

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.

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.

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

tiltalefrafald 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.

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 lovgivning. 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

komplerede 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.

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

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

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.

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 Ligeså

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.

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.

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.

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.

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.

Lovgivningens almindelige Bestemmelser om Drab”.⁴⁹ Eftersom forholdet alligevel blev betragtet som strafbart og begæringen således ugyldig, blev tiltalte idømt ”en arbitrair 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 arbitrair 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.

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 Ørstedske, 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.

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.

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".

klart, at tilskyndelse og anstiftelse *var* omfattet.⁷⁷ Herudover tilføjes 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 dødshjælp⁸⁷.⁸⁸ 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, *Straffelovsforlaget*, 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.

blev afvist med henholdsvis 63% og 90% af Folketingets stemmer.⁹⁴ Konklusionen var derfor, at FIII ”vedtoges enstemmigt med 119 stemmer” efter forslaget 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 handlings 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.

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.

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.

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 nævningedømme 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.

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.

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 naturligtvis, 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.

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.

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 ”begrebsmæssigt [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.

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

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.

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.

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 Kockvedgaard, *Lærebog i den danske strafferetspleje*, København (1968), s. 76 f.; Gam (1980), s. 37 og Blume (1980), s. 61 ff.

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 nævningedom af 5. september 1979 i sag nr. 301/1979, hvor en overlæge blev pure frifundet af nævningerne for et medlidenhedsdrab på en patient.

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 Gentofte 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.

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 skærpene 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.

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.

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).

”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.

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.

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.

”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 indgrebets 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 indgrebets 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.

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 trykt 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.

”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.

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.

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

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 sonderer 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 retslægerådet § 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).

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.*

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, hvoraf 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.

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.

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 modsætnings slutning 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.

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

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).

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.

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.

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.

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.

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).

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-dodshjaelp> (tilgået 1. april 2023).

³⁵⁹ Jf. Heide m.fl. (2003), s. 347, tabel 2.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

Konklusionen på denne undersøgelse viderebringes 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. oplyster 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)

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).

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.

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 (’eutansi’) 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.

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).

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.

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).

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

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.

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 dødshjælpssystemets 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.

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.

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.

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.

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.

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.

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 lovqualität* (2018), s. 31

⁴⁹⁸ Jf. Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2011/24 om patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelser art. 4, stk. 3.

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 velbegundet.

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.

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.

”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 oplyste 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.

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.

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.

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.

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.

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.

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 uskrevne 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 oversat⁵²⁷, 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

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)

- 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. Ørstedes 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*

- 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)

- 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 legalitetsprincippet 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 Colbjørnsens 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)

- 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

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/doedshjaeplslaege-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)

- 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)

- 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)

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

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

FN's Menneskerettighedskomiteé, 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 medikamental palliation

VEJL nr. 9934 af 2019 om genoplivning og fravalg af genoplivningsforsøg

VEJL nr. 9935 af 2019 om fravalg og afbrydelse af livsforlængende behandling

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)

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

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)

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

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 tilsynskontrollen 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.

- 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.

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.

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.

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.

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.

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.

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

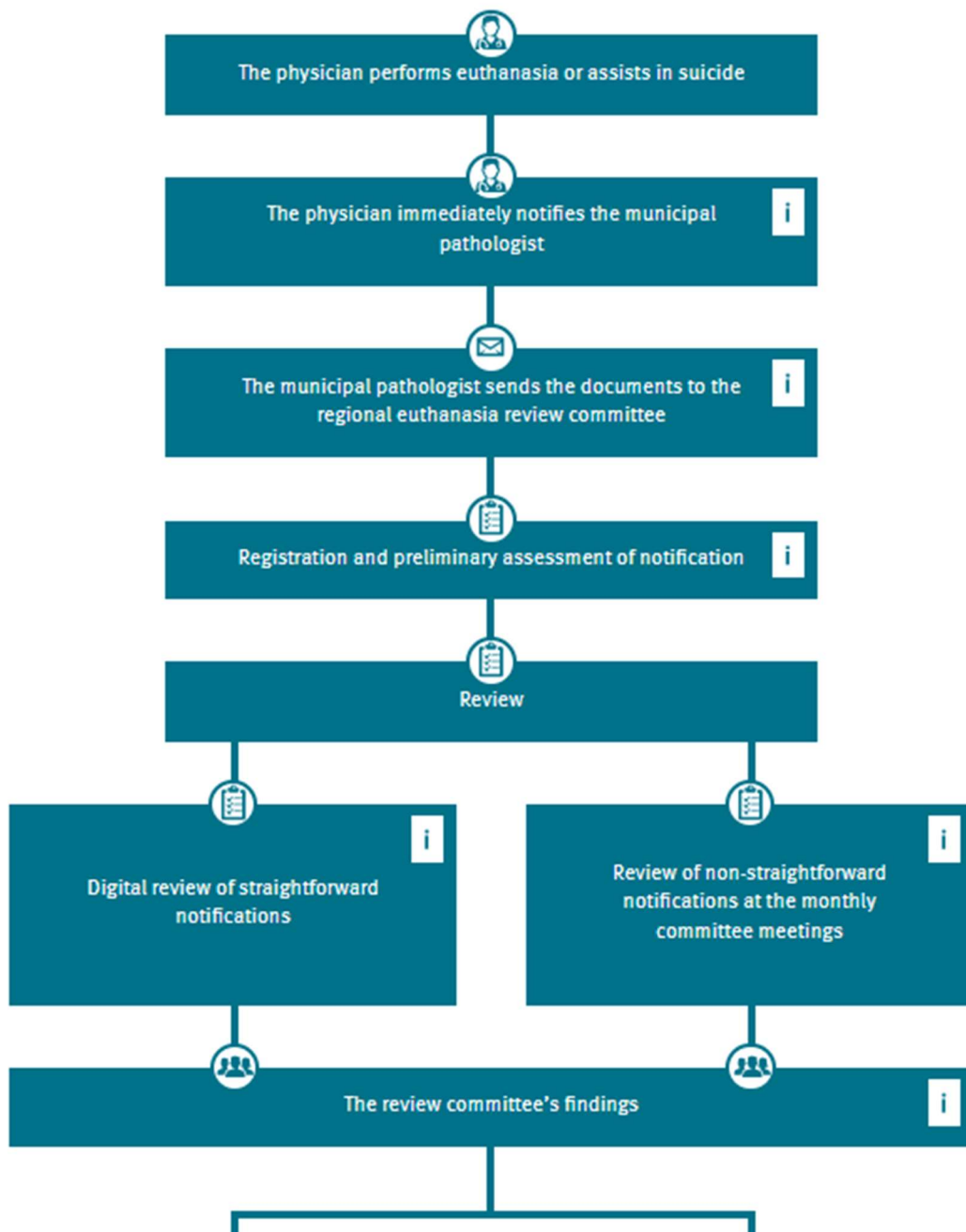
1. The person who conducted the post-mortem examination issues a death certificate if he is satisfied that the death was due to natural causes.
2. If death was the result of the termination of life on request or assisted suicide as referred to in article 293, paragraph 2 or article 294, paragraph 2, 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.

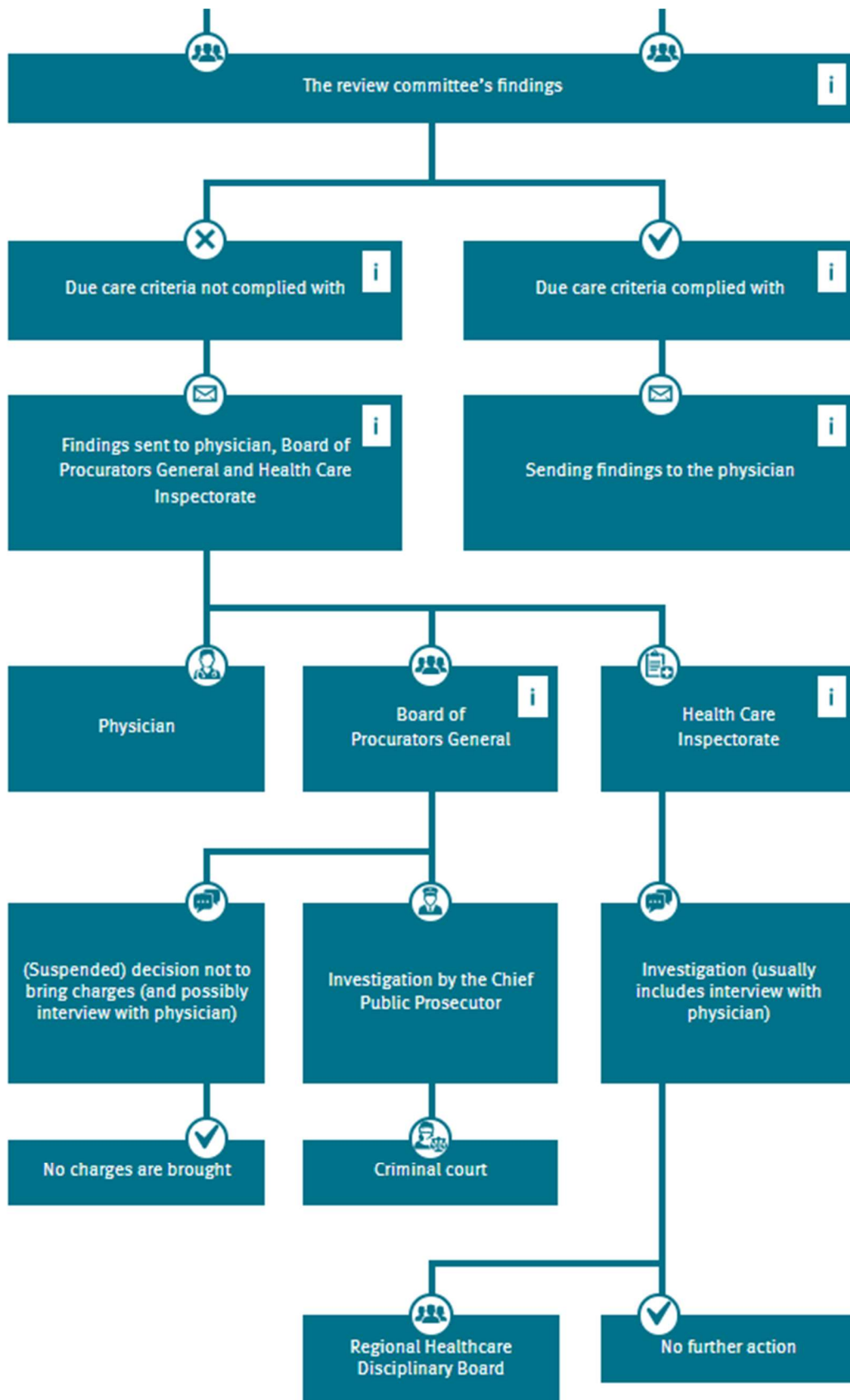
8.5. Nederlandsk rutediagram for tilsyns kontrol

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>





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 dødshjælp (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.

**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 pc'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 hensigtserklæring;
- 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.

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:

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.

.....
.....

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

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 omhukriterierne. Vedlæg venligst den uafhængige konsultationsrapport.

Fornavn:

Mellemsnavn:

Efternavn:

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. Hvornår tilså den konsulterede læge patienten?

Dato:

Begrund, hvorfor du og den konsulterede læge er uafhængige af hinanden.

.....
.....

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 komainducerende 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 komainducerende 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.

.....
.....
.....
.....

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 Eutanasisynsråd?

.....
.....
.....
.....
.....

Dato: **Underskrift:**

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

8.8. Standardformular til indberetning til RTE

Nedenstående standardformular udfyldes af retslægen og indberettes til det Regionale Eutanasitilsynsråd 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)

Standardformular til indberetning af dødsfald til det Regionale Eutanasiltilsynsråd

STANDARDFORMULAR

til retslægens rapport til det Regionale Eutanasiltilsynsråd, 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 Eutanasiltilsynsråd 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

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 eksisterede eller eksisterer slægtskab mellem vedkommende og afdøde op til tredje grad eller ægteskab.

Dato **Underskrift**.....

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

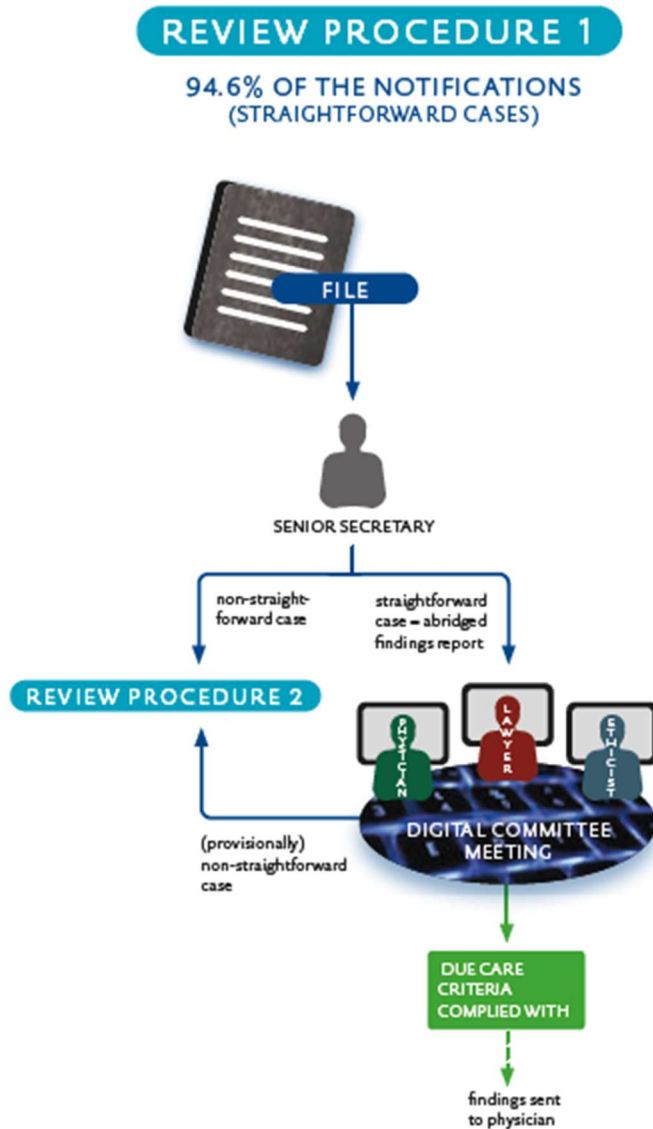
⁵⁴⁸ Jf. RTE (2023), s. 37.

⁵⁴⁹ Jf. RTE (2023), s. 37.

⁵⁵⁰ Jf. RTE (2023), s. 36 f.

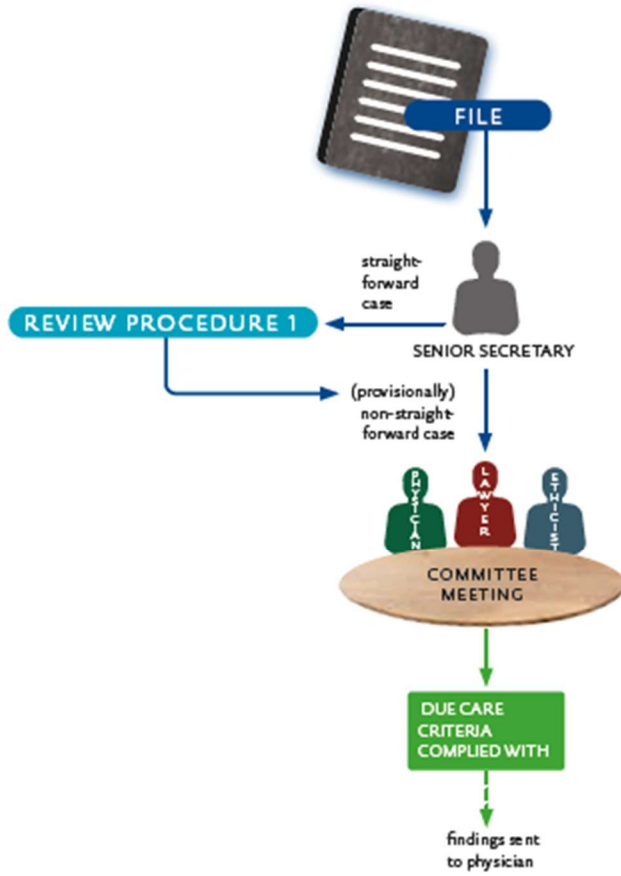
8.10. Rutediagram over RTEs kontrolprocesser

Nedenstående rutediagrammer er hentet fra RTE (2023), s. 12 ff. Det skal bemærkes, at akronymerne "OM" og "IGJ" står for henholdsvis anklagemyndigheden og Sundhedstilsynet.



REVIEW PROCEDURE 2

5.4% OF THE NOTIFICATIONS
(NON-STRAIGHTFORWARD CASES)



REVIEW PROCEDURE 3

<1% OF THE NOTIFICATIONS (NON-STRAIGHTFORWARD CASES)

