

Lovforslag nr. L 142. Fremsat den 14. januar 1987 af justitsministeren (Ninn-Hansen)

Forslag

til

Lov om ligsyn, obduktion og transplantation m.v.

Kapitel 1

Dødens konstatering

§ 1. En persons død kan konstateres

- 1) ved uopretteligt ophør af åndedræt og hjertevirksomhed, eller
- 2) ved uopretteligt ophør af al hjernefunktion.

§ 2. Sundhedsstyrelsen fastsætter bestemmelser om de undersøgelser, der skal foretages for at konstatere dødens indtræden efter § 1, nr. 2.

Kapitel 2

Ligsyn m.v.

Ligsyn

§ 3. Ligsyn foretages af en læge til afgørelse af, om dødsfald er indtrådt. Ved ligsynet skal dødstejn iagttages, og døds måde og dødsårsag så vidt muligt fastslås.

Stk. 2. Er dødsfald indtrådt under indlæggelse på sygehus eller lignende institution, foretages ligsyn af en af de læger, der har deltaget i patientens behandling.

Stk. 3. I andre tilfælde skal ligsyn foretages af afdødes sædvanlige læge eller dennes stedfortræder. Må undtagelsesvis en anden læge efter forholdene anses nærmere til at foretage ligsynet, og finder denne at have tilstrækkeligt grundlag for at tage stilling også til døds måde og dødsårsag, kan ligsynet dog foretages af denne læge.

Stk. 4. Ingen stedlig læge kan undslå sig for at komme til stede til foretagelse af ligsyn, hvis tilkaldelsen skyldes, at afdødes sædvanlige læge og dennes stedfortræder har

gyldigt forfald, eller at afdøde ikke havde nogen sædvanlig læge på dødsstedet.

Indberetning til politiet

§ 4. Den læge, der tilkaldes i anledning af dødsfald, skal afgive indberetning til politiet:

- 1) når dødsfaldet skyldes et strafbart forhold, selvmord eller ulykkestilfælde,
- 2) når en person findes død,
- 3) når døden er indtrådt pludseligt og ikke er forudset af lægelige grunde,
- 4) når der er grund til at antage, at dødsfaldet kan skyldes en erhvervssygdom, der er omfattet af lov om arbejdsskadeforsikring,
- 5) når døden kan være en følge af fejl, forsømmelse eller ulykkelig hændelse i forbindelse med behandling eller forebyggelse af sygdom,
- 6) når dødsfald forekommer i kriminalforsorgens institutioner, eller
- 7) når det i øvrigt ikke med sikkerhed kan udelukkes, at dødsfaldet skyldes et strafbart forhold, selvmord eller ulykkestilfælde, eller dødsfaldet af andre grunde skønnes at kunne have politimæssig interesse.

Stk. 2. Ved dødsfald på sygehus eller lignende institution afgives den indberetning, der er nævnt i stk. 1, af den ledende læge.

Retslægeligt (medico-legalt) ligsyn

§ 5. I de tilfælde, der er nævnt i § 4, iværksættes retslægeligt ligsyn.

Stk. 2. Retslægeligt ligsyn kan dog undlades:

- 1) ved dødsfald efter ulykkestilfælde, såfremt døden først er indtrådt nogen tid efter

ulykken, og politiet efter de tilvejebragte oplysninger finder det åbenbart, at dødsfaldet er uden politimæssig interesse,

- 2) ved de dødsfald, der er nævnt i § 4, stk. 1, nr. 2, 3, 5 og 6, såfremt der mellem politiet og embedslægen er enighed om, at de tilvejebragte oplysninger gør det åbenbart, at der foreligger naturlig død,
- 3) ved de dødsfald, der er nævnt i § 4, stk. 1, nr. 4, såfremt embedslægen finder, at de tilvejebragte oplysninger med tilstrækkelig sikkerhed har klarlagt dødsårsagen, og
- 4) ved andre dødsfald, der er kommet til politiets kundskab og er antaget at kunne have politimæssig interesse, såfremt politiet efter en undersøgelse finder det åbenbart, at der er tale om naturlig død.

§ 6. Retslægeligt ligsyn foretages af politiet og en embedslæge i forening.

Stk. 2. Justitsministeren kan efter indhentet erklæring fra Sundhedsstyrelsen meddele andre læger tilladelse til at deltage i retslægeligt ligsyn i embedslægens sted. I påtrængende tilfælde kan en af politimesteren udpeget læge deltage.

Dødsattest

§ 7. Når ligsyn er afsluttet, skal lægen udstede dødsattest. Er dødsfaldet indberettet til politiet efter § 4, må dødsattest kun udstedes, hvis politiet meddeler, at indberetningen ikke giver anledning til retslægeligt ligsyn. Er der foretaget retslægeligt ligsyn, udstedes dødsattesten af den læge, der har deltaget heri.

Stk. 2. Liget må ikke begraves, brændes eller føres ud af landet, førend dødsattest er udstedt. Er dødsattesten udfærdiget efter retslægeligt ligsyn, skal attesten yderligere være forsynet med politiets påtegning om, at intet er til hinder for, at liget begraves, brændes eller føres ud af landet.

Omsorg for lig

§ 8. En person, der antages at være afgang ved døden, skal anbringes under forsvarlige forhold. Er dødens indtræden ikke åbenbar, skal den pågældende være under jævnlige tilsyn og må ikke føres til lighus, før en læge har iagttaget dødstegn. Førend ligsyn er afsluttet, og dødsattest er udstedt, må liget ikke anbringes i kiste eller føres til kapel.

Kapitel 3

Obduktion

Retslægelig (medico-legal) obduktion

§ 9. Retslægelig obduktion skal foretages:

- 1) når dødsfaldet skyldes et strafbart forhold, eller muligheden heraf ikke med tilstrækkelig sikkerhed kan udelukkes, eller obduktion dog skønnes nødvendig for at hindre, at der senere kan opstå mistanke herom,
- 2) når døds måden i øvrigt ikke er fastslået med tilstrækkelig sikkerhed ved det retslægelige ligsyn, eller
- 3) når dødsårsagen ikke er fastslået med tilstrækkelig sikkerhed ved det retslægelige ligsyn og yderligere retsmedicinske undersøgelser af politimæssige grunde skønnes påkrævet.

Stk. 2. Skønnes almen interesse i øvrigt at kræve en særlig undersøgelse af dødsårsagen ved bestemte grupper af dødsfald, kan justitsministeren efter forhandling med Sundhedsstyrelsen bestemme, at der ved sådanne dødsfald skal foretages retslægelig obduktion.

§ 10. Bestemmelse om retslægelig obduktion træffes af politiet. Obduktionen udføres af en sagkyndig læge, der udpeges af justitsministeren, sammen med en embedslæge eller en anden læge, der repræsenterer denne.

Stk. 2. Såfremt omstændighederne tillader det, skal afdødes nærmeste, førend obduktion foretages, underrettes om dødsfaldet og om, at der vil blive foretaget obduktion. Den pågældende skal samtidig gøres bekendt med adgangen til domstolsprøvelse.

Domstolsprøvelse

§ 11. Såfremt afdødes nærmeste modsætter sig retslægelig obduktion, skal politiet inden 24 timer indbringe spørgsmålet om lovligheden af beslutningen herom for retten.

Stk. 2. Sagen behandles efter strafferetsplejens regler. Rettens afgørelse træffes ved kendelse. Kære til landsretten kan kun ske inden for en frist på 3 dage. Retsplejelovens § 949, stk. 2, finder tilsvarende anvendelse.

Stk. 3. I de i § 9, stk. 1, nævnte tilfælde kan obduktion foretages, inden rettens afgørelse foreligger, såfremt der er nærliggende fare for, at øjemedet ellers vil forspildes.

Lægevidenskabelig obduktion

§ 12. Obduktion i lægevidenskabeligt øje-med kan efter reglerne i stk. 2–5 foretages på en person, som er død på eller som død er indbragt til et sygehus eller en lignende institution.

Stk. 2. Obduktion må foretages, såfremt afdøde efter sit fyldte 18. år skriftligt har givet sit samtykke til obduktion. I andre tilfælde må obduktion ikke finde sted, såfremt afdøde eller afdødes nærmeste har udtalt sig derimod eller indgrebet må antages at stride mod afdødes eller de nærmestes livsopfattelse, eller såfremt særlige omstændigheder i øvrigt taler mod indgrebet.

Stk. 3. Uden for de i stk. 2 nævnte tilfælde skal afdødes nærmeste, hvis opholdssted kendes, underrettes om den påtænkte obduktion og om, at de kan modsætte sig obduktion inden for 6 timer efter underretningen. Obduktion må tidligst foretages 6 timer efter denne underretning, medmindre afdødes nærmeste forinden har givet samtykke til obduktion.

Stk. 4. Er afdøde under 18 år, må obduktion kun foretages, såfremt forældremyndighedens indehaver har samtykket heri.

Stk. 5. Obduktion må ikke finde sted, såfremt der skal foretages retslægeligt ligsyn eller retslægelig obduktion.

Kapitel 4

Transplantation

Transplantation fra levende personer

§ 13. Fra en person, som har meddelt skriftligt samtykke hertil, kan væv og andet biologisk materiale udtages i personens levende live til behandling af sygdom eller legemsskade hos et andet menneske.

Stk. 2. Samtykke kan meddeles af den, der er fyldt 18 år. Såfremt ganske særlige grunde taler derfor, kan indgreb dog foretages med samtykke fra en person under 18 år, når samtykket er tiltrådt af forældremyndighedens indehaver.

Stk. 3. Inden samtykke meddeles, skal den pågældende af en læge have modtaget oplysning om indgrebets beskaffenhed og følger samt om risikoen ved indgrebet. Lægen skal forvise sig om, at den pågældende har forstået betydningen af de meddelte oplysninger.

Stk. 4. Indgrebet må kun finde sted, såfremt det efter sin art og samtykkegiverens helbredstilstand kan foretages uden nærliggende fare for personen.

Transplantation fra afdøde personer

§ 14. Fra en afdød person, som efter sit fyldte 18. år skriftligt har truffet bestemmelse herom, kan væv og andet biologisk materiale udtages til behandling af sygdom eller legemsskade hos et andet menneske eller til videnskabelig brug.

§ 15. Fra en person, der er død på eller som død er indbragt til et sygehus eller lignende institution, kan væv og andet biologisk materiale udtages til behandling af sygdom eller legemsskade hos et andet menneske efter reglerne i stk. 2 og 3.

Stk. 2. Indgrebet må ikke foretages, såfremt afdøde eller afdødes nærmeste har udtalt sig derimod, eller indgrebet må antages at stride mod afdødes eller de nærmestes livsopfattelse, eller såfremt særlige omstændigheder i øvrigt taler mod indgrebet.

Stk. 3. Uden for de i stk. 2 nævnte tilfælde må indgrebet kun foretages, såfremt afdødes nærmeste, hvis opholdssted kendes, har givet samtykke til det påtænkte indgreb.

§ 16. Udtagelse af væv m.v. efter §§ 13–15 må kun foretages af læger, der er ansat på sygehuse eller lignende institutioner, og som Sundhedsstyrelsen har godkendt dertil. Dette gælder dog ikke i tilfælde, hvor en person i medfør af § 14 har truffet bestemmelse om anvendelse af sit lig til videnskabelig brug.

Stk. 2. Indgreb efter §§ 14 og 15 må ikke foretages af de læger, der har behandlet afdøde under dennes sidste sygdom eller har konstateret personens død.

Stk. 3. Indgreb efter §§ 14 og 15 må ikke finde sted, såfremt der skal foretages retslægeligt ligsyn eller retslægelig obduktion, medmindre indgrebet må antages at være uden betydning for resultatet af undersøgelsen.

Kapitel 5

Andre bestemmelser

§ 17. For andre indgreb på en afdød end nævnt i kapitel 3 og 4, gælder reglerne i §§ 15 og 16.

§ 18. Loven finder tilsvarende anvendelse på dødfødte personer.

Stk. 2. Loven gælder ikke for udtagelse af blod, fjernelse af mindre hudpartier samt andre mindre indgreb, der ganske må ligestilles hermed.

§ 19. Justitsministeren kan fastsætte nærmere regler om behandling af lig, om foretagelse af ligsyn og om obduktion samt om dødsattester.

Stk. 2. Justitsministeren fastsætter regler, hvorefter en læge ikke må konstatere dødens indtræden, foretage ligsyn, udstede dødsattest og foretage obduktion på en person, som lægen har haft en særlig tilknytning til.

Stk. 3. Henhører efterforskningen i forbindelse med dødsfaldet under militær påtalemyndighed, træder forsvarets auditørpersonel i stedet for politiet ved foretagelse af retslægeligt ligsyn og retslægelig obduktion.

Kapitel 6

Straf- og ikrafttrædelsesbestemmelser m.v.

§ 20. Overtrædelse af § 3, § 4, § 7 og § 8 straffes med bøde.

Stk. 2. Den, der uden at lovens betingelser herfor er opfyldt, udtager væv og andet biologisk materiale til behandling af sygdom eller legemsskade, foretager obduktion i lægevidenskabeligt øjemed eller indgreb efter § 17, straffes med bøde, medmindre højere straf er forskyldt efter anden lovgivning.

Stk. 3. I forskrifter, der udstedes i medfør af loven, kan der fastsættes straf af bøde for overtrædelse af bestemmelser i forskrifterne.

§ 21. Loven træder i kraft den 1. oktober 1987.

Stk. 2. Samtidig ophæves:

- 1) Lov nr. 246 af 9. juni 1967 om udtagelse af menneskeligt væv m.v. og
- 2) lov nr. 279 af 26. maj 1976 om ligsyn m.v.

§ 22. Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men kan ved kongelig anordning sættes i kraft for disse landsdele med de afvigelser, som de særlige færøske og grønlandske forhold tilsiger.

Bemærkninger til lovforslaget

Almindelige bemærkninger

1. Indledning

Lovforslaget indeholder forslag til ændringer på to væsentlige punkter: En indførelse af hjernedøds-kriteriet som et supplerende døds-kriterium og regler om samtykke fra de pårørende til lægevidenskabelig obduktion og til transplantation.

Endvidere indeholder lovforslaget regler om samtykke ved udtagelse af væv og andet biologisk materiale til videnskabelig brug, i undervisningsmæssigt øjemed og til fremstilling af medicin.

Lovforslaget omfatter i øvrigt de gældende regler i ligsynsloven og loven om udtagelse af menneskeligt væv m.v. (transplantationsloven), der således foreslås samlet i én lov.

2. Døds-kriteriet

a. Det gældende døds-kriterium er *hjernedøds-kriteriet*. Dette er ikke udtrykkeligt fastsat i lovgivningen, men følger af forarbejderne til transplantationsloven, lov nr. 246 af 9. juni 1967. I betænkning nr. 454 fra 1967 vedrørende lovgivning om transplantation, der ligger til grund for loven, anføres det således side 21: »Dødens indtræden må være konstateret ved, at spontant åndedræt og spontan hjertevirksomhed er ophørt og hjernevirksomhed totalt og uopretteligt ophævet.«

I lovforslaget foreslås, at der ved lov indføres en adgang til at kunne konstatere dødens indtræden efter et *hjernedøds-kriterium*. Det nuværende *hjernedøds-kriterium* foreslås samtidig opretholdt som et selvstændigt døds-kriterium, således at dødens indtræden kan konstateres *enten* efter det hidtidigt gældende *hjernedøds-kriterium* eller efter et *hjernedøds-kriterium* (lovforslagets § 1).

Hovedformålene med at indføre et *hjernedøds-kriterium* er følgende:

Den lægevidenskabelige udvikling har gjort, at det uoprettelige ophør af al hjernefunktion (*hjernedød*) nu kan konstateres med fuldstændig sikkerhed. Når en person er *hjernedød*, er *hjernedødens* indtræden uafvendelig og kan alene kunstigt udskydes i normalt højt op til 1–2 uger ved brug af

respirator. Man kan med andre ord – uanset alle forholdsregler og behandlingsformer – ikke hindre, at den ophørte hjernefunktion altid følges af endelig *hjernestandsning*. Er *hjernedød* konstateret, er enhver behandling i patientens interesse derfor umulig, idet der under ingen omstændigheder er nogen chance for overlevelse, og behandling ved brug af respirator er således en udsigtsløs maskinel opretholdelse af visse funktioner hos et menneske, der er død. På denne baggrund kan den nævnte behandling derfor i visse tilfælde forekomme at være uetisk, og det kan forvolde de nært pårørende yderligere smerte at skulle overvære, at der i en længere periode foretages behandling af en person, som lægerne med sikkerhed har erklæret allerede er (*hjerne-*)død. I disse situationer har de pårørende som oftest et intenst ønske om, at en meningsløs brug af respirator bringes til ophør, således at døden opleves på en værdig måde.

En indførelse af et *hjernedøds-kriterium* kan derfor begrundes både ud fra lægelige og etiske synspunkter. Det vil samtidig betyde, at man ajourfører døds-kriteriet, således at dette bringes i overensstemmelse med den lægevidenskabelige udvikling. Det vil endvidere betyde, at det med loven præciseres, at lægelig behandling kan ophøre, når *hjernedød* er konstateret.

Hertil kommer, at der i dag foretages ca. 200 nyretransplantationer årligt. Nyrene udtages, efter at hjertet er holdt op med at fungere, og døden således er konstateret efter det gældende *hjernedøds-kriterium*. Indføres der en adgang til at kunne konstatere dødens indtræden efter et *hjernedøds-kriterium*, vil det betyde, at nyrene kan udtages i den ved brug af respirator kunstigt forlængede fase, der ligger mellem det tidspunkt, hvor al hjernefunktion er uopretteligt ophørt, og det tidspunkt, hvor hjertets pumpefunktion uopretteligt ophører. Dette vil efter de foreliggende lægevidenskabelige oplysninger indebære, at den behandlingsform, der består i de nuværende nyretransplantationer, kan foretages under optimale betingelser, og at organmodtageren dermed vil få en bedre og mere levedygtig nyre.

I øvrigt kan det nævnes, at det i de vesteuropæiske lande i dag kun er Sverige – ud over Danmark – der ikke anerkender hjernedøds-kriteriet. I Sverige forventes lovforslag om indførelse af hjernedøds-kriteriet imidlertid fremsat i indeværende rigsdags-samling.

b. Et udvalg under Sundhedsstyrelsen har i 1985 afgivet en redegørelse om transplantation af hjerte, lunge, bugspytkirtel og lever i Danmark. Redegørelsen indeholder (i kapitel 3) en af en arbejds-gruppe udarbejdet gennemgang af, hvilken betydning en eventuel iværksættelse af én eller flere af de nævnte behandlingsformer vil få for det gældende døds-kriterium. Redegørelsen er optaget som bilag 1 til lovforslaget. I redegørelsen anføres, at hjerte, lever og lunge – i modsætning til bugspytkirtel (og nyrer) – kun kan bringes til at fungere efter transplantation, hvis de udtages, mens donor-hjertet stadig pumper iltet blod gennem organerne. Skal sådanne transplantationer foretages i Danmark, forudsætter det således, at dødens indtræden kan konstateres efter et hjernedøds-kriterium, dvs., at lovgivningen giver mulighed for udtagelse af de nævnte organer efter uopretteligt ophør af hjerne-funktionen, men før ophør af hjertefunktionen.

En indførelse af et hjernedøds-kriterium vil derfor betyde, at der lovgivningsmæssigt ikke vil være noget til hinder for at foretage transplantationer af hjerte og lever.

Justitsministeriet kan i den forbindelse efter drøftelse med Indenrigsministeriet oplyse, at spørgsmålet om, hvorvidt disse behandlingsformer skal indføres i Danmark – og i bekræftende fald på hvilke sygehuse og i hvilken takt – er et generelt sundhedspolitisk spørgsmål, som der derfor ikke tages stilling til med dette lovforslag.

Det er i øvrigt regeringens opfattelse, at det bør være de myndigheder, der er ansvarlige for sygehusvæsenets drift – dvs. amtsrådene og Københavns og Frederiksberg Kommuner – som ud fra en prioritering af behov og ressourcer tager stilling til indførelsen af de nævnte behandlingsformer. Det er i den forbindelse regeringens udgangspunkt, at gennemførelse af hjerte- og levertransplantationer i Danmark i givet fald må ske ved omprioriteringer inden for de eksisterende bevillingsrammer til sygehusvæsenet.

c. Som nævnt kan hjernedød konstateres med fuldstændig sikkerhed, således at fejl-diagnostik er udelukket. Hjernedøden konstateres ved en klinisk undersøgelse, i visse tilfælde suppleret med tekniske undersøgelser. Dødens indtræden efter et hjernedøds-kriterium kræver således lægelig uddannelse og specielt undersøgelsesudstyr, og hjernedøden

kan derfor kun konstateres på et hospital af læger med særlig ekspertise.

Hjernedøden kan ikke – som hjertedøden – konstateres af lægfolk. I praksis vil det endvidere kun være i yderst få tilfælde, at dødens indtræden vil blive konstateret efter et hjernedøds-kriterium. I Sverige antages det således, at dødens indtræden efter indførelsen af et hjernedøds-kriterium i 99 af 100 tilfælde fortsat vil blive konstateret efter et hjertedøds-kriterium.

På denne baggrund foreslås det at opretholde det nuværende hjertedøds-kriterium som et selvstændigt døds-kriterium. Det helt overvejende antal dødsfald vil derfor også efter indførelsen af et hjernedøds-kriterium blive konstateret som hidtil, nemlig efter et hjertedøds-kriterium.

Endvidere foreslås det, at Sundhedsstyrelsen fastsætter bestemmelser om de undersøgelser, der skal foretages for at konstatere dødens indtræden efter et hjernedøds-kriterium (lovforslagets § 2). Disse bestemmelser indeholder en angivelse af de undersøgelser, der skal foretages, for at det uoprettelige ophør af al hjernefunktion kan konstateres, dvs. bestemmelser om diagnosemetoden eller diagnosticeringen af hjernedød.

Der henvises nærmere til bemærkningerne til § 2 og til lovforslagets bilag 2 og 3. Bilag 2 indeholder det cirkulære, som Sundhedsstyrelsen vil udstede om dødens konstatering efter et hjernedøds-kriterium.

På baggrund af den væsentlige betydning, som lovgivningsmagten må tillægge disse regler, vil cirkulæret kun blive ændret på grundlag af en ændring af selve loven.

d. Det må i øvrigt understreges, at dette lovforslag alene vedrører spørgsmålet om dødens konstatering samt forhold, der tidsmæssigt ligger efter dødens indtræden (ligsyn, obduktion, transplantation m.v.).

Lovforslaget regulerer således ikke spørgsmålet om den lægelige behandling af levende personer, herunder af patienter, der lider af alvorlig eller uhelbredelig sygdom. Denne behandling skal foretages som hidtil, dvs. i overensstemmelse med almindeligt anerkendte principper for lægers handle-måde og under ansvar bl.a. efter lægeloven.

I tilknytning hertil kan det oplyses, at det i forbindelse med et forslag til folketingsbeslutning om lægers og patienters retsstilling vedrørende behandling af patienter, som ikke ønsker udsigtsløs livsforlængende behandling, er besluttet at nedsætte et udvalg om disse spørgsmål. Udvalget har bl.a. til opgave at gennemgå de strafferetlige spørgsmål vedrørende lægers adgang til at standse eller und-

lade at påbegynde en behandling, som må anses for nytteløs, eller som alene tilsigter at udskyde en naturlig afslutning på livet. Udvalget skal endvidere overveje behovet for eventuelle nye regler på området og i givet fald udarbejde forslag hertil.

Endelig kan det nævnes, at lovforslaget indeholder en bestemmelse om, at transplantation ikke må foretages af de læger, der har behandlet afdøde under dennes sidste sygdom eller har konstateret personens død.

3. Samtykke fra de pårørende til lægevidenskabelig obduktion og til transplantation

a. Lægevidenskabelig obduktion

Efter loven om udtagelse af menneskeligt væv m.v. (transplantationsloven) kræves der ikke samtykke til lægevidenskabelig obduktion (også kaldet hospitalsobduktion).

Obduktion må dog tidligst begyndes 6 timer efter, at de nærmeste pårørende, hvis opholdssted kendes, er *underrettet om dødsfaldet*. Dette gælder dog ikke, hvis afdøde efter sit fyldte 18. år skriftligt har givet samtykke til obduktion, eller de nærmeste har givet et sådant samtykke efter underretningen om dødsfaldet.

Lægevidenskabelig obduktion må ikke foretages, såfremt afdøde eller afdødes nærmeste har udtalt sig derimod, såfremt indgrebet må antages at stride imod afdødes eller hans nærmestes livsopfattelse, eller såfremt særlige omstændigheder i øvrigt taler imod indgrebet.

I lovforslaget foreslås, at kravene til foretagelse af lægevidenskabelig obduktion skærpes, således at der indføres et krav om *indirekte eller stiltiende samtykke* fra de nærmeste pårørende i de tilfælde, hvor de pårørende i dag alene skal underrettes om dødsfaldet. Lovforslaget går ud på, at afdødes nærmeste, hvis opholdssted kendes, skal underrettes om den påtænkte obduktion og om, *at de kan modsætte sig obduktion inden for 6 timer efter underretningen*. Obduktion må tidligst foretages 6 timer efter denne underretning, medmindre afdødes nærmeste forinden har givet samtykke til obduktion. Modsætter de nærmeste sig obduktion, må obduktion ikke foretages.

Ved obduktion af *personer under 18 år* foreslås der dog indført et krav om *direkte eller udtrykkeligt samtykke fra forældremyndighedens indehaver*.

Baggrunden for denne del af lovforslaget er følgende:

Det må principielt anses for rigtigst, at de pårørende ikke kun underrettes om dødsfaldet, men

også om en påtænkt obduktion og deres adgang efter loven til at modsætte sig indgrebet.

Det må antages, at de pårørende i dag i almindelighed ikke underrettes om en påtænkt obduktion m.v. I den forbindelse kan oplyses, at Sundhedsstyrelsen i april 1986 anmodede 11 medicinske og 10 kirurgiske hospitalsafdelinger om oplysninger om, hvordan de pårørende orienteres om dødsfald, og om der eventuelt orienteres om en påtænkt obduktion, herunder om adgangen til at modsætte sig obduktion.

Af besvarelserne fremgår, at man på ingen af disse afdelinger rutinemæssigt orienterer om en eventuel påtænkt obduktion. Der synes dog at være en stigende tendens til, at de pårørende stiller spørgsmål om obduktion. Det er i øvrigt sjældent, at der nedlægges forbud mod obduktion.

Det kan endvidere oplyses, at den tidligere nævnte arbejdsgruppe vedrørende dødsriteriet og en anden af Sundhedsstyrelsen nedsat arbejdsgruppe vedrørende lægevidenskabelige obduktioner har behandlet spørgsmålet om samtykke til lægevidenskabelige obduktioner. Arbejdsgrupperne har i august 1986 udtalt, at en udvidet information om obduktion og om reglerne herfor, herunder om retten til at nægte obduktion, er påkrævet.

I arbejdsgruppen vedrørende obduktioner var der delte meninger om, hvorvidt en sådan information burde gives generelt eller individuelt. I arbejdsgruppen vedrørende dødsriteriet var der enighed om, at der i loven i det mindste måtte stilles krav om, at de nærmeste pårørende, hvis det var muligt, skal underrettes om, *at døden er indtrådt, at der påtænkes foretaget obduktion, og at de pårørende har adgang til inden for en frist af 6 timer at tilkendegive, at de modsætter sig obduktion med den virkning, at den ikke må foretages*.

Nogle medlemmer af arbejdsgrupperne har endelig givet udtryk for, at der ved obduktion af børn burde kræves et direkte eller udtrykkeligt samtykke fra forældrene. Dette svarer til den praksis, der i dag i almindelighed følges på landets børneafdelinger. Under henvisning hertil og til de særlige forhold, herunder af følelsesmæssig art, der kan være forbundet med obduktion af børn, foreslås, at personer under 18 år kun må obduceres, såfremt forældremyndighedens indehaver har samtykket heri.

Efter reglerne i ligsynsloven kan der foretages såkaldte retslægelige obduktioner. Disse obduktioner foretages af politimæssige grunde. Påtænkes en sådan obduktion foretaget, skal afdødes nærmeste underrettes herom, såfremt omstændighederne tillader det. Den pågældende skal samtidig gøres

bekendt med adgangen til at få spørgsmålet om lovligheden af politiets beslutning om retslægelig obduktion prøvet af domstolene.

Disse regler foreslås ikke ændret i dette lovforslag, jf. lovforslagets §§ 9–11. En vedtagelse af lovforslaget vil således indebære, at der (for så vidt angår voksne personer) principielt vil gælde ens samtykkeregler ved de to former for obduktion, idet afdødes nærmeste i begge tilfælde skal underrettes om adgangen til at modsætte sig obduktion. Forskellen vil reelt alene bestå i, at retslægelige obduktioner i visse tilfælde kan foretages, selv om afdødes nærmeste modsætter sig obduktionen.

b. Transplantation

Efter reglerne i transplantationsloven kræves der ikke samtykke til transplantation. Såfremt omstændighederne tillader det, skal afdødes pårørende imidlertid *underrettes om dødsfaldet*, før det påtænkte indgreb foretages. Transplantation må dog ikke foretages, såfremt afdøde eller afdødes nærmeste har udtalt sig derimod, såfremt indgrebet må antages at stride imod afdødes eller hans nærmestes livsopfattelse, eller såfremt særlige omstændigheder i øvrigt taler imod indgrebet.

I redegørelsen fra arbejdsgruppen vedrørende dødsriteriet foreslås, at der i det mindste stilles krav om, at nærmeste pårørende, hvis det er muligt, skal underrettes om adgangen til at modsætte sig transplantation, dvs. et krav om stiltiende samtykke. Nogle af arbejdsgruppens medlemmer er dog af den opfattelse, at loven bør indeholde et krav om udtrykkeligt samtykke til indgrebets foretagelse.

I arbejdsgruppens redegørelse oplyses det i øvrigt, at der i dag i almindelighed ikke foretages nyretransplantationer, medmindre nærmeste pårørende har givet positivt samtykke hertil. Arbejdsgruppen giver i den forbindelse udtryk for, at der ikke er grundlag for at ændre denne praksis. Der henvises herom nærmere til redegørelsen (lovforslagets bilag 1).

På denne baggrund finder Justitsministeriet det rigtigst, at den nævnte praksis lovfæstes, således at kravet om underretning om dødsfaldet erstattes af et krav om (udtrykkeligt) samtykke fra afdødes nærmeste, hvis opholdssted kendes.

c. Som det fremgår af det anførte, foreslås der indført et krav om stiltiende (indirekte) samtykke ved lægevidenskabelig obduktion (af voksne personer) og et krav om udtrykkeligt (direkte) samtykke ved transplantation.

Denne forskel kan bl.a. begrundes med, at lægevidenskabelige obduktioner foretages ca. 15–20.000 gange årligt mod i dag ca. 200 (nyre-) transplantationer. Hospitalsobduktionerne er – udover af betydning ved det enkelte dødsfald – desuden af generel og helt afgørende betydning for lægevidenskaben, herunder for diagnostikken, sygdomsbehandlingen, forskningen, dødsårsagsstatistikken m.v. Der kan endvidere være praktiske og især følelsesmæssige problemer navnlig for de pårørende, forbundet med et krav om indhentelse af udtrykkeligt samtykke. Transplantationer kan i øvrigt i en vis henseende siges at være mere indgribende – også i etisk forstand – end obduktioner, idet et organ overføres fra et menneske til et andet. Der kan således anføres både kvantitative og kvalitative forskelle mellem transplantationer og obduktioner som begrundelse for en – i hvert fald formelt set – forskellig retstilstand vedrørende samtykkespørgsmålet.

Endelig kan det oplyses, at der ikke stilles krav om udtrykkeligt samtykke til lægevidenskabelige obduktioner i Norge og Sverige. Et sådant krav stilles imidlertid i Finland. For så vidt angår transplantation kræves der i ingen af de tre lande udtrykkeligt samtykke efter de nugældende regler.

4. Samtykke til andre indgreb

Efter de gældende regler i transplantationsloven (loven om udtagelse af menneskeligt væv m.v.) kan der i forbindelse med lægevidenskabelige obduktioner udtages væv og andet biologisk materiale fra en afdød med henblik på fremstilling af medicin. Det gælder f.eks. udtagelse af hypofyser og bugspytkirtler. Endvidere kan der i forbindelse med obduktioner foretages en række mindre indgreb med henblik på transplantation. I praksis drejer det sig først og fremmest om fjernelse af hornhinder, brusk, knogler samt hudpartier.

Disse indgreb er hidtil blevet anset for transplantationer, og dette foreslås ikke ændret.

Det følger heraf, at udtagelse af de nævnte organer m.v. efter lovforslaget vil kræve udtrykkeligt samtykke fra afdødes nærmeste. Indgrebene kan dog – som efter gældende retstilstand – foretages, såfremt afdøde efter sit fyldte 18. år skriftligt har truffet bestemmelse herom.

Lovforslaget tilsigter imidlertid ændringer på et enkelt punkt.

Som nævnt ville det følge af lovforslaget, at udtagelse af hornhinder krævede udtrykkeligt samtykke fra de pårørende. Efter den gældende bestemmelse i § 9 i transplantationsloven gælder lo-

ven ikke for udtagelse af blod, fjernelse af mindre hudpartier samt andre mindre indgreb, der ganske må ligestilles hermed.

Denne bestemmelse foreslås opretholdt (lovforslagets § 18, stk. 2), og det forudsættes ved vedtagelse af dette lovforslag, at fjernelse af hornhinder, der i dag er et meget lille indgreb, kan henføres under denne bestemmelse i lighed med fjernelse af mindre hudpartier, således at de kan udtages i forbindelse med obduktion uden et krav om udtrykkeligt samtykke. Det kan i den forbindelse oplyses, at det ikke umiddelbart er muligt at konstatere, om et øjes hornhinde er fjernet, og at en hornhinde ved transplantation kan give en blind person synet igen. Hornhinder kan endvidere ligesom blod – men i modsætning til nyrer, hjerte, lever og bugspytkirtel – opbevares med henblik på senere transplantation.

Efter den gældende transplantationslov kan der i forbindelse med obduktioner endvidere udtages væv og andet biologisk materiale fra en afdød til videnskabelig brug.

I lovforslaget foreslås, at sådanne indgreb kun må foretages, såfremt afdødes nærmeste har givet udtrykkeligt samtykke hertil som ved transplantation (lovforslagets § 17).

Dette skal dog ikke gælde, hvis afdøde efter sit fyldte 18. år skriftligt har truffet bestemmelse herom, eller indgrebet falder ind under den ovennævnte undtagelsesbestemmelse om mindre indgreb (lovforslagets § 18, stk. 2).

Den foreslåede bestemmelse (§ 17) om udtrykkeligt samtykke vil endvidere omfatte andre indgreb end obduktion og transplantation i videnskabeligt eller undervisningsmæssigt øjemed, herunder indvelse af komplicerede operationsteknikker m.v.

5. Nugældende lovgivning

I bilag 4 og 5 til lovforslaget er den gældende lov om ligsyn m.v. (ligsynsloven) og loven om udtagelse af menneskeligt væv m.v. (transplantationsloven) optrykt.

Loven om udtagelse af menneskeligt væv m.v. blev vedtaget som lov nr. 246 af 9. juni 1967. Der henvises til Folketingstidende 1966–67, sp. 4488, 4818, 5261 og 5271 samt tillæg A, sp. 2975, og tillæg B, sp. 1865.

Til grund for lovforslagets udarbejdelse lå betænkning nr. 454 af 1967 vedrørende lovgivning om transplantation (transplantationsbetænkningen).

Ved § 15 i lov nr. 529 af 19. december 1969 om ændring af forskellige lovbestemmelser med 21 års aldersgrænser blev lovens aldersgrænse på 21 år i § 1, stk. 2, 1. og 2. pkt., § 2 og § 4, stk. 3, 2. pkt., ændret til 20 år.

Ved § 6 i lov nr. 313 af 10. juni 1976 om ændring af forskellige lovbestemmelser med 20 års aldersgrænser m.v. blev 20 års aldersgrænsen i de nævnte bestemmelser ændret til de nugældende 18 år.

Ved § 12, stk. 2, nr. 3, i ligsynsloven, der trådte i kraft den 1. april 1977, blev § 10, stk. 2, i transplantationsloven ophævet. Ophævelsen var begrundet i, at den nye ligsynslov ikke indeholdt en bestemmelse om, at døde personer ikke må tages ud af sengen før 6 timer efter dødens indtræden.

Lov om ligsyn m.v. blev vedtaget som lov nr. 279 af 26. maj 1976. Der henvises til Folketingstidende 1975–76, sp. 133, 557, 9861 og 10076 samt tillæg A, sp. 27, og tillæg B, sp. 1201.

Lovforslaget var udarbejdet på grundlag af betænkning nr. 537 fra 1969 vedrørende revision af ligsynsloven (ligsynsbetænkningen).

Ligsynsloven er ikke senere ændret.

6. Lovforslagets økonomiske og administrative konsekvenser

Som anført i de almindelige bemærkninger pkt. 2 b er det regeringens opfattelse, at en eventuel indførelse af hjerte- og levertransplantationer i Danmark i givet fald bør ske ved omprioriteringer inden for de eksisterende bevillingsrammer til sygehusvæsenet.

Lovforslagets bestemmelser om samtykke fra de pårørende til lægevidenskabelig obduktion og til transplantation skønnes ikke at medføre økonomiske og administrative konsekvenser af betydning.

7. Hørte myndigheder m.v.

Lovforslaget er udarbejdet af Justitsministeriet i samarbejde med Indenrigsministeriet og Sundhedsstyrelsen.

Lovforslaget er i forbindelse med fremsættelsen sendt til høring hos bl.a. følgende myndigheder og organisationer: Landets amtskommuner, Københavns og Frederiksberg Kommuner, Amdsrådsforeningen i Danmark, Den Almindelige Danske Lægeforening, Dansk Sygeplejeråd, Dansk Kommunal Arbejderforbund, Retslægerådet, Embedslægeforeningen, Foreningen af Politimestre i Danmark, Politidirektøren i København og Rigsadvokaten.

Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser

Til kapitel 1 (Dødens konstatering)

Til § 1

Bestemmelsen indeholder lovens regler om døds-kriterier. Der henvises til de almindelige bemærkninger pkt. 2.

Efter bestemmelsen kan dødens indtræden konstateres enten efter det gældende hjertedøds-kriterium eller efter hjernedøds-kriteriet. Efter lovforslaget består der således ikke nogen pligt til – selv om det skulle vise sig muligt – at konstatere dødens indtræden efter et hjernedøds-kriterium og til i givet fald at iværksætte de undersøgelser, der er nødvendige for at kunne foretage denne konstatering. Bestemmelsen pålægger heller ikke lægerne en pligt til på en hjernedød person at undlade kunstigt at opretholde hjertets pumpefunktion ved brug af respirator. Disse spørgsmål må afgøres efter de almindelige lægelige regler, og den nævnte brug af respirator kan således finde sted ved hjerne-døde gravide kvinder (fødslen er i gang eller nært forestående) og i tilfælde, hvor særlige hen-syn til de pårørende kan begrunde dette i et kortere tidsrum.

Det er i øvrigt efter Justitsministeriets opfattelse ikke muligt eller ønskeligt at fastsætte en bestemt tidsgrænse for, hvor længe en hjernedød person skal kunne forblive i respirator med henblik på transplantation. I overensstemmelse med den læge-lige praksis, der har udviklet sig på nyretransplan-tationsområdet, forudsættes det imidlertid, at den kunstige opretholdelse af åndedræt og hjernevirk-somhed kun må ske, såfremt der findes en bestemt patient, der hurtigst muligt kan få det nye organ indsat.

Vedrørende § 1 må det i øvrigt fremhæves, at i de dele af lovgivningen, hvor dødstidspunktet til-lægges retsvirkning (arvelovgivningen, forsikrings-lovgivningen, sociallovgivningen m.v.), vil døds-tidspunktet skulle fastsættes til det tidspunkt, hvor dødens indtræden er konstateret efter § 1, nr. 1 eller 2.

Til § 2

Bestemmelsen indeholder en bemyndigelse til Sundhedsstyrelsen til at fastsætte bestemmelser om de undersøgelser, der skal foretages for at konsta-tere dødens indtræden efter hjernedøds-kriteriet. Det cirkulære, som Sundhedsstyrelsen vil udstede i medfør af § 2, er medtaget som bilag 2. Cirkulæret er udarbejdet i overensstemmelse med den udred-ning fra professor John Riishede, som er optaget som bilag 3 til redegørelsen fra arbejdsgruppen

vedrørende døds-kriteriet. Dette bilag er derfor medtaget som bilag 3 til lovforslaget.

Det fremgår af bilag 2, at det i cirkulæret fast-sættes, hvilke betingelser der skal være opfyldt, for at uopretteligt ophør af al hjernefunktion kan kon-stateres ved en klinisk undersøgelse alene, og hvil-ke undersøgelser der i den forbindelse skal foreta-ges af, om hjernestammen fungerer, og om ånde-drætscentret kan bringes i funktion. Endvidere fastsættes, at der i andre tilfælde skal foretages røntgenfotografering af ophørt blodgennemstrøm-ning i hjernen eller lignende undersøgelse som dokumentation for hjernedødens indtræden. I øv-rigt fastsættes, at konstateringen skal foretages under medvirken af to læger, hvoraf den ene skal være den læge, der har behandlet patienten i den sidste fase af sygdommen, og at der i hvert enkelt tilfælde skal foretages nøjagtige optegnelser i pati-entjournalen over den fulgte procedure.

Som nævnt i de almindelige bemærkninger pkt. 2 c, vil cirkulæret kun kunne ændres på grundlag af en ændring af selve loven.

Til kapitel 2 (Ligsyn m.v.)

Bestemmelserne i kapitel 2 svarer med enkelte redaktionelle og systematiske ændringer til de gæl-dende regler i ligsynslovens §§ 1–5 og § 9 om lig-syn, dødsattest og omsorg for lig.

I overensstemmelse med de hidtidige regler kan ligsyn først foretages, når visse bestemte dødstegn kan iagttages. Ligsyn er en betingelse for udstedel-se af dødsattest, for at føre liget til kapel og for begravelse.

De nævnte dødstegn skal som hidtil bestå i en-ten dødsstivhed, døds- eller ligpletter eller forråd-nelse. Disse 3 dødstegn indtræder noget senere (regnet i timer), efter at døden kan konstateres efter de egentlige døds-kriterier (lovforslagets § 1).

Dette er således baggrunden for, at disse døds-tegn ofte betegnes som de sekundære dødstegn i modsætning til døds-kriterierne, der er de første sikre og uomtvistelige tegn på dødens indtræden.

De nærmere regler for fremgangsmåden ved ligsyn er fastsat i et cirkulære fra Sundhedsstyre-len. Om baggrunden for reglerne om ligsyn m.v. henvises i øvrigt til ligsynsbetænkningen side 6 ff og side 21.

Til § 3

Bestemmelsen svarer til ligsynsloven § 2, stk. 1–4.

F.t.l. ligsyn m.v.

Ligsynslovens § 2, stk. 5, er af systematiske grunde flyttet til lovforslagets § 19, stk. 2. Efter denne bestemmelse kan justitsministeren fastsætte regler om, at en læge ikke må foretage ligsyn af afdøde, som lægen har haft et særligt tilknytningsforhold til. Sådanne habilitetsbestemmelser er i dag fastsat ved bekendtgørelse nr. 46 af 7. februar 1977.

Til § 4

Bestemmelsen svarer til ligsynslovens § 3.

Dog er loven om arbejdsskadeforsikring nævnt i stk. 1, nr. 4, i stedet for den nu ophævede ulykkesforsikringslov.

Endvidere er der foretaget en rent redaktionel ændring i stk. 1, nr. 6, idet ordene »fængsler, arresthuse og lignende institutioner« foreslås ændret til: »kriminalforsorgens institutioner«.

Til § 5

Bestemmelsen er uændret i forhold til ligsynslovens § 4.

Til § 6

Bestemmelsen svarer med en redaktionel ændring til ligsynslovens § 5. Ændringen består i, at ordet »embedslægen« foreslås erstattet af »en embedslæge« for at præcisere, at ligsyn foretages af politiet og en af de embedslæger, der er tilknyttet den pågældende embedslægeinstitution.

Til § 7

Bestemmelsen er uændret i forhold til ligsynslovens § 9.

Til § 8

Reglen svarer til ligsynslovens § 1.

Om baggrunden for bestemmelsen henvises til ligsynbetænkningen side 18-20. Det fremgår heraf, at pligten til at anbringe afdøde under forsvarlige forhold bl.a. er fastsat af hensyn til den politimæssige interesse i i videst muligt omfang at hindre, at liget udsættes for efterfølgende ydre påvirkninger, der kan indvirke på resultatet af eventuelle retsmedicinske undersøgelser. Bestemmelsen tilgodeser endvidere bl.a. almindelige sømmeligheds-hensyn.

Det kan i øvrigt nævnes, at pligten til at holde den pågældende under jævnlige tilsyn ophører, når dødens indtræden er konstateret af en læge, eller

når det i øvrigt er åbenbart, at den pågældende er død.

Til kapitel 3 (Obduktion)

Til §§ 9-11

Bestemmelserne er – bortset fra en enkelt rent redaktionel ændring i § 10 – uændrede i forhold til ligsynslovens §§ 6-8.

Efter bestemmelsen i § 10, stk. 2, skal underretning af afdødes nærmeste om den påtænkte retslægelige obduktion m.v. kun foretages, *såfremt omstændighederne tillader det*. Om baggrunden herfor anføres i ligsynbetænkningens side 35 følgende:

»Den mulighed, der efter bestemmelsens ordlyd holdes åben, for at obduktion kan finde sted, selv om det ikke er lykkedes at underrette de nærmeste om dødsfaldet, vil f.eks. kunne få betydning i drabssager, hvor det i nogle tilfælde såvel af efterforskningsmæssige grunde som ud fra et lægeligt synspunkt vil kunne være af afgørende betydning, at obduktion kan foretages straks uden at afvente underretning af de nærmeste, hvis opholdssted måske ikke kendes. ... Som andre eksempler kan nævnes opdri- vende lig eller andre dødfundne, hvis identitet ikke umiddelbart kan fastslås, og hvor ligets tilstand tilsiger hurtig obduktion. I sådanne tilfælde kan selve obduktionen udgøre et vigtigt led i identifikationsarbejdet.«

Til § 12

Bestemmelsen vedrører de lægevidenskabelige obduktioner (hospitalsobduktionerne) og erstatter § 4 og § 5, 1. pkt., i transplantationsloven.

En lægevidenskabelig obduktion består i den ydre og indre undersøgelse af et dødt menneskes krop eventuelt med yderligere undersøgelser, herunder mikroskopi samt visse kemiske og bakteriologiske undersøgelser.

Obduktion har til formål dels at fastslå den nøjagtige dødsårsag, dels at få kendskab til den eller de sygdomme, afdøde har lidt af, og endelig at kunne vurdere den foretagne behandling.

Efter den hidtidige forståelse af ligsynsloven kan der ikke foretages obduktion, før der ved almindeligt ligsyn er konstateret et af de tre tidligere nævnte dødstegn: Dødsstivhed, dødspletter eller forrådnelse. Obduktion kan således først foretages nogen tid (i størrelsesordenen timer), efter at blodkredsløbet er ophørt. Denne retstilstand forudsættes opretholdt. Der vil således heller ikke kunne

foretages obduktion i tilfælde, hvor en person er hjernetød med kunstigt opretholdt kredsløb.

Bestemmelsen indeholder de betingelser, der skal være opfyldt, for at der kan foretages lægevidenskabelig obduktion.

Såfremt afdøde efter sit fyldte 18. år skriftligt har givet sit samtykke – og dette i øvrigt ikke må anses for tilbagekaldt eller ugyldigt – kan obduktion *altid foretages* efter *stk. 2, 1. pkt.* Dette svarer til den gældende retstilstand (transplantationslovens § 4, stk. 3, 2. pkt.).

Foreligger der ikke et sådant samtykke, må obduktion efter *stk. 2, 2. pkt.* ikke foretages, såfremt afdøde eller afdødes nærmeste har udtalt sig derimod, eller indgrebet må antages at stride mod de nævntes livsopfattelse, eller såfremt særlige omstændigheder i øvrigt taler mod indgrebet. Dette svarer ligeledes til de gældende regler (§ 4, stk. 2).

Såfremt ingen af de i stk. 2 nævnte situationer foreligger, hvilket formentlig oftest vil være tilfældet, skal betingelsen i *stk. 3* være opfyldt, før obduktion kan foretages.

Reglen erstatter den gældende lovs § 4, stk. 3, 1. pkt. og 2. pkt., 2. led. Bestemmelsen udvider sygehusets underretningspligt på 2 punkter. Det er ikke længere tilstrækkeligt kun at give meddelelse om dødsfaldet. Underretningen skal nu også indeholde oplysning om, at obduktion påtænkes iværksat, samt oplysning om, at de nærmeste kan modsætte sig obduktion inden for 6 timer efter underretningen. Såfremt der ikke inden fristens udløb er fremkommet et forbud mod obduktion, kan denne foretages. Dog gælder det efter sidste pkt., at obduktion kan foretages inden fristens udløb, såfremt afdødes nærmeste har givet samtykke til obduktion.

Om baggrunden for at indføre kravet om et sådant stiltiende samtykke fra afdødes nærmeste, henvises til de almindelige bemærkninger pkt. 3 a.

Efter bestemmelsen skal sygehuset underrette »afdødes nærmeste«. Som i den gældende transplantationslov og ligsynslov præciseres denne personkreds ikke nærmere i selve lovteksten, men det forudsættes, at afgrænsningen foretages i overensstemmelse med hidtidig praksis. Udtrykket omfatter herefter i hvert fald ægtefælle eller samlever, slægtninge i lige linje og, alt efter de konkrete forhold, søskende. Adoptivbørn vil som regel og plejebørn jævnlige være omfattet af reglen. Bestemmelsen vil efter omstændighederne, navnlig hvor afdøde ikke har efterladt sig ægtefælle, samlever eller børn, kunne omfatte slæktninge, som afdøde var nært knyttet til, eller nært besvogrede. Inden for den kreds, som herefter i det enkelte tilfælde

må anses at udgøre afdødes nærmeste, må forbud mod obduktion fra blot en enkelt normalt afskære indgrebets foretagelse. Der henvises i øvrigt herom til transplantationsbetænkningen side 28–29 og ligsynsbetænkningen side 36.

Det kan i øvrigt nævnes, at Justitsministeriet i cirkulæreskrivelse nr. 79 af 30. marts 1977 om ligsyn og dødsattester m.v. om underretningspligten efter ligsynsloven har fastsat følgende:

»Justitsministeriet anmoder politiet om indenfor denne kreds af »afdødes nærmeste« så vidt muligt først og fremmest at søge at underrette den person, som har været afdødes samlevende ægtefælle, eller afdødes myndige børn, eller i givet fald andre, som umiddelbart kan antages at have haft den nærmeste tilknytning til afdøde. Der kræves normalt kun underretning af *én* af afdødes »nærmeste«.

Det er Justitsministeriets opfattelse, at disse retningslinier også bør følges ved underretning om påtænkt lægevidenskabelig obduktion, dog således, at samlever sidestilles med samlevende ægtefælle.

Underretningen skal som hidtil kun ske til afdødes nærmeste, såfremt deres opholdssted kendes. Udtrykket »opholdssted« skal forstås vidt, således at det også omfatter det formodede opholdssted, f.eks. et feriested eller lignende. Kan man herefter ikke få fat i en af de nærmeste, hvis opholdssted kendes, kan obduktionen ikke foretages, da betingelsen i stk. 3 ikke er opfyldt. Er der imidlertid ingen pårørende, hvis opholdssted kendes, vil indgrebet kunne foretages.

Stk. 4 indeholder reglen om, at obduktion af personer under 18 år kun må foretages, såfremt forældremyndighedens indehaver har samtykket heri. Der henvises herom ligeledes til de almindelige bemærkninger pkt. 3 a.

Efter transplantationslovens § 4, stk. 1, kan der i forbindelse med obduktion »udtages væv og andet biologisk materiale«. Denne tilføjelse foreslås ikke medtaget i lovforslagets § 12, stk. 1, der således alene vil omfatte obduktion som beskrevet ovenfor. Om den nærmere baggrund herfor og retsvirkningerne heraf henvises til de almindelige bemærkninger pkt. 4. Det fremgår heraf, at disse indgreb enten vil blive reguleret efter reglerne om transplantation fra afdøde personer (lovforslagets § 15 og § 16) eller efter lovforslagets § 17 eller § 18, stk. 2.

Stk. 5 svarer til transplantationslovens § 5, 1. pkt. Efter reglen, der er begrundet i efterforskningsmæssige hensyn, må obduktion ikke finde

sted, såfremt der skal foretages retslægeligt ligsyn eller retslægeligt obduktion.

Til kapitel 4 (Transplantation)

Til § 13

Bestemmelsen svarer til transplantationslovens § 1.

Efter den gældende bestemmelse skal samtykke til transplantation fra en person under 18 år tiltrædes af værger. I lovforslaget foreslås, at samtykket skal tiltrædes af forældremyndighedens indehaver.

Baggrunden for den gældende regel er, at aldersgrænsen ved transplantationslovens vedtagelse i 1967 som nævnt ovenfor var 21 år. De dagældende regler i myndighedsloven indebar imidlertid, at man var personlig myndig fra det fyldte 18. år, men først formueretlig myndig fra det fyldte 21. år. Det var derfor nødvendigt at lade værger besidde kompetencen. Efter de nugældende regler er 18-års grænsen gældende i begge tilfælde, og det foreslås således nu at henlægge kompetencen til forældremyndighedens indehaver. Det følger heraf, at personer under 18 år, der har fået tilladelse til at indgå ægteskab, selv vil kunne afgive samtykket, idet de ikke er undergivet forældremyndighed.

Til § 14

Bestemmelsen svarer til transplantationslovens § 2.

Til § 15

Bestemmelsen erstatter ligsynslovens § 3.

Stk. 1 og 2 svarer til den gældende lov.

I bestemmelsen foreslås i *stk. 3*, at der indføres et krav om udtrykkeligt samtykke fra afdødes nærmeste, såfremt deres opholdssted kendes, for at der kan foretages transplantation fra en afdød person. Der henvises herom til de almindelige bemærkninger, pkt. 3 b.

Om fortolkningen af ordene »afdødes nærmeste, hvis opholdssted kendes«, henvises til bemærkningerne til § 12.

Det er tilstrækkeligt, at der er givet samtykke fra en af de personer, der i det konkrete tilfælde kan henregnes til afdødes nærmeste. Det må dog understreges, at der ikke kan antages at foreligge et samtykke til transplantation, såfremt blot en af de personer, der hører til kredsen af afdødes nærmeste, har udtalt sig mod indgrebet, inden dette foretages.

Til § 16

Stk. 1 svarer til transplantationslovens § 6. Dog er ordet »og« indsat før sætningen: »som Sundhedsstyrelsen har godkendt dertil« for at præcisere, at det er lægerne, der godkendes til at foretage transplantationer, og ikke sygehusene.

Stk. 2 og *3* svarer med rent redaktionelle ændringer til transplantationslovens § 7 og § 5, 2. pkt.

Til kapitel 5 (Andre bestemmelser)

Til § 17

Bestemmelsen er ny og vedrører andre indgreb på en afdød end obduktion og transplantation. Den indebærer, at reglerne om transplantation fra afdøde personer – dvs. krav om udtrykkeligt samtykke fra afdødes nærmeste – skal gælde ved disse indgreb.

Der henvises herom nærmere til de almindelige bemærkninger pkt. 4.

Det bemærkes i øvrigt, at de nævnte indgreb tillige kan foretages, såfremt afdøde efter sit fyldte 18. år har truffet bestemmelse herom, jf. lovforslagets § 14.

Til § 18

Efter bestemmelsen i *stk. 1*, der er uændret i forhold til ligsynslovens § 10, stk. 1, finder loven tilsvarende anvendelse på dødfødte personer. Om den hidtidige grænsedragning mellem aborter og dødfødte børn, der ikke foreslås ændret med dette lovforslag, udtales i ligsynsbetænkningen følgende (side 38):

»Under den gældende ligsynslov har man fastsat denne grænse til fostre, der har nået en sådan udvikling, at den 28. svangerskabsuge må antages at være passeret. Fostre, der kommer til verden forud for dette tidspunkt, anses for aborter, medens fostre, der kommer døde til verden efter det nævnte tidspunkt, anses for dødfødte børn. Kun for så vidt angår dødfødte børn har man hidtil krævet ligsyn og dødsattest. I alle tilfælde, hvor fostret har vist livstegn uden for moderens liv, selv om det ikke er levedygtigt, betragtes det – uanset om det er født før eller efter 28. svangerskabsuge – som levendefødt, således at de almindelige regler om ligsyn og dødsattest finder anvendelse, når livstegnene er ophørt.«

Stk. 2 svarer til transplantationslovens § 9. Der henvises herom til de almindelige bemærkninger pkt. 4.

Til § 19

Stk. 1 svarer med sproglige ændringer til ligsynslovens § 10, stk. 2.

I *stk. 2* bestemmes, at justitsministeren fastsætter regler, hvorefter en læge ikke må konstatere dødens indtræden, foretage ligsyn, udstede dødsattest og foretage obduktion på en person, som lægen har haft en særlig tilknytning til, dvs. såkaldte habilitetsregler.

En tilsvarende bestemmelse for så vidt angår ligsyn findes i dag i ligsynslovens § 2, stk. 5. Der henvises herom til bemærkningerne til § 3.

Bestemmelsen i *stk. 3* svarer til ligsynslovens § 10, stk. 3.

*Til kapitel 6 (Straf, ikrafttræden m.v.)**Til § 20*

Bestemmelsen indeholder lovens straffebestemmelser og erstatter de tilsvarende bestemmelser i transplantationslovens § 8 og i ligsynslovens § 11.

Det bemærkes i øvrigt, at en overtrædelse af de bestemmelser, som Sundhedsstyrelsen fastsætter i

medfør af § 2 om dødens konstatering efter hjerne-dødskriteriet, efter omstændighederne vil kunne indebære en overtrædelse af den generelle straffebestemmelse for læger i lægelovens § 18.

Til § 21

I bestemmelsen foreslås, at loven træder i kraft den 1. oktober 1987 for bl.a. at gøre det muligt at udstede de nødvendige administrative forskrifter.

Til § 22

Bestemmelsen indeholder sædvanligt forbehold vedrørende Færøerne og Grønland.

Det kan i øvrigt oplyses, at transplantationsloven er sat i kraft for såvel Færøerne som Grønland ved kongelig anordning af 22. august 1968.

Ligsynsloven er endnu ikke sat i kraft for Færøerne eller Grønland. Udkast til anordning herom med tilhørende administrative forskrifter er dog udarbejdet og har været til høring hos de berørte myndigheder, herunder Færøernes og Grønlands Hjemmestyre. Disse bestemmelser forventes sat i kraft i 1987.

KAPITEL 3

REDEGØRELSE FRA ARBEJDSGRUPPEN VEDRØRENDE DØDSKRITERIET

3.1 Indledning

Af kommissoriet for det under planlægnings- og visitationsudvalget nedsatte udvalg vedrørende transplantation af hjerte, lunge, bugspytkirtel og lever fremgår det, at det bl.a. er udvalgets opgave at overveje, hvilken betydning en eventuel iværksættelse af én eller flere af de i kommissoriet omtalte behandlingsformer vil få for det gældende dødskriterium.

Dette spørgsmål er i sin biologiske formulering behandlet af de under hovedudvalget nedsatte arbejdsgrupper vedrørende transplantation af hjerte/lunge henholdsvis bugspytkirtel/lever, mens hovedudvalget, for at sikre en mere generel og principiel drøftelse af spørgsmålet vedrørende dødskriteriet, nedsatte en særlig arbejdsgruppe med følgende sammensætning:

Professor Jørn Henrik Petersen (formand)
Domprovst Rudolph Arendt
Lektor Niels Ole Bernsen
Sygeplejerske, forskningsstipendiat Ulla Fasting
Professor Preben Stuer Lauridsen
Afdelingschef, nu overpræsident G.A. Lustrup
Læge Axel Engberg Pallesen
Professor John Riishede
Fuldmægtig Margit Stassen
Kontorchef Nils Øhlenschlæger

Læge Knud Rasmussen og fuldmægtig Lars Kinnerup har fungeret som sekretariat for arbejdsgruppen.

Arbejdsgruppen har holdt 8 møder og afgiver hermed sin redegørelse til udvalget vedrørende transplantation af hjerte, lunge, bugspytkirtel og lever. Redegørelsen er ledsaget af seks bilag.

Justitsministeriets repræsentant bemærker vedrørende spørgsmålet om samtykke til udtagelse af menneskeligt væv m.v. til transplantation, jfr. redegørelsen p. 31, at dette spørgsmål bør overvejes nærmere, herunder i forbindelse med de igangværende overvejelser vedrørende spørgsmålet om samtykke til foretagelse af obduktion i lægevidenskabeligt øjemed.

3.2 Beskrivelse af problemet

I Danmark har man i nu snart tyve år foretaget nyretransplantationer.

KAPITEL 3

Viden om de kronisk nyresyge patienters vilkår og deres væsentligt forbedrede muligheder for overlevelse og forbedret livskvalitet ved nyretransplantation er i dag udbredt i befolkningen. Således henvender pårørende til håbløst syge, trafikskadede personer sig ofte uopfordret til de behandlende læger for at spørge, om nyredonation i det aktuelle tilfælde er en mulighed.

Dette viser, at man i det danske samfund har fundet det etisk rigtigt at komme nyresyge patienter til hjælp på denne måde.

Denne udvikling blev muliggjort gennem vedtagelsen af transplantationsloven af 1967, der skabte udtrykkelig hjemmel til at udtage organer fra afdøde i umiddelbar tilknytning til dødens indtræden. 3.1)

Dette var af særlig betydning for at kunne gennemføre nyretransplantationer, fordi kun nyrer udtaget før eller umiddelbart efter hjertets standsning kan bringes til at fungere efter overførsel til en modtager.

Loven af 1967 gjorde det således muligt at fjerne nyrer til transplantation, så snart dødens indtræden var konstateret ved uopretteligt tab af bevidsthed, spontant åndedræt og spontan hjertefunktion, d.v.s., når både hjerne- og hjertefunktionerne var uopretteligt ophørt.

Hjerte, lever og lunge kan imidlertid - i modsætning til nyrer - kun bringes til at fungere efter transplantation, hvis de udtages, mens donorhjertet stadig pumper iltet blod gennem dem. 3.2)

Skal sådanne transplantationer foretages i Danmark forudsætter det, at lovgivningen tillader udtagelse af de nævnte organer efter uopretteligt ophør af hjernefunktionen, men før ophør af hjertefunktionen.

Mange lande har i løbet af de senere år ændret deres lovgivning for at muliggøre transplantation af de nævnte organer. Af de i bilaget vedrørende dødkriteriet i international sammenhæng omtalte 31 lande, er det kun Sverige og Danmark, der i øjeblikket ikke anerkender et direkte hjernerelateret døds-kriterium. I Sverige er en lovændring under forberedelse. 3.3)

Omend den danske lovgivning fra 1967 først og fremmest havde sin aktuelle baggrund i spørgsmålet om transplantation af nyrer fra afdøde, var den dog i sit sigte også fremtidsorienteret.

Dette fandt udtryk i lovens brug af begrebet "væv og andet biologisk materiale", der ikke blot omfattede hud, knoglevæv, hornhinder, blodkar etc., men også organer som nyre, lever, lunge og hjerte.

3.1 Lov nr. 246 af 9. juni 1967 om udtagelse af menneskeligt væv m.v.

3.2 En vellykket bugspytkirteltransplantation kan gennemføres med det nugældende døds-kriterium, men indførelsen af et direkte hjernerelateret døds-kriterium vil dog formentlig forbedre resultaterne.

3.3 Der henvises til bilag 1 vedrørende døds-kriteriet i international sammenhæng, p. 37.

KAPITEL 3

Lovforarbejderne 3.4) bemærkede i den sammenhæng, at transplantationskirurgien endnu på daværende tidspunkt kun beherskede overførsel af nyrer fra et menneske til et andet, men at en videre udvikling måtte påregnes. Det var derfor med anvendelsen af det vide begreb "væv og andet biologisk materiale" hensigten at formulere et regelsæt, der også dækkede den fremtidige udvikling.

Den således forudsete udvikling af transplantationskirurgien er nu nået så langt, at også hjerte og lever kan overføres fra et menneske til et andet. Sådanne transplantationer udføres i stigende omfang verden over, og resultaterne bliver stadig bedre. Ikke alene er en transplantation af disse organer en mulighed, men det er ved en række livstruende sygdomme den eneste foreliggende behandlingsmulighed. Det spørgsmål, der derfor skal tages stilling til, er, om man i Danmark vil acceptere, at der skabes mulighed for at anvende et direkte hjernerelateret døds-kriterium i situationer, hvor det hidtidige hjertelaterede døds-kriterium stiller sig hindrende i vejen for iværksættelse af de nævnte behandlingsformer.

De alment anvendte betegnelser herfor er henholdsvis "hjernedød" og "hjerteredød". Det er med betænkelighed, at arbejdsgruppen anvender disse betegnelser, dels fordi de ikke er videnskabeligt præcise, dels, og især fordi de i tidligere drøftelser har givet anledning til en meningsforstyrrende diskussion om, hvorvidt der eksisterede én eller to slags død, og til en bekymring for, om "hjernedøds-kriteriet" var et nyt begreb, som var "opfundet" med henblik på at skaffe organer til transplantation.

Da det imidlertid er arbejdsgruppens opfattelse, at betegnelserne har vundet hævde i sproget, og at forsøg på at udskifte dem vil kunne mistolkes, vil man i denne fremstilling anvende dem og præcisere deres betydning således:

Hjernedød betyder fuldstændigt og uopretteligt ophør af organets funktion, men ikke nødvendigvis enhver hjernecelles død, mens *hjerteredød* betyder uopretteligt ophør af hjertets funktion som pumpe, men ikke nødvendigvis enhver hjertecelles død.

Selvsagt vil en problemstilling vedrørende anerkendelse af et hjernedøds-kriterium have mange aspekter, der er vanskelige at tage stilling til, og som kan fremkalde stærke følelser. Det drejer sig om livets ophør, og om de konsekvenser, som vores holdning hertil skal have for både os selv og for vore medmennesker.

Den grundlæggende problemstilling er imidlertid enkel, hvis man ser bort fra de af ressourceproblematikken 3.5) afledte etiske spørgsmål, og kan formuleres i to *spørgsmål*:

3.4 Betænkning vedrørende lovgivning om transplantation nr. 454/1967, p. 25.

3.5 Jfr. redegørelsen fra arbejdsgruppen vedr. organisation og økonomi.

KAPITEL 3

1) Vil det være etisk forsvarligt at foretage hjerte-, lunge- og levertransplantationer i Danmark, når dette forudsætter, at dele af befolkningen må revidere sin grundlæggende opfattelse af, hvordan dødsdiagnosen stilles?

2) Vil det være etisk forsvarligt at undlade at tilbyde transplantation til personer, der uden denne behandling i løbet af kort tid vil dø, når transplantationsmuligheden teknisk set foreligger?

Det etiske dilemma, der ligger i disse to spørgsmål, vedrører os alle, og ikke kun de grupper af mennesker, som behandler patienter.

En stillingtagen må bero på en afvejning af:

- 1) Hensynet til afdødes ønsker og følelser.
- 2) Hensynet til de pårørendes ønsker og følelser.
- 3) Hensynet til de patienter, som ikke blot vil have gavn af de nye behandlingsmuligheder, men hvis liv afhænger deraf.
- 4) Hensynet til befolkningens sikkerhed.
- 5) Hensynet til befolkningens etiske og religiøse indstilling.
- 6) Hensynet til befolkningens tillid til sygehusvæsenet og lægestanden,

samt en erkendelse og forståelse af nogle få, men fundamentale kliniske, fysiologiske og biologiske forhold vedrørende dødsprocessen.

3.3 Dødsprocessen

Tilførsel af iltet blod er en forudsætning for funktion af og liv i ethvert af legemets organer. Afbrydes forsyningen, ophører først funktionen, og derefter dør organets celler.

Hjertets eneste funktion er at pumpe blod ud til organerne inklusive hjertemuskelatur og hjerne. Det er åndedrættet, der via lungerne, sørger for iltningen af det fremførte blod.

Standser hjertet og dermed kredsløbet, f.eks. på grund af en blodprop, indtræder der hurtigt bevidstløshed og derefter åndedrætsstandsning. Døden er i så fald indtrådt. Dette forløb varer højst 4-5 minutter.

Hindres vejrtrækningen og dermed blodets iltning, f.eks. på grund af kvælning, pumper hjertet blod rundt, der bliver mere og mere iltfattigt. Personen viser tegn på iltmangel og mister bevidstheden. Når blodet bliver for iltfattigt til at vedligeholde hjertemuskelaturens pumpefunktion, standser hjertet. Døden er i så fald indtrådt. Dette forløb kan vare op mod en halv snes minutter.

En svær hjernebeskadigelse, f.eks. på grund af et ulykkestilfælde, medfører bevidstløshed og kan standse åndedrættet øjeblikkeligt, fordi åndedrættet er styret af hjernens funktion. Derimod har hjertet sin egen automatik. Det kan derfor pumpe videre, indtil blodets iltmangel i løbet af få minutter umuliggør pumpefunktionen.

KAPITEL 3

Oftest vil dog åndedrættet være bevaret hos den bevidstløse, men da kvæstet hjernevæv (som andet væv) svulmer op i det lukkede kranierum, vil trykket i kraniet stige. Efterhånden vil trykket i kraniet overstige det blodtryk, der skal føre blodet til hjernen. Derfor standser blodtilførslen. Efter kun 3-4 minutters manglende blodtilførsel ophører hjernens funktion. Dermed standses åndedrættet uopretteligt, mens hjertet pumper videre i nogle minutter. Så opfører også hjertets pumpefunktion på grund af blodets iltfattighed.

Hvis man, før hjertets standsning, når at gribe ind med kunstigt åndedræt, står man med en patient i respirator med en endeligt udslukt hjernefunktion og en krop, hvis øvrige organer kun holdes i funktion takket være hjertets automatik og respiratorens tilførsel af ilt til det cirkulerende blod.

Uanset alle forholdsregler vil hjertet standse i løbet af et par dage - i sjældne tilfælde et par uger.

Efter den endelige hjertestandsning ophører først funktionen af, og derefter livet i alle øvrige organer i en rækkefølge, der er bestemt af deres sårbarhed over for iltmangel. Dette betyder også, at den sidste celle ikke er død, når dødsattesten skrives.

Døden er således ikke en begivenhed eller en hændelse, men en tidsfølge af begivenheder, hvor den ene med nødvendighed følger af den anden. Processens vigtigste trin, ophøret af henholdsvis hjernens og hjertets funktioner, er i et spontant forløb så tæt forbundet i tid, at de almindeligvis ikke erkendes særskilt, hvilket i øvrigt også var uden interesse, før muligheden for organtransplantationer var tilstede.

Det er ikke hjertets og lungernes funktion i sig selv, som er det afgørende, men derimod det forhold, at afbrydelse af blodcirkulationen uafvendeligt medfører hjernens uigenkaldelige funktionsophør. Med denne viden om samspillet mellem hjerne-, hjerte- og lungefunktion klarlægges den medicinske baggrund for det hidtil anvendte såkaldte hjertedøds-kriterium.

Det direkte hjertelaterede døds-kriterium er reelt en indirekte konstatering af hjernefunktionens totale og uigenkaldelige ophør. Det er på denne baggrund korrekt at betragte det hidtil anvendte hjertedøds-kriterium som et *indirekte* hjernerelateret døds-kriterium.

Det *direkte* hjernerelaterede døds-kriterium, som almindeligvis benævnes "hjernerelateret døds-kriteriet", konstaterer derimod direkte det totale og uigenkaldelige ophør af hjernens funktion, uden at gå omvejen over konstatering af bortfald af spontan hjerte- og lungefunktion.

Det direkte hjernerelaterede døds-kriterium finder anvendelse i situationer, hvor et indirekte kriterium ikke slår til, f.eks. i situationer, hvor hjerte- og lungefunktionen opretholdes ad kunstig vej, på trods af samtlige hjernefunktioners bortfald.

KAPITEL 3

Der findes således to principielt forskellige måder til konstatering af hjernedødens indtræden. Dels en direkte og dels en indirekte.

Uanset om man taler om hjernens eller hjertets funktionsophør, er det således den samme død, der tales om. Disse funktionsophør er biologisk og tidsmæssigt dele af samme proces, og kan konstateres enten ved hjælp af direkte eller indirekte hjernerelaterede døds-kriterier.

Når man på trods heraf er kommet ind på en sondring mellem hjerte- og hjernedød, skyldes det som ovenfor nævnt, at man ved indgreb har kunnet løse den spontane, tidsmæssige sammenhæng mellem de to stadier i dødsprocessen.

Hvis man før standsningen af hjertets pumpefunktion når at iværksætte kunstigt åndedræt gennem respirator, kan man herved kunstigt forlænge den fase af dødsprocessen, der ligger mellem det tidspunkt, hvor hjernens funktion er uopretteligt ophørt og det tidspunkt, hvor hjertets pumpefunktion uigenkaldeligt standser; men man kan ikke hindre, at den ophørte hjernefunktion *altid* følges af endelig hjertestandsning.

Det er vigtigt at slå fast, at formålet med at sikre åndedrættet gennem respirator er at tilføre hjernen ilt i den tid, der skal til for at stille en diagnose og eventuelt at iværksætte en behandling; men hvis det konstateres, at hjernen ikke længere fungerer, er overlevelse under ingen omstændigheder mulig.

Døden har altid været og vil altid være en proces, hvor kroppens forskellige organer successivt ophører med at fungere på grund af iltmangel, hvorpå cellerne dør.

Som allerede nævnt kan man i dag transplantere hjerte, lunge, lever og bugspytkirtel. Men en forudsætning for transplantation af de tre førstnævnte organer er, at de er udtaget af donorer, hvis hjertepumpe stadig fungerer i kraft af maskinelt opretholdt åndedræt.

Det spørgsmål, der derfor ud fra de ovenfor nævnte etiske overvejelser skal tages stilling til, er:

Hvad samfundet, d.v.s. borgerne, ønsker at lægerne skal kunne foretage sig i transplantationsøjemed i den kunstigt forlængede fase i dødsprocessen mellem hjernens og hjertets funktionsophør.

Det er netop i dette kunstigt forlængede interval, at organer med bevaret kredsløb kan udtages til transplantation.

Vil man gøre dette muligt, må det nugældende døds-kriterium, som hviler på indirekte konstatering af hjernedød, omformuleres og præciseres således, at direkte konstateret hjernedød i sig selv bliver gyldigt døds-kriterium.

KAPITEL 3

3.4 Dødskriterier

Dødskriterier betyder kendetegn på indtrådt død.

Spørgsmålet om valg af døds-kriterium rejser imidlertid uvægerligt det dybereliggende spørgsmål om, hvad det vil sige at være levende, respektivt at være død. Dette spørgsmål er der litterært, filosofisk og religiøst givet utallige svar på. 3.6)

Det fælles i disse svar synes at pege på menneskets forhold til sin omverden som noget væsentligt. At være i live er ikke blot ikke at være død, men også - og mere - at have mulighed for i varierende grad at kunne forstå og erkende sin omverden, at kunne indgå i et interesseret og emotionelt forhold til andre mennesker, at kunne registrere, føle og vælge.

Heri ligger også, at f.eks. hjernens eller hjertets aktivitet ikke er livet, men forudsætninger for livet. Selvom man hos et individ kan bestemme adskillige livstegn, er ingen af disse tegn livet selv, d.v.s., at livet er mere end samtlige dets forudsætninger. Men netop dette "mere" synes vanskeligt at indkredse.

Tilsvarende gælder det om døden, at den er andet og mere end dødstegnene. På grund af deres fundamentale og altomfattende karakter er det vanskeligt at definere begreberne "liv" og "død", selvom de fleste mennesker har en intuitiv forståelse af begrebernes indhold. Spørgsmålet er, om borgerne på grundlag af denne intuitive forståelse kan nå til enighed om, hvornår hændelsesforløbet er så fremskredet og slutresultatet så sikkert, at de under hensyn til medicinske, filosofiske, etiske, religiøse og juridiske aspekter vil acceptere, at døden er indtrådt.

Hvad enten tanken er afledt etisk eller religiøst, synes der at være universel enighed om, at man ikke må slå ihjel. Heraf følger, at grænsen mellem at være døende og at være død er en grænse, mennesket ikke selv må sætte. Et døds-kriterium skal da netop angive den grænse, som mennesket ikke kan ophæve og ikke selv må sætte.

Denne grundlæggende betragtning får betydning for vurderingen af døds-kriteriet.

Vurderingen må ses i lyset af, at kendetegnene på livets ophør er mange, ja i princippet ubegrænset mange. Det er imidlertid, uanset hvilket døds-kriterium, der anvendes, den samme død, der er tale om. Dødens begreb ændres ikke ved, at døds-kriteriet præciseres.

Allerede i dag gør vi brug af flere sådanne kendetegn, hvortil er knyttet forskellige medicinske, sociale og retlige virkninger.

Således skal visse af ligsynslovens "sikre dødstegn" (dødsstivhed, ligpletter, forrådnelse) være til stede, før der må udstedes en dødsattest. Disse kende-

3.6 Der henvises til bilag 2 om dødsbegrebet, p. 47.

KAPITEL 3

tegn indtræder i løbet af få timer efter hjertets standsning, og er signal til at tilintetgørelse i grav eller krematorium kan finde sted - og skal finde sted inden otte dage.

Tilsvarende er hjertedøden signal til, at behandlingsudstyr fjernes, at pårørende underrettes, at afdøde gøres istand, og at forberedelse til begravelse m.v. kan påbegyndes.

Der er her således tale om to sæt døds kriterier, der i den kunstigt forlængede dødsproces er sene kendetegn på død.

I den gældende transplantationslov tales der om udtagelse af væv og andet biologisk materiale fra *lig*, men ikke om, hvordan indtrådt død skal være konstateret. Det fremgår imidlertid af lovens forarbejder, at "Dødens indtræden må være konstateret ved, at spontant åndedræt og spontan hjertevirksomhed er ophørt, og hjernevirksomheden totalt og uopretteligt ophævet". 3.7) Det vil således i en transplantationssammenhæng hverken medicinsk eller juridisk være tilladt at anse et menneske for dødt, før der er indtrådt de traditionelle kendetegn på døden i form af især hjertets funktionsophør.

Dette indirekte hjernerelaterede døds kriterium (hjertedøds kriteriet) har som ethvert andet kriterium både fordele og ulemper.

Det er således en fordel, at det formentlig stemmer overens med en traditionel opfattelse af, hvornår en person er død. Fastholdelse af kriteriet risikerer derfor ikke at give anledning til mytedannelser i befolkningen med hensyn til, hvad der populært sagt kan ske med ens død på sygehusene. Samtidig har disse kendetegn på død den fordel, at de kan konstateres og kontrolleres også af lægfolk.

Det forholder sig anderledes med den direkte konstatering af, at hjernen uopretteligt er ophørt med at fungere. Dette kan kun konstateres af læger, men det kan konstateres med samme sikkerhed som de ovenfor nævnte kriterier. Hjernens funktionsophør kan om fornødent bekræftes og dokumenteres billedmæssigt og med måleresultater, som dog stadig kun kan vurderes af læger - ganske som det er tilfældet med diagnostik af de fleste alvorlige lidelser.

Allerede i dag er der knyttet konsekvenser til hjernens funktionsophør, idet konstateret hjernedød er signal til, at respiratorbehandling og al anden behandling afbrydes, medmindre særlige hensyn til f.eks. familie eller nyredonation motiverer en fortsættelse. Disse konsekvenser er en følge af, at intet kan standse dødsprocessen, når hjernefunktionen er ophørt.

Der arbejdes således allerede nu med tre sæt døds kriterier, der hver især er knyttet til ét af stadierne i dødsprocessen, og hver især indebærer sine praktiske konsekvenser.

3.7 Betænkning vedrørende lovgivning om transplantation, nr. 454/1967, p. 21.

KAPITEL 3

Hjernedød indtræder tidligt i den kunstigt forlængede dødsproces, hjertedød sent. Med transplantationsloven fra 1967 drog man den nye konsekvens af konstateret hjertedød, at organer måtte udtages til transplantation, hvilket gav mulighed for nyretransplantation, men ikke for transplantation af hjerte, lever og lunge.

De senere tilkomne muligheder for transplantation af disse organer gør det nødvendigt at overveje, hvorvidt man vil drage den nye konsekvens af konstateret hjernedød, at man vil tillade transplantation af hjerte, lunge og lever, som man i dag afskæres fra at anvende på grund af hjertedøds-kriteriet.

Det kan antages, at et direkte hjernerelateret døds-kriterium vil kunne stride mod tilvante forestillinger hos dele af befolkningen og indebære en risiko for mytedannelser, der kan tænkes at skade sygehusenes anseelse og tillidsforholdet mellem læger og patienter.

Af det foregående fremgår, at det er arbejdsgruppens opfattelse:

- a) at det er den samme død, der er tale om, uanset døds-kriteriet,
- b) at døden er en proces, der kan *forsinkes*, men ikke standses, når hjernedød er indtrådt,
- c) at hjernedød er og altid har været en del af dødsprocessen,
- d) at hjernedød kan konstateres med fuld sikkerhed,
- e) at hjernedød er individets død.

Netop af disse grunde opfylder hjernedøds-kriteriet det fundamentale krav, at det markerer en grænse, som mennesket ikke selv kan ophæve, og som det ikke selv sætter.

De patienter, der efter en eventuel lovændring kan komme på tale som donorer af hjerte og andre organer, vil findes blandt dem, der tillige er egnede som nyredonorer, d.v.s. blandt patienter med så svære hjernebeskadigelser, at de er bevidstløse, uden spontan respiration og således henvist til respiratorbehandling. Ved korrekt undersøgelse er der ingen risiko for, at bevidstløshed på grund af f.eks. forgiftning, andre forbigående funktionsforstyrrelser i hjernen, eller forårsaget af kurable eller uopklarede hjernesygdomme kan fejlfortolkes som hjernedød.

Det fremstilles undertiden som om den, der vil foreslå indførelse af et ændret døds-kriterium, pådrager sig et alvorligt ansvar for de eventuelle skadelige virkninger heraf. Dette er også rigtigt. Men det er ligeså rigtigt, at der er forbundet et ikke mindre alvorligt ansvar med at ville opretholde tingenes tilstand. At træffe valget og i den forbindelse at præcisere de forudsætninger, hvorpå valget er baseret, er i egentligste forstand en politisk opgave.

3.5 Ethiske problemer

Allerede i det hidtil anførte er der berørt en række etiske synspunkter og problemer i forbindelse med en eventuel anvendelse af det direkte hjernerelaterede døds-kriterium.

KAPITEL 3

I dette afsnit skal en række yderligere etiske hensyn drøftes, der alle udspringer af den situation, som foreligger, når en hospitalsindlagt patients hjerne-død er konstateret, og patientens organer ønskes anvendt til transplantationsformål.

Arbejdsgruppen har drøftet en række særlige etiske aspekter vedrørende det direkte hjernerelaterede døds-kriterium, der kan rubriceres under følgende punkter:

- a) Begrundelsen for at indføre kriteriet i lovgivningen.
- b) En ny slags død ?
- c) Sikkerheden.
- d) Kontrolproblemet.
- e) Samtykkeproblemet.
- f) Andre etiske perspektiver.

Ad a) Begrundelsen for at indføre kriteriet i lovgivningen

I udenlandsk lovgivning har man ønsket at muliggøre udtagning af en række organer fra en donor i det omtalte tidsrum mellem hjernens og hjertets funktionsophør.

Til grund herfor ligger naturligvis erkendelsen af dødsprocessens uafvendelighed, når hjernen ikke længere fungerer.

Når denne uafvendelige proces med sikkerhed er påbegyndt, er en behandling i patientens interesse ikke længere mulig, hvorfor man da også i praksis afbryder respiratorbehandling og anden behandling.

Selvom det turde være en selvfølge, ønsker arbejdsgruppen i denne sammenhæng at understrege, at intet behov for organer og intet ønske om et optimalt transplantationsresultat kan retfærdiggøre den mindste afvigelse fra princippet om, at døden er en grænse, som intet menneske kan ophæve, og som intet menneske må sætte.

Når det er sagt, ønsker man desuden at fremhæve, at diskussionen om anvendelsen af et direkte hjernerelateret døds-kriterium først og fremmest er af etisk (og almenmenneskelig - politisk) karakter, omend motiveret af en række tekniske fremskridt.

For arbejdsgruppen er anvendelsen af det direkte hjernerelaterede døds-kriterium i sig selv tilstrækkeligt etisk begrundet, fordi det i en række tilfælde er en forudsætning for at iværksætte den eneste mulige behandling.

Ad b) En ny slags død ?

Debatten om det direkte hjernerelaterede døds-kriterium har ved flere lejligheder fremkaldt indvendinger, som går ud på, at man nu åbenbart ønsker at indføre en ny slags død, og at man nu vil identificere en ny biologisk tilstand med "død", skønt denne tilstand ikke tidligere havde noget med død at gøre.

KAPITEL 3

Hvis der var hold i sådanne indvendinger, kunne der med megen ret fremføres etiske og etisk-religiøse betænkeligheder ved anvendelsen af et direkte hjernerelateret døds-kriterium. Som det imidlertid er fremgået af det tidligere anførte, drejer spørgsmålet sig alene om samfundets lovgivning om kendetegn på død i en uafvendelig dødsproces, som altid har været den samme.

Det direkte hjernerelaterede døds-kriterium opfylder fuldt ud det universelle etiske krav til et døds-kriterium, der tidligere er drøftet. Netop derfor har det været etisk velbegrundet at afbryde respiratorbehandlingen ved indtrådt hjernedød. Diskussionen om hjernedøds-kriteriet har således ingen forbindelse med debatten om "euthanasi" eller dødshjælp.

Ad c) Sikkerheden

Den sikkerhed, hvormed hjernens fuldstændige og uoprettelige funktionsophør kan konstateres, er af central betydning for både selve hjernedøds-kriteriet og for en eventuel lovgivning herom. Den mindste usikkerhed i diagnosticeringen af hjernedød vil være et afgørende argument imod anvendelsen af det direkte hjernerelaterede døds-kriterium.

Kravet om døds-kriteriets sikkerhed er af etisk karakter. Bedømmelsen af, hvorvidt kravet om sikkerhed er opfyldt, er derimod et lægefagligt spørgsmål.

Som ovenfor nævnt vil et direkte hjernerelateret døds-kriterium betyde, at konstatering af dødens indtræden vil blive et ekspertspørgsmål og ikke en sag, som almindelige mennesker kan vurdere. I praksis har det hidtil været overladt til læger at fastslå dødens indtræden, men dette er sket på grundlag af kriterier, som har kunnet iagttages af ethvert menneske.

Da spørgsmålet om liv og død er et almenmenneskeligt spørgsmål, må det umiddelbart fremtræde som det mest forsvarlige, hvis det kunne afgøres på grundlag af kendetegn, som alle og enhver kunne konstatere. Dette vil uden tvivl af de fleste mennesker blive opfattet som det mest betryggende.

På den anden side er det utvivlsomt også et udbredt ønske, at muligheden for at redde eller restaurere menneskeliv gennem transplantation udnyttes. Dette kan nødvendiggøre en accept af, at konstateringen af dødens indtræden i en række tilfælde må overlades til eksperter.

Accepten kræver naturligvis tillid til lægernes faglige dygtighed og etiske integritet. Men denne tillid er ikke af anden art, end den patienter i andre situationer må vise lægerne.

På grundlag af foreliggende informationer (3.8) er det arbejdsgruppens opfattelse, som er i overensstemmelse med den internationale sagkundskab, at hjernens totale og uoprettelige funktionsophør kan diagnosticeres med fuldstændig sikkerhed.

3.8 Der henvises til bilag 3 vedrørende Hjernedød- Diagnostik og diagnostisk sikkerhed, p. 51.

KAPITEL 3

Hvad, der måske kan gøre større eller mindre grupper i befolkningen betænkelige ved anvendelsen af et direkte hjernerelateret døds-kriterium, er frygten for, at langvarig bevidstløshed kan fejlfortolkes som hjernedød. Ved korrekt undersøgelse er der som anført p. 27 ingen risiko for, at bevidstløshed på grund af f.eks. forgiftning, andre forbigående funktionsforstyrrelser i hjernen, eller forårsaget af kurable eller uopklarede hjernesygdomme kan fejlfortolkes som hjernedød. 3.9)

Ad d) Kontrolproblemet

Arbejdsgruppen har især drøftet to spørgsmål i forbindelse med kontrolproblemet.

Det første spørgsmål drejer sig om opretholdelse af det ufravigelige princip, at hensynet til eventuelle modtagere af organer ikke bør influere på behandlingen af de patienter, der eventuelt kan blive organdonorer. Dette princip må fastholdes uden hensyn til patientens egne udtrykte ønsker om i givet fald at blive organdonor, til de pårørendes eventuelle ønsker herom, og til ønskerne hos det behandelende personale.

Dette princip overholdelse sikres i øjeblikket gennem en række særlige kontrol- eller sikkerhedsregler.

For det første må udtagelsen af væv m.v. kun foretages af læger, der er ansat på sygehuse (eller lignende institutioner), som sundhedsstyrelsen har godkendt i henhold til transplantationslovens § 6, hvilket i praksis sker ved meddelelse af godkendelse til overlægen ved den pågældende afdeling.

For det andet må indgreb i transplantationsøjemed ikke foretages af den læge, der har behandlet afdøde under dennes sidste sygdom. Udtagelsen af organer fra afdøde skal således foretages af andre læger. Endvidere fungerer forskellige grupper af medicinalpersonales nødvendige medvirken i sig selv som en intern kontrolforanstaltning.

For det tredje er sygehuse i medfør af lægeloven forpligtet til at føre ordnede optegnelser over deres behandling af syge og over, hvad der er iagttaget vedrørende de pågældende sygdomstilfælde. Det er yderligere et standardvilkår ved sundhedsstyrelsens godkendelse af sygehusafdelinger til foretagelse af indgreb i henhold til transplantationsloven, at der skal føres særlige optegnelser vedrørende disse indgreb i hvert enkelt tilfælde.

Endelig - og måske mere alment - finder alle lægelige aktiviteter sted under ansvar efter lovgivningen, herunder lægeloven og den borgerlige straffelov.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at disse betingelser tilsammen danner et

3.9 Der henvises til bilag 3 vedrørende Hjernedød- Diagnostik og diagnostisk sikkerhed, p. 51.

kontrollsystem, der giver den fornødne sikkerhed, og at der næppe er grund til at søge dette skærpet. 3.10)

Det andet spørgsmål arbejdsgruppen særligt har overvejet, drejer sig om dokumentation af selve hjernedødsdiagnosen.

Arbejdsgruppen har i den sammenhæng drøftet, om det var ønskeligt at supplere de ovenfor omtalte kontrolsystemer med et krav om obligatorisk røntgenfotografering af ophørt blodgennemstrømning i hjernen (cerebral angiografi) eller lignende som billedmæssig dokumentation.

Diagnostisk er denne fremgangsmåde, efter det over for arbejdsgruppen oplyste, kun nødvendig i tilfælde, hvor der ikke foreligger en strukturel hjerneska-de. En hjernelæsions strukturelle karakter kan diagnosticeres klinisk, og dens uoprettelighed kan efter en vis observationstid ligeledes konstateres klinisk. I denne situation, der omfatter størsteparten af de potentielle donorer, er specielle undersøgelser overflødige.

Da den kliniske diagnosticering ved korrekt undersøgelse er betryggende, har arbejdsgruppen ikke fundet anledning til at foreslå specifikke diagnostiske foranstaltninger. Det kan overvejes, om sundhedsstyrelsen skal give vejledende retningslinier på området.

Ad e) Samtykkeproblemet

Samtykkeproblemet har to sider, nemlig afdødes og de pårørendes samtykke til transplantation.

Efter de gældende regler kan den, der er fyldt 18 år, skriftligt træffe bestemmelse om, at væv og andet biologisk materiale, herunder organer, kan udtages fra hans eller hendes lig til behandling af sygdom eller legemsskade hos et andet menneske.

En sådan bestemmelse har som et naturligt udtryk for det voksne individs selvbestemmelsesret gyldighed, uanset de pårørendes holdning. I denne retstilstand bør der efter arbejdsgruppens mening ikke ske ændring.

Man kunne rejse det spørgsmål, om en sådan tilkendegivelse for at have gyldighed ved organudtagning på grundlag af et hjernedøds-kriterium burde indeholde et udtrykkeligt samtykke hertil. Ud fra en antagelse om, at den, der har overvejet spørgsmålet og skriftligt truffet bestemmelse om, hvorledes der kan eller må forholdes med vedkommendes lig, også vil have overvejet denne situation, har arbejdsgruppen ment at kunne besvare spørgsmålet benægtende.

3.10 Internationalt findes der ud over de fire nævnte kontrolforanstaltninger eksempler på krav om medvirken af flere læger ved diagnosticeringen, krav til charge og anciennitet eller specialuddannelse hos de diagnosticerende læger.

KAPITEL 3

Omvendt er det indlysende, at hvis afdøde skriftligt har modsat sig organudtagning på grundlag af et hjernedøds-kriterium, skal et sådant ønske under alle omstændigheder respekteres.

Udenfor den situation, hvor der foreligger en skriftlig viljetilkendegivelse fra afdøde, er reglen efter den gældende lov, at organer til behandling af sygdom eller legemsskade hos et andet menneske kan udtages fra liget af den, som er død på, eller som død er indbragt til et sygehus, idet det er en betingelse for indgrebet, at afdødes pårørende, såfremt omstændighederne tillader det, underrettes om dødsfaldet.

En undtagelse fra denne hovedregel foreligger, hvis afdøde eller hans eller hendes nærmeste har udtalt sig mod et sådant indgreb, hvis indgreb af denne art må antages at stride imod afdødes eller de nærmestes livsopfattelse, eller hvis særlige forhold i øvrigt taler imod indgrebet.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at de nævnte undtagelser fra hovedreglen om adgang til organudtagning i transplantationsøjemed skal opretholdes ved indgreb, der foretages på grundlag af hjernedøds-kriteriet. Foreligger der ikke nogen tilkendegivelse fra afdøde selv, vil retsstillingen derfor bero på de pårørendes holdning, idet de kan nedlægge forbud mod organudtagning uden at behøve at begrunde dette. Der er ikke tvivl om, at et sådant forbud må respekteres.

For så vidt angår de her nævnte transplantationsindgreb, er der imidlertid enighed i arbejdsgruppen om utilstrækkeligheden af de nuværende lovbestemmelser, der som nævnt kun foreskriver pligt til, såfremt omstændighederne tillader det, at underrette de pårørende om dødsfaldet, men ikke om det påtænkte indgreb med henblik på organtransplantation.

Arbejdsgruppens medlemmer er enige om, at der i det mindste må stilles krav i loven om, at de nærmeste pårørende, hvis det er muligt, underrettes om:

1. at døden er indtrådt eller nært forestående,
2. at der tænkes foretaget indgreb på grundlag af hjernedøds-kriteriet og
3. at de har adkomst til, eventuelt inden en vis frist, at tilkendegive, at de modsætter sig indgrebet med den virkning, at det ikke må foretages.

Arbejdsgruppen kan gå ind for en ordning af denne art, idet nogle dog har den opfattelse, at et sådant stiltiende samtykke ikke er nok, og at loven bør indeholde et krav om udtrykkeligt samtykke til indgrebets foretagelse, efter at de pårørende er blevet underrettet som nævnt ovenfor under 1 og 2.

Det forhold, at de nugældende bestemmelser, der ikke sikrer, at de pårørende er bekendt med deres ret til at forbyde organudtagning, ikke hidtil har voldt problemer, skyldes sandsynligvis, at de ansvarlige læger fra nyretransplantationernes start - altså allerede før den gældende transplantationslov af 1967 - fastlagde nedennævnte praksis, der stadig efterleves ved nyretransplantationer, som for tiden er de eneste indgreb, hvor det er af særlig betydning, at indgrebet foretages snarest muligt efter hjertefunktionens ophør.

KAPITEL 3

Den nævnte praksis er følgende:

Når hjernedød kan forudses eller er konstateret hos en patient, som er egnet nyredonor, kontaktes patientens nærmeste pårørende af en kompetent læge, der oplyser herom, nemlig om den organudtagning, som påtænkes foretaget efter totalt kredsløbsstop. Samtidig oplyses om deres ret til at forbyde nyreudtagning, som herefter kun vil blive foretaget i tilfælde af deres positive samtykke. Tøven eller usikkerhed hos de pårørende ligestilles med forbud. Kun i yderst få tilfælde har man udnyttet lovens mulighed for nyretransplantation, hvor omstændighederne har gjort det umuligt at underrette de pårørende om dødsfaldet. Ofte har man fundet de pårørende så berørte af situationen, at man ikke har villet belaste dem yderligere med transplantationsproblemerne.

Denne praksis har - som forudset - medført et vist tab af egnede donornyrer. Men den har utvivlsomt også været stærkt medvirkende til, at der nu kun meget sjældent nedlægges forbud mod organudtagning i transplantationsøjemed.

Efter arbejdsgruppens skøn foreligger der ikke forhold, som kan tænkes at motivere en ændring af den nævnte praksis, uanset hvilke nye organtransplantationer, der måtte blive aktuelle.

Arbejdsgruppens medlemmer er enige om, at valget af samtykkeform, enten stiltiende eller udtrykkeligt, bør ske efter afvejning af delvist modstridende hensyn.

På den ene side er der hensynet til de nærmeste pårørende, som under alle omstændigheder udsættes for den belastning, det er at skulle tage stilling i en situation, hvor de er påvirket af dødens eller den forestående døds indtræden, men hvor det må antages at være mere belastende at skulle give et udtrykkeligt samtykke.

På den anden side er der hensynet til transplantationsvirksomheden, som vil kunne lide skade, hvis bestemmelserne om adgangen til at foretage indgreb af denne art ikke er tilstrækkeligt klare.

I øvrigt vil arbejdsgruppen anbefale, at begreberne afdødes "pårørende" og "nærmeste" overvejes nærmere med henblik på spørgsmålene om underretning om dødens eller den forestående døds indtræden, henholdsvis om adgangen til at hindre indgrebets foretagelse.

Arbejdsgruppen ønsker afslutningsvis at gøre opmærksom på, at den nu gældende transplantationslovs bestemmelser også omfatter en række (mindre) indgreb, som f.eks. fjernelse af hornhinder, knogler og knoglemarv samt større hudpartier. Disse indgreb er i modsætning til fjernelse af nyrer karakteriseret ved, at indgrebet ikke behøver at blive foretaget umiddelbart efter dødens indtræden. Det samme gælder organer, f.eks. hypofyser, der udtages til behandling af sygdom hos et andet menneske på den måde, at de anvendes til fremstilling af et lægemiddel.

KAPITEL 3

Arbejdsgruppen har ikke taget stilling til samtykkeproblematikken m.v. i forbindelse med sådanne indgreb, men vil dog pege på, at den vil kunne tages op i forbindelse med de tilsvarende spørgsmål vedrørende obduktioner.

Ad f) Andre etiske perspektiver

Indføres hjernedødskriteriet i lovgivningen som døds-kriterium, muliggøres nye transplantationsformer. Samtidig opstår spørgsmålet om, hvad der i øvrigt, i dag eller i fremtiden, vil være lægevidenskabelig eller anden interesse i og teknisk mulighed for at bruge en hjernedød krop med kunstigt opretholdt respiration og blodkredsløb til. Vi finder det i dag etisk acceptabelt at opretholde respiration og kredsløb hos en patient 1) med henblik på transplantation, 2) hvis særlige hensyn til de pårørende taler derfor, eller 3) hvis en fødsel er i gang eller nært forestående. Men derudover kunne der, for blot at nævne et par eksempler, vise sig lægevidenskabelig interesse for at bruge den hjernedøde krop til medicinske eksperimenter eller i undervisningen. Dette er kun eksempler på mulighederne, der i sagens natur ikke lader sig opregne på en udtømmende måde. Men de viser, at problemet allerede nu er aktuelt. Samfundet må overveje, hvilke anvendelser det vil tillade af den hjernedøde krop med kunstigt opretholdt respiration, og efter hvilke procedurer.

Det er vigtigt at sikre en nøje kontrol med, at eventuelle andre anvendelser af den hjernedøde krop er videnskabeligt velbegrundede og etisk acceptable. Indenfor det eksisterende kontrolapparat overvåger sundhedsstyrelsen området og kan i påkommende tilfælde udstede retningslinier under hensyn til den eksisterende lovgivning og tilfældets etiske aspekter.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at der i den forbindelse må stilles mindst samme krav til samtykke som i transplantationstilfælde.

3.6 Lovgivningsproblemet

Der er i arbejdsgruppen enighed om, at anerkendelse af et direkte hjernerelateret døds-kriterium som grundlag for transplantation under henvisning til bemærkningerne i forarbejderne til den gældende transplantationslov bør gennemføres i forbindelse med en ændring af denne lov. 3.11)

Da det ligger uden for både transplantationsudvalgets og arbejdsgruppens kommissorium at fremkomme med et egentligt lovforslag, skal arbejdsgruppen alene bemærke, at såfremt der lovgives på området, bør en lovregel efter arbejdsgruppens opfattelse have en ganske kortfattet karakter. Som hovedregel bør nævnes hjernefunktionens fuldstændige og uoprettelige ophør som en forudsætning for foretagelse af transplantation. Derudover - som også efter gældende ret - bør man indskrænke sig til en henvisning til den til enhver tid gældende lægevidenskabelige opfattelse vedrørende metodikken til at erkende hjernedødens indtræden.

3.11 Der henvises til bilag 5 om retspolitiske overvejelser vedrørende lovgivning om døds-kriteriet, p. 59 og bilag 6 om betydningen af dødens indtræden i henhold til lovgivningen m.v., p. 67.

KAPITEL 3

I sammenhæng hermed er det arbejdsgruppens opfattelse, at eventuelle overvejelser angående et lovgivningsmæssigt enhedskriterium, som kan eller skal være gældende også for andre retsområders vedkommende, ikke bør stille sig hindrende i vejen for, at der allerede nu anerkendes et hjernedøds-kriterium med gyldighed inden for transplantationsområdet.

Udkast

Sundhedsstyrelsens cirkulære af

Cirkulære om dødens konstatering ved uopretteligt ophør af al hjernefunktion

(Til landets læger)

I § 1 i lov nr. af om ligsyn, obduktion og transplantation m.v. er det fastsat, at en persons død kan konstateres ved påvisning af

- uopretteligt ophør af åndedræt og hjertevirksomhed eller
- uopretteligt ophør af al hjernefunktion.

I henhold til § 2 i loven fastsætter Sundhedsstyrelsen følgende vedrørende konstatering af uopretteligt ophør af al hjernefunktion.

I. Hjernedød

Uopretteligt ophør af al hjernefunktion, dvs. diagnosen hjernedød, kan kun komme på tale hos bevidstløse, reaktionsløse og respirationsløse patienter i respirator, hvor åndedræt og hjertefunktion er kunstigt opretholdt.

Hos nævnte patienter kan diagnosen stilles med fuldstændig sikkerhed på basis af klinisk undersøgelse alene, når følgende betingelser er opfyldt:

1. Hjernelæsionen skal være kendt, erkendt som strukturel, og som utilgængelig for behandling samt vurderet som dødelig.
2. Andre, eventuelt blot medvirkende, årsager skal være udelukket.

Ad 1:

Forholdet vil ikke sjældent være oplyst alene af synlige læsioner som f.eks. store åbne hjernelæsioner. I andre tilfælde vil det fremgå af specielle undersøgelser, f.eks. CT-

scanning. Det kan f.eks. dreje sig om blødninger i eller uden på hjernen, hjernesvulster eller ødelæggelse af hjernevæv på grund af traumer eller tillukning af større blodkar.

Ad 2:

Det drejer sig især om forgiftninger, først og fremmest med alkohol og sovemidler. Desuden om påvirkning af behandlingsmidler som narkosemidler, muskellammende stoffer, beroligende medicin og krampemidler. Yderligere må iltmangelskader efter f.eks. forbigående kredsløbssvigt (kredsløbsskok, hjertestop) være udelukket, og det samme gælder sygdomme som hjerne- og hjernehindebetændelse samt sådanne, som kan medføre for hjernen skadelige ændringer i blodets sammensætning (f.eks. blodmangel, nyresvigt, sukkersyge og andre hormonelle lidelser). Endelig må lavt blodtryk og legemstemperatur under 35 grader celsius udelukkes som medvirkende årsager. Disse udelukkelse kan i mange tilfælde foretages umiddelbart på basis af foreliggende oplysninger og iagttagelser, men i andre tilfælde vil mere eller mindre tidsrøvende undersøgelser, især laboratoriemæssige, være nødvendige.

Er betingelserne 1 og 2 *ikke* opfyldt eller er der tale om børn, kan diagnosen uopretteligt ophør af al hjernefunktion ikke stilles på basis af klinisk undersøgelse alene, og yderligere undersøgelser vil være nødvendige.

Når hjernedød er konstateret, vil ingen yderligere undersøgelse eller behandling gavne patienten.

II. Den kliniske undersøgelse af hjernefunktionen.

Betingelserne 1 og 2 er opfyldt

Undersøgelsen omfatter de reflekser, der går over hjernestammen, herunder også undersøgelse af, om respirationscentret kan bringes i funktion ved maksimal CO₂ stimulation.

Konstateres bortfald af disse funktioner, gentages den samlede undersøgelse efter et tidsinterval, der tilpasses det enkelte tilfælde, og som hovedregel bør være mindst een time.

Hos patienter, der opfylder betingelserne nævnt under punkt 1 og 2, vil bortfald af de nævnte funktioner konstateret ved de to undersøgelser give absolut sikkerhed for uopretteligt ophør af al hjernefunktion, dvs. hjerne-død.

Som hovedregel bør diagnosen hjernedød ikke stilles, før der er forløbet ca. 6 timer fra indtrådt tab af bevidsthed og spontan respiration.

III Andre diagnostiske metoder.

Betingelserne 1 og 2 er ikke opfyldt

Uanset sygdomsårsag medfører langt de fleste dødelige hjerneaffektioner et hjerneødem, der kan bringe det intrakranielle tryk op over det systemiske blodtryk, og dermed umuliggøre tilførsel af blod til hjernen, hvorved der opstår kredsløbsstandsning i hjernen.

Dette fænomen kan undersøges ved aorto-cervikal cerebral angiografi. Under normale forhold vil kontraststof injiceret i aorta-

buen vise sig i hjernens kar i løbet af 1 sekund. Hvis der efter 15 sekunders eksponeringer ikke har vist sig kontraststof i hjernens blodkar, men nok i ekstrakranielle kar, og hvis ny injektion 15 minutter senere giver samme resultat, er ophævet hjerne kredsløb og dermed hjernedød med sikkerhed dokumenteret.

Dersom monitorering af det intrakranielle tryk allerede er etableret af overvågningshensyn, vil diagnosen hjernedød være absolut sikker, hvis dette tryk i 30 minutter overstiger det systemiske blodtryk.

Elektroencefalografi (EEG) er ikke nødvendig i diagnostikken af hjernedød. Isoelektrisk EEG er ikke ensbetydende med hjerne-død. EEG-aktivitet betyder levende hjernebarkceller og udelukker altså hjernedød og kan derved være vejledende.

IV Andre bestemmelser

Konstatering af en persons død ved uopretteligt ophør af al hjernefunktion skal foretages under medvirken af to læger, hvoraf den ene skal være den læge, som har behandlet patienten i den sidste fase af sygdommen. I øvrigt henvises om de almindelige habilitetskrav til loven og de i medfør heraf udfærdigede særlige regler.

Der skal ved konstatering af dødens indtræden i henhold til lovens § 2 i hvert enkelt tilfælde i patientjournalen føres nøjagtige optegnelser over den fulgte procedure, og herunder angives, hvilke læger der har medvirket ved konstatering af dødens indtræden.

Hjernedød-Diagnostik og diagnostisk sikkerhed

Af John Riishede.

I den kunstigt forlængede dødsproces følges hjernedød altid af hjertedød i løbet af timer til få dage. Hjernedød er således et "point of no return", og enhver behandling i patientens interesse er herefter umulig. Fortsat behandling er nødvendig, dersom organtransplantation overvejes, men da kun for at sikre donororganernes brugbarhed. De nyrer, der i løbet af de sidste 25 år har været transplanteret, stammer fra donorer, som er konstateret hjernedøde, uanset om de er udtaget før eller - som stadig i Danmark - efter den uafvendelige hjertedød. (Der ses bort fra det forsvindende lille antal nyrer, der stammer fra levende donorer).

Diagnosticeringen af hjernedød er den samme uanset dens formål. Erfaringerne fra de mange års nyretransplantationer kan derfor direkte anvendes, når det gælder transplantation af også andre organer som f.eks. hjerte og lever.

Det er indlysende, at diagnosen hjernedød kun overvejes hos bevidstløse, reaktionsløse og respirationsløse patienter i respirator. Hos sådanne kan diagnosen stilles med fuld sikkerhed, når følgende betingelser er opfyldte:

- 1) Hjernelæsionen skal være kendt, erkendt som strukturel, som utilgængelig for behandling og vurderet som dødelig.
- 2) Andre, eventuelt blot medvirkende, årsager skal være udelukkede.

Ad 1):

Forholdet vil ikke sjældent være oplyst alene af synlige læsioner som f.eks. store, åbne hjernelæsioner eller knusning af hovedet under lastbilhjul. I andre tilfælde vil det fremgå af specielle undersøgelser, nu om dage specielt CT-scanning. Det kan dreje sig om f.eks. blødninger i eller uden på hjernen, hjernesvulster eller ødelæggelse af hjernevæv på grund af traumer eller tillukning af større blodkar.

Ad 2):

Det drejer sig især om forgiftninger, først og fremmest med alkohol og sovemidler. Desuden om påvirkning af behandlingsmidler som narkosemidler, muskellammende stoffer, beroligende medicin og krampemidler. Yderligere må iltmangelskader efter f.eks. forbigående kredsløbssvigt (kredsløbsshock, hjertestop) være udelukket, og det samme gælder sygdomme som hjerne- og hjernehindebetændelse samt sådanne, som kan medføre for hjernen skadelige ændringer i blodets sammensætning (f.eks. blodmangel, nyresvigt, suk-

KAPITEL 3

kersyge og andre hormonelle lidelser). Endelig må lavt blodtryk og legemstemperatur under 35°C udelukkes som medvirkende årsager. Disse udelukkelser kan i mange tilfælde foretages umiddelbart på basis af foreliggende oplysninger og iagttagelser, men i andre tilfælde vil mere eller mindre tidsrøvende undersøgelser, især laboratoriemæssige, være nødvendige.

Er betingelserne 1) og 2) opfyldt, kan hjernedød med fuld sikkerhed fastslås ved en klinisk undersøgelse. Det må fortsat erindres, at det drejer sig om bevidstløse, reaktionsløse, respirationsløse patienter i respirator, med bevaret hjertefunktion - og eventuelt opretholdt - blodtryk og legemstemperatur. Der undersøges følgende reflekser, som alle forudsætter funktion af hjernestammen:

- Pupillebevægelser ved belysning;
- Blinken ved berøring af hornhinden;
- Øjenbevægelser ved hoveddrejning og ved indsprøjtning af isvand i øregangen;
- Tyggemuskelkontraktion ved slag på underkæben;
- Synkebevægelser ved svælgirritation;
- Hoste ved luftrørsirritation;

Desuden undersøges, om hjernestammens respirationscenter kan bringes i funktion ved maksimal stimulation.

Undersøgelsen af de nævnte reflekser kræver ikke andet udstyr end en kraftig lampe, en reflekshammer, en vatpind og en sprøjte med isvand. Undersøgelsen af respirationscentret beror på, at den spontane respiration forudsætter funktion af dette center, som "trigges" af blodets kuldioxidindhold. Man lader i 10 minutter respiratoren levere 100% ilt og derefter i 5 minutter 95% ilt + 5% kuldioxid. Herved opnås dels, at der i blodet og alt blodforsynet væv ophobes så meget ilt, at en efterfølgende 10 minutters respiratorpause ikke medfører iltmangel, dels at samme vævs kuldioxidindhold ved pausens start er højt og ved dens slutning er mere end dobbelt så højt som nødvendigt for at "trigge" respirationscentret. Udløser den samlede procedure ikke spontane respirationsbevægelser, er centret ødelagt. Men respiratorbehandlingen fortsætter, så man mindst en time senere kan gentage samtlige nævnte undersøgelser og derved afsløre respektivt udelukke enhver usikkerhed.

Ophørt hjernestammefunktion er ensbetydende med ophørt hjernefunktion, d.v.s. med hjernedød. Dette beror på følgende anatomiske og fysiologiske fakta:

Hjernestammen er den del af hjernen, som forbinder stor- og lillehjerne med rygmarven. Den er ca. 5 cm lang, fingertyk, og indeholder a) alle ledningsbaner for udefrakommende impulser til hjernen (undtagen syns- og lugteimpulser) og for alle motoriske impulser fra hjernen til resten af legemet, b) relæstationer for de ovennævnte reflekser, c) centre for bl.a. respiration, blodtryks- og temperaturregulation samt d) en speciel struktur, formatio reticularis, der

KAPITEL 3

har forbindelser til de områder af storhjernen, hvis funktion er en forudsætning for bl.a. bevidsthed. Disse områder kan kun fungere, dersom de til stadighed aktiveres af impulser fra formatio reticularis. Er alene denne del af hjernestammen ødelagt, vil patienten være bevidstløs, men vil f.eks. kunne trække vejret og have bevaret de tidligere nævnte reflekser. Disse er i øvrigt udvalgt til undersøgelse af hjernestammens funktion, fordi netop de sammen med undersøgelsen af respirationscentrets funktion muliggør en minutios funktionel kortlægning af strukturen i hele dens udstrækning.

Det vil af det foregående fremgå, at ingen hjernefunktion er mulig uden hjernestammefunktion- med andre ord, at hjernestammedød er ensbetydende med hjernedød. Det vil også forstås, at nogle specialister finder "hjernestammedød" mere korrekt end "hjernedød". Arbejdsgruppen har foretrukket at bibeholde sidstnævnte betegnelse for ikke yderligere at vanskeliggøre forståelsen af de for ikke-fagfolk utvivlsomt komplicerede forhold.

Den beskrevne diagnostiske fremgangsmåde anvendes i Danmark og - eventuelt med uvæsentlige modifikationer - internationalt. Den er i flere lande nedfældet som en procedurevejledning eller et procedurekrav. Til dato har ingen dansk patient, hos hvem hjernedød er konstateret i overensstemmelse med disse krav, undgået snarlig hjertedød trods fortsat behandling med respirator m.v., og international faglitteratur indeholder ikke meddelelser om tilfælde af overlevn af en sådan patient.

Det store flertal verden over af organdonorer har været sådanne, der har opfyldt kravene 1) og 2) jfr. p. 51. Patienter med tab af bevidsthed og spontan respiration af ukendte årsager er principielt uegnede som organdonorer. Efterforskningen af den ansvarlige hjerneskades årsag og natur kan nødvendiggøre talrige undersøgelser og kræve lang tid. Indtil disse forhold er klarlagt, betragtes hjernens funktionsophør som potentielt reversibelt, hvilket indebærer, at alle livsbevarende foranstaltninger fortsættes, og relevante behandlingsmuligheder afprøves. Det er derfor i denne fase ikke berettiget at stille diagnosen hjernedød alene på basis af de tidligere beskrevne kliniske undersøgelser. Imidlertid bevirker mange hjernelidelser, uanset deres årsag og natur, at hjernens væskeindhold og dermed dens rumfang øges. På grund af dette såkaldte hjerneødem kan trykket i det lukkede kranierum stige til værdier, der er højere end blodtrykket i de pulsårer, som skal føre blod til hjernen. Sker det, afbrydes hjernens blodforsyning. Efter blot 3-4 minutters iltmangel går hjernebarkens celler til grunde, og efter højst den dobbelte tid gælder det samme for hjernestammens celler.

Standsnng af hjerne kredsløbet kan konstateres ved den såkaldte cerebrale angiografi. Gennem et tyndt kateter indført i legempulsåren (aorta) tæt ved hjertet indsprøjtes et kontraststof, som giver skygge på røntgenbilleder og med blodet føres rundt i legemet. Imens optages hurtige serier af røntgenbilleder af kraniet. Normalt vil kontrasten vise sig i hjernens blodkar i løbet af 1 sekund og have passeret og forladt dem i løbet af ca. 8 sekunder. Hvis der i

KAPITEL 3

løbet af ca. 15 sekunder ikke viser sig kontrast i hjernens kar, men nok i alle andre af hovedets kar, og hvis samme forhold iagttages ved en ny undersøgelse mindst 15 minutter senere, er kredsløbsstandsning i hjernen påvist og billedmæssigt dokumenteret, hjernens funktionsophør dermed erkendt som irreversibelt, og diagnosen hjernedød fastslået.

Udstyr til cerebral angiografi findes på de fleste større røntgenafdelinger. I Danmark har den indtil fornylig være brugt i praktisk taget alle tilfælde af nyretransplantation - dels for dokumentationens skyld, dels for ved samme undersøgelse at forsyne nyrekirurgerne med oplysninger om nyrekarrene. I f.eks. Norge er undersøgelsen obligatorisk. På grund af en vis skadevirkning af kontraststoffet på donornyrene vil dens anvendelse i Danmark formentlig inden længe være begrænset til det strengt nødvendige.

Forskellige andre metoder bygger på samme princip, men anvender f.eks. radioaktive sporstoffer i blodet i stedet for røntgenkontrast og følgelig detektorer på kraniet i stedet for røntgenfotografering af dette. Udstyr hertil findes på alle danske hospitaler med tilladelse til organtransplantation. Metoderne er i Danmark lidet anvendte til det omhandlede formål, dels fordi teknik og resultatfortolkning kræver særlig ekspertise, dels fordi dokumentationen følgelig er mindre umiddelbar end den cerebrale angiografis.

Konstatering af, at trykket i kraniet overstiger blodtrykket, er et indirekte, men ligeledes sikkert bevis for standset hjerne-kredsløb og dermed for hjernedød. Metoden forudsætter indførelse af en trykføler i kraniet gennem et borhul samt rådighed over egnet udstyr til trykregistrering. Den anvendes næppe uden for de neurokirurgiske afdelinger.

De her nævnte tekniske metoder kan "skære igennem" al tvivl om hjernedød og er derfor specielt værdifulde i tilfælde, der ikke opfylder kravene 1) og 2) som er nævnt p. 51.

Den i forbindelse med hjernedød og transplantation nok mest omtalte undersøgelsesmetode er elektroencefalografien (EEG). Dens princip er opsamling, forstærkning og registrering af elektriske signaler fra storhjernens barkceller via elektroder anbragt på skalpen. Udstyr hertil findes på alle neuromedicinske og neurokirurgiske afdelinger. Metodens værdi for diagnosticering af hjernedød har vist sig at være meget begrænset, og i Danmark anvendes den kun enkelte steder - og da kritisk og kun vejledende.

Konklusionen af ovenstående redegørelse er:

Hos det flertal af egnede organdonorer, som opfylder de angivne betingelser, kan hjernedød diagnosticeres med fuld sikkerhed på basis af kliniske iagttagelser alene.

Hos de øvrige kan diagnosen stilles med fuld sikkerhed ved hjælp af tilgængelige tekniske metoder.

Ved korrekt gennemført undersøgelse er fejldiagnostik med hensyn til hjernedød udelukket.

Lov om udtagelse af menneskeligt væv m.v.

§ 1. Fra den, som har meddelt skriftligt samtykke hertil, kan væv og andet biologisk materiale udtages i hans levende live til behandling af sygdom eller legemsskade hos andet menneske.

Stk. 2. Samtykke kan meddeles af den, der er fyldt 18 år. Såfremt ganske særlige grunde taler derfor, kan indgreb dog foretages med samtykke fra en person under 18 år, når samtykket er tiltrådt af værgen.

Stk. 3. Inden samtykke meddeles, skal den pågældende af en læge have modtaget oplysning om indgrebets beskaffenhed og følger samt om risikoen ved indgrebet. Lægen skal forvisse sig om, at den pågældende har forstået betydningen af de meddelte oplysninger.

Stk. 4. Indgrebet må kun finde sted, såfremt det efter sin art og samtykkegiverens helbredstilstand kan foretages uden nærliggende fare for ham.

§ 2. Fra liget af den, som efter sit fyldte 18. år skriftligt har truffet bestemmelse herom, kan væv og andet biologisk materiale udtages til behandling af sygdom eller legemsskade hos andet menneske eller til videnskabelig brug.

§ 3. Fra liget af den, som er død på eller som død er indbragt til et sygehus eller lignende institution, kan væv og andet biologisk materiale udtages til behandling af sygdom eller legemsskade hos andet menneske.

Stk. 2. Indgrebet må ikke foretages, såfremt afdøde eller hans nærmeste har udtalt sig derimod, såfremt indgreb af denne art må antages at stride imod afdødes eller hans nærmestes livsopfattelse, eller såfremt særlige omstændigheder i øvrigt taler imod indgrebet. Den afdødes pårørende skal, såfremt

omstændighederne tillader det, underrettes om dødsfaldet, før det påtænkte indgreb foretages.

§ 4. I lægevidenskabeligt øjemed kan der foretages obduktion og i forbindelse hermed udtages væv og andet biologisk materiale af den, som er død på eller som død er indbragt til et sygehus eller lignende institution.

Stk. 2. Obduktion m.v. må ikke finde sted, såfremt afdøde eller hans nærmeste har udtalt sig derimod, såfremt indgreb af denne art må antages at stride imod afdødes eller hans nærmestes livsopfattelse, eller såfremt særlige omstændigheder i øvrigt taler imod indgrebet.

Stk. 3. Obduktion m.v. må tidligst begyndes 6 timer efter, at nærmeste pårørende, hvis opholdssted kendes, er underrettet om dødsfaldet. Dette gælder dog ikke, hvis afdøde efter sit fyldte 18. år skriftligt har givet samtykke til obduktion, eller afdødes nærmeste har givet sådant samtykke.

§ 5. Obduktion m.v. efter § 4 må ikke finde sted, såfremt der skal foretages medicolegalt ligsyn eller legal obduktion. Det samme gælder udtagelse af væv m.v. efter §§ 2 og 3, medmindre indgrebet må antages at være uden betydning for resultatet af undersøgelsen.

§ 6. Udtagelse af væv m.v. efter §§ 1-3 må kun foretages af læger, der er ansat på sygehus eller lignende institutioner, som sundhedsstyrelsen har godkendt dertil. Dette gælder dog ikke i tilfælde, hvor en person i medfør af § 2 har truffet bestemmelse om anvendelse af sit lig til videnskabelig brug.

§ 7. Indgreb efter §§ 2 og 3 må ikke foretages af den læge, som har behandlet afdøde under hans sidste sygdom.

§ 8. Den, der, uden at lovens betingelser herfor er opfyldt, udtager væv og andet biologisk materiale til behandling af sygdom eller legemsskade eller foretager obduktion, herunder udtager væv m.v., i lægevidenskabeligt øjemed, straffes med bøde, medmindre strengere straf er forskyldt efter den øvrige lovgivning.

§ 9. Loven gælder ikke for udtagelse af blod, fjernelse af mindre hudpartier samt andre mindre indgreb, der ganske må ligestilles hermed.

§ 10. Loven træder i kraft dagen efter bekendtgørelsen i Lovtidende.

§ 11. Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men kan ved kongelig anordning sættes i kraft for disse landsdele med de afvigelser, som de særlige færøske og grønlandske forhold tilsiger.

Lov om ligsyn m.v.

Omsorg for lig

§ 1. Den, der antages at være afgået ved døden, skal anbringes under forsvarlige forhold. Er dødens indtræden ikke åbenbar, skal den pågældende være under jævnligt tilsyn og må ikke føres til lighus, før en læge har iagttaget sikre dødstegn. Førend ligsyn er afsluttet og dødsattest er udstedt, må liget ikke anbringes i kiste eller føres til kapel.

Ligsyn

§ 2. Ligsyn foretages af en læge til afgørelse af, om dødsfald er indtrådt. Ved ligsynet skal sikre dødstegn iagttages og døds måde og dødsårsag så vidt muligt fastslås.

Stk. 2. Er dødsfald indtrådt under indlæggelse på sygehus eller lignende institution, foretages ligsyn af en af de læger, der her har deltaget i patientens behandling.

Stk. 3. I andre tilfælde skal ligsyn foretages af afdødes sædvanlige læge eller dennes stedfortræder. Må undtagelsesvis en anden læge efter forholdene anses nærmere til at foretage ligsynet, og finder han at have tilstrækkeligt grundlag for at tage stilling også til døds måde og dødsårsag, kan ligsynet dog foretages af ham.

Stk. 4. Ingen stedlig læge kan undslå sig for at komme til stede til foretagelse af ligsyn, hvis tilkaldelsen skyldes, at afdødes sædvanlige læge og dennes stedfortræder har gyldigt forfald, eller at afdøde ikke havde nogen sædvanlig læge på dødsstedet.

Stk. 5. Justitsministeren fastsætter regler, hvorefter en læge ikke må foretage ligsyn af afdøde, som lægen har haft et særligt tilknytningsforhold til.

Indberetning til politiet

§ 3. Den læge, der tilkaldes i anledning af dødsfald, skal afgive indberetning til politiet:

- 1) når dødsfaldet skyldes et strafbart forhold, selvmord eller ulykkestilfælde,
- 2) når en person findes død,
- 3) når døden er indtrådt pludseligt og ikke er forudset af lægelige grunde,
- 4) når der er grund til at antage, at dødsfaldet kan skyldes en erhvervs sygdom, der er omfattet af ulykkesforsikringsloven,
- 5) når døden kan være en følge af fejl, forsømmelse eller ulykkelig hændelse i forbindelse med behandling eller forebyggelse af sygdom,
- 6) når dødsfald forekommer i fængsler, arresthuse og lignende institutioner,
- 7) når det i øvrigt ikke med sikkerhed kan udelukkes, at dødsfaldet skyldes et strafbart forhold, selvmord eller ulykkestilfælde, eller dødsfaldet af andre grunde skønnes at kunne have politimæssig interesse.

Stk. 2. Ved dødsfald på sygehus eller lignende institution afgives indberetningen af den ledende læge.

Retslægeligt (medico-legalt) ligsyn

§ 4. I de tilfælde, der er nævnt i § 3, iværksættes retslægeligt ligsyn.

Stk. 2. Retslægeligt ligsyn kan dog undlades:

- 1) ved dødsfald efter ulykkestilfælde, såfremt døden først er indtrådt nogen tid efter ulykken og politiet efter de tilvejebragte oplysninger finder det åbenbart, at dødsfaldet er uden politimæssig interesse.
- 2) ved de dødsfald, der er nævnt i § 3, stk. 1, nr. 2, 3, 5 og 6, såfremt der mellem politiet og embedslægen er enighed om, at de

tilvebragte oplysninger gør det åbenbart, at der foreligger naturlig død,

- 3) ved de dødsfald, der er nævnt i § 3, stk. 1, nr. 4, såfremt embedslægen finder, at de tilvebragte oplysninger med tilstrækkelig sikkerhed har klarlagt dødsårsagen,
- 4) ved andre dødsfald, der er kommet til politiets kundskab og er antaget at kunne have politimæssig interesse, såfremt politiet efter en undersøgelse finder det åbenbart, at der er tale om naturlig død.

§ 5. Retslægeligt ligsyn foretages af politiet og embedslægen i forening.

Stk. 2. Justitsministeren kan efter indhentet erklæring fra sundhedsstyrelsen meddele andre læger tilladelse til at deltage i retslægeligt ligsyn i embedslægens sted. I påtrængende tilfælde kan en af politimesteren udpeget læge deltage.

Retslægelig (medico-legal) obduktion

§ 6. Retslægelig obduktion skal foretages:

- 1) når dødsfaldet skyldes et strafbart forhold, eller muligheden heraf ikke med tilstrækkelig sikkerhed kan udelukkes, eller obduktion dog skønnes nødvendig for at hindre, at der senere kan opstå mistanke herom,
- 2) når dødsfaldet i øvrigt ikke er fastslået med tilstrækkelig sikkerhed ved det retslægelige ligsyn,
- 3) når dødsårsagen ikke er fastslået med tilstrækkelig sikkerhed ved det retslægelige ligsyn og yderligere retsmedicinske undersøgelser af politimæssige grunde skønnes påkrævet.

Stk. 2. Skønnes almen interesse i øvrigt at kræve en særlig undersøgelse af dødsårsagen ved bestemte grupper af dødsfald, kan justitsministeren efter forhandling med sundhedsstyrelsen bestemme, at der ved sådanne dødsfald skal foretages retslægelig obduktion.

§ 7. Bestemmelse om retslægelig obduktion træffes af politiet. Obduktionen udføres af en sagkyndig læge, der udpeges af justitsministeren i forbindelse med embedslægen eller en anden læge, der repræsenterer denne.

Stk. 2. Såfremt omstændighederne tillader det, skal afdødes nærmeste, førend obdukti-

on foretages, underrettes om dødsfaldet og om, at der vil blive foretaget obduktion. Den pågældende skal samtidig gøres bekendt med adgangen til domstolsprøvelse.

Retslig prøvelse

§ 8. Såfremt afdødes nærmeste modsætter sig retslægelig obduktion, skal politiet inden 24 timer indbringe spørgsmålet om lovligheden af beslutningen herom for retten.

Stk. 2. Sagen behandles efter strafferetsplejens regler. Rettens afgørelse træffes ved kendelse. Kære til landsretten kan kun ske inden for en frist på 3 dage. Retsplejelovens § 949, stk. 2, finder tilsvarende anvendelse.

Stk. 3. I de i § 6, stk. 1, nævnte tilfælde kan obduktion foretages, inden rettens afgørelse foreligger, såfremt der er nærliggende fare for, at øjemedet ellers vil forspildes.

Dødsattest

§ 9. Når ligsyn er afsluttet, skal lægen udstede dødsattest. Er dødsfaldet indberettet til politiet efter § 3, må dødsattest kun udstedes, hvis politiet meddeler, at indberetningen ikke giver anledning til retslægeligt ligsyn. Er der foretaget retslægeligt ligsyn, udstedes dødsattesten af den læge, der har deltaget heri.

Stk. 2. Liget må ikke begraves, brændes eller føres ud af landet, førend dødsattest er udstedt. Er dødsattesten udfærdiget efter retslægeligt ligsyn, skal attesten yderligere være forsynet med politiets påtegning om, at intet er til hinder for, at liget begraves, brændes eller føres ud af landet.

Andre bestemmelser

§ 10. Loven finder tilsvarende anvendelse på dødfødte.

Stk. 2. Justitsministeren kan fastsætte nærmere regler om behandling af lig, om foretagelse af ligsyn og om obduktion, herunder også om obduktion uden for de tilfælde, der er nævnt i § 6, samt om dødsattester.

Stk. 3. Henhører efterforskningen i forbindelse med dødsfaldet under militær påtalemyndighed, træder forsvarrets auditørpersonel i stedet for politiet ved foretagelse af retslægelige ligsyn og obduktioner.

§ 11. Overtrædelse af §§ 1–3 og 9 straffes med bøde.

Stk. 2. I forskrifter, der udfærdiges i medfør af loven, kan der fastsættes straf af bøde for overtrædelse af bestemmelser i forskrifterne.

§ 12. Loven træder i kraft den 1. april 1977.

Stk. 2. Følgende bestemmelser ophæves:

- 1) forordning af 21. maj 1751 anlangende, hvad der ved Delinquent-sagers Drift og Udførsel udi Danmark og Norge bør iagt-

tages.

- 2) lov nr. 2 af 2. januar 1871 om Ligsyn,
- 3) § 10, stk. 2, i lov nr. 246 af 9. juni 1967 om udtagelse af menneskeligt væv m.v.,
- 4) § 2, stk. 5, i lov nr. 225 af 31. maj 1968 om anmeldelser af fødsler og dødsfald.

§ 13. Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men kan ved kongelig anordning sættes i kraft for disse landsdele med de afvigelser, som de særlige færøske og grønlandske forhold tilsiger.