# *Bemærkninger til lovforslaget*

*Almindelige bemærkninger*

*1. Indledning*

Lovforslaget indeholder forslag til ændringer på to væsentlige punkter: En indførelse af hjernedødskriteriet som et supplerende dødskriterium 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. Dødskriteriet*

*a.* Det gældende dødskriterium er *hjerte*dødskriteriet. 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 *hjerne*dødskriterium. Det nuværende hjertedødskriterium foreslås samtidig opretholdt som et selvstændigt dødskriterium, således at dødens indtræden kan konstateres *enten* efter det hidtidigt gældende hjertedødskriterium *eller* efter et hjernedødskriterium (lovforslagets § 1).

Hovedformålene med at indføre et hjernedødskriterium 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 hjertedødens indtræden uafvendelig og kan alene kunstigt udskydes i normalt højst 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 hjertestandsning. 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 dødt. 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 hjernedødskriterium kan derfor begrundes både ud fra lægelige og etiske synspunkter. Det vil samtidig betyde, at man ajourfører dødskriteriet, 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. Nyrerne udtages, efter at hjertet er holdt op med at fungere, og døden således er konstateret efter det gældende hjertedødskriterium. Indføres der en adgang til at kunne konstatere dødens indtræden efter et hjernedødskriterium, vil det betyde, at nyrerne 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.