

Dødshjælp i gråzonen: Når sundhedsloven siger ja, men straffeloven siger nej

Om podcasten

[Juristeriet - podcast](#)

Debatten om at lovliggøre aktiv dødshjælp i Danmark har ulmet det seneste år, siden statsminister Mette Frederiksen annoncerede sin position på Folkemødet i 2023. I efteråret samme år kom Etisk Råd med en udmelding, hvor 16 ud af 17 medlemmer frarådede en lovliggørelse af aktiv dødshjælp. Derefter nedsatte regeringen et tværfagligt udvalg, nemlig 'Udvalget for en mere værdig død', hvor blandt andre professor i sundhedsret Janne Rothmar Hermann fra det Juridiske Fakultet også deltog. Udvalget skulle udarbejde et refleksionsoplæg til regeringen og præsentere deres indsigter på Folkemødet 2024.

Allerede inden Mette Frederiksens oprindelige tale om dødshjælp på Folkemødet, var specialestuderende William Halling dog i fuld gang med at undersøge både de eksisterende juridiske rammer for dødshjælp i Danmark, og de juridiske muligheder for en udvidelse af bestemmelserne. Williams projekt udløste blandt andet en invitation til et foretræde for Sundhedsudvalget i Folketinget, hvor han fik mulighed for at præsentere sit arbejde for politikerne.

En af de centrale opdagelser, som William gjorde i sit speciale var, at vi i Danmark allerede har videre rammer for lovlig dødshjælp, end de fleste måske tror.

William er i dag ansat i Justitsministeriet, men vi har inviteret ham forbi Juristeriet-studiet for at give os et indblik i – både den lidt overraskende eksisterende lovgivning på det her område, samt hvordan en eventuel udvidelse kunne se ud i fremtiden.

Gæster: William Halling

Vært: Emil Tarp Vang

Musik og lyd: Emil Tarp Vang

Redaktion: Lene Juhl Friedrichsen og Emil Tarp Vang

Optaget den 5. juli 2024.

Hvis du har ris, ros eller gode forslag til udsendelser om jura, så skriv til os på redaktion@jur.ku.dk.

Indholdet af podcasten

Intro

Debatten om at lovliggøre aktiv dødshjælp i Danmark har ulmet her hjemme det seneste år. Lige siden statsminister Mette Frederiksen annoncerede sin position på sidste års Folkemøde. ”Jeg ved godt, at det her en svær debat. Og jeg er også opmærksom på, at for eksempel det etiske råd af flere gange har udtalt sig imod. Selv har jeg det helt anderledes”. I efteråret kom etisk råd så med endnu en udmelding, hvor 16 ud af 17 medlemmer frarådede en lovliggørelse af aktiv dødshjælp.

Derefter nedsatte regeringen et tværfagligt udvalg, nemlig udvalget for en mere værdig død, som skulle udarbejde et refleksionsoplæg til regeringen og præsentere deres indsigter på Folkemødet i år.

Allerede inden Mette Frederiksens oprindelige tale om dødshjælp på Folkemødet, var specialestuderende William Halling dog i fuld gang med at undersøge både de eksisterende rammer for dødshjælp i Danmark, samt de juridiske muligheder for en udvidelse af det lovlige område for dødshjælp. Williams projekt udløste blandt andet en invitation til et foretræde for Sundhedsudvalget i Folketinget, hvor han fik mulighed for at præsentere sit arbejde. En af de centrale opdagelser som William gjorde i sit speciale var, at vi i Danmark allerede har videre rammer for lovlig dødshjælp, end de fleste måske går og tror. William er i dag ansat i Justitsministeriet, men vi har inviteret ham forbi juristeriet-studiet for at give os et indblik i – både den lidt overraskende eksisterende lovgivning på det her område, samt et indblik i, hvordan en eventuel udvidelse kunne se ud i fremtiden.

Mit navn er Emil Tarp Vang. Velkommen til.

Del 1

Emil Tarp Vang:

Og også velkommen til dig William.

William Halling:

Mange tak.

Emil Tarp Vang:

Vi skal jo tale om dødshjælp i dag, som jo er et både tungt, men også meget kontroversielt og kompliceret emne. Vil du ikke starte med at fortælle, hvad fik dig til at ville undersøge det her emne nærmere?

William Halling:

Jo. Altså det er jo et godt spørgsmål. Jeg tror min interesse, nok primært stammer fra min morfar. Han var læge i vejle hele sit liv, og han fortalte mig nogle, hvad kan man sige, hjerteskrærende historier om patienter. Og jeg tror en af dem, der satte sig mest i mig, var sådan en patient, der havde været udsat for en hjerneblødning, og i den forbindelse mistede evnen til at tale – i hvert fald i et stort omfang, og led af nogle frygtelig nervesmerter, som man ikke kunne smertelindre. Og det var der fra min morfars side ikke noget at gøre ved, så han så selvfølgelig bare på og gjorde, hvad han kunne i øvrigt.

Det viste sig så, at den her patient sparrede morfin tabletter op over en længere periode, og har jo selvfølgelig i den sammenhæng været i et forfærdeligt smertehelvede, for derefter da hjemmehjælperen skulle på weekend at sluge det hele i håbet om at slippe for smerterne. Hjemmehjælperen havde så glemt paraplyen, og kom tilbage kort tid efter, og ringede selvfølgelig til alarmcentralen, og patienten blev så genoplivet. Og der gik så ikke meget mere end en måned eller mere igen, så havde hun sparret op i samme omfang, og prøvede igen. Jeg tror aldrig rigtig min morfar tilgav sig selv for, at han ikke hjalp hende. Selvom det var forkert og ulovligt at gøre. Og det sætter selvfølgelig nogle tanker i gang. Jeg blev bare grundlæggende provokeret over, at man ikke i debatten har præsenteret nogle bud på, hvordan man kunne udforme sådan en model, fordi det er et meget meget svært spørgsmål - både etisk og ja også politisk svært, men det er på en eller anden måde, også at holde dem der efterspørger det for nar, at man ikke i samme omgang bliver konkret med sine etiske overvejelser og sine politiske overvejelser. Der har ligesom ikke rigtig været nogle modeller, man har kunne tage

udgangspunkt i, man har bare fejlet det lidt væk med nogle større betragtninger af religiøse eller moralske eller etiske karakter.

Så jeg tænkte ligesom, nu prøver jeg at sætte mig ned, og så uden at forholde mig til etikken og politikken, fordi det er ikke noget, jeg skal gøre, det er en opgave for Folketinget. Så ville jeg gerne undersøge: hvad er reglerne egentlig på det område i dag, og hvordan kan man eventuelt lave en model i Danmark, der medfører en yderligere lovliggørelse af det her. Så er det ikke sikkert, at man behøver anvende den, men man har i hvert fald et konkret udgangspunkt, som gør diskussionen lidt mere, hvad kan man sige, jordnær, men også alvorlig.

Emil Tarp Vang:

Nu har dødshjælp jo være kriminaliseret i straffeloven helt tilbage siden 1866, og det kan måske godt give et indtryk af, at den her diskussion river op i noget, som ellers har ligget meget fast i mange år. Men i dit projekt finder du jo ud af, at det her faktisk er et spørgsmål, hvor den offentlige holdning har vekslet meget markant gennem årene, for eksempel i Folketinget i 1930'erne. Vil du ikke prøve at fortælle lidt om, hvad det er, der sker der?

William Halling:

Jo det kan jeg. Mens datidens jurister får diskuteret frem og tilbage, der kan man ligesom spore en lille smule optøende, eller modstand mod den her retstilstand, som har været der siden 1866. Det ændrer sig så mere tydeligt, når vi kommer til de lovforslag, der bliver fremsat. Der er gjort undtagelse for dødshjælp, hvis en læge tager livet af en anden på den her persons bestemte begæring på grund af håbløs sygdom eller lignende. Så er der altså en undtagelse for det, og man skal i øvrigt ikke straffe hjælp til selvmord, medmindre det er sket af egennyttige grunde. Det er ligesom udgangspunktet i det lovforslag, og der bliver så i løbet af behandlingen stillet nogle ændringsforslag med folk, der prøver at tage det ud igen, og der er det ret interessant, at man kan se, hvor markant flertallet i Folketinget faktisk var for den her lovliggørelse af hjælp til selvmord og straffeoverfald for lægeligt dødshjælp. Det var nemlig henholdsvis 63% og 90% af Folketingets stemmer, der gerne ville fastholde de her undtagelser, altså der gerne dybest set ville lovliggøre dødshjælp. Men der var selvfølgelig et to-kammer system dengang, og det betyder jo, at da det her forslag når til Landstinget, som skulle kigge på det til sidst, inden de kunne sende det tilbage til Folketinget, for at få det vedtaget – så vurderer Landstinget simpelthen, at det kan vi ikke være med til. Og derfor ender det med at udgå som et kompromis, mellem Folketinget og Landstinget. Og der er vi så, som følge af det, tilbage i en situation, som ligner den der lå i 1866. Altså bestemmelserne er stort set identiske med bestemmelserne i 1866 straffeloven. Så retstilstanden ender faktisk med ikke at ændre sig eller udvikle sig på det her område, men det er alligevel interessant, hvor tæt man var på at lovliggøre dødshjælp tilbage i 1930'erne.

Del 2

Emil Tarp Vang:

Inden vi nu går ind i, hvordan lovgivningen egentlig ser ud i dag, så kunne det være, at vi lige for god orden skyld skulle starte med at få defineret, hvilken form for dødshjælp det er, du egentlig har arbejdet med i dit projekt. Vil du ikke starte med at definere det?

William Halling:

Jo. Hvis vi starter med definitionen. Den måde jeg ligesom har forsøgt at afgrænse det her er, at jeg forstår dødshjælp, som en læges direkte eller indirekte hjælp til fremskyndelse af dødens indtræden på den døendes frivillige begæring. Det er en fin måde at afgrænse det, fordi det giver mulighed for, at man kan sammenligne både reglerne i straffeloven med sundhedsloven og

kigge lidt historisk på det. Det vigtige er bare det her med, at man fremskynder døden på nogens frivillige anmodning eller begæring.

Emil Tarp Vang:

Nu kredser debatten så om, om vi skal lovliggøre aktiv dødshjælp, eller i hvert fald om, om vi skal have en mere aktiv dødshjælp, end den vi har i dag. Men vil du måske lige prøve at starte med at definere, hvad er forskellen egentlig på aktiv og passiv dødshjælp?

William Halling:

Det kan jeg godt. Jeg var helt overbevist om, da jeg startede med at skrive det her, at aktiv og passiv dødshjælp helt klart må hænge sammen med, at i aktiv dødshjælp, der bidrager lægen meget aktivt til, at døden indtræder, det må ligesom være forklaringen. Og passiv dødshjælp det må være et eksempel, hvor lægen stort set ikke bidrager. Det viser sig så ikke rigtig at holde vand, og det er faktisk ret svært at finde ud af, hvad der er aktiv og passiv dødshjælp.

Jeg tror, i virkeligheden det er nemmest at illustrere ved nogle eksempler. Fordi, hvis man forestiller sig en person, der ligger i meget store smerter, og som er afhængig af respirator, og den her person så frivilligt beder sin læge om at slukke respiratoren, så vedkommende dør. Og lægen så – som følge heraf – går hen og bedøver vedkommende med noget smertestillende, og slukker for respiratoren så vedkommende dør, så vil jeg i hvert fald umiddelbart tænke, at det er aktiv dødshjælp. Hvis man så i forlængelse af det, forestiller sig en situation, hvor en læge bare bekræfter nogle offentlige tilgængelige råd til, hvordan man tager livet af sig selv til en person, og den her person så tager livet af sig selv, altså en eller anden meget indirekte form for hjælp til selvmord, så vil jeg umiddelbart tænke, det må være passiv dødshjælp. Men hvis man kigger på de her to situationer, så er det første sådan set lovligt, og den passive del af det, vil sådan set være ulovligt, selvom det jo klart er langt mere passivt end det første eksempel. Så derfor er det nogle meget forvirrende begreber, som jeg også ret hurtigt prøver at trække ud af ligningen, og i stedet snakke om lovlig og ulovlig dødshjælp.

Emil Tarp Vang:

Hvad er det så, der udgør ulovlig dødshjælp i dag?

William Halling:

Det er de bestemmelser, der blev videreført fra 1866. Det er dem vi har i straffelovens paragraf 239 om drab på begæring, og paragraf 240 om hjælp til selvmord. Og drab på begæring - det straffeloven siger om det, det er sådan set bare, at den som dræber en anden efter dennes bestemte begæring, straffes med fængsel indtil 3 år. Og det er det, man kan kalde direkte dødshjælp, så hvis man skal sondre mellem hjælp til selvmord, drab på begæring, og det jeg kalder direkte eller indirekte dødshjælp, så er det i virkeligheden at ligge trykket på, hvem der yder det sidste aktive bidrag til døden. Hvis det er lægen, så er vi ovre i den direkte dødshjælp. Det er drab på begæring blandt andet under paragraf 239 i straffeloven, og hvis det er personen selv, der for eksempel indtager lægens piller, eller et eller andet vedkommende lige har fået stukket i hånden, så er vi ovre i indirekte dødshjælp – altså som blandt andet vil være hjælp til selvmord.

Emil Tarp Vang:

Og begge de former for dødshjælp, er altså ulovlige i dag. Men så tror jeg lige, at vi skal spole lidt tilbage her. For i dit eksempel for lidt siden, der hørte vi jo, at det var lovlig dødshjælp at give noget smertestillende medicin og slukke for en respirator. Hvordan hænger det sammen?

William Halling:

Det er helt klart, at den situation jeg lige før sagde, var lovlig, den har indtil for nylig været ulovlig efter straffeloven. Og det ville den også være, hvis ikke det var fordi, der var sket en sideløbende udviklingovre i sundhedsretten. Der udvikler sig på en eller anden måde en eller anden forståelse for, hvad man gerne må, og hvad man ikke må. Og det kulminerer så i lægeloven, som gør det lovligt at indsprøjte dødelige mængder morfin i døende personer. Det var ligesom et kerneområde indtil da. Den der udvikling vokser så lidt senere hen i løbet af årene op til nu. Og har senest ændret sig i 2018, hvor man vedtog en lovændring til sundhedsloven, der gjorde det lovligt også at give patienten behandlingsophør med døden til følge. Altså dybest set stoppe den behandling man har gang i, og så dør patienten med det samme, som følge af det. Det har helt op til 2018 været betragtet som et klokkeklart eksempel på strafbart ulovlig dødshjælp. Det laver man så om i 2018, og det er meget interessant, når man læser forhandlingerne – og det gælder i øvrigt for mange af de her sundhedsretlige lovændringer – at det bliver aldrig italesat som aktiv dødshjælp, det er selvfølgelig kun passiv dødshjælp, vi legaliserer yderligere her. Så nu har du ligesom to muligheder for lovlig dødshjælpovre i sundhedsloven, og begge tilfælde er jo tilfælde af direkte dødshjælp – altså det er lægen i begge situationer, der gør det sidste – og er det sidste udslagsgivne aktive bidrag til døden. Man kan sige i strafferetligt sammenhæng vil det være et tydelig eksempel på drab på begæring.

Emil Tarp Vang:

Det tror jeg, måske godt kunne være lidt overraskende for nogle det her. Man har altså igennem efterhånden en del år udvidet rammerne for dødshjælp. Men man har så gjort detovre i sundhedsloven og altså ikke i straffeloven. Og det betyder, at vi i hvert fald i praksis har to muligheder for lovlig dødshjælp i Danmark, i hvert fald, hvis man kigger i sundhedsloven. Men så kunne jeg godt tænke mig at spørge dig, hvad er problemet egentlig i det? Hvis bare vi ved, hvad for en af lovene, der ligesom gælder?

William Halling:

Man kan sige, der er noget uklarhed omkring, hvor grænsen egentlig går mellem sundhedsloven og straffeloven, man har jo ikke sat en undtagelsesbestemmelse ind i straffeloven og udtrykkeligt forholdt sig til grænsen mellem de her to – altså mellem den ulovlige straffelov og den lovlige sundhedslov. Hvor vi har situationer, der kan falde ind under begge to, altså både falde ind under straffelovens regler og sundhedslovens regler, så er det i virkeligheden op til sundhedsmyndighederne at vurdere, er det her noget, vi synes er fagligt tilfredsstillende eller fagligt rigtigt. Eller strider det med de læge-etiske normer, og for eksempel autorisationslovens paragraf 17 om omhu og samvittighedsfuldhed. Hvis det gør det, og de så indberetter det til anklagemyndigheden, så begynder vi selvfølgelig at kunne smide det ind under straffeloven, men det er bare ikke tydeligt, hvor den grænse går. Det må være lidt ubehageligt, for en læge, at man i virkeligheden ikke ved, hvor man står.

Del 3

Emil Tarp Vang:

I dit projekt der opstiller du jo en omfattende model for en mere klar juridisk ramme for lovlig dødshjælp i Danmark. Den fungerer blandt andet gennem en undtagelse til straffelovens bestemmelse, som vi har været inde på, der så henviser til et nyt og samlet kapitel om dødshjælpovre i sundhedsloven. Modellen giver et bud på et mindre tvetydigt anvendelsesområde. Den stiller specifikke krav til om anmodningen om dødshjælp er frivillig. Og så indeholder den også en model for uafhængig og grundig tværfaglig kontrol, der skal sikre både habilitet og gennemsigtighed. Nu kan vi jo desværre ikke komme hele vejen omkring modellen i det her format her. Men hvis vi nu i stedet prøver at teste modellen lidt ud fra nogle af de måske mest

centrale bekymringer, man hører luftet i debatten. Så kunne vi starte med at tale lidt om samtykke til dødshjælp. Hvordan forholder du dig til, om de her samtykker er informeret og gyldige?

William Halling:

Det er jo vigtigt at sige, at det kan man jo selvfølgelig aldrig garantere 100%. Det er også derfor, man bliver nødt til virkelig at undersøge det meget meget grundigt, og sikre sig alle de sikkerhedsforanstaltninger man kan med sådan en uigenkaldelig beslutning. En mulighed for at sikre det, kunne være en simpel henvisning til det informerede samtykke, vi allerede har i dansk ret, hvor man altså har den fordel, at lægerne allerede kender det, men man har også den fordel, at kravene til det er høje, og de er endnu højere, hvis det indgreb der skal gives samtykke til, er meget intenst, og der er vi helt i toppen af intensitetsskalaen med dødshjælp.

Udover at man ligesom får sindssyg meget information om alle relevante, hvad kan man sige, forhold som andre muligheder, smertefrihed og så videre, som ligesom kan måske sikre en eller anden form for indre frivillighed. Altså man er fuldstændighed bevidst om, hvad det vil indebære, og hvad man ellers har af muligheder.

Og så er det et krav for den informerede samtykke i dag, at enhver form for ydre pres, det diskvalificerer det med det samme. Og det er noget lægerne skal undersøge, og kan undersøge i praksis. Det er en vurdering de foretager hele tiden. Og derudover kan man sige, hele præmissen for et informeret samtykke i dag er, at du kan overskue konsekvenserne af dine egne beslutninger. Altså du skal være habil. Så den forudsætter selvfølgelig, at du ikke er stærkt psykisk syg, eller fuldstændig inhabil. Så den er også garanteret i det informerede samtykke. Det er virkelig en grundig vurdering, man har i det informerede samtykke, så jeg tror egentlig spørgsmålet om frivillighed, vil man ret nemt kunne klare med de eksisterende regler om informeret samtykke i dag.

Emil Tarp Vang:

En anden bekymring den går på hensynet til sundhedspersonalet, der måske kunne være etisk imod at udføre dødshjælp. Hvordan forholder du dig til det i modellen?

William Halling:

Det her kredser jo om, om lægen så skal være forpligtet til det eller ej. Allerede i dag har man mulighed for i forhold til lovligt dødshjælp at tage et etisk forbehold som læge. Som grundlæggende bare giver mulighed for, at man siger, hvis tilfældet med behandlingsophør med døden til følge, hvis det af etiske grunde strider med sundhedspersonen opfattelse, så kan man vælge at lade være med at tilbyde det. Så er der så en anden, der skal træde ind og gøre det i stedet for. Det vil måske, hvis man udvider den her ordning endnu mere med en yderligere lovliggørelse give mening at gøre det endnu mere omfattende, og simpelthen bare gælde i alle tilfælde. For lige nu, så vidt jeg læser det, er det i hvert fald ikke muligt i den her situation med palliativ vurdering. Så det kunne give mening at udvide det her etiske forbehold til at gælde alle former for lovlig dødshjælp, sådan så man som sundhedsperson aldrig skal føle sig forpligtet eller bundet til at udføre noget, man grundlæggende er etisk imod.

Emil Tarp Vang:

Den sidste bekymring jeg vil fremhæve for dig her, den er efterhånden også velkendt. Den går på, at en eventuelt udvidelse af bestemmelserne for dødshjælp, ville sætte gang i en form for glidebane. For eksempel har man i Holland efter den oprindelige lovliggørelse af dødshjælp, nu også udvidet med mulighed for dødshjælp til både børn og psykisk syge. Hvad tænker du om, om en udvidelse af de her bestemmelser, vil kunne føre til en glidebane?

William Halling:

Det er jo et godt spørgsmål. Det er jo et spørgsmål der hele tiden dukker op. Og jeg synes det er meget interessant, for jeg ser i virkeligheden ikke nogen risiko for den glidebane. Nu er det jo sådan, at sundhedsmyndighederne og læger, som foretager alle de her indgreb allerede i dag, de skal have hjemmel til at gøre det, og den hjemmel er jo så i den her sammenhæng loven. Og det er jo noget Folketinget så eventuelt vil stemme igennem. Og det er klart, at en myndighed kan ikke af sig selv begynde at overskride den grænse, uden at vi begynder at bevæge os over i ulovlig forvaltningsvirksomhed. Så hele den der snak om glidebane, den er jeg ikke så bekymret for. Jeg tænker, hvis der sker en glidebane, så er det jo en glidbane, der bliver stemt igennem. Så er det jo fordi, hele samfundet, der er repræsenteret ved vores politikere, beslutter sig for, at vi gerne aktivt vil udvide modellen. Man kan jo afgrænse sig - i den eventuelle model man laver - ud af muligheden for glidebaner.

Emil Tarp vang:

Vi nærmer os enden her. Så vi når som sagt ikke meget mere end bare lige at prikke i overfladen af dit arbejde her. Og det er jo vigtigt for god ordens skyld at sige, at du jo så vidt muligt kun forholder dig til de juridiske rammer for en eventuel udvidelse, og at du heller ikke i projektet tager stilling til om dødshjælp skal lovliggøres.

William Halling:

Altså jeg forholder mig – prøver i hvert fald – at afstå fuldstændig fra at forholde mig til, om det skal lovliggøres. Det er en meget meget stor beslutning, den er nok mindre end de fleste tror, fordi vi allerede har lovliggjort dødshjælp, som de færreste er klar over, i hvert fald i to former i sundhedsloven. Men uanset hvad, vil en yderligere lovliggørelse, være en stor politisk beslutning, og det kræver noget tværfaglighed. Det kræver en masse grundige etiske, men også sundhedsfaglige overvejelser, som jeg selvfølgelig ikke kan gøre mig. Og jeg synes uanset hvad, det kræver noget demokratisk legitimitet, og noget gennemsigtighed, når de her beslutninger skal træffes. Det er ikke noget, man kan klare i et speciale, eller i en redegørelse fra etisk råd. Der må vi ligesom vende tilbage til vores samfund – demokratiets maskinrum.

Det er en opgave for vores politikere. Jeg tror, det mest af alt bare har været vigtig for mig at give et konkret bud på, hvordan man kunne gøre det. Det her er jo ikke nødvendigvis den rigtige løsning overhoved, men hvis man skal have en ordentlig diskussion omkring det her meget vigtige spørgsmål, hvor man tager de parter, der er berørte af det alvorligt, så bliver man også nødt til at gøre det konkret, håndgribeligt og diskutere dét i stedet for store vidtløftige principper.

Emil Tarp Vang:

Men hermed altså et bud på i hvert fald en juridisk ramme omend andet. Og med det vil jeg sige William tusind tak, fordi du kiggede forbi.

William Halling:

Jamen tusind tak fordi jeg måtte. Det har været en stor fornøjelse.

Outro

Du har lyttet til Juristeriet; en podcast fra det juridiske fakultet på Københavns universitet. Tak for nu.

Og så skal jeg lige huske at sige, at vi i introen lånte klip fra TV2. Mange tak for det.