkemødet.

Jeg vil foreslå, at man interesserer sig mere for, hvordan legalisering er blevet indført i Spanien som supplement til at interessere sig for Holland og Schweiz – og Oregon.

I udvalget er I formentlig opmærksomme på, at et borgerforslag i Finland også har indhentet det fornødne antal underskrifter – samt, at sagen i Storbritannien har voksende støtte blandt fagpersoner og politikere.

Apropos tilslutning fra fagpersoner taler diverse formænd for sundhedspersonale imod på deres medlemmers vegne, men har de lavet en anonym undersøgelse blandt medlemmerne? Det forekommer ikke særligt demokratisk så ensidigt at lukke ned for en form for legalisering, som det er tilfældet med fx Camilla Rathcke.



Henvendelse 87

Fra: [REDACTED]
Til: [Værdig død](#)
Emne: Vegetativ tilstand - Et scenarie I ikke må glemme i jeres arbejde
Dato: 26. september 2024 09:40:00

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.

Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede dokumenter, som ikke er sikre, medmindre du stoler på afsenderen.

Hej,

Jeg hedder [REDACTED], og jeg er meget interesseret i det arbejde som I er i fuld gang med at udføre. Jeg er især optaget af et scenarie jeg håber ikke bliver glemt i debatten.

For hvad hvis en patient ikke er i stand til at kommunikere sine ønsker til omverdenen overhovedet?

Min [REDACTED] plejede at være en meget livlig, berejst og social pige, men var involveret i et voldsomt trafikuheld [REDACTED]. Hun var meget tæt på at omkomme. Men i stedet kom hun ud af koma i det, der hedder vegetativ tilstand. En tilstand, man normalt kun er i midlertidigt før hjernen rykker op i et højere stadie. Men for [REDACTED] er det aldrig sket, og hun er derfor låst i denne tilstand. En tilstand som er svær at forstå før man ser den med egne øjne og derfor også er svær at forklare på skrift. Kroppen har en døgnrytme og øjnene er åbne, dog uden at kunne fokusere. Hun kan trække vejret og hun kan synke via synkerefleksen. Men det er stort set det.

Vi har efter [REDACTED] kunne konstatere ud fra scanninger at en tredjedel af hendes hjerne er væk - Den døde del af hjernen er simpelthen rådnet væk, og fra et videnskabeligt synspunkt er det på sin vis facinerende at [REDACTED] stadig kan være i live.

I min familie er der enighed om at det havde været bedre for [REDACTED] hvis hun ikke havde overlevet det biluheld [REDACTED]. Det lyder hårdt, og det har også taget os lang tid at komme dertil. Men jeg tror ikke, at nogen vil sige, at [REDACTED] liv er værdigt, hvis man mødte hende. Og det ville hun også selv have været den sidste til at mene.

I forhold til aktiv dødshjælp er [REDACTED] måske en af dem der er allermest relevante at snakke om, da hendes liv er alt andet end værdigt. Men af samme grund vil hun aldrig selv kunne give udtryk for dette, da hun ikke er i nærheden af at kunne kommunikere med omverdenen.

Jeg håber at I tager dette scenarie med i jeres overvejelser og i udarbejdelsen af det beslutningsgrundlag der forelægges regeringen i slutningen af året.

[REDACTED]

Med venlig hilsen

[REDACTED]

[REDACTED]