

[Birgitte Husmark]

I første omgang er der altså en lang række ting, vi gerne vil have oplyst, inden vi kan sige, om vi i givet fald kan tilslutte os lovforslaget.

Køpke Christensen (FP):

Fremskridtspartiet har ikke de store indvendinger imod lovforslaget. Vi synes, at det er helt i orden, at man nu siger, at der må være stop for det her. Imidlertid mener Folketingets ombudsmand ikke, at man er færdig med disse sager, og det er vores opfattelse, at vi naturligvis i udvalgsbehandlingen må prøve at se, om vi kan få de ting ordnet.

Vi vil også gerne have, at de skattefri udbetalinger, der har været tidligere, bliver sat på plads, sådan at der ikke kommer nogen problemer dér. Så vidt jeg kan se af forslaget, er de erstatninger, man får i kommende sager, ikke længere skattefri; det vil jeg gerne have en bemærkning til fra ministeren.

Lis Noer Holmberg (CD):

Der er jo ikke ligefrem storpolitik i dette lovforslag. CD kan gå ind for forslaget, som det foreligger.

Inger Stilling Pedersen (KRF):

Også her kan Kristeligt Folkeparti sige ja, og vi tilsiger en både hurtig og positiv udvalgsbehandling.

Sundhedsministeren (Ester Larsen):

Det er over for mig oplyst, at samtlige medlemmer af nævnet har været til stede og står bag enstemmigheden. Jeg må konstatere, at når medlemsskaren kun er på tre, kan antallet af stemmer, der er enige, ikke overstige tre.

Der bliver spurgt, om man kan rejse ansøgning om forøget erstatning, når loven ophæves. Det er ikke tilfældet.

Med hensyn til spørgsmålet, om der har været høring, kan jeg sige, at det er heller ikke tilfældet. Det er en meget lille sag, vi her behandler. Det er rimeligt, at en lov, hvis virkning ophørte for flere år siden, også bliver afskaffet.

Hermed sluttede forhandlingen.

Afstemning

Lovforslagets overgang til anden behandling

vedtoges uden afstemning.

Formanden:

Jeg foreslår, at lovforslaget henvises til Sundhedsudvalget. Hvis ingen gør indsigelse mod dette forslag, betragter jeg det som vedtaget. (Ophold). Det er vedtaget.

Den næste sag på dagsordenen var:

4) Første behandling af lovforslag nr. L 128:

Forslag til lov om ændring af lægeloven. (Bemærkninger om information og samtykke).

Af sundhedsministeren (Ester Larsen).

(Fremsat 27/11 91).

Lovforslaget sattes til forhandling.

*Forhandling***Torben Lund (S):**

Princippet om, at en patient skal grundigt informeres, og at patienten også skal give samtykke, for at der kan iværksættes en lægelig undersøgelse eller behandling, er jo et gammelt og grundlæggende princip i forholdet mellem læge og patient. Derfor kan vi også tilslutte os, at reglerne om lægers informationspligt og patienters selvbestemmelsesret bliver fastlagt mere tydeligt i lægeloven.

Det bliver dermed lovfæstet, at en patient efter en omhyggelig information om sin helbredstilstand, behandlingsmuligheder, risiko for komplikationer osv. kan sige nej til en behandling, og at lægen i en sådan situation også er forpligtet til at følge patientens vilje. Vi får altså retstilstanden præciseret, og det synes vi er godt.

Men vi synes måske nok, at ministeren kunne være gået lidt videre, når nu vi skal ændre lægeloven. Vi mener, der er brug for at få præciseret retstilstanden også på et par andre områder både af hensyn til patienterne og af hensyn til lægerne.

Efter vores mening bør det lovfæstes, at en læge i en situation, hvor patienten er uafvendeligt døende – som det hedder med et meget folkeligt udtryk – altså hvor dødsprocessen er gået i gang, kan undlade at påbegynde eller fortsætte en behandling, som kun kan udskyde tidspunktet for dødens indtræden.

[Torben Lund]

Vi finder det ikke rigtigt, at retstilstanden på et så fundamentalt område skal bygge på presmeddelelser fra sundhedsmyndighederne og på den til enhver tid gældende retspraksis eller tiltalepraksis hos anklagemyndigheden. Også på det punkt bør retstilstanden efter vores mening – ikke mindst af hensyn til lægerne – fremgå direkte af loven.

Af den samme grund synes vi også, det bør fastlægges i loven, at en læge under de samme omstændigheder kan give den smertestillende eller beroligende medicin, som er nødvendig for at holde en patient smertefri, også selv om det måtte have den sidevirkning, at det kan medføre en fremskyndelse af dødstidspunktet.

I lovforslagets bemærkninger bliver også livstestamenter berørt, altså spørgsmålet om, hvilken virkning det skal have, at man forud har tilkendegivet, hvordan man ønsker der skal forholdes, når der er tale om en udsigtsløs og livsforlængende behandling.

Lovforslaget medfører ikke en juridisk bindende anerkendelse af livstestamenter. Socialdemokratiet ønsker at vise respekt for den enkeltes ret til selvbestemmelse også på dette punkt, og derfor ønsker vi, at regler om livstestamenter bliver lovfæstet, sådan at livstestamenter kan blive juridisk bindende, og sådan at også livstestamenterne bliver registreret og dermed bedre kendt i den konkrete situation.

Hvis man gennemfører sådanne regler om livstestamenterne – hvad vi gerne ønsker – betyder det, at en læge ikke må indlede en behandling, hvis patienten ved et livstestamente har udtrykt ønske om, at livsforlængende behandling ikke skal iværksættes i nærmere beskrevne situationer.

De nærmere regler for livstestamenters oprettelse, udformning, registrering og tilbagekaldelse vil vi gerne drøfte nærmere under udvalgsarbejdet, men vi synes, at mindretallets indstilling i den betænkning, der foreligger om afkald på livsforlængende behandling, vil kunne tjene som en god inspiration og være et godt udgangspunkt for disse drøftelser.

Med disse ord kan jeg tilsige et positivt og grundigt udvalgsarbejde om disse fundamentale og vigtige spørgsmål, og jeg har altså samtidig bebudet, at vi gerne ønsker en lidt mere omfattende lovændring end den, ministeren har lagt op til med sit lovforslag.

(Kort bemærkning).

Inger Stilling Pedersen (KRF):

Jeg forstår, at hr. Torben Lund ønsker, at man skal fastsætte lovregler om dette med, at lægerne kan gøre tingene. Jeg vil gerne spørge hr. Torben Lund, om han har overvejet, hvor utrolig svært det vil være at lave den lov sådan, at den ikke også i nogle tilfælde kan misbruges.

Op mener hr. Torben Lund ikke, at virkningen af livstestamenter, som man måske har lavet adskillige år, før de bliver aktuelle, må afhænge af, hvad der står i dem? Et er, hvis jeg går hen og skriver mit testamente i dag, et andet er, hvis jeg virkelig er syg, og så er der jo forskel på, om jeg er udsigtsløs syg eller der faktisk er en mulighed for at hjælpe mig. Hvad ved jeg om, hvilke muligheder der er om 10-20 år eller måske længere frem? Det, som i dag er uhelbredeligt, kan måske til den tid være helbredeligt. Derfor synes jeg, at sådan nogle ting kræver langt, langt større indsigt.

Noget andet er, at man selvfølgelig altid kan prøve at respektere livstestamenter, så langt det overhovedet kan lade sig gøre, men lovfæster man dem, kan man måske få en konflikt mellem patienten og lægen og lægens pligt til at hjælpe, hvor der er en mulighed for at hjælpe.

(Kort bemærkning).

Torben Lund (S):

Jeg er helt enig med fru Inger Stilling Pedersen i, at det er utrolig vanskelige problemstillinger, vi her har med at gøre, men jeg synes blot, at det på et så fundamentalt område som det, vi her beskæftiger os med, er vigtigt, at vores lovgivning er så klar som muligt. Jeg synes netop, at det bliver endnu sværere ved, at vi ikke har en klar lovgivning på dette område.

Jeg synes heller ikke, at det er rart for lægerne, der jo står i de vanskelige situationer, at vi ikke har en klar lovgivning om, hvad lægerne må, og hvad lægerne ikke må i disse situationer. De er nødt til at basere sig på, hvad der administrativt er sendt ud fra Sundhedsstyrelsen, og den til enhver tid værende tiltalepraksis i anklagemyndigheden, og det synes jeg ikke er rart.

Det, vi foreslår, som jeg har bebudet her, er en lovfæstelse af den retstilstand, vi har på de områder i dag, og som jeg synes er god.

[Torben Lund]

Til spørgsmålet om livstestamenter vil jeg sige, at det er klart, at lægen skal foretage vurderingen i den aktuelle situation af, om den pågældende patient befinder sig i den tilstand, der nu skal være tale om, for at et livstestamente skal have virkning. Den vurdering kan og skal vi aldrig fratage den lægefagligt uddannede person. Sådan vil det selvfølgelig også være med det forslag, som vi vil komme med om livstestamenter.

Dertil kommer, at to ting i virkeligheden er vigtige ved livstestamenterne. Det er for det første vigtigt, at vi dermed, så langt det overhovedet er muligt, kan respektere det enkelte menneskes ønske om, hvordan der skal forholdes med vedkommendes liv. Det andet, der er vigtigt, er, at vi med livstestamenterne får sikkerhed for, at det ønske, patienten eller borgeren har haft, kommer frem i dagens lys, al den stund et livstestamente jo bliver registreret og dermed kommer til lægens kundskab, når man står i den ulykkelige situation.

Måtte jeg endelig gøre den sidste lille tilføjelse, at vi godt vil være med til at overveje, om vi skal lave et system, hvor man, om jeg så må sige, skal bekræfte livstestamentets indhold og dermed sit ønske med mellemrum, f.eks. hvert tiende år, eller hvad man vil.

Karen Højte Jensen (KF):

Med det foreliggende forslag præciseres lægens pligt til at informere og indhente samtykke fra patienten i forbindelse med undersøgelse og behandling.

Det præciseres nu i lovgivningen, at al patientbehandling bygger på information og samtykke. Det er vi i den konservative gruppe tilfredse med. Det har tidligere været præciseret via cirkulærer, og der tilsigtes alene en tydeliggørelse af den gældende retstilstand og de gældende principper for information og samtykke i patienters behandling.

Vi finder det væsentligt med disse klare regler, der sikrer patientens selvbestemmelse, retsstilling og integritet. Der har været meget usikkerhed i befolkningen om det at iværksætte en udsigtsløs, livsforlængende behandling imod patientens ønsker, og det er dette forhold, der nu klarlægges, og det synes vi er positivt.

Jørgen Winther (V):

Venstre kan fuldt ud støtte dette forslag til ændring af lægeloven.

Vanskelige problemer skal vi ikke feje ind under gulvtæppet, men tage op til analyse og vurdere dem. Der er et indlysende behov for, at der kommer klare regler angående det vanskelige område om information og om samtykke.

I den nye lægelov præciseres, at lægen ikke må indlede eller fortsætte en behandling mod patientens vilje, medmindre andet er særlig hjemlet.

Udgangspunktet for loven er godt. Det er nemlig det enkelte menneskes selvbestemmelse. Det bliver nu sådan, at det bliver helt klart, at en kræftpatient selv kan bestemme, om han vil have penicillinbehandling, når han får lungebetændelse. Ligeledes kan Jehovas Vidner helt klart sige nej til blodtransfusion, hvis de ikke ønsker en sådan.

Ifølge loven bliver det også sådan, at en læge ikke må afbryde en spisevægring, som er påbegyndt af en voksen og habil person. Det synes jeg også er meget vigtigt, for efter min personlige opfattelse er der i dag en ret stor uenighed blandt læger, om der skal og bør gives intravenøs væskebehandling til en patient, der bliver bevidstløs efter en sultestrejke. Den nye lægelov gør det helt klart, at lægen først og fremmest skal respektere patientens selvbestemmelse.

I spørgsmålet om livstestamenter, som har været omtalt her, er det sådan, at de ikke bliver juridisk bindende, men der skal meget, meget tungtvejende argumenter til, før lægen fraviger, hvad patienten forinden har sagt. I det store og hele tror jeg, at denne nye lægelov på en måde næsten gør disse livstestamenter retsgyldige. Jeg kan forestille mig meget, meget få situationer, hvor der kommer konflikter.

Birgitte Husmark (SF):

I SF er vi glade for, at der er fremsat et lovforslag, som tilsigter en tydeliggørelse af den gældende retstilstand og de gældende principper for information og samtykke i patientbehandlingen.

Bemærkningerne præciserer også på udmærket vis, hvordan information og samtykke kan håndteres i den almindelige patientbehandling. Der står således i bemærkningerne, at for at man skal kunne udøve sin bestemmelse

[Birgitte Husmark]

sesret, er lægen forpligtet til – af egen drift, står der i bemærkningerne – i fornødent omfang at informere patienten om dennes sygdom og om undersøgelse, behandling og indgreb samt om risikoen for eventuelle komplikationer og bivirkninger. Der står også, at informationen typisk forventes givet i dialog med patienten. Det er nogle præciseringer, som vi er meget glade for i SF.

Men patienters selvbestemmelse bliver alligevel ikke respekteret fuldt ud, når man nærlæser bemærkningerne. Noget af det, som vi godt vil kigge nærmere på i udvalget, er, hvordan vi skal beskrive det, sådan at både læger og patienter kan føle sig trygge i det danske sundhedsvæsen. Specielt bemærkningerne til den nye § 6, stk. 3, i lov om lægegerning rejser tvivl, om patienten er sikret imod en behandling, som patienten ikke ønsker. Her står dels, at der ikke stilles nogen formkrav til patientens samtykke – og det kan være fornuftigt nok – dels står der, at »det fornødne samtykke må med føje antages at foreligge, så længe patienten i ord eller gerning ikke giver udtryk for andet«.

Senere står der:

»En læges afbrydelse af en behandling på patientens begæring, der bevirker, at patienten umiddelbart efter afgår ved døden, vil dog – såfremt det fornødne forsæt må antages at foreligge – efter omstændighederne kunne anses for omfattet af straffelovens § 239 om drab på begæring . . .«.

På den anden side er lægen såvel berettiget som forpligtet til at følge patientens ønsker, hvis en patient, mens vedkommende endnu var habil, i en aktuel sygdomssituation har udtalt, at en livsforlængende behandling ikke ønskes. Denne forpligtelse gælder også, hvor inhabilitet eventuelt senere indtræder. Det er vi helt tilfredse med.

»Har patienten *forudgående* – det vil sige, før den aktuelle sygdomssituation er opstået – tilkendegivet, f.eks. i et livstestamente, at udsigtsløs, livsforlængende behandling ikke ønskes, bør lægen tillægge patientens således forudgående tilkendegivne ønsker afgørende vægt«, står der også i bemærkningerne.

Det er vi også meget tilfredse med, men det er her, vi kommer ind på muligheden for en præcisering og på spørgsmålet, om det vil være rimeligt at lovfæste grundlaget for, hvad en pa-

tient måtte ønske med hensyn til en fremtidig situation, hvor patienten kan komme ud for at være stillet over for en udsigtsløs, livsforlængende behandling.

Den eventuelle lovgivning vil vi meget gerne fra SF's side arbejde videre med. Vi er helt klar over, at det er et følsomt område, og derfor vil vi appellere til, at så mange som muligt deltager i debatten. Foreløbig er der et godt grundlag i betænkning nr. 1184, og der er også kommet et responsum fra Etisk Råd, som er godt at blive klog af.

Køpke Christensen (FP):

Lægen må ikke indlede eller fortsætte en behandling mod patientens vilje, medmindre andet er særligt hjemlet.

Det store flertal af Fremskridtspartiets folketingsgruppe er ganske enig i dette lovforslag og kan godt se det fornuftige i det, men jeg skal også sige, at Fremskridtspartiets folketingsmedlemmer, som vi jo plejer på etiske områder, vil stå frit ved afstemningen i denne sag, og der er divergerende meninger om forslaget.

Det er jo sådan, at med hensyn til lægevidenskab er det svært at sige: Vi kan bevise noget. Det kan man ikke. Det er ikke som i matematikken, at man kan sige, at noget er eksakt sådan. Derfor er det et stort ansvar for lægerne og ikke mindst for patienterne, man pålægges her.

Jeg synes, der rejser sig mange spørgsmål vedrørende dette lovforslag. Man har eksempler på cancerpatienter, der får at vide, at de har en måned tilbage, og så har man set eksempler på, at den pågældende patient har levet et år, ja, måske to år, og har haft det nogenlunde godt. Det er et stort ansvar for lægerne at sige, at man har så og så lang tid tilbage, og det vil ikke altid være i overensstemmelse med det, der reelt sker.

Så kan man måske sige, hvis forslaget bliver gennemført, at der ikke kommer nogen problemer, for det kan man jo ikke konstatere bagfter. Men det skal stå helt klart, at det kan jeg ikke billige. Jeg synes ikke, man kan pålægge den enkelte læge at vurdere, hvor lang tid patienten har tilbage, for det er jo på det grundlag, den pågældende skal tage stilling.

Der er altså mange spørgsmål, jeg gerne vil have yderligere belyst under udvalgsbehandlingen, før jeg personlig kan tage endelig stil-

[Køpke Christensen]

ling til forslaget, og endelig skal jeg gentage, hvad jeg sagde indledningsvis, at Fremskridtspartiet som sådan er positivt over for forslaget.

(Kort bemærkning).

Jørgen Winther (V):

Det er til hr. Køpke Christensen. Hvis der er misforståelser, er det bedst at få dem ryddet af vejen med det samme.

Det blev nævnt, at læger ofte mener, at en kræftpatient kun har en måned tilbage, og at patienten så måske lever 12 måneder derefter. Det er rigtigt, at noget sådant somme tider forekommer, men jeg vil præcisere, at det jo ikke på nogen måde har noget med dette lovforslag at gøre. Det er først, når patienten er meget alvorligt syg, bevidstløs osv., at overvejelserne med henblik på livstestamentet melder sig, for hvis der er tale om en almindelig kræftpatient, som måske er oppegående, betyder det jo ikke noget, om det bliver den ene måned eller 12 måneder, set i relation til lovforslaget. Jeg er selvfølgelig godt klar over, at det betyder meget for patienten.

Men hvis hr. Køpke Christensen kan forklare, hvad det er, han mener, vil jeg da gerne høre det.

(Kort bemærkning).

Køpke Christensen (FP):

Nu nævnte jeg cancerpatienter, men vi har jo også i al almindelighed set eksempler på patienter, der er langt, langt ude, men alligevel får det bedre i en efterfølgende periode, selv om man fra lægevidenskabelig side har sagt, at der ikke er store udsigter.

Jeg vil godt erkende, at det foreliggende forslag ikke går ud på, at man skal sige stop på et tidligt stadium, det er klart nok. Men jeg vil også godt understrege, at jeg synes, at spørgsmålet har en så stærk etisk karakter, at det er svært at pålægge lægerne det ansvar, også fordi der skal være et samspil mellem lægerne og patienten. Der er meget psykologi med i det her, og jeg mener ikke, at alle læger er i stand til at klare det, fordi de ikke er psykologer.

Derfor tror jeg også, at der er et problem her: Det psykiske pres, man lægger på den patient, der får at vide, at han eller hun ikke har mere end 2-3 måneder tilbage, bevirker måske, at den pågældende siger, at der ikke er noget at

leve videre for, selv om situationen måske kunne vende sig til det positive senere hen. Det har vi også set, og det er det, jeg er meget, meget ked af i denne forbindelse.

(Kort bemærkning).

Jørgen Winther (V):

Hvis vi ser på virkelighedens verden, var det måske for 4-5-6 år siden ret typisk på sygehuse, at lægerne sagde, at nu er der måske én måned eller 3 måneder tilbage. Situationen er i dag, at langt de fleste læger vælger at sige, at det er en alvorlig sygdom, og det ser ikke ud til, at patienten kan blive rask. Det er meget, meget sjældent, man giver en tidsfrist i dag, man siger, at man vil gøre det maksimalt muligt, prøve at gøre det så godt som overhovedet muligt for patienten i den sidste tid.

Men min personlige holdning er også, at man skal aldrig nogen sinde som læge give en tidsfrist. Man kan gøre det klart, at det er en alvorlig sygdom, men man skal ikke begynde at sige, at der er 4 uger eller 8 uger tilbage.

(Kort bemærkning).

Inger Stilling Pedersen (KRF):

Jeg synes, det er helt korrekt af hr. Køpke Christensen at rejse spørgsmålet.

Jeg kan godt forstå, at hr. Jørgen Winther udtaler sig, som han gør, for det er hans personlige holdning. Men hvor mange læger har ikke slynget ud til et ganske uforberedt menneske, at den pågældende skal dø og kun har så og så kort tid tilbage? Jeg har talt med dem – og det har hr. Jørgen Winther og hr. Køpke Christensen nok også – talt med mennesker, der har fået det chok.

Så hvis vi skal have den bestemmelse om, at lægen skal informere, må man også se nærmere på lægernes uddannelse. Det må være et krav, at lægerne altid skal give patienterne et vist håb, for det er forkert, hvis man tager håbet fra et menneske og siger: Der ikke er noget at gøre, men se at få det så godt som muligt de sidste par måneder. Derfor synes jeg, det er meget væsentligt, at det element kommer ind i debatten under den videre behandling af forslaget.

(Kort bemærkning).

Køpke Christensen (FP):

[Køpke Christensen]

Jeg vil gerne spørge hr. Jørgen Winther: Hvad vil man f.eks. gøre i den situation, hvor en patient den ene dag siger, at man ikke skal forlænge livsforløbet, og der så sker noget den næste dag, der måske bevirker, at den pågældende får en helt anden holdning til tingene? Den pågældende er i forvejen langt nede psykisk og har svært ved at tage stilling. Hvad vil man gøre i sådan en situation? Der opstår virkelig et problem her efter min opfattelse.

Lis Noer Holmberg (CD):

Da Folketinget den 30. april 1986 debatterede et beslutningsforslag om lægers og patienters retsstilling vedrørende behandlingen af patienter, som ikke ønsker udsigtsløs, livsforlængende behandling, var jeg ikke ordfører for CD. Men jeg har naturligvis læst, hvad der blev sagt ved den lejlighed, og jeg har set, at CD satte spørgsmålstegn ved, om det overhovedet var muligt at gøre de såkaldte livstestamenter retligt forpligtende for de behandlende læger. Der er så senere afgivet en betænkning, der ligger til grund for nærværende lovforslag.

Efter gældende regler er en enhver behandling en frivillig sag for patienten, og principper for lægers information af patienter og patient-samtykke indgår allerede som en del af ånden i lægeløftet. Det, man nu vil gøre, er faktisk at omsætte denne ånd til lovparagraffer.

Hvis jeg skal gå lidt ind i lovforslaget, må jeg medgive, at hvis man ønsker at sulte sig til døde, burde det vel være ens egen sag. Men i sådanne tilfælde er der ofte tale om et råb om hjælp, og det gælder i øvrigt også ved mange andre selvmordsforsøg. Derfor er jeg bestemt ikke enig i, at der her blot skal informeres om konsekvenserne – for dem kender vi jo – nej, jeg mener, der skal ydes hjælp.

Med hensyn til blodtransfusioner kommer patientens religiøse overbevisning i visse tilfælde ind i billedet, og her er der også i lovforslaget et både-og. Lægen skal følge patientens ønske, men alligevel samtidig selv vurdere situationen. Og denne holdning går faktisk igen i hele lovforslaget.

Ministeren siger i den skriftlige fremsættelse, at i lande, vi plejer at sammenligne os med, er der ikke vedtaget lovgivning, som gør livstestamenter juridisk bindende, netop på grund af de vanskeligheder, som er forbundet med at gennemføre en detaljeret lovgivning om lægers

handlepligt og handleret ved udsigtsløs, livsforlængende behandling. I CD er vi frit stillet i sager af denne etiske karakter, men personligt mener jeg, at lægerne gør alt, hvad de kan for patienterne i dag. Og i øvrigt er lægerne jo ikke selv interesseret i en justering af reglerne på nuværende tidspunkt.

Ifølge lægeløftets lægeetiske regler fremgår det jo helt tydeligt, at en læge skal udøve sin gerning omhyggeligt og samvittighedsfuldt, at lægen i sin gerning under alle forhold skal respektere sine patienters værdighed og personlige integritet, og at en patient har ret til fuld information om diagnose, prognose og behandlingsmuligheder samt ret til på grundlag af denne information at afgøre, om han eller hun vil acceptere eller afvise en given behandling. Personligt opfatter jeg derfor dette lovforslag som en lovfæstelse af gældende praksis og ikke andet, og jeg mener, det er overflødig. Men det er klart, at vi i udvalgsarbejdet vil følge, hvad der måtte komme frem, og ud fra det vil vi i CD hver for sig tage stilling til forslaget ud fra vores personlige holdning, som det også er tilfældet i andre lignende sager af etisk og samvittighedsmæssig karakter.

Elisabeth Arnold (RV):

Lovforslaget tager udgangspunkt i den meget smukke tanke, at man skal bibringe patienten en afklaret holdning til sin situation, og at man skal skabe en forståelse mellem behandler og patient om, at nu er situationen sådan og sådan, så man i fællesskab kan planlægge og udføre en behandling eller skaffe lindring og trøst.

Det er et fremskridt, at man præciserer og lovfæster, at patienten i højere grad skal have ret til at bestemme sin egen skæbne på et tidspunkt, hvor en behandling vil være udsigtsløs og i hvert fald ikke tjener til andet end at forlænge livet på et meget lavt livskvalitetsniveau.

Nogle af de tidligere ordførere har sagt, at man aldrig må tage håbet fra folk, uanset hvilken besked man giver dem. Men man kan jo godt give folk et godt liv i den tid, de har tilbage, hvis man holder sig de meget smukke principper i det gamle lægeløfte for øje. Man skulle somme tider helbrede, man skulle altid prøve at lindre, og hvis der ikke kunne gøres andet, skulle man i hvert fald altid trøste. Man kan godt bibringe folk en trøst, en ro og en

[Ellsabeth Arnold]

afklarethed omkring deres livssituation uden nødvendigvis at give dem håb om overlevelse. I sidste instans kan det håb jo alligevel ikke opfyldes for nogen af os.

Vi synes, det er et udmærket lovforslag, men Det Radikale Venstre ønsker også at medinddrage aspekter om en yderligere sikring eller yderligere vægtning af livstestamentet i udvalgsarbejdet. Vi kan godt se, at et flertal af de hårte instanser, bl.a. lægerne, ikke ønsker en yderligere juridisk lovfæstelse af livstestamentet, men vi mener i virkeligheden, at anerkendelse af et livstestamente udtrykker den yderste respekt for patientens eget ønske om medbestemmelse i den sidste fase af livet.

Derfor vil vi gerne undersøge under udvalgsarbejdet, om der er nogle steder i lovgivningen vedrørende registrering, tilgængelighed, udformningsregler osv., hvor vi kan give livstestamentet en større vægt, så det kan indgå i lægernes bedømmelsesgrundlag. Enkelte af os i den radikale gruppe gik gerne endnu videre, men ligesom på andre af disse meget, meget følsomme områder vil den enkelte være frit stillet i denne sag.

Men den generelle holdning er, at vi gerne ønsker at gå videre, og vi ønsker i udvalgsarbejdet at bedømme, om det er muligt at give en yderligere styrkelse af begrebet livstestamente. Så vi ser frem til et grundigt og meningsfyldt udvalgsarbejde.

Inger Stilling Pedersen (KRF):

Det er helt sikkert, at vi står over for et lovforslag, som kræver en meget, meget grundig udvalgsbehandling og en klarlæggelse af mange af de synspunkter, der er kommet frem i dag, for ellers kan det let komme til en konflikt mellem to modstridende ting, nemlig patientens ret og lægens ansvar.

Da jeg før sagde noget om et håb, mente jeg ikke, at man skulle stille i udsigt, at patienten måske kunne leve adskillige år endnu. Siger man direkte til et menneske, at det kun har 3 måneder tilbage, tager man håbet væk. Det gør man derimod ikke, hvis man siger: Det er alvorligt, ingen kan sige, hvor længe det vil vare, men uanset om det bliver 3 måneder, 9 måneder eller et år, vil vi gøre den tid så god som overhovedet muligt. Det, jeg mener, er, at tager du håbet væk, har du også fjernet livslysten og livsgnisten, og så kan man lige så godt lægge sig til at dø i morgen.

Jeg mener altså, at der findes læger, der kynisk slynger en dødsdom i hovedet på folk, selv om de egentlig ikke ved, hvor lang tid den pågældende har tilbage at leve i, og jeg vil meget gerne understrege, hvor vigtigt det er, at lægerne får pligt til at fortælle sandheden på en anstændig måde, ikke bare slynge noget hårdt og brutalt i hovedet på folk.

Så kommer spørgsmålet om retten til at dø. Hvis patienten allerede er inde i dødsprocessen, skal man selvfølgelig ikke forlænge en udsigtsløs behandling, det er vi helt enige i, men så kommer grænsetilfældene. Hvornår er behandlingen udsigtsløs? Er det lægen eller patienten, der skal afgøre det? Kunne man tænke sig, at en behandling var udsigtsløs, men at man alligevel bevarede håbet?

Der står i forslaget, at man altid skal respektere patientens ønsker. Men hvis et menneske skriver til mig: Jeg ønsker at dø, for det er en uværdig behandling, vi giver vore ensomme gamle, og nu vil jeg holde op med at spise og drikke – skal vi så lade det menneske dø? Nej, for det er jo ikke det, vedkommende egentlig vil. Derfor er vi nødt til at gå bag ønskerne om at dø, hvis den pågældende ikke allerede er inde i dødsprocessen, og spørge om grunden til, at man nærer dette ønske.

Jeg tror, at man meget, meget let kan komme over i en slags passiv, ja, måske endda aktiv dødshjælp, hvis man ikke passer på. Der har været mange røster fremme, som antyder noget i den retning. Jeg er glad for, at ministeren så klart har udtrykt sin holdning til spørgsmålet, men der er mange, der prøver at komme frem med bittesmå skridt og siger: Er det nu alligevel ikke bedst, at de får lov til at dø? Her tænker jeg også på de børn, som fødes med en uhelbredelig sygdom til en udsigtsløs fremtid. Skal man her have lov til at opfylde et ønske fra forældrene om, at dette barn ikke skal leve?

Jeg synes, at vi er kommet ind i nogle diskussioner, hvor vi ikke bare kan feje tingene af bordet og sige, at det enkelte menneske selv skal bestemme, selv om det måske i længden kan blive det billigste for samfundet og de pårørende. På den anden side skal man også respektere et døende menneske, der ikke ønsker at gennemgå en operation i sidste øjeblik eller at blive fyldt med medicin. Det er selvfølgelig klart, at man må give smertestillende midler, også selv om det skulle forkorte livet med et

[Inger Stilling Pedersen]

par dage. Der er jo ikke noget ved at leve et par dage længere med stærke smerter, men i øvrigt tror jeg slet ikke, det er det, sagen drejer sig om overhovedet.

Kristeligt Folkeparti vil forsøge at få klarlagt nogle af disse ting under udvalgsbehandlingen, så vi ikke bare siger, at selvfølgelig skal det enkelte menneske selv bestemme. Vi må også tænke på de psykisk syge, de svært retarderede og handicappede. De får altså ikke en chance, for man skal jo selv være i stand til at træffe en afgørelse. Der er virkelig mange, mange aspekter i sagen.

Vi vil altså fra Kristeligt Folkepartis side stille de spørgsmål under udvalgsbehandlingen og derigennem finde frem til, om vi når frem til et lovforslag, som vi kan støtte. Derfor vil vi ikke afvise forslaget nu, men vi skal stadig bevare respekten for det enkelte menneske, ikke bare tale om frihed ud over alle grænser. Vi lader mennesker gå til grunde og dø af alkohol og narko og mange andre ting. Det kan vi godt kalde frihed, men er det virkelig frihed?

(Kort bemærkning).

Elisabeth Arnold (RV):

Jeg synes ikke, at Kristeligt Folkepartis ordførerindlæg skal have lov at stå uimodsagt.

Jeg synes, det er meget beklageligt, når Kristeligt Folkeparti siger om debatten, at adskillige af os andre fejler tingene af bordet og fremhæver selvbestemmelse over alt andet. Alle ordførere i dag har været meget seriøse i deres behandling af emnet, har udtalt betænkelighed, har udvist omtanke for de meget vigtige emner, det drejer sig om. Der er ingen, der har affejet debatten med en bemærkning om, at det kun er et spørgsmål om, at man selv skal bestemme.

Der er ingen, der har sagt, det vil være billige. Der er ikke nogen, der har nævnt kroner og øre i denne her forbindelse. Jeg mener, det er uanstændigt at trække debatten ned på et niveau, hvor den slet ikke hører hjemme.

Og så vil jeg sige til fru Inger Stilling Pedersen, at det er en grov påstand, at kyniske læger slynger en dødsdom i hovedet på folk. Jeg tror, de fleste af os har oplevet, når personer har været uhelbredeligt syge, at de har fået en nænsom og omsorgsfuld behandling af lægerne, også hvad angår informationen.

Hvis fru Inger Stilling Pedersen havde gjort sig bekendt med nogle af beskrivelserne af slutningen af AIDS-patienters liv, ville fru Inger Stilling Pedersen se, at de ofte har været præget af omsorg, af kærlighed, af stor oplevelsesintensitet af livet og den omgivende natur, en afklarethed og en ro, som har gjort den sidste del af deres liv meget, meget værdifuld.

Jeg synes ikke, fru Inger Stilling Pedersen kan være bekendt at bruge udtryk som kynisme og dødsdomme i omtalen af vort sundhedsvæsens meget højt professionelt uddannede personale.

(Kort bemærkning).

Køpke Christensen (FP):

Det er debatten om livstestamentene, der får mig herop. Jeg synes da umiddelbart, det kan lyde positivt, men hvordan kan vi som mennesker vurdere vore holdninger i den situation, vi taler om her, hvis man ligger og er døds syg? Jeg mener ikke, det kan lade sig gøre, og derfor tvivler jeg lidt på, om man kan acceptere livstestamenter. Man kan have en diametralt modsat holdning den dag, man ligger og har kort tid tilbage.

Så har jeg studset over noget med hensyn til børn. Det var Kristeligt Folkeparti, der fik mig ind på de tanker. I bemærkningerne til forslaget tales der om mindreårige, men hvor går grænsen? Er det 15-årige, eller er det 18-årige, man tænker på, eller hvor går grænsen for det, man kalder mindreårige? Det vil jeg da gerne have ministerens kommentar til.

Vedrørende bemærkningen om de kyniske læger vil jeg sige, at læger er jo altså også mennesker, og derfor ved vi også godt, at ligesom der findes kyniske mennesker alle andre steder i samfundet, findes der naturligvis også kyniske læger. Det vil jeg da godt give Kristeligt Folkeparti ret i. Det kunne jo også være, at der er nogle, der kender eksempler på kyniske læger, der har slynget de pågældende patienter i ansigtet, hvor lang tid de havde tilbage.

(Kort bemærkning).

Inger Stilling Pedersen (KRF):

Der må jo være nogle, der har følt sig trådt over tærne, for jeg tænkte overhovedet ikke på én eneste bestemt ordfører, og jeg nævnte ikke én eneste ordfører ved navn og henviste

[Inger Stilling Pedersen]

ikke til ét eneste indlæg. Hvis jeg havde ment fru Elisabeth Arnold, havde jeg nævnt navnet, og det gjorde jeg ikke, så det vil jeg gerne have mig frabedt.

Det, jeg talte om, er den holdning, man møder ude omkring. Jeg ved ikke, hvor mange beskyldninger der fløj imod mig, men jeg taler ud fra virkeligheden. Når jeg taler med mennesker, der fortæller mig, hvad de har været ude for, skulle jeg så sige her i Folketinget, at det passer ikke, for sådan er det ikke?

De fleste læger gør det jo godt nok, og det er helt i orden. Men når man vil give en lov, der giver lægerne pligt til at informere, må man også sørge for, at de får pligt til at informere på den rigtige måde, at de faktisk kan drages til ansvar, hvis de ødelægger tilværelsen for et andet menneske. Jeg har talt med mennesker, der har været udsat for at få slynget sådan noget i hovedet og har grædt i flere dage derefter. Problemet eksisterer i virkeligheden, det er ikke bare noget, som jeg står og finder på her, det er faktisk realiteter.

Og derfor mener jeg, vi skal tage højde for det i den kommende lov og spørge, om lægernes uddannelse er god nok. Skal der mere psykologi ind i uddannelsen? Skal de have noget at vide om, hvordan man informerer på den rigtige måde? Det er det, jeg prøver på at sige, og så kan man jo godt afvise det og sige, at alt det, de gamle skriver, alt det, de siger, det passer jo slet ikke, for vi gør det jo så godt, så godt. Nej, realiteten er somme tider en anden.

(Kort bemærkning).

Jørgen Winther (V):

Først til fru Inger Stilling Pedersens sidste indlæg om, at man skal informere, også mod patienternes ønsker. Jeg vil gerne sige udtrykkeligt, at der står i § 6, stk. 2:

»Lægen skal, hvor det er muligt, og hvor der ikke er grund til at antage, at det strider mod patientens ønske, oplyse patienten . . .«. Hvis lægen vurderer, at denne patient ikke kan tåle eller ikke ønsker at vide den fulde sandhed, står der helt klart i loven, hvordan lægen skal opføre sig.

Så vil jeg gå til fru Inger Stilling Pedersens forrige indlæg. Fru Inger Stilling Pedersen giver faktisk udtryk for, at læger skal altid under alle omstændigheder gøre den maksimale indsats for at holde en patient i live i så lang

tid som muligt, og det er nok fru Inger Stilling Pedersens grundholdning. Det, der lægges op til, og det, der i hvert fald er Venstres grundholdning, er, at patienterne har en selvbestemmelsesret, og den skal lægerne også respektere i meget vidt omfang.

Så blev der talt om det virkelige liv. Jeg vil gerne give et eksempel fra det virkelige liv, ikke et bestemt, men et konglomerat af forskellige oplevelser, jeg har haft. Der findes kvinder midt i 90'erne, som har mistet deres mand for mange, mange år siden, som har mistet deres venner, som ikke længere kender nogen, måske bortset fra nogle tilfældige hjælpere, der kommer en gang imellem, men som det er svært at få et personligt forhold til.

Så kan man også tænke sig situationen, at vedkommende har gigtsmerter – det har næsten alle i den alder – måske også noget med hjertet, åndenød om natten osv. Selv om lægerne gør det maksimalt mulige, kan man altså ikke skabe en virkelig værdig tilstand for vedkommende patient efter patientens egen vurdering, og så oplever vi som læger, at disse patienter uge efter uge, måned efter måned siger: Jeg har ikke mere lyst til at leve, og på et tidspunkt vil jeg altså gøre alvor af det. Det er en helt velovervejet og afklaret situation, og hvis sådan en meget gammel dame ønsker at holde op med at drikke og spise, synes jeg bestemt, at det skal vi læger også respektere.

I dag er vi læger delt i to lejre. Nogle mener, at man skal give intravenøs ernæring, når vedkommende bliver bevidstløs, andre mener det ikke. Nu får vi altså en situation, hvor det helt klart fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, hvordan vi skal forholde os, men jeg vil gerne konstatere, at i det virkelige liv findes der livstrætte mennesker, som ikke længere har lyst til at leve.

(Kort bemærkning).

Elisabeth Arnold (RV):

Jeg vil gerne sige til fru Inger Stilling Pedersen, at jeg følte mig overhovedet ikke truffet personligt af fru Inger Stilling Pedersens første indlæg. Jeg prøvede bare at præcisere, at hvis vi skal sikre eller prøve at arbejde for, at debatten bliver holdt på et ordentligt niveau, har vi alle sammen et ansvar, også fru Inger Stilling Pedersen.

[Elisabeth Arnold]

Fru Inger Stilling Pedersen var den første af alle talerne i dag, der tog begrebet økonomi med ind i debatten, og hvis vi skal undgå, at debatten ude i samfundet kommer til at handle om penge og kynisme, er det også vores ansvar, og så skal vi holde debatten her fri for den slags ting. Det var bare det, jeg gerne ville appellere til.

Og i øvrigt vil jeg sige til fru Inger Stilling Pedersen, at vi vil da meget gerne fra vort partis side gå ind i en nærmere debat om lægernes uddannelse, om den er god nok. Det er en udmærket ting at tage op, men det anfægter ikke, at jeg synes, at vi skal holde et ordentligt debatniveau om det foreliggende lovforslag og de problemer, der er knyttet til det.

(Kort bemærkning).

Køpke Christensen (FP):

Med hensyn til spørgsmålet, om lægernes uddannelse er god nok, og her tænker jeg særlig på det psykologiske aspekt, vil vi da også gerne være med til at se på denne sag, for der er efter min klare opfattelse et problem netop på det område.

Når hr. Jørgen Winther taler om, at det skal være sådan, at det ikke må stride imod patienternes ønsker, er det da ganske rigtigt, for det står der jo i lovforslaget. Men hvordan skal den enkelte læge vurdere det? Det er her, vi kommer ind på det psykologiske. På det tidspunkt, patienten bliver spurgt, er han måske kørt så langt ned, at han har svært ved at tage endelig stilling, og jeg er overbevist om, at der vil komme modstridende udtalelser fra en sådan patient gang på gang, og derfor tror jeg, at dette lovforslag vil give anledning til mange sager. Det er dér, problemet ligger efter min mening.

Den enkelte læge skal også oplyse om behandlingsmulighederne. Hvis en læge nu er stærk modstander af naturmedicin, er det klart, at man ikke tager højde for de ting, og det kan man heller ikke. Man kan ikke tage højde for alle muligheder. Men jeg mener også, at vi har set eksempler på, at patienter, som efter alt at dømme ville dø inden for en kort tid, har levet meget længere efter behandlinger med naturmedicin.

Og her er mit spørgsmål: Kan man bare gennemføre denne lov uden at skele til sådanne eksempler? Det synes jeg ikke at man kan.

Formanden:

Inden jeg giver ordet til fru Lis Noer Holmberg for en kort bemærkning, skal jeg gøre opmærksom på, at førstebehandlingerne jo drejer sig om principperne i lovforslagene.

(Kort bemærkning).

Lis Noer Holmberg (CD):

Jeg vil gerne i forbindelse med fru Inger Stilling Pedersens indlæg sige, at jeg tror, at fru Inger Stilling Pedersen er blevet misforstået lidt, for jeg kan godt følge hende et stykke hen ad vejen, når økonomien kommer ind i billedet.

Jeg har oplevet mange gange på plejehjem, at man holder liv i senildemente, og det er jo et spørgsmål, om man skal gøre det, for der er faktisk mange gange slet ikke noget liv. Der ligger bare et væsen og venter på at dø. Det er jo et utrolig svært problem.

Men man har også oplevet gang på gang inden for de senere år, at både ældre og f.eks. scleroseramte og andre syge, der sidder alene rundt omkring, er blevet reddet i sidste øjeblik ved at blive indlagt. De har ikke fået den væske, de har brug for, og så har man konstateret på sygehuset, at det var væskemangel, og man har i sidste øjeblik reddet flere liv på den måde. Det har en lille smule med nedskæringer og økonomi at gøre også, så det skal vi holde os fra.

Jeg har et andet spørgsmål, jeg gerne vil stille, og det er noget, der ligger mig meget på sinde. Blodtransfusion har noget med religion at gøre; der er nogle, der ikke vil have, at der skal gives blodtransfusion. Men jeg har i mit arbejde som sekretær på et sygehus oplevet, at man – også på grund af religion – f.eks. ikke har måttet foretage en manuel placentalsøgning, fordi det, hvis den skulle foretages af en mandlig læge, stred imod den religion, man havde. Det vil altså sige, at en sådan kvinde og måske et nyfødt barn skal sætte livet til, fordi hun har en tro, der ikke tillader, at en mandlig læge foretager en manuel placentalsøgning.

Jeg tror, denne debat kunne blive uendelig lang, hvis vi kom frem med alle de eksempler, vi har. Det er et spørgsmål, om man skal tilgode den enkeltes religion og holdning og så bare lade folk dø. Det er utrolig svært for lægerne at tackle dette her, så de kan holde liv i folk på trods af disses religion.

Sundhedsministeren (Ester Larsen):

Debatten har vist, at det at lægge livets afslutning fast i lovparagraffer er uhyre vanskeligt. Jeg synes også, debatten har vist, at vi er enige om sigtet i loven, at det er vigtigt at prøve at skabe en klarere retstilstand i forbindelse med spørgsmålet om behandling/ikkebehandling af mennesker, som er meget alvorligt syge.

Som det er fremgået, har jeg ikke ovovet at tage skridtet fuldt ud og lægge op til, at livstestamentet skulle være retsgyldigt. Jeg har, som det fremgår af bemærkningerne, lagt mig så tæt op ad intentionen om at følge livstestamentet som overhovedet muligt.

Det fremgår af bemærkningerne, at dér, hvor patienten har givet udtryk for sine ønsker i forbindelse med en indlæggelse umiddelbart før en behandling, enten i livstestamenteform eller anden form, skal lægen være både berettiget til og forpligtet til at følge patientens ønsker. Der skal nogle helt sjældne, nogle helt tungtvejende hensyn til, hvis man skal fravige patientens ønsker, f.eks. det, som er nævnt, at man skal kunne redde et fuldbåret foster igennem behandlingen. Ved at gøre livstestamentet retsgyldigt ville man i den situation fraskrive sig denne mulighed.

Det fremgår også af bemærkningerne, at hvor patienten forudgående har tilkendegivet sin vilje i form af et livstestamente, skal der lægges afgørende vægt på dette ønske, og der skal nogle meget tungtvejende grunde til for at fravige dette ønske.

I bemærkningerne er der også gjort rede for, hvilke betænkeligheder der har været afgørende for, at livstestamentet ikke får retsgyldighed, nemlig vanskeligheden ved præcisering af livstestamentet og de komplikationer, som det kan få, når det medfører en ubetinget handlepligt for lægen. Men jeg har lyttet mig frem til, at der er god vilje til, at vi drøfter disse meget vanskelige spørgsmål under udvalgsarbejdet, og jeg vil tilsige al mulig støtte til, at vi kan finde en løsning, som vi føler vi kan leve med, og som ikke gør det endnu vanskeligere, end rimeligt er.

Der er stillet et konkret spørgsmål om definitionen af mindreårige børn, og jeg kan sige, at når der ikke er en bestemt aldersgrænse, er det, fordi det er min overbevisning, at der må foreligge en modenhedsvurdering. En 17-årig person vil i nogle tilfælde være i stand til at

argumentere for, om man ønsker blodtransfusion eller ej; det afhænger af individets modenhedsudvikling. Jeg tror ikke, det er lykkeligt at have faste, klare aldersgrænser inde i loven.

Hermed sluttede forhandlingen.

Afstemning

Lovforslagets overgang til anden behandling

vedtoges uden afstemning.

Formanden:

Jeg foreslår, at lovforslaget henvises til Sundhedsudvalget. Hvis ingen gør indsigelse mod dette forslag, betragter jeg det som vedtaget. (Ophold). Det er vedtaget.

Den sidste sag på dagsordenen var:

5) Første behandling af beslutningsforslag nr. B 25:

Forslag til folketingsbeslutning om oprettelse af Danmarks Teknologi- og Udviklingsfond.

Af Nyrup Rasmussen (S) m.fl.
(Fremsat 19/11 91).

Forslaget sattes til forhandling.

*Forhandling***Industriministeren (Anne Birgitte Lundholt):**

Med dette beslutningsforslag foreslår Socialdemokratiet, at regeringen skal opfordres til at fremsætte lov om medfinansiering af udviklingsprojekter. Det er en opfordring, som regeringen gerne tager imod, fordi kendsgerningen er, at regeringen allerede har fremsat et sådant lovforslag, forslag til lov om Dansk Erhvervsudviklingsfond, som blev fremsat den 30. oktober 1991 og allerede er førstebehandlet i Tinget. Men jeg finder det da glædeligt, at man kan konstatere, at regeringen og Socialdemokratiet er enige om, at der er behov for denne fond, hvad jo også viste sig, da fonden faktisk blev vedtaget i forbindelse med finanslovforhandlingerne forleden nat.