

11/11/1967

BETÆNKNING
VEDRØRENDE
LOVGIVNING
OM TRANSPLANTATION

AFGIVET AF DET AF
JUSTITSMINISTERIET DEN 12. OKTOBER 1966
NEDSATTE UDVALG



ex 2

BETÆNKNING NR. 454

1967

Indholdsfortegnelse.

| | Side |
|---|------|
| Udvalgets nedsættelse m. v. | 5 |
| Kapitel 1. Lægelig redegørelse..... | 7 |
| I. Sprogbrug..... | 7 |
| II. Almene tekniske og immunologiske problemer..... | 7 |
| III. Transplantationsbehandlingens aktuelle stade og fremtidsperspektiver . | 8 |
| IV. Donorproblemet..... | 11 |
| Kapitel 2. Fremmed ret..... | 14 |
| Kapitel 3. Udvalgets hovedsynspunkter..... | 18 |
| I. Indledning..... | 18 |
| II. Transplantation fra levende donor..... | 18 |
| III. Transplantation fra lig..... | 20 |
| IV. Andre spørgsmål vedrørende transplantation..... | 22 |
| V. Hospitalsobduktioner (sygehusobduktioner)..... | 23 |
| VI. Anvendelse af lig i videnskabeligt øjemed..... | 23 |
| Kapitel 4. Lovudkast med bemærkninger..... | 24 |

BILAG

| | |
|--|----|
| 1. Medlemsforslag i Nordisk Råd til lov om transplantation..... | 31 |
| 2. Justitsministeriets skrivelse nr. 395 af 5. december 1913 om hospitalsobduktioner | 33 |

Udvalgets nedsættelse m.v.

Ved skrivelse af 12. oktober 1966 nedsatte justitsministeriet et udvalg med den opgave at overveje, om der bør gennemføres lovregler om transplantation af væv fra døde personer, og i bekræftende fald at udarbejde udkast til sådanne regler og til eventuelle supplerende administrative bestemmelser.

Da udvalget fandt det hensigtsmæssigt i sine overvejelser at medinddrage spørgsmålet om udtagelse af væv m.v. fra levende donor, om anvendelse af lig i videnskabeligt øjemed og om hospitalsobduktioner (sygehusobduktioner), anmodede man justitsministeriet om bemyndigelse hertil. Denne bemyndigelse har justitsministeriet mundtligt meddelt.

Til medlemmer af udvalget beskikkedes:
højesteretsdommer A. Blom-Andersen, formand,
professor ved Københavns universitet, overkirurg dr. med. Helge Faber,
professor ved Københavns universitet, dr. med. H. Gormsen,
kontorchef i justitsministeriet Frank Poulsen,
kontorchef i sundhedsstyrelsen A. Skovgaard,
professor ved Århus universitet, overkirurg Tyge Søndergaard,
professor ved Københavns universitet, overlæge dr. med. J. Hess Thaysen.

Som sekretær for udvalget beskikkedes fuldmægtig i justitsministeriet Preben Kistrup.

På Nordisk Råds 5. session i 1957 behandlede et finsk-svensk medlemsforslag om ensartet nordisk lovgivning om transplantation. Forslaget, der er optaget som bilag 1 til betænkningen, var udarbejdet af medicinalstyrelsen i Sverige, hvor man ligesom i Finland allerede i nogen tid havde arbejdet med spørgs-

målet om tilvejebringelse af lovregler på dette område. Spørgsmålet om nødvendigheden af en lovgivning som foreslået blev af Rådets socialpolitiske udvalg, der behandlede medlemsforslaget, sendt til udtalelse hos en række myndigheder i medlemslandene. Herhjemme gav justitsministeriet og indenrigsministeriet blandt andet udtryk for, at der måtte lægges afgørende vægt på, at indgreb i transplantationsøjemed ikke hindredes, men at der ikke hidtil havde vist sig praktiske vanskeligheder, som gjorde udfærdigelse af særlige regler påkrævede. Det norske socialdepartement udtalte sig på linie hermed.

Sagen afsluttedes herefter med, at Nordisk Råd gav udtryk for det ønskelige i, at medlemslandene havde opmærksomheden henvendt på gennem nødvendige foranstaltninger at sikre tilgangen af biologisk materiale til transplantation.

I 1957 tilvejebragtes der lovhjemmel for transplantation i Finland og i 1958 i Sverige.

I efteråret 1966 gav de på Århus kommehospital stedfindende nyretransplantationer anledning til en offentlig debat her i landet om hele problematikken på dette område. Den 5. oktober 1966 besvarede Justitsministeren i folketinget spørgsmål fra medlemmer af folketinget Knud Bro og Else-Merete Ross om, hvorvidt ministeren agtede at foranledige tilvejebragt lovhjemmel for transplantationsoperationer (Folketingstidende 1966-67, sp. 71-75).

Justitsministeren henviste i sit svar blandt andet til, at justitsministeriet i februar 1966 nedsatte et udvalg til at foretage en kritisk gennemgang af de gældende bestemmelser om ligsyn og obduktioner, og at dette udvalg rent foreløbigt havde drøftet problemerne i forbindelse med transplantation. Da disse problemer imidlertid rejser en række lægetekniske og læge-

etiske spørgsmål af en anden karakter end de spørgsmål, som udvalget i øvrigt skal behandle, havde ministeren fundet det rigtigst at nedsætte et særligt udvalg til at overveje, om der bør gennemføres lovregler om transplantations-spørgsmål.

Nærværende udvalg har holdt sig underrettet om arbejdet i udvalget om ligsyn m.v.

Udvalget har indhentet oplysninger om lovregler vedrørende transplantation m.m. i en række fremmede lande. Oplysningerne er gengivet i kapitel 2 i det omfang, udvalgets forespørgsler er besvaret.

Som resultat af udvalgets arbejde fremkommer denne betænkning.

København, maj 1967.

A. Blom-Andersen
formand

Helge Faber

H. Gormsen

Frank Poulsen

A. Skovgaard

Tyge Søndergaard

J. Hess Thaysen

Preben Kistrup
sekretær

KAPITEL 1.

Lægelig redegørelse.

I. Sprogbrug.

Væv betegner dele af et organ eller af organismen som helhed med en ensartet strukturel opbygning, for eksempel bindevæv, overhuds-væv, hornhindevæv, muskelvæv og knoglevæv.

Organ betegner en, oftest af flere forskellige vævstyper opbygget, enhed med en særlig funktion, for eksempel nyre, hjerte, lever, tarm, lunge og øje.

»*Biologisk materiale*« omfatter i almindelig sprogbrug både væv, organer og forskellige vævsvædske. I snævrere forstand forstås ved biologisk materiale udelukkende forskellige typer af vævsvædske, for eksempel blod, vædske i hjernens og rygmarvens hinder (spinalvædske), vædske i bughinden (ascitesvædske) og vædske i lungehinden (pleuravædske).

Ved *transplantation* forstås overførelse af væv eller hele organer.

Det individ, som afgiver vævet eller organet, betegnes *donor*.

Det individ, som modtager vævet eller organet, betegnes *recipient*.

Der hersker endnu nogen usikkerhed i sprogbogen vedrørende de forskellige typer af transplantation, men følgende benævnelser er dog efterhånden almindeligt udbredt:

1) *Autotransplantation*. Herved forstås overførelse af et væv eller et organ fra et sted til et andet på *samme person*.

2) *Isotransplantation*. Herved forstås overførelse af et væv eller et organ mellem individer af *samme art* og *med identiske arveanlag* (f.eks. mellem eenæggede tvillinger).

3) *Allotransplantation*. Herved forstås overførelse af et væv eller organ mellem individer af *samme art, men med forskellige arveanlæg*.

4) *Xenotransplantation*. Herved forstås over-

førelse af væv fra et individ af een art til et individ af *anden art* (f.eks. fra chimpansé til menneske).

II. Almene tekniske og immunologiske problemer ved transplantation.

A. Tekniske problemer.

De tekniske problemer omfatter fjernelse af vævet eller organet fra donor, opbevaring af vævet eller organet, indtil det kan overføres til recipienten, og endelig indførelse af vævet eller organet i recipienten.

Vanskeligheden ved fjernelse og indførelse af vævet eller organet varierer naturligvis meget, afhængig af vævets eller organets art, men de herhenhørende problemer synes stort set enten at være løst eller at kunne løses inden for en overskuelig fremtid og må betegnes som en kirurgisk specialopgave.

Opbevaringen af vævet i perioden fra dets fjernelse fra donor indtil indførelse i recipienten påkalder mere almen interesse, idet oprettelsen af »vævsbanker« eller »organbanker« vil kunne bidrage til at løse nogle af transplantationsbehandlingens aktuelle problemer. Trods intens forskning er det dog hidtil kun lykkedes gennem længere tid at opbevare blod og visse mindre komplicerede væv (f.eks. hud og hornhinder).

B. Immunologiske problemer.

Levende organismer er i stand til at erkende, om et i organismen indført væv eller organ er fremmed for organismen (»uforligeligt«) eller identisk med denne (»forligeligt«) og kan reagere imod fremmede væv eller organer ved at udstøde disse (»afstødningsreaktion«, »rejection«). Afgørende for denne reaktionsmåde

er tilstedeværelsen i organismen af særlige celler (immunokompetente celler), som har den evne, at de kan danne antistof imod fremmede væv og organer eller trænge ind i vævene (og ødelægge dem).

Er transplanteret væv identisk med organismen, vil det kunne indhele uden vanskelighed og forblive funktionsdygtigt. Dette ses ved transplantation af væv fra et sted til et andet på samme person (autotransplantat) og ved transplantation af væv fra en eenægget tvilling til en anden (isotransplantat).

Er transplanteret væv derimod fremmed for organismen (allotransplantat eller xenotransplantat), vil de immunokompetente celler i organismen reagere imod det transplanterede væv. Reaktionens intensitet afhænger af, hvor afvigende det overførte væv er, men den fører, ubehandlet, i alle tilfælde til afstødning («rejection») af det transplanterede væv efter kortere eller længere tid.

Der foreligger to muligheder for at mindske risikoen for afstødning, subsidiært måske helt at undgå denne komplikation:

- 1) forbedret bestemmelse af vævstyper,
- 2) forbedrede metoder til undertrykkelse af reaktiviteten i organismens immunokompetente celler.

Ad 1) Ved statistiske studier over resultaterne især af nyretransplantationer på mennesker har man kunnet beregne, at der, ganske parallelt med blodtyperne, kun findes et begrænset antal vævstyper, som vil være af væsentlig praktisk betydning for, at kraftige afstødningsreaktioner indtræffer. Metoder til bestemmelse af disse vævstyper forud for transplantationen er allerede udarbejdet, og væsentlige forbedringer i metodikken kan uden overdreven optimisme imødeses inden for de nærmeste år.

Ad 2) Både eksperimentelle og kliniske iagttagelser har vist, at man ved at påvirke organismens immunokompetente celler ved bestråling eller ved indgift af forskellige medikamenter kan opnå en sådan undertrykkelse af organismens immunologiske reaktioner, at afstødning af et transplanteret væv eller organ forsinkes meget væsentligt. Risiko ved behandlingen er nedsat modstandskraft mod infektioner, en risiko, som dog kan reduceres væsentligt ved anvendelse af moderne medicamina, og der fremkommer stadig nye og sikrere metoder inden for dette område.

Ved kombination af en øget nøjagtighed i

bestemmelse af vævstyper og en bedre behandling af afstødningsreaktioner skulle transplantation af væv og organer kunne blive et langt sikrere indgreb, end det er i dag.

III. Transplantationsbehandlingens aktuelle state og fremtidsperspektiver.

1. Blod og knoglemarv.

Blodtransfusion er blevet et næsten risikofrit indgreb, som har haft vidtrækkende betydning for sygdomsbehandlingen.

Donorproblemet er stort, fordi medicinsk og kirurgisk behandling medfører et stadig stigende behov for blodtransfusion, og fordi der herudover er et hurtigt voksende forbrug af forskellige produkter, som fremstilles af blod (eksempelvis plasma, serum, æggehvidestoffet albumin og det infektionsbeskyttende gammaglobulin). Det skal i forbindelse med det stigende behov for blod anføres, at man i U.S.S.R. allerede i mange år har udtaget blod fra *afdøde* og anvendt det såvel til blodtransfusion som til fremstilling af de omtalte blodprodukter. Blodet udtages fra ligets store hulvene (vena cava) hurtigt efter dødens indtræden.

Knoglemarvstransplantation. De med blodet cirkulerende celler (røde blodlegemer, hvide blodlegemer samt blodplader) har kun en begrænset levetid og må bestandig nydannes af celler i knoglemarven. Svær beskadigelse af knoglemarven (f.eks. ved forgiftning eller bestråling) medfører derfor mangel på celler i blodet, en mangel, som kun midlertidigt kan erstattes ved gennagne transfusioner af blod. Ved total ødelæggelse af knoglemarven er transplantation af marv derfor et nødvendigt indgreb, såfremt patienten ikke skal bukke under. Transplantation af knoglemarv fra *frivillige donorer* har været forsøgt, f.eks. på ofre for reaktorulykker, men har endnu kun i enkelte tilfælde vist sig gennemførlig med et længerevarende godt resultat.

2. Hornhinder og øjne.

Hornhindetransplantation anvendes i tilfælde, hvor blindhed skyldes uklarhed i hornhinden, eller hvor hornhinden er blevet deformeret og derfor er blevet optisk uegnet. De tidligere omtalte immunologiske problemer eksisterer ikke ved hornhindetransplantation fra menneske til menneske, idet hornhinden (som mangler blodkar) ikke stimulerer recipientens immunokompetente celler til en afstødningsreaktion.

Donorproblemet. Til erstatning af den syge hornhinde har man overvejet at anvende kunstigt materiale og hornhinde fra dyr. Begge disse metodiker har vist sig uigennemførlige. I sjældne tilfælde kan udføres en autotransplantation, d.v.s. overførelse af hornhinde fra et øje til et andet på samme individ, såfremt patienten har en helt klar hornhinde på eet øje, som er blindt som følge af f.eks. læsion af synsnerven, og en uklar hornhinde på det andet, som i øvrigt er fuldt funktionsdygtigt. Denne situation er dog ekseptionel. Da man ikke kan anvende kunststoffer eller hornhinder fra dyr, bliver den eneste mulighed derfor at overføre hornhinde fra mennesker til patienten. At anvende levende donor i denne situation er naturligvis yderst betænkeligt. I praksis har man derfor næsten udelukkende anvendt hornhinder fra afdøde. Omend hornhinden er en relativ primitiv struktur, som kan overleve i timer efter dødens indtræden, er det vigtigt, at hornhinden fjernes så hurtigt som muligt. Det fjernede øje erstattes med en protese, således at ligets udseende ikke skæmmes.

Resultaterne af hornhindetransplantation er opmuntrende. Udtalt bedring af synet opnås hos 50 pct. af patienterne, god bedring hos 30 pct, mens 20 pct. ikke bedres ved den første operation. I sådanne tilfælde kan transplantation gentages, ikke sjældent med succes.

Behovet for hornhindetransplantationer anses af kompetente øjenlæger for at være ret stort, og det kan anføres, at ventelisterne i dag er lange på danske øjenafdelinger.

Transplantation af andre dele af øjets væv end hornhinden har hidtil ikke været mulig. Transplantation af hele øjne er heller ikke gennemførlig i dag.

3. Knogle- og ledbrusk.

I orthopædi og knoglekirurgi anvendes i ret stor udstrækning transplantation af *knogler* ved forskellige former for rekonstruktiv kirurgi, blandt andet ved knoglebrud med manglende helingstendens.

Donorproblemet. Knoglevævet tages dels fra andre af patientens knogler (autotransplantat), dels anvendes knoglevæv fra andre mennesker (allotransplantat). Dette materiale fremskaffes som regel fra amputerede lemmer eller ribben, der er fjernet ved operationer i brysthulen. Resultaterne af autotransplantater er gode, mens allotransplantater som regel ikke heler ind, men kun tjener som et midlertidigt støttevæv, om-

kring hvilket patientens eget knoglevæv efterhånden heler fast. Donorproblemet frembyder tilsyneladende endnu ingen større vanskeligheder, idet man som anført hidtil har kunnet anvende stykker af patientens egne knogler eller knoglestykker fra patienter, som alligevel skal have fjernet knoglevæv som led i et operativt indgreb.

Behovet for knogletransplantationer af den anførte art kan næppe fastslås med sikkerhed.

Orthopæderne forudsiger, at man i fremtiden vil få brug for *ledbruskvæv* til rekonstruktion af ødelagte led. Sådant væv kan muligvis i et vist omfang opnås fra andre personers lemmer, som alligevel må fjernes, men det må forudses, at *behovet* for ledbruskvæv, såfremt transplantation viser sig effektiv, vil blive så stort, at udtagelse af ledbrusk fra *nyligt afdøde* bliver en nødvendighed. Et stort antal ældre mennesker lider af svind af ledbrusken (slidgigt), en lidelse som er årsag til en meget omfattende invaliditet og er et stort socialt problem.

4. Hud.

Ved transplantation af hud anvendes

a) 1/3 mm tykke vævsstykker, som omfatter de mest overfladiske hudlag (»split-skin«). Disse hudstykker heler primært ind, men afstødes efter et par ugers forløb, såfremt der ikke er tale om auto- eller isotransplantater.

b) Huden i hele sin tykkelse. Immunologiske problemer spiller også her en stor rolle for indhelingen.

Ad a) »Split-skin« (allotransplantat) anvendes mest i behandlingen af udbredte brandsår, hvor hurtigt huddække er nødvendigt, og hvor man ikke på een gang kan skaffe tilstrækkelig hud fra patienten selv.

Resultaterne af behandlingen er særdeles tilfredsstillende.

Donorproblemet. Er brandsåret af mindre udstrækning, kan anvendes »split-skin« fra et sundt hudområde hos patienten. Er brandsåret stort, må anvendes levende, frivillig donor (oftest slægtninge) eller hudvæv fra lig. Hudvævet fra lig kan fjernes op til 24 timer efter dødens indtræden, er tilsyneladende lige så effektivt som hudvæv fra levende donorer, og fjernelsen af hudvævet fra liget er usynlig for den utrænede iagttager, da der ikke kommer blødning.

Heroverfor står, at fjernelse af hudvæv fra levende, frivillige donorer kræver fuld narkose, efterlader en overfladisk smertende hudafskrabning, som først heler op i løbet af 1-3

uger og ikke sjældent kræver længerevarende indlæggelse af donor.

Behovet for »split-skin« (allotransplantat) i brandsårsbehandlingen er formentlig 20-50 pr. år i Danmark.

Ad b) Transplantation af *hud i sin fulde tykkelse* kan gennemføres fra et område til et andet på samme person (autotransplantat). Indheling af isotransplantater er ligeledes mulig. Anden transplantation er endnu ikke lykkedes, men kan de immunologiske problemer overvindes, vil der, især i plastikkirurgien, formentlig blive et ikke helt ringe behov for transplantation af fuld-hud.

5. Blodkar, hjerteklapper, hjerte.

Autotransplantation af dele af *blodkar* eller hele blodkar anvendes ofte, f.eks. ved behandling af forsnævninger i nyrenes pulsårer.

Allotransplantation af blodkar, udtaget fra lig, har været anvendt ved behandling af forsnævninger i store pulsårer. Disse transplantater heler ikke varigt ind, men tjener som støtte for fremvækst af patientens eget karvæv og er i dag i vid udstrækning erstattet af kunststoffer, som synes at opfylde samme funktion. Kan de immunologiske problemer ved kartransplantation løses, er det dog meget vel muligt, at egentlige kartransplantater (fra afdøde) atter vil finde anvendelse.

Transplantation af *hjerteklapper* anvendes i dag en del især i England, og operationer af denne art er også påbegyndt i Danmark. Klapperne udtages fra hjertet af nyligt afdøde (allotransplantat).

Transplantation af *hele hjerter* er gennemført på dyr; de mest lovende forsøg har godtgjort, at en hund kan leve med en anden hunds hjerte i mere end et år. På mennesker er i ganske enkelte tilfælde forsøgt transplantation af hele hjerter, udtaget fra nyligt afdøde, men endnu har ingen overlevet indgrebet.

6. Lever, lunge.

Transplantation af lever og lunge er gennemført eksperimentelt på dyr, som i nogle tilfælde har overlevet mere end et år. Transplantation på mennesker af organer fra nyligt afdøde viser, at indgrebet teknisk kan gennemføres, men der er kun udført få operationer af denne art, og resultaterne er endnu helt usikre.

7. Nyrer.

Transplantationer af nyrer har været gennemført på mennesker i mere end 10 år.

Resultater.

Når transplantationen udføres mellem *een-æggede tvillinger*, er resultaterne særdeles gode. Svigten af nyrefunktionen efter sådanne transplantationer kan forekomme, men skyldes formentlig, at den oprindelige nyresygdom hos recipienten har angrebet det transplanterede organ.

Anvendes nyre fra *nærtbeslægtede* levende donorer eller fra lig, er de tidlige resultater dårligere, fordi vævstyperne (som endnu kun kan bestemmes med ufuldstændige metoder) er mere afvigende end mellem slægtninge.

Langtidsresultaterne af nyretransplantation varierer meget i forskellige materialer, men bedres som helhed fra år til år. En gennemsnitlig overlevelsestid er derfor vanskelig at beregne. Den længst registrerede overlevelse er 7 år hos en patient, som stadig er i live, og som fik en nyre fra en ubeslægtet afdød.

Der er i alt foretaget op imod 1500 nyretransplantationer i hele verden. I Danmark er indtil april 1967 foretaget 32 nyretransplantationer i løbet af de sidste 3 år. Mere end halvdelen af patienterne er i live. Een patient lever og er rask 3 år efter transplantationen.

Donorproblemet. Som donorer har været anvendt slægtninge, ubeslægtede (f.eks. ægtefælle) og fremmede, frivillige donorer. Betænkeligheden ved at anvende levende donorer er dog ikke ubetydelig, og en stadig større procentdel af transplantationerne i alle lande foretages derfor med nyligt afdøde som donorer. Nyren må fjernes fra liget hurtigt efter dødens indtræden, da organet er følsomt for svigtende blodforsyning. Anvendelse af dyr (chimpanser) som donorer har været forsøgt. Resultaterne af sådanne xenotransplantationer er dog dårlige.

Behov. En analyse af behovet for nyretransplantationer er foretaget uafhængigt i forskellige lande og viser en forbausende god overensstemmelse. Ca. 200 personer pr. 1 million indbyggere dør årligt af kronisk nyresvigt. Næppe alle ville gavnles af transplantation, men behovet er næppe mindre end 75 pr. 1 million indbyggere pr. år.

Anvendelse af *dialyse* (»kunstig nyre«) til behandlingen af kronisk nyresvigt overflødiggør på ingen måde en videre udvikling af transplantationsteknikken. Dialyserede patienter er ikke fuldt så raske som patienter med et velfunge-

rende transplantat. Dialyserede patienter er afhængige af to gange ugentlig tilbagevendende ambulante behandlinger af 10-14 timers varighed og har derfor ikke den transplanterede patients bevægelsesfrihed. Personelt og økonomisk belaster dialysebehandling, som er en langtidsbehandling, sygehusvæsenet langt mere end transplantation, som er en eengangsbehandling.

På den anden side er der ingen tvivl om, at dialysebehandlingen fremdeles vil være et uundværligt supplement på de afdelinger, som foretager nyretransplantationer. Patienten kan forbehandles med dialyse og bringes i god tilstand før det operative indgreb, som transplantationen indebærer. Patienten kan efterbehandles med dialyse, **såfremt den** transplanterede nyre fungerer dårligt i den første tid efter operationen. Svinger den transplanterede nyre på et senere tidspunkt, kan patienten behandles med dialyse, og en ny transplantation forsøges. Dialysebehandling er således et sikkerhedsmoment af væsentlig betydning for den videre udvikling af transplantationsbehandlingen. **Hertil kommer** det forhold, at man, efterhånden som bestemmelsen af vævstyper bliver bedre, formentlig vil finde det nødvendigt at have et større antal patienter i dialysebehandling, som venter på, at en egnet nyre kan fremskaffes.

Det er derfor berettiget at konkludere, at en sikker og effektiv transplantation må være målet, men at dialysebehandling fortsat vil være et nødvendigt led i den udvikling, som fører frem til dette mål.

IV. Donorproblemet.

Ved transplantation af et væv eller et organ har været anvendt frivillige menneskelige donorer, lig og dyr.

Dyr.

I et forsøg på at undgå de vanskeligheder, som anvendelse af menneskelige, donorer og lig frembyder, har man prøvet at anvende dyr (f. eks. chimpanse). Resultaterne af sådanne xeno-transplantationer er dog meget dårlige. Til trods for at blodtransfusion har været anvendt i 40 år, og til trods for at der mange steder er betydelige praktiske vanskeligheder forbundet **med** at opnå et tilstrækkeligt antal bloddonorer, er det ikke lykkedes at finde frem til en teknik, som muliggør transfusion af dyreblood til mennesker. Det er, ifølge erfarne eksperter, yderligt usandsynligt, at problemerne omkring de

langt mere komplicerede transplantationer af væv og organer inden for en overskuelig årrække (om nogen sinde) vil kunne løses ved at anvende dyriske donorer. Man vil derfor i lang tid - måske altid - være henvist til at opnå væv eller organer til transplantation fra andre mennesker, enten levende donorer eller lig.

Levende menneskelige donorer.

Anvendelse af levende donorer er kun mulig, hvor det drejer sig om væv eller organer, som kan udtages uden betydende *risiko* for donors liv eller helbred.

Fra levende mennesker kan uden *langfristet risiko* kun udtages visse væv som f.eks. hud, knoglemarv og knoglestykker og af livsvigtige organer kun den ene nyre. Selv om de anførte væv kan udtages uden betydende langfristet risiko for donor, må det tages i betragtning, at enhver bedøvelse og operation indebærer en vis, omend ringe, *akut risiko* for legemsbeskadigelse eller dødelig udgang. Den psykiske belastning, som de pårørende og måske ikke mindst recipienten i et sådan tilfælde udsættes for, behøver næppe nærmere beskrivelse.

Spørgsmålet om absolut *frivillighed* er særdeles vigtigt. Transplantationsbehandling er allerede så velkendt, at en tvangssituation meget let kan opstå for familiemedlemmer til en patient, som behøver et transplantat, såfremt anvendelse af levende donor er den eneste akcepterede metode. Denne tvangssituation kan meget vel tænkes accentueret i takt med udviklingen af bedre metoder til vævstypbestemmelse, hvorved måske kun en enkelt person i den nærmeste familiekreds vil findes at være egnet som donor. Læger forsøger allerede i dag at træffe forholdsregler imod en sådan situation ved anvendelse af psykiatrisk assistance. Trods alle forsigtighedsforanstaltninger kan det dog næppe altid undgås, at anvendelse af levende donorer på kortere eller længere sigt vil medføre alvorlige problemer både for donor og recipient. Udviklingen af metoder til langvarig opbevaring af væv og organer i »banker (parallelt med vore dages »blodbanker«) vil muligvis i et vist omfang kunne løse disse problemer, idet man kan sikre sig en virkelig frivillig donor, uanset om hans egen type passer til den pågældende recipient. Den frivillige donor afleverer sit væv eller organ i »banken« mod, at der fra »banken« gives den patient, han vil hjælpe, et tilvarende væv eller organ af den bedst egnede vævstype.

En videreudvikling af transplantationsbe-

handlingen må, trods de anførte betæneligheder, have til forudsætning, at muligheden for transplantation fra levende, frivillige donorer ikke udelukkes, blandt andet fordi overførslen af helt frisk og sundt væv endnu er sikrere fra levende donor end fra et lig, fordi det formentlig endnu i nogen tid vil være lettere at finde en donor med egnet vævstype blandt de nærmest beslægtede, og fordi det måske på længere sigt kan vise sig vanskeligt at skaffe tilstrækkeligt væv alene fra lig. På den anden side vil en legalisering af transplantation fra levende, frivillige donorer aldrig tilgodesee behovet i dets fulde omfang, alene fordi en række væv og organer simpelt hen ikke kan opnås fra levende mennesker.

Lig.

På grund af de betæneligheder, som anvendelse af levende donorer frembyder - selv i situationer, hvor risikomomentet for donor er beskedent - har udtagelse af væv eller organer fra lig allerede i lang tid været gennemført, f. eks. ved transplantation af hud («split-skin») og nyrer.

Hertil kommer, at langtfra alle patienter vil være i den situation, at en egnet frivillig donor er forhånden.

Udtagelse af for eksempel en hornhinde eller en hel lunge kan kun foretages fra levende donor med betydelig invaliditet til følge, hvorfor hornhindetransplantationer næsten udelukkende har været udført med anvendelse af afdødes hornhinder, og de nyligt forsøgte lungetransplantationer alle er gennemført fra lig.

Transplantation af livsnødvendige organer, såsom hjerteklapper, hele hjerter, lever, tarm og bugspytkirtel, kan selvsagt *kun* udføres fra lig.

En videreudvikling af transplantationsbehandlingen må derfor nødvendigvis forudsætte mulighed for udtagelse af væv og organer fra lig i behandlingsøjemed.

Spørgsmålet om, efter hvilket kriterium dødens indtræden fastslås, bliver her af afgørende betydning, fordi visse væv og organer er meget følsomme for en fuldstændig afbrydelse af blodforsyningen, hvorfor fjernelsen af sådanne væv og organer i transplantationsøjemed må påbegyndes hurtigt efter dødens indtræden. Under tiden er det tillige nødvendigt, at der med kunstige midler forbigående opretholdes et blodomløb i organet eller i hele liget.

Hjernen indeholder både centre i hjernebar-

ken, som er sæde for bevidsthedslivet i bredeste forstand, og centre i hjernestammen, som sikrer cirkulation af iltet blod i organismen ved at regulere åndedræt (optagelsen af ilt i blodet) og hjertevirksomhed (cirkulationen af det iltede blod). Hjernens celler er - mere end nogen anden celletype i organismen - følsomme for iltmangel. Ophører cirkulationen af iltet blod, ødelægges hjernen omtrent omgående og før noget andet organ, og skaden er uoprettelig, fordi nerveceller ikke kan gendannes (regenerere).

Er etablering af en kunstig cirkulation af iltet blod med de til enhver tid til rådighed stående midler efter omstændighederne *ikke* mulig, vil enhver tilstand, som indebærer totalt ophør af åndedræt og hjertevirksomhed derfor være ensbetydende med død, uanset om den primære årsag til tilstanden ligger i hjernen, i lungerne eller i hjertet, og uanset om den tilgrundliggende tilstand er uoprettelig (reversibel). Under disse omstændigheder er en læges konstatering af tegnene: *ophævet hjernevirksomhed (reaktionsløshed)*, *ophævet åndedræt* og *ophævet hjertevirksomhed* — altså ophøret af de vitale funktioner - derfor de første sikre og uomtvistelige dødstegn (dødsriteriet).

Er omstændighederne omkring iagttagelse af tegnene ophævet hjernevirksomhed (reaktionsløshed), ophævet åndedræt og ophævet hjertevirksomhed af en sådan natur, at etablering af en cirkulation af iltet blod i organismen umiddelbart kan påbegyndes, vil denne behandling blive iværksat, blot der foreligger den mindste formodning om, at tilstanden er genoprettelig (reversibel). Den kunstige cirkulation af iltet blod vil med de til enhver tid til rådighed stående midler i alle tilfælde (hvor bedring ikke indtræder spontant eller ved behandling) blive fortsat, indtil der foreligger absolut sikkerhed for, at hele hjernen er gået uopretteligt til grunde. Der består i så fald ingen muligheder for genoplivning (resuscitation), og døden er indtrådt. Det tidspunkt, da det med sikkerhed er lægeligt konstateret, at hjernen fuldstændigt og uopretteligt er gået til grunde, og det er iagttaget, at spontan hjertevirksomhed og spontant åndedræt - som det i øvrigt vil være en følge heraf - fortsat ikke er til stede, er dødstidspunktet.

Den her givne beskrivelse af de første og uomtvistelige tegn på dødens indtræden er anerkendt alment af lægevidenskaben som sikkert bevis for død og må anses for at være i over-

ensstemmelse med den af De forenede Nationer til statistisk brug givne definition af døds-kriteriet: »Death is the permanent disappearance of all evidence of life at any time after live birth has taken place (post-natal cessation of vital

functions without capability of resuscitation), This definition therefore exclude foetal deaths.« (Handbook of vital statistic methods. United Nations, 1955, Series FN07).

KAPITEL 2.

Fremmed ret.

Finland.

Ifølge lag nr. 260 af 8. juli 1957 om anvendning av vävnader från avliden person för sjukvårdsändamål kan udtagelse af væv i transplantationsøjemed fra en afdød finde sted, når det er nødvendigt for at forbedre et sygt menneskes helbredstilstand. Vævsudtagelse må kun foretages på dertil godkendte sygehuse og kun, såfremt der ikke er grund til at antage, at afdøde har modsat sig, eller at hans nærmeste pårørende vil modsætte sig indgrebet. Indgreb må ikke finde sted, førend der er konstateret tydelige dødstejn. Over indgrebene skal føres protokol, hvori skal angives tidspunktet for dødsfaldet og dødsårsagen, såfremt denne kendes, samt navnet på den læge, der har konstateret dødens indtræden. Indgreb må ikke foretages på en sådan måde, at de kan indvirke på resultatet af en eventuel retsmedicinsk undersøgelse eller medicinsk obduktion.

Hospitalsobduktion kan i henhold til lag nr. 147 af 1. april 1953 om medicinsk obduktion som hovedregel kun foretages med samtykke af de pårørende. Det er en betingelse, at tydelige dødstejn er konstateret, og at der ikke skal foretages retsmedicinsk obduktion. Er dødsårsagen ukendt, eller er obduktion åbenbart nødvendig af hensyn til den almene sygdomsbehandling (»den allmänna sjuk- och hälsovården«), kan obduktion foretages med tilladelse fra lenslægen uden samtykke fra de pårørende, der dog såvidt muligt skal have haft lejlighed til at udtale sig.

Dødskriteriet er ikke fastsat i lov eller anden forskrift, men afgørelsen af, om døden er indtrådt, træffes af vedkommende læge.

Norge.

Der findes hverken lovbestemmelser om

transplantation eller om hospitalsobduktioner. Efter det for udvalget oplyste finder såvel hospitalsobduktioner som transplantation sted uden lov hjemmel.

Dødskriteriet er ikke fastsat i lov eller anden forskrift, men afgørelsen af, om døden er indtrådt, træffes af vedkommende læge.

Sverige.

I lag nr. 104 af 14. marts 1958 om tillvaratagande av vävnader och annat biologiskt material från avliden person bestemmes:

»1 §.

För behandling av sjukdom eller kroppsskada må vävnader och annat biologiskt material tillvaratagas från kroppen efter den, vilken avlidit å sjukhus eller såsom död införts dit.

Ingrepp, som nu sagts, må dock ej äga rum, om den avlidne eller nära anhörig till honom uttalat sig däremot, om ingreppet eljest kan antagas stå i strid med den avlidnes eller hans närastes tänkesätt eller om särskilda skäl äro mot åtgärden.

Ej heller må ingrepp, som avses i första stycket, äga rum om anledning finnes att antaga, att behov av rättsmedicinsk undersökning kan föreligga och resultatet därav skulle kunna äventyras genom ingreppet.

2 §.

Ingrepp, som avses i 1 §, må företagas endast på sjukhus, som Konungen bestämmer. Beslut om ingrepp skall fattas av överläkare eller lasarettsläkare vid sjukhuset.

Över ingrepp, som avses i 1 §, skal protokoll föras. Där i skola angivas tidpunkten för döds-

fallet och dödsorsaken, såvitt dessa förhållanden kunnat utrönas, samt den läkare, som konstaterat dödsfallet, och på vad sätt detta skett.

Konungen eller myndighet som Konungen bestämmer äger meddela de närmare föreskrifter som erfordras för tillämpningen av denna lag.«

Af lovens forarbejder fremgår, at en videre udvikling af transplationskirurgien i væsentlig grad var blevet hæmmet af svigtende tilgang af biologisk materiale, idet lægerne kun anså sig beføjet til vævsudtagelse m.v., såfremt enten afdøde eller dennes pårørende udtrykkeligt havde meddelt tilladelse dertil.

På denne baggrund og under hensyn til at der i flere lande gennem lovgivningen allerede — omend i begrænset omfang - var sikret lægerne biologisk materiale til transplationsoperationer, fandtes det nødvendigt også i Sverige at sikre grundlaget for denne særlige del af kirurgien.

Loven omfatter alene vævsudtagelse fra lig og kun til behandling af andet menneskes sygdom. Et forslag fra lægeside om udvidelse af lovens anvendelsesområde til tillige at omfatte vævsudtagelse til brug for den videnskabelige forskning vandt ikke tilslutning, idet man fandt, at der i sådanne tilfælde, der ikke er begrundet i et direkte behandlingshensyn, må kræves en udtrykkelig bestemmelse enten fra afdøde eller dennes pårørende.

Loven indeholder ikke nogen angivelse af, på hvilken måde dødens indtræden skal være konstateret; men afgørelsen overlades til vedkommende læge, der blandt andet skal indføre dødstidspunkt og den måde, hvorpå dødens indtræden er konstateret, i en særlig protokol.

Bestemmelse om indgreb træffes af vedkommende »överläkare eller lasarettsläkare«. Dette indebærer ikke, at selve indgrebet også skal foretages af disse læger, men de kan bemyndige andre ved sygehuset ansatte læger dertil.

I en i tilslutning til loven udfærdiget kongelig kundgørelse nr. 285 af 30. maj 1958 er det bestemt, at sporene efter indgrebet så vidt muligt skal slettes. Det er ikke nødvendigt, at selve transplationsoperationen finder sted på det sygehus, hvor transplantatet er udtaget, og den efterfølgende operation vil således kunne foretages på et hvilket som helst sygehus.

Bestemmelser om hospitalsobduktioner findes

i Sjukhusstadgan af 20. december 1940. Her- efter kan der, udenfor de tilfælde hvor retsmedicinsk undersøgelse skal finde sted, foretages hospitalsobduktion, såfremt dødsårsagen er ukendt. Hospitalsobduktion kan endvidere foretages, såfremt vigtige oplysninger om sygdommens karakter vil kunne tilvejebringes, og de efterladte ikke har modsat sig obduktion.

Belgien.

Der findes ikke lovbestemmelser om transplantation, men det antages, at en person kan meddele samtykke til, at der i hans levende live udtages væv m.v. med henblik på transplantation. På samme måde antages det, at udtagelse af væv m.v. kan finde sted fra en afdød, såfremt enten han selv eller hans slægtninge har samtykket deri.

Der findes ikke lovbestemmelser om hospitalsobduktioner. Dødsriteriet er ikke fastsat i lov eller anden forskrift.

England.

De gældende regler om vævsudtagelse m.v. findes i The Human Tissue Act af 27. juli 1961. Forud herfor fandtes alene regler om fjernelse fra lig af øjets hornhinde (The Corneal Grafting Act fra 1952).

The Human Tissue Act hjemler adgang til udtagelse af væv m.v. fra en afdøds legeme, ikke blot i transplationsøjemed, men også af hensyn til den lægevidenskabelige uddannelse og forskning.

Udtagelse af væv m.v. kan ske, såfremt der af afdøde er truffet bestemmelse herom. Sådant bestemmelse skal som hovedregel foreligge skriftlig. En mundtlig beslutning er kun gyldig, såfremt den er truffet under den sidste sygdom i overværelse af mindst 2 vidner. Afdøde kan begrænse adgangen til at foretage indgreb enten til bestemte organer m.v. eller til bestemte formål, f.eks. transplantation, forskning etc.

Når der foreligger en vil jestilkendegivelse som anført, er den, der er i lovlig besiddelse af liget - hospitalet hvis dødsfaldet er indtruffet dér - berettiget til at foranledige indgrebet foretaget i overensstemmelse med afdødes ønske.

Såfremt afdøde ikke har truffet bestemmelse om udtagelse af væv m.v., kan dette dog ske, når hans pårørende har truffet bestemmelse herom, eller den, der er i lovlig besiddelse af liget, efter foretagen undersøgelse skønner, at hverken afdøde eller hans efterlevende ægtefælle eller

slægtninge har haft eller kan tænkes at have indsigelser imod indgrebet.

Den læge, der skal foretage indgrebet på afdøde, skal ved personlig undersøgelse sikre sig, at døden er indtrådt, men der er hverken i denne lov eller i lovgivningen iøvrigt fastsat kriterier for dødens indtræden.

The Human Tissue Act fastsætter endvidere betingelserne for hospitalers adgang til at foretage obduktion. Disse er stort set sammenfaldende med betingelserne for indgreb i transplantationsøjemed m. v. Obduktionens formål skal ifølge loven være at fastslå dødsårsagen eller at undersøge forekomst eller nærmere karakter af unormale tilstande iøvrigt hos afdøde.

Det er en forudsætning såvel for udtagelse af væv m.v. som for foretagelse af hospitalsobduktion, at der ikke skal foretages retsmedicinsk undersøgelse af liget.

Frankrig.

I et dekret af 20. oktober 1947 er det bestemt, at obduktion og udtagelse af væv fra lig kan finde sted straks efter dødsfaldet på særlig godkendte sygehuse uden samtykke fra de efterlevende, såfremt videnskabelige eller sygdomsbehandlingsmæssige hensyn tilsiger det. Dødsfaldet skal fastslås af 2 af sygehusets læger, som skal anvende samtlige de af sundhedsstyrelsen godkendte metoder til at fastslå dødens indtræden, ligesom de skal udfærdige protokolmæssig beretning derom. Den ledende læge ved sygehuset skal i beretningen redegøre for indgrebet m.v. Selve dødskriteriet er ikke fastsat i nogen lovbestemmelse. De af sundhedsministeren godkendte kriterier er alene de af lægevidenskaben traditionelt opstillede kriterier: at både hjertevirksomhed og åndedræt er ophørt. I et cirkulære af 3. februar 1948 er givet visse supplerende bestemmelser om konstateringen heraf.

Holland.

Der findes ikke lovbestemmelser vedrørende transplantation.

Ifølge en lov om rådighed over lig kan obduktion, bortset fra de tilfælde, hvor der foreligger en særlig viljestilkendegivelse fra afdøde, alene finde sted med samtykke af de nærmeste pårørende, og kun i diagnostisk øjemed.

Dødskriteriet er ikke fastsat i lov eller anden forskrift, men afgørelsen af, om døden er indtrådt, træffes af vedkommende læge.

Irland.

Der findes ikke lovbestemmelser om transplantation.

Særligt om hornhindetransplantationer udtalte sundhedsministeren i 1961 i Parlamentet, at fjernelse af hornhinden på en afdød lovligt kan ske med samtykke af dennes slægtninge. Derimod er en testamentarisk disposition fra afdøde ikke i sig selv tilstrækkelig.

Der findes ikke bestemmelser om hospitalers adgang til obduktion, og obduktioner antages derfor alene at kunne ske med samtykke fra afdødes slægtninge.

Dødskriteriet er ikke fastsat i lov eller anden forskrift, men afgørelsen af, om døden er indtrådt, træffes af vedkommende læge.

Schweiz.

Lovgivningen vedrørende behandling af lig m.v. henhører under de enkelte kantoner.

Kun i kantonerne Vaud og Genève er der tilvejebragt lovhjemmel for indgreb på lig i transplantationsøjemed.

For så vidt angår Vaud bestemmer anordning af 13. september 1960, at udtagelse af væv m.v. af videnskabelige grunde eller i sygdomsbehandlingsmæssigt øjemed kan ske straks efter dødsfaldet på betingelse af, at en anden læge end den, der skal foretage indgrebet, har bekræftet, at dette er begrundet i ovennævnte hensyn, og at sporene efter indgrebet så vidt muligt udslettes.

For så vidt angår Genève bestemmer reglement af 30. december 1958 med ændringer af 8. juli 1964, at udtagelse af væv m.v. kan ske under iagttagelse af de særlige i loven fastsatte betingelser for obduktioner. I almindelighed kræves hertil samtykke fra et medlem af familien, men på visse nærmere udpegede hospitaler kan indgrebet foretages efter hospitalets bestemmelse, medmindre der fremkommer skriftlig indsigelse fra familiemedlemmer.

Der er kun i få kantoner gennemført regler om hospitalsobduktioner. Om de i Genève gældende regler henvises til det foran anførte. I Vaud træffes bestemmelse om hospitalsobduktion af kantonens embedslæge, der så vidt muligt skal indhente samtykke fra de pårørende.

Dødskriteriet er ikke fastsat i lov eller anden forskrift, men afgørelsen af, om døden er indtrådt, træffes af vedkommende læge.

U. S. A.

Lovgivning vedrørende behandling af lig

m.v. henhører under enkeltstaterne og er ikke koordineret.

I de stater, hvor lovregler findes, er det et gennemgående træk, at afdøde eller hans slægtninge kan træffe bestemmelse om udtagelse af væv til brug for transplantationsoperation eller om obduktion, samt at indgreb ikke må finde sted, såfremt der ikke foreligger sådan bestemmelse.

I stater, hvor direkte forskrifter ikke findes, antages det, at en person ikke kan udøve nogen rådighed over sit legeme efter døden. Afdøde kan derfor ikke træffe bestemmelse om indgreb i transplantationsøjemed eller om obduktion, men sådan bestemmelse vil kunne træffes af

hans pårørende. I nogle stater anses beføjelsen at ligge hos nærmeste efterlevende familiemedlem, i andre hos den, der har overtaget liget med ansvar for dets begravelse.

Dødskriteriet er ikke i nogen stat fastsat i lov eller anden forskrift, men afgørelsen af, om døden er indtrådt, træffes af vedkommende læge.

Østrig.

Der findes ikke lovbestemmelser om transplantation, men det er i administrative afgørelser antaget, at der tilkommer afdødes pårørende en beføjelse til at meddele samtykke til indgreb i transplantationsøjemed.

KAPITEL 3.

Udvalgets hovedsynspunkter.

I. Indledning.

Da det i særlig grad er debatten omkring *nyretransplantationerne*, der har givet anledning til udvalgets nedsættelse, har udvalgets overvejelser naturligt taget deres udgangspunkt i problemstillingen omkring disse indgreb. Fremstillingen af udvalgets hovedsynspunkter gives derfor foreløbig særlig med nyretransplantationer for øje. De fleste af de resultater, man her vil nå **til**, vil være umiddelbart anvendelige på andre transplantationer. Om visse undtagelser herfra gøres senere nogle bemærkninger.

I tilslutning til fremstillingen af hovedsynspunkterne redegøres for de retlige betragtninger, problemerne giver anledning til.

Som det fremgår af kapitel 1 og 2, er der landene over en udvikling i gang, der giver velbegrundede forventninger om, at transplantation af nyrer fra fremmed donor vil kunne give stadig sikrere og bedre resultater og dermed blive et virksomt led i behandlingen af patienter med ellers dødelig nyresygdom. Der har for udvalget ikke bestået tvivl om, at *denne udvikling må støttes fra retsordenens side*, så langt det er foreneligt med hensynet til dem, der - levende eller døde - kommer i betragtning som donorer, og disses nærmeste. Der har ligeledes været *fuld enighed i udvalget om de grænser for donorindgrebene*, som værnet om disse interesser vil gøre ufravigelige.

Udvalget har, som anført ovenfor side 5, fundet at burde inddrage problemerne også omkring anvendelsen af levende donorer ved transplantationsindgreb under overvejelserne. Muligheden for tilvejebringelse af transplantater fra nyligt afdøde vil næppe - ialfald ikke foreløbig - ophæve behovet for også at kunne anvende levende donor, og der består for de læger, der

arbejder med transplantation, også her tvivls-spørgsmål, som tiltrænger afklaring.

II. Transplantation fra levende donor.

A. Samtykke.

I hidtidig transplantationspraksis er man *giet* ud fra, at et samtykke fra en voksen, sjælsund person til, at en af hans nyrer udtages for i behandlingsøjemed at blive transplanteret til et andet menneske, giver retsgyldigt grundlag for, at lægen kan foretage indgrebet. Denne antagelse må også anses for at være i overensstemmelse med gældende dansk ret, sålænge indgrebet ikke er direkte livstruende for donor eller må ligestilles med en invalidering. Både risikoen ved selve det operative indgreb og den risiko, der knytter sig til at leve med kun een - iøvrigt rask - nyre, er efter foreliggende erfaringer så relativt ringe, at det må anses for at være med rette, når man hidtil har ment, at indgrebet lå indenfor, hvad der gyldigt kan gives samtykke til. ¹⁾

Dette må efter udvalgets opfattelse også være det principielle udgangspunkt i en lovgivning om spørgsmålet. Specielt findes der ikke grund til at gøre samtykkets gyldighed betinget af godkendelse fra nogen bestående eller særlig hertil oprettet instans. For visse kirurgiske indgreb af anden art, nemlig sterilisation og kastration, gælder det vel, at den pågældendes egen erklærede vilje ikke er tilstrækkelig - bortset fra tilfælde, hvor operationen sker på medicinsk indi-

1) Om samtykkes betydning ved indgreb, der ellers ville kunne være strafbare efter straffelovens bestemmelser om forbrydelse mod liv og legeme, kan henvises til Stephan Hurwitz: Den danske Kriminalret, Almindelig Del, 4. reviderede udgave ved Knud Waaben, side 212-13.

kation, altså som lægelig behandling af en lidelse - men at der skal foreligge tilladelse fra en særlig instans, hidtil justitsministeriet (ved sterilisation af åndssvage: det i medfør af lov nr. 171 af 16. maj 1934 nedsatte sterilisationsnævnet). Efter det den 7. december 1966 for folketinget fremsatte forslag til ny lov om sterilisation og kastration forbliver kompetencen ved kastration hos justitsministeriet, medens tilladelsen til sterilisation fremtidig foreslås henlagt til de i § 6 A i lovbekendtgørelse nr. 227 af 24. august 1956 om mødrehjælpsinstitutioner omhandlede samråd, der i forvejen har afgørelsen med hensyn til, om betingelserne foreligger for at imødekomme begæringer om indgreb til svangerskabsafbrydelse. Baggrunden, for at man på disse områder opretholder kravet om godkendelse fra en uafhængig instans, er imidlertid, at ønsket om de pågældende indgreb vil være begrundet i forskelligartede hensyn, som ikke er rent lægelige: personlige, økonomiske, sociale, eugeniske, ligesom der for kastrations vedkommende vil være tale om mere omfattende følger i biologisk henseende. Hensyn af denne art gør sig ikke på samme måde gældende ved indgreb i transplantationsøjemed, hvor det er en rent lægelig situation, der foreligger, selv om indgrebet på donor ikke vil være bestemt af noget behandlingshensyn over for ham selv. Der har i udvalget været enighed om, at afgørelsen af, om donors ønske kan lægges til grund, som hidtil må kunne træffes under ansvar af den læge, der skal foretage indgrebet. Man foreslår til gengæld, at indgrebet kun skal kunne foretages af læger, der er ansat på sygehuse, som sundhedsstyrelsen har godkendt hertil, jfr. nærmere herom nedenfor.

B. Frivillighed.

Et meget væsentligt problem er samtykkets absolutte frivillighed, jfr. herom kapitel 1, afsnit IV (side 11). Som dér anført, vil den foreliggende situation, specielt hvor donorproblemet har meldt sig i en lille familiekreds, hvor vævsbestemmelserne har udpeget nogle få eller måske kun en enkelt som egnet donor, kunne indebære et sådant faktisk pres på den eller de i betragtning kommende, at det kan være tvivlsomt, om man kan tale om egentlig frivillighed i beslutningen. Afgørelsen bliver her, til hvilken side den end falder, erfaringsmæssigt tit også meget tyngende for den implicerede læge.

Med henvisning til tvangsbetonede situationer af denne art har det i den almindelige debat

været fremført, at man - hvis anvendelsen af levende donor ikke helt kan afskæres - ialfald ved lov burde begrænse den til bestemte, ganske snævre familieforhold, navnlig mellem ægtefæller og fra forældre til børn. Udvalget har ikke ment, at sådanne tanker frembyder nogen tilfredsstillende løsning. Der er ingen sikker forholdsformodning for, at den biologisk bedst egnede donor skulle findes blandt de her nævnte familiemedlemmer, og blandt andet af den grund vil en afskæring af andre donormuligheder meget vel kunne skabe situationer, der vil føles helt uacceptable for de implicerede.

Man kommer efter udvalgets opfattelse ikke nærmere til løsningen af dette spørgsmål, end at det - som det med selvfølgelighed allerede er blevet tilfældet - vil være blandt dem, der står i første række for den læge, der skal tage stilling til, om indgrebet bør finde sted, og hvis lægelige ansvar over for den potentielle donor ikke er mindre end over for den patient, der skal modtage transplantatet. Mærker lægen blot nogen tvivl eller tøven bag det formelt meddelte samtykke, bør indgrebet ikke ske. I praksis er det overvejelser, hvori normalt flere læger er inddraget, hvilket stærkt vil formindske risikoen for ensidighed i vurderingen.

Nogle steder i udlandet har spørgsmålet om, hvorvidt frivilligt samtykke til donor-indgreb kan foreligge fra personer under institutionel anbringelse, f.eks. straffefanger, tiltrukket sig opmærksomhed. Der er formentlig nu almindelig enighed om, at transplantationsmateriale ikke bør tilvejebringes fra personer, der på en eller anden måde er berøvet deres personlige frihed, uanset om samtykkets formelle frivillighed iøvrigt er søgt sikret. At denne opfattelse vil møde uforbeholden tilslutning her i landet, anser udvalget for selvfølgeligt. Undtagelse vil formentlig kun kunne tænkes, hvor den pågældende står i meget nært familieforhold til vedkommende patient.

C. Habilitet m.v.

Mindstealderen for, at en person gyldigt kan meddele samtykke til et så væsentligt indgreb på sig selv til fordel for andre, bør efter udvalgets opfattelse sættes ved 21 år. Under særegne omstændigheder kan der dog foreligge så tungtvæjende grunde til at tillade en person under 21 år at være donor, at man har fundet det rigtigst at åbne mulighed for at fravige alderskravet. Herom henvises til udvalgets lovudkast § 1, stk. 2 (side 24) og bemærkningerne hertil (side 26).

Noget selvstændigt habilitetskrav med hensyn til »fornuftens fulde brug« er det fundet ufornødent at foreslå optaget i lovens tekst, jfr. herom bemærkningerne til udkastets § 1, stk. 3 (side 26), hvor dette spørgsmål er sat i forbindelse med den pågældendes evne til at forstå betydningen af de oplysninger, der meddeles ham under den lægevejledning, som efter lovudkastet skal gå forud for samtykkets meddelelse.

Om de øvrige spørgsmål, som specielt transplantation fra levende donor har givet anledning til at overveje, henvises i det hele til bemærkningerne til lovudkastets § 1.

III. Transplantation fra lig.

Der kunne stilles, og er blevet stillet, det spørgsmål, om sådanne transplantationer generelt skulle være betænkelige, fordi der kunne udvikle sig *uheldige psykiske reaktioner* hos patienter, der har modtaget væv fra lig. Hidtidige erfaringer giver ikke holdepunkter for, at der er grund til at nære frygt i den retning. Forholdet er åbenbart det, at den befrielse, patienten føler ved, som ved nyretransplantation, at se sig befriet fra en nær og ofte pinefuld død — eller, som f.eks. ved hornhindetransplantation, at have genvundet sin førlighed - i praksis får alle andre hensyn til at vige.

Hovedproblemerne ved transplantation fra lig samler sig iøvrigt om afdødes og hans nærmestes stilling til indgrebets foretagelse (samtykkeproblemet), og om det meget korte tidsrum efter dødens indtræden, der blandt andet ved nyretransplantationer står til rådighed til indgrebets udførelse, hvis organet ikke skal være blevet uanvendeligt på grund af manglende blodtilførsel (dødsriteriet).

A. Samtykkeproblemet.

1. Forudgående viljeserklæring.

Har en person *forud for sin død selv bestemt*, at hans nyrer eller andet væv efter hans død kan anvendes i transplantationsøjemed, vil samtykkeproblemet hermed være løst.

Efter gældende ret kan det ganske vist næppe fastlægges med sikkerhed i alle henseender, i hvilket omfang en person »ejer« sig selv, således at hans tilkendegivelse om, hvorledes der skal forholdes med hans lig, bliver retligt bindende for de efterladte. På et enkelt område, nemlig for så vidt angår ligbrænding, har lov-

givningen udtrykkelig fastsat, at den afdødes vil jestilkendegivelse herom ikke blot medfører, at ligbrænding lovligt kan ske, men også, at de efterladte har pligt til at drage omsorg for, at ligbrænding finder sted, jfr. lov nr. 162 af 18. april 1950 § 2, stk. 2.

For så vidt angår organ- og andre vævsudtagelser, finder udvalget det med det formål, en lovgivning herom skal tjene, alene fornødent i loven at fastslå det primære: at når vil jestilkendegivelse foreligger, vil indgrebet være lovligt, så vidt det dækkes af den udtalte vilje, jfr. lovudkastets § 2. Men man er iøvrigt af den opfattelse, at foreligger vil jestilkendegivelse fra en voksen og sjælsund person, og består der ingen rimelig tvivl om, at ønsket er opretholdt, har de efterladte også pligt til at lade afdødes ønske opfylde, såfremt der foreligger et behov, der kan dækkes derved.

Omvendt må efter udvalgets opfattelse også en bestemt tilkendegivelse fra afdødes side om, at han *ikke* ønsker sit legeme gjort til genstand for indgreb af denne art efter sin død, respekteres af de efterladte, således at disse ikke skal kunne *give* tilladelse til indgrebet i strid med afdødes vilje. Dette gælder med særlig klarhed, hvor afdødes ønske har været bestemt af hans religiøse opfattelse. Lovudkastet er affattet i overensstemmelse hermed, se udkastets § 3, stk. 2, hvorefter indgrebet ikke kan ske, »såfremt afdøde . . . har udtalt sig derimod«.

Medens således enhver udtalelse fra afdøde imod indgreb uanset udtalelsens form vil være til hinder, finder udvalget, at det positive ønske, der selvstændigt skal kunne lægges til grund for foretagelsen af et indgreb, bør foreligge skriftligt, og at den pågældende ved erklæringens afgivelse bør opfylde samme alderskrav, som gælder for samtykke til at være donor i levende live, altså være fyldt 21 år.

Den her foreslåede bestemmelse om vævsudtagelse i henhold til vil jestilkendegivelse tager kun sigte på indgreb, der skal foretages *efter* døden. En mulig tanke om, at man kunne komme uden om vanskelighederne ved at sikre organet, inden det er blevet uanvendeligt på grund af manglende blodtilførsel, derved, at nogle donorer muligvis var villige til at afgive erklæring om, at indgrebet f.eks. kunne indledes, når bevidtløshed var indtrådt forud for den sikkert forventede død, må efter udvalgets opfattelse afvises. En erklæring af denne art bør derfor heller ikke tages som gyldigt samtykke efter lovudkastets § 1 om indgreb i levende live.

2. Præsumer et samtykke.

I praksis vil udtrykkelige positive eller negative tilkendegivelser om de heromhandlede spørgsmål kun i meget få tilfælde være afgivet af den pågældende på eget initiativ. Ved principielt at opretholde et krav om udtrykkelig samtykkeerklæring fra afdøde selv ville der da skabes en tilstand, der let kunne føre til, at læger, herunder også sygehuslæger, mere eller mindre måtte se sig påført en pligt til at rejse spørgsmålet over for deres patienter, også uden at disse selv havde bragt det på bane. Dette må formentlig anses for uacceptabelt både af humane og lægeetiske grunde. Hertil kommer de praktiske vanskeligheder, der i mange tilfælde ville bestå ved i tide at få fastslået, om en patient, der måske er indlagt kort inden dødens indtræden, har eller ikke har afgivet sådan erklæring.

Med den forståelse, nutidens mennesker vil have af disse problemer, er det da også udvalgets opfattelse, at man kan tage udgangspunktet for en transplantationslovgivning i den antagelse, at langt de fleste ville stille sig positivt til, at organer og væv fra dem selv efter deres død kan anvendes til behandling af andre mennesker for alvorlige lidelser, såfremt spørgsmålet stilledes dem under forhold, hvor de i ro og uden bekymring for eget helbred kunne tage stilling dertil. Denne præsumerede indforståelse med indgrebet må falde, ikke blot hvor afdøde har udtalt sig derimod, men også hvor der iøvrigt foreligger sådanne oplysninger om hans livsopfattelse, at et indgreb må antages at være uforeneligt hermed. Der tænkes herved i første række på afdødes religiøse opfattelse. Det kan nævnes, at der efter de for udvalget foreliggende oplysninger ikke i den katolske kirkes lære vil være nogen almen hindring for sådanne indgreb, men at det - på samme måde som for medlemmer af folkekirken - vil være et personligt spørgsmål for den enkelte, om religiøse forestillinger skulle stille sig i vejen derfor. Derimod anses efter ortodoks mosaisk tro sådanne indgreb i legemet efter døden for utilladelige, omend den enkelte kan tænkes at indtage en afvigende stilling dertil. Og i modsætning til de tilfælde, hvor der foreligger udtrykkelig - positiv eller negativ - tilkendegivelse fra afdøde, må der her tillægges også erklæret eller formodet modstand imod indgrebet fra afdødes nærmeste selvstændig virkning som hindring for dettes foretagelse. Af noget lignende grunde, som taler imod at stille krav om ud-

trykkeligt samtykke fra afdøde, finder man, at der bør afstås fra krav om udtrykkeligt samtykke fra de nærmeste - et spørgsmål, hvorom forhandling i så fald måtte optages på et tidspunkt, hvor det menneske, der står dem nært, enten ligger for døden eller umiddelbart forinden er død.

Ud fra disse betragtninger er bestemmelsen i § 3 i udvalgets lovudkast affattet. Idet der med hensyn til enkelthederne iøvrigt henvises til bemærkningerne til denne bestemmelse, skal her endnu tilføjes, at den pligt, der pålægges lægen til i mangel af udtrykkelig tilkendegivelse at danne sig et skøn om afdødes eller hans nærmestes livsopfattelse, som det vil fremgå af det netop anførte, ikke indebærer, at han skal grunde sit skøn på en direkte udspørgen af patienten og hans pårørende, men der vil være tale om en vurdering på grundlag af lægens og afdelingens personales iagttagelser og samtaler med de pågældende i forbindelse med sygdomsbehandlingen. Resultater overvejelserne i en tvivl hos lægen, bør indgrebet ikke foretages.

Ved vurderingen af den foreslåede ordning må det bemærkes, at de i betragtning kommende indgreb kan udføres så skånsomt, og liget derefter bringes i en sådan stand, at intet i dets udseende skulle kunne krænke de efterladtes følelser.

I overensstemmelse med den svenske lov af 14. marts 1958 finder man, at vævsudtagelser, der finder sted uden hjemmel i udtrykkelig viljestilkendegivelse fra afdøde, bør begrænses til kun at gælde overførelse til andet menneske i behandlingsøjemed. Har afdøde selv tilkendegivet ønske om, at hans organer m.v., eventuelt hele liget, også skal kunne anvendes i videnskabeligt øjemed, åbner der sig naturligvis mulighed herfor, jfr. nedenfor under VI og lovudkastets § 2.

B. Dødskriteriet.

Det fremgår af den lægelige redegørelse i kapitel 1, afsnit IV (side 12), at der ikke vil - og ikke kan - blive spørgsmål om at lempe det almindeligt anerkendte døds-kriterium med henblik på indgreb i transplantationsøjemed. Dødens indtræden må være konstateret ved, at spontant åndedræt og spontan hjertevirksomhed er ophørt og hjernevirksomhed totalt og uopretteligt ophævet.

Selv om dette spørgsmål ikke har voldt udvalget tvivl, foreslås det ikke, at dette døds-kriterium formuleres i en lovregel. Som det fremgår

af fremstillingen i kapitel 2, er dette heller ikke sket i udenlandsk lovgivning. Om døden er indtrådt, er et spørgsmål om et biologisk faktum, som ikke i sig selv kan bestemmes ved en lovregel, endsiges ved administrative forskrifter, men må fastlægges på den måde, som til enhver tid lægevidenskabeligt alment anerkendes.

Ved lov kan derimod gives bestemmelser, som sigter på i givne relationer at fastlægge en sikkerhedsmargin efter det biologiske dødstidspunkt, inden der på den ene eller den anden måde disponeres med liget. Et eksempel på en sådan sikkerhedsregel er bestemmelsen i den endnu gældende ligsynslov nr. 2 af 2. januar 1871 § 1, stk. 2, om, at liget af den, der er død i sin seng, ikke må tages ud af sengen, inden i det mindste 6 timer er forløbet *efter* døden (d.v.s. efter det tidspunkt, de tilstedeværende efter forsvarligt skøn ud fra deres forudsætninger må anse døden for indtrådt). Bestemmelsen er udformet med henblik på det, ialfald dengang, hyppigst forekommende, at dødsfald skete i hjemmet, jævnlige på steder, hvor det var vanskeligt eller umuligt hurtigt at få læge tilkaldt. Den gælder også - og efterleves også - på sygehuse, når en patient dér dør i sin seng. Derimod gælder den efter sin ordlyd ikke, når patienten f.eks. dør på et operationsbord, og bestemmelsen savner i det hele direkte betydning og mening, hvor udtagelse af nyre til transplantation ofte vil være aktuel: hvor for eksempel hårdt trafikskadede, der er under intens lægebehandling, dør under behandlingen. 6-timers reglen vil derfor næppe blive gentaget i den hidtidige form i den nye ligsynslov, der er under forberedelse i udvalg, og den er specielt uanvendelig ved indgreb i transplantationsøjemed. Det fastslås derfor udtrykkeligt i lovudkastets § 10, stk. 2, at reglen ikke finder anvendelse ved disse indgreb.

En betemmelse, der tilsigter at »indbygge en sikkerhedsfaktor«, kan på det heromhandlede område på langt mere tilfredsstillende måde udformes i en forskrift om, at vævsudtagelse ikke må foretages af den læge, der har behandlet afdøde under hans sidste sygdom. Lægeetisk vil det på forhånd være en selvfølge, at behandlingen af en patient - herunder navnlig også udstrækningen af bestræbelser, som iværksættes med henblik på, om tilsyneladende ophørte livsfunktioner dog skulle dække over en trods alt reversibel tilstand - alene må bestemmes af, om behandlingen overhovedet kan antages at have videre formål for den pågældende, og aldrig vil

kunne afkortes af hensyn til en anden patients transplantationsbehov. Ved en bestemmelse om, at det skal være to forskellige læger - i praksis vil det jævnligst også være to forskellige sygehusafdelinger - der hver for sig har det fulde og udelukkende ansvar for sin patient, understreges, også udadtil, at de her nævnte hensyn aldrig kan sammenblandes.

Selv om selve dødkriteriet således ikke har fundet optagelse i lovudkastet, forudsætter udvalget, at sundhedsstyrelsen på den måde, der findes mest hensigtsmæssig, underretter de sygehuse m.v., der godkendes til foretagelse af transplantationsindgreb, om den opfattelse af dødkriteriet, som udvalget har anlagt.

IV. Andre spørgsmål vedrørende transplantation.

Under hensyn til indgrebenes karakter - og iøvrigt på linie med, hvad der er almindeligt i udenlandsk lovgivning - foreslår udvalget, at indgreb i transplantationsøjemed, hvad enten de finder sted fra levende donor eller fra lig, kun skal kunne foretages af *Iceger*, der er *ansat på sygehus eller lignende institution, som sundhedsstyrelsen har godkendt* til foretagelse af sådanne indgreb. Der bør på de godkendte sygehuse føres *særlig protokol* over alle disse indgreb.

Selv om det er nyretransplantationer, der særlig har givet anledning til, at spørgsmålet om lovgivning er blevet aktuelt, bør en lovmæssig regulering på området ikke begrænses hertil, men - således som spørgsmålet også rejstes i 1957 i Nordisk Råd og på samme måde som sket i den svenske og den finske lov - udstrækkes til at omfatte *al udtagelse af væv og andet biologisk materiale*, jfr. herved den lægelige redegørelse i kapitel I for, hvilke områder der herved berøres. Den godkendelse af de pågældende sygehuse, der udkræves fra sundhedsstyrelsen, vil kunne gives generelt for indgreb af alle de i praksis forekommende arter eller specielt for visse af de omhandlede organ- eller vævsarter, således at loven kan virke med fornøden smidighed inden for de vidt forskellige transplantationsområder, den vil omfatte. Visse indgreb må dog anses for så ubetydelige, således *udtagelse af blod, visse mindre vævsjermeiser*, f.eks. af mindre hudpartier, og - som det også forekommer i transplantationsøjemed - af tænder, at man har anset det for praktisk rigtigst at

holde dem helt *uden for lovens område*, jfr. udkastets § 9.

Den modstående yderlighed mødes i det spørgsmål, som også er blevet rejst, om organoverførelse kan tænkes at få så vidtrækkende omfang og virkning, at det kunne siges at berøre recipientens identitet. Ved de organtransplantationer, der indtil nu er inden for rækkevidde, er man meget langt fra dette problem. Spørgsmålet herom ville først melde sig, såfremt overførsel af hjernevæv, nærmere bestemt af de dele af hjernen, hvor personlighed, erindringsstof og tankevirksomhed udspiller sig, kom på tale. Et udtrykkeligt forbehold heroverfor i lovudkastet har udvalget fundet det uden praktisk betydning at optage. Der hersker formentlig overalt enighed om, at sådanne transplantationer, selv om de blev teknisk mulige - som spørgsmålet med nuværende viden og opfattelse må bedømmes — ligger udenfor, hvad der vil kunne foretages som lægegering.

V. Hospitalsobduktioner (sygehusobduktioner).

I forbindelse med udarbejdelsen af regler om indgreb i transplantationsøjemed har udvalget fundet det hensigtsmæssigt, at der samtidig sker fastsættelse af de betingelser, hvorunder de såkaldte hospitalsobduktioner kan foretages. Herunder falder dels undersøgelser til den nøjagtige bestemmelse af dødsårsagen, dels undersøgelser af betydning for kendskabet til den eller de sygdomme, hvoraf afdøde har lidt, eller til vurdering af den behandling, han har været underkastet. Disse obduktioner har hidtil været foretaget uden særlig lovhjemmel, men med støtte i justitsministeriets skrivelse nr. 395 af 5. december 1913 (optrykt som bilag 2) og er også i udlandet praktisk taget overalt anerkendt som et nødvendigt led i udøvelsen af lægegering. De adskiller sig ved deres formål fra de

såkaldte legale obduktioner, der finder sted i en række tilfælde, hvor et dødsfald giver anledning til politimæssig undersøgelse.

Når der nu foreslås lovgivning om indgreb på lig i transplantationsøjemed, har udvalget fundet det rettest, at disse hævdevundne og påkrævede undersøgelser af lig samtidig får lovhjemmel, og der er enighed mellem nærværende udvalg og det siddende udvalg til revision af ligsynsloven af 1871 om, at en bestemmelse herom naturligt finder plads i det lovudkast, der er udarbejdet af nærværende udvalg. Man henviser nærmere til udkastets § 4 og bemærkningerne dertil.

VI. Anvendelse af lig i videnskabeligt øjemed.

Udvalget har endelig fundet det hensigtsmæssigt som følge af sammenhængen med de øvrige af udvalget behandlede spørgsmål, hvorom der foreslås lovregler, at behandle spørgsmålet om anvendelse af lig i videnskabeligt øjemed på grundlag af vil jeserklæring herom.

Det har længe været den almindelige opfattelse, som allerede har fundet udtryk i kancelliskrivelse af 26. november 1833, at en voksen person er beføjet til at skænke sig til videnskabelig forskning, herunder eventuelt til anatomisk brug, og det forekommer stedse hyppigere, at sådan bestemmelse træffes.

Udvalget ser ingen betænkeligheder ved, at en skriftlig tilkendegivelse fra en person herom anerkendes som retsgyldig, når den pågældende på tidspunktet for erklæringens afgivelse må antages at have været i stand til at forstå dispositionen, og det må endvidere være klart, at denne vil jeserklæring bør have gyldighed uanset de efterlades stilling til spørgsmålet.

I overensstemmelse med det anførte foreslås i § 2 indføjet udtrykkelig hjemmel for den anførte disposition.

KAPITEL 4.

Udkast til lov om udtagelse af menneskeligt væv m.v.

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 21 år. Såfremt ganske særlige grunde taler derfor, kan indgreb dog foretages med samtykke fra en person under 21 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 dets art og samtykkegiverens helbreds-tilstand kan foretages uden nærliggende fare for ham.

§ 2.

Fra liget af den, som efter sit fyldte 21. 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 iøvrigt taler imod indgrebet.

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 iøvrigt 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 21. år skriftligt har givet samtykke til obduktion, eller afdødes nærmeste har givet sådant samtykke.

Obduktion m.v. efter § 4 må ikke finde sted, såfremt der skal foretages medico-legalt 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 sygehuse 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.

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 den.....

Stk. 2. Ved indgreb efter §§ 2, 3 og 4, stk. 3, 2. pkt., finder reglen i § 1, stk. 2, i lov om ligsyn ikke anvendelse.

§ 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 tilliger.

Bemærkninger til lovudkastet.

Lovudkastet fastsætter regler vedrørende udtagelse i transplantationsøjemed af væv og andet biologisk materiale, såvel fra levende donor (§ 1, jfr. §§ 6 og 9) som fra personer, der er afgået ved døden (§§ 2 og 3, jfr. §§ 5, 6, 7 og 9). I tilslutning hertil er der tilvejebragt udtrykkelig hjemmel for, at en person kan træffe bestemmelse om anvendelse af sit lig eller dele deraf til videnskabelig brug (§ 2, jfr. §§ 5, 6 og 7) samt givet bestemmelser om de såkaldte hospitalsobduktioner — sygehusobduktioner — (§ 4, jfr. §§ 5 og 9).

Udtrykket »væv og andet biologisk materiale« er valgt som det mest omfattende og svarer til det i svensk »lag om tillvaratagande av vävnader och annat biologiskt material från avliden person« (nr. 104 af 14. marts 1958)

anvendte. Herunder falder ikke blot hud, knoglevæv, hornhinder fra øjne, blodkar etc., men også organer såsom nyrer, lever, lunge og hjerte. Blandt de nævnte organer behersker transplantationskirurgien endnu kun overførelsen af nyrer fra et menneske til et andet; men en videre udvikling må, som det fremgår af den lægelige redegørelse i kapitel 1 (side 7 ff), påregnes, og det har derfor med anvendelsen af det nævnte vide begreb været hensigten at formulere en regel, der dækker også en kommende udvikling.

Det har ikke været tanken af afskære, at indgreb af ringe betydning, som, for så vidt angår levende donorer, ikke frembyder nogensomhelst reel risiko for den pågældende og derfor hidtil har kunnet foretages med dennes formløse samtykke, fortsat kan finde sted i overensstemmelse med sædvanlig lægelig praksis. Dette er f.eks. tilfældet med hensyn til udtagelse af blod og fjernelse af mindre hudpartier. I § 9 undtages derfor sådanne mindre indgreb fra lovens anvendelsesområde.

Til § 1.

Bestemmelsen tilvejebringer udtrykkelig hjemmel for, at en person med retsvirkning kan meddele samtykke til i levende live at stille sig til rådighed som donor ved en transplantationsoperation. Også uden udtrykkelig bestemmelse herom må det antages, at en person efter dansk ret kan meddele samtykke til, at væv og andet biologisk materiale i hans levende live udtages fra ham og overføres til et andet menneske, ialfald så længe indgrebet på donor ikke må ligestilles med en invalidering. Det må imidlertid anses for ønskeligt at fastslå lovligheden heraf og de betingelser, hvorunder det kan ske, i en lov, der ivotrigt indeholder bestemmelser om transplantation.

Om betydningen af at kunne anvende levende donor ved tilvejebringelse af biologisk materiale til transplantationsoperationer henvises til den lægelige redegørelse side 11f.

Bestemmelsen har kun situationen i donors levende live for øje. Betydningen af tilkendegivelser i testamente eller anden vil jesterklæring fra en person om, hvorledes han ønsker eller tillader, at der forholdes med organer eller andet væv efter hans død, afgøres efter reglerne i §§ 2 og 4, stk. 3.

Erklæringer, der tillader indgreb på dødslejet, f.eks. efter at bevidstløshed er indtrådt, ville vel falde ind under § 1, men bør ikke an-

vendes som grundlag for indgrebet efter denne bestemmelse. Hvad enten erklæringen er udfærdiget længere tid forud eller på selve dødslejet, vil der kunne bestå tvivl om, at den hviler på sådan forståelse af og overblik over forholdet, at den opfylder de krav, der i så henseende bør stilles, jfr. det nedenfor til stk. 3 bemærkede. Indgreb bør derfor i disse tilfælde udskydes, indtil døden er indtrådt.

I *stk. 1* fastslås, at den person, fra hvem der i levende live er spørgsmål om at udtage biologisk materiale til transplantation, skriftligt skal have meddelt samtykke til operationen. Kravet om, at samtykket skal være skriftligt, skyldes ud over bevisformålet hensynet til så vidt muligt at sikre, at det er meddelt efter moden overvejelse og under iagttagelse af reglerne i *stk. 2* og *3*.

Såfremt samtykke ikke er indhentet, vil den, der foretager indgrebet, gøre *sig* skyldig dels i overtrædelse af § 8, dels eventuelt i overtrædelse af straffelovens kapitel 25 om forbrudelser mod liv og legeme, særlig § 244 om legemskrænkelser og § 245 om legemsbeskadigelse. Ansvar efter § 18 i lov om udøvelse af lægegering nr. 236 af 9. august 1955 vil også kunne komme på tale.

Samtykke kan gives såvel med henblik på udførelse af transplantationsoperation på en bestemt person, f.eks. donors pårørende, som uden forudsætning herom, eventuelt således at transplantatet præserves med henblik på senere operation. På områder, hvor lægevidenskaben har fået eller i fremtiden vinder mulighed for sådan opbevaring af organer og andet væv, vil det efter omstændighederne lægeligt kunne være at foretrække, at en syg eller tilskadekommet behandles med præservede transplantat, og at den pårørende, der har stillet sig til rådighed som donor, samtykker i, at transplantatet fra h^{an} i stedet opbevares til senere brug for en anden. Udkastet stiller dog ikke krav om, at udtagelse af væv begrænses til sådanne udvekslingssituationer, men alene, at materialet anvendes til behandling af sygdom eller legemsskade hos mennesker.

Som det fremgår af de indledende bemærkninger, kan indgreb af ringe betydning, som ikke frembyder nogen reel risiko for donor, i overensstemmelse med sædvanlig lægelig praksis, foretages uden iagttagelse af de særlige betingelser i § 1, og således f.eks. også i videnskabeligt øjemed, når den pågældende formløst har erklæret sig indforstået hermed.

I *stk. 2* fastlægges de aldersmæssige betingelser for samtykkets gyldighed.

Som almindelig aldersgrænse er fastsat 21 år, idet personer under denne alder må antages ikke at være i besiddelse af den modenhed og åndelige udvikling, der er nødvendig for selvstændigt at tage stilling til betydningen af at indvilge i et operativt indgreb som det heromhandlede og til de følger, indgrebet vil kunne have.

Aldersgrænsen bør imidlertid næppe gøres helt ufravigelig. Der *kan* forekomme situationer, hvor der kan være meget stærke grunde for at imødekomme et ønske fra en person under den foreslåede aldersgrænse om at optræde som donor, f.eks. - som det allerede er forekommet i udlandet - i forholdet mellem eenæggede tvillingesøskende, hvor udsigterne til et godt resultat af en transplantationsoperation kan øges betydeligt, hvis tvillingen bliver donor, og hvor det ligefrem kan blive et spørgsmål af væsentlig psykisk betydning for den raske af de to søskende, at en aldersgrænse ikke hindrer ham heri. Med henblik på særegne tilfælde af denne og lignende art foreslås det derfor, at indgreb skal kunne foretages på grundlag af samtykke fra en person under 21 år, når samtykket er tiltrådt af værgen. Ved kravet om, at ganske særlige grunde skal tale for indgrebet, tilkendes det iøvrigt, at der i disse tilfælde består en ganske særlig pligt for vedkommende læge til, inden han foretager indgrebet, meget nøje at afveje dets betydning over for de betænkeligheder, som måtte knytte sig til det.

Da aldersgrænsen er fastsat til 21 år, foreslås værgen som den, der i alle tilfælde skal tiltræde samtykket, også for ugifte under 18 år, der efter myndighedsloven er undergivet forældremyndighed. I de fleste tilfælde vil værgen og forældremyndighedens indehaver iøvrigt være sammenfaldende.

I *stk. 3* foreskrives det, i lighed med bestemmelsen i sterilisations- og kastrationslovens § 3, at der forud for meddelelsen af samtykke af en læge skal gives den pågældende, d.v.s. donor, og i tilfælde, hvor værgens indforståelse kræves, tillige denne, oplysning om indgrebets beskaffenhed og følger samt om risikoen ved indgrebet. I forbindelse hermed pålægges det lægen at forvisse sig om, at den pågældende har forstået betydningen af de meddelte oplysninger. Kravet herom vil i almindelighed udelukke personer, der ikke er ved deres fornufts fulde brug, hvadenten dette skyldes sindssygdom, åndssvaghed eller andre årsager, fra at stille sig

til rådighed som donorer, ligesom det - udover den stærke begrænsning som følge af reglen i stk. 2 - helt afskærer modtagelse af samtykke fra børn til indgreb, som de efter deres alder og udvikling ikke kan antages at forstå betydningen af.

Det forudsættes, at donor samtidig med, at han modtager de her nævnte oplysninger, også orienteres om helbredelsesmulighederne hos recipienten.

Selv om det ikke udtrykkeligt er foreskrevet, vil den læge, der skal give oplysningerne, oftest - i hvert fald, hvor det drejer sig om indgreb af blot nogen betydning - være identisk med den læge, der skal foretage eller har ansvaret for indgrebets foretagelse. Lægen får herved mulighed for en vurdering af samtykkets baggrund og i det hele for en lægeligt forsvarlig vurdering af indgrebet.

Der er iøvrigt i denne forbindelse grund til at understrege, at det påhviler den læge, der modtager erklæringen, inden indgrebets foretagelse videst muligt at sikre sig, at erklæringen er udtryk for den pågældendes frit tagne og velovervejede beslutning. Lægen må herved have opmærksomheden henvendt på, om det af det foreliggende fremgår, eller der er grundet formodning om, at samtykke er givet mod betaling eller under omstændigheder, hvor den pågældende ikke har fri rådighed over sin person, og således kan have været under direkte eller indirekte pression. I sådanne tilfælde bør lægen ikke lægge samtykket til grund. Naturlig lejlighed til at danne sig et skøn over disse forhold vil lægen i reglen have i forbindelse med meddelelsen af de i udkastet foreskrevne oplysninger.

Bestemmelsen i *stk. 4* tilsigter at fastlægge den principielle grænse for, hvilke indgreb der med retsvirkning kan meddeles samtykke **til**. Indgreb vil herefter kun kunne ske, hvis det efter dets art og samtykkegiverens helbredstilstand kan foretages uden nærliggende fare for ham. Nærliggende fare består, hvis indgrebet efter en lægelig vurdering frembyder en risiko af anerkendelsesværdig betydning for donors liv, herunder for forkortelse af hans liv, eller for varig helbredsforringelse, men også muligheden af uheldige psykiske følger for donor må tages i betragtning. Bestemmelsen vil - hvor ikke individuelle helbredsforhold spiller ind - ikke hindre de stedfindende nyretransplantationer fra levende donor. Både selve risikoen ved det operative indgreb og den risiko, der kan

knytte sig til at leve med kun een - iøvrigt rask - nyre, er efter foreliggende erfaringer så forholdsvis ringe, at den ikke omfattes af stk. 4. På lægevidenskabens nuværende stadi vil bestemmelsen derimod stå som en hindring for udtagelse af et menneskes ene lunge i transplantationsøjemed, og den vil varigt danne — den selvfølgelig - hindring for, at et menneske skulle kunne samtykke i i levende live at opofre sig for en anden ved at lade organer som lever og hjerte udtage til transplantation.

Til §§ 2 og 3.

Bestemmelserne tilvejebringer udtrykkelig hjemmel for, at der kan udtages væv og andet biologisk materiale fra en afdød.

Det er en ufravigelig betingelse for udtagelse af biologisk materiale efter disse bestemmelser, at døden er indtrådt, og der indføres ikke et særligt, for disse tilfælde gældende, døds-kriterium, der afviger fra det døds-kriterium, som lægevidenskaben alment anerkender. Døds-kriteriet har ikke hidtil været fastsat ved lov, hverken herhjemme eller i fremmed ret, og da der er tale om et rent lægeligt spørgsmål, egner det sig ikke til at fastlægges i en lov. Den sikkerhed, som loven kan skabe, består i et krav om, at den læge, der har ansvaret for den døde under hans sidste sygdom, og som kommer til at konstatere dødstidspunktet, aldrig samtidig kan være behandlende læge for den, der skal modtage et eventuelt transplantat, jfr. herved § 7.

Til § 2.

Efter bestemmelsen kan den, som er fyldt 21 år, skriftligt træffe bestemmelse om, at væv og andet biologisk materiale kan udtages fra liget af ham, såvel til behandling af sygdom eller legemsskade hos andet menneske som til videnskabelig brug. Bestemmelsen vedrører således de tilfælde, hvor afdøde selv i levende live har disponeret over sit lig — helt eller delvis -, og den angår både råden i transplantationsøjemed, som iøvrigt er omhandlet i § 3, og råden med henblik på anvendelse af liget eller dele af liget til videnskabelig forskning, herunder eventuelt til anatomisk brug.

Beføjelse til at træffe bestemmelse herom haves utvivlsomt allerede efter gældende ret. Det forekommer ikke sjældent, at personer skænker sig til anatomisk brug efter deres død.

Når afdøde således selv i levende live har truffet bestemmelse om, hvorledes der skal forholdes med hans lig, bør denne viljestilkendegi-

velse have gyldighed uanset de efterlattes stilling til spørgsmålet. Der er heller ikke i denne situation, hvor der foreligger en udtrykkelig viljestilkendegivelse, trang til at omgærde den senere råden over liget med særlige betingelser, således som det er tilfældet, når der er tale om indgreb i henhold til § 3.

Udover kravet om skriftlighed foreskrives der ikke nogen form for de heromhandlede dispositioner, men enhver viljestilkendegivelse, afgivet efter det fyldte 21. år af en person, der på tidspunktet for erklæringens afgivelse må antages at have været i stand til at forstå dispositionen, er tilstrækkelig.

Til § 3.

Bestemmelsen vedrører vævsudtagelse m.v. fra afdøde, der ikke udtrykkeligt har meddelt tilladelse hertil.

Da kun få personer kan ventes i levende live at ville træffe dispositioner over deres lig, og da det ville frembyde betænkelighed at æske deres mening herom ved indlæggelse på hospital eller under den sidste sygdom, vil det være nødvendigt at fastlægge retstilstanden, hvor sådan bestemmelse ikke er truffet af afdøde selv.

Efter *stk. 1* er det på samme måde som efter den svenske lov af 14. marts 1958 en betingelse for udtagelse af væv m.v. i disse tilfælde, at formålet med udtagelsen er behandling af sygdom eller legemsskade hos andet menneske.

Det er ikke en forudsætning for anvendelse af bestemmelsen, at det udtagne biologiske materiale benyttes til en bestemt aktuel transplantationsoperation, men transplantatet kan præserveres til en senere operation, herunder eventuelt på et andet sygehus. Biologisk materiale til brug for videnskabelig forskning kan ikke tilvejebringes med hjemmel i denne bestemmelse, men alene efter reglerne i § 2 og i et vist omfang eventuelt efter § 4.

Bestemmelsen finder kun anvendelse med hensyn til lig af personer, som er døde på eller som døde er indbragt til sygehus eller lignende institution.

I *stk. 2* angives de tilfælde, i hvilke udtagelse af biologisk materiale i transplantationsøjemed fra lig ikke må foretages.

En tilkendegivelse fra afdøde om, at han ikke ønsker sådant indgreb foretaget, må ubetinget respekteres. Foreligger sådan tilkendegivelse ikke, må de efterlattes stilling til spørgsmålet blive afgørende, hvad enten den går i positiv eller negativ retning. Det må imidlertid anses for

urigtigt at lade den lovmæssige ordning af forholdet hvile på tilvejebringelse af udtrykkelig samtykke fra de efterlattede. Det måtte i så fald indhentes enten kort før eller umiddelbart efter dødens indtræden, og både praktiske, psykiske og etiske grunde taler imod at give en lovregel, der fremtvinger forhandlinger herom med de efterlattede på dette tidspunkt.

Det må anses for forsvarligt og rigtigt at tage udgangspunkt i en forudsætning om, at både afdøde selv og hans efterlattede — om de havde lejlighed og tid til at overveje spørgsmålet i ro - ville sanktionere et sådant indgreb, men således at denne forudsætning falder, så snart der er anledning til at formode, at den ikke er opfyldt.

Bestemmelsen i stk. 2 er affattet i overensstemmelse med dette synspunkt.

Enhver tilkendegivelse - mundtlig som skriftlig - fra afdøde eller hans nærmeste om, at de modsætter sig vævsudtagelse, er herefter til hinder derfor. En sådan, tilkendegivelse behøver naturligvis ikke at gælde vævsudtagelse i det hele taget, men kan være begrænset til forbud mod udtagelse af bestemte organer m.v.

Når indgreb endvidere udelukkes i tilfælde, hvor det må antages at stride imod afdødes eller hans nærmestes livsopfattelse, tænkes i første række på en religiøs eller etisk indstilling, som er uforenelig med indgreb af denne art. Enhver formodning, vedkommende læge måtte have eller få hertil, vil være af betydning for hans afgørelse af, om bestemmelsen er til hinder for en ønsket vævsudtagelse.

Særlige omstændigheder iøvrigt, som vil kunne være til hinder for vævsudtagelse, kan foreligge, hvor en udlænding dør her i landet, eller hvor afdøde ikke er identificeret.

De pårørende, der enten ved en udtrykkelig tilkendegivelse eller ved deres indstilling iøvrigt kan hindre, at de heromhandlede indgreb foretages, er beskrevet som afdødes »nærmeste«. Dette udtryk er anvendt blandt andet i straffeloven (se §§ 125, stk. 2, 141, stk. 2, 143, 216 og 290, stk. 2) og ved den ved lov nr. 149 af 21. april 1965 foretagne ændring af retsplejeloven (§ 171, stk. 2), og det må uanset sin lidt mere ubestemte karakter anses at give en rigtigere bestemmelse af den personkreds, der kan komme i betragtning end den stivere opregning af ægtefælle, forældre, børn eller søskende, som man tidligere jævnlig har anvendt ved afgrænsning af en pårørende-kreds. Udtrykket »nærmeste« omfatter i hvert fald ægtefælle,

slægtninge i lige linie og, alt efter de konkrete forhold, søskende; adoptivbørn vil som regel og plejebørn vil jævnligt være omfattet af reglen, og bestemmelsen vil efter omstændighederne, navnlig hvor afdøde ikke har efterladt ægtefælle, med hvem han har samlevet, forældre eller børn, kunne omfatte samlever, forlovede, slægtninge, som afdøde var nært knyttet til, samt nært besvogrede. Inden for den kreds, som herefter i det enkelte tilfælde må anses at udgøre afdødes nærmeste, må protest fra blot en enkelt normalt afskære indgrebets foretagelse.

Det forudsættes, at de i bestemmelsen omhandlede indgreb, således som det allerede nu er praksis ved obduktioner, udføres på en så skånsom måde som muligt, og at liget derefter bringes i en sådan stand, at de efterlades følelser ikke kan krænkes.

Til § 4.

Bestemmelsen vedrører de såkaldte hospitalsobduktioner (sygehusobduktioner), d.v.s. obduktioner i lægevidenskabeligt øjemed. Herunder falder dels undersøgelser til den nøjagtige bestemmelse af dødsårsagen, dels undersøgelser af betydning for kendskabet til den eller de sygdomme, hvoraf afdøde har lidt, eller til vurdering af den behandling, han har været underkastet.

Sygehusobduktionerne har hidtil været foretaget efter forskrifterne i justitsministeriets skrivelse nr. 395 af 5. december 1913 (optrykt som bilag 2). Det findes rettest i forbindelse med en lovgivning om vævsudtagelse m.v. til lige at give udtrykkelige regler om sygehusobduktioner. Der tilsigtes ikke herved nogen ændring af den hidtil praktiserede ordning, der stemmer med retstilstanden i en række lande, hvor sygehusobduktionerne ligesom her i landet er akcepteret som nødvendige for udøvelse af lægegeringen.

Efter *stk. 2* gælder samme undtagelser fra adgangen til sygehusobduktion som med hensyn til vævsudtagelse m.v. i transplantationsøjemed efter § 3, *stk. 2*.

Selv om det af lægelige grunde er af væsentlig betydning, at obduktion kan iværksættes snarest muligt efter dødens indtræden er det - i lighed med hvad der er tilfældet efter justitsministeriets ovennævnte skrivelse - fundet påkrævet at fastsætte en frist, inden for hvilken de pårørende vil kunne modsætte sig obduktion. Denne frist foreslås fastsat til 6 timer, efter at nærmeste pårørende, hvis opholdssted kendes,

er underrettet om dødsfaldet. Fristens nedsættelse fra de nugældende 12 timer til 6 timer imødekommer et væsentligt lægeligt behov og findes forsvarlig på baggrund af nutidens forbedrede kommunikationsmidler.

Til § 5.

I bestemmelsen foreskrives, at obduktion m. v. efter § 4 ikke må finde sted, såfremt der skal foretages medico-legalt ligsyn eller legal obduktion. Det samme gælder udtagelse af væv m.v. efter §§ 2 og 3. I disse sidstnævnte tilfælde kan indgreb dog foretages, hvis vedkommende læge - hvilket sædvanligvis vil være den sidst behandelende læge - skønner, at indgrebet er uden betydning for resultatet af den retsmedicinske undersøgelse.

Til § 6.

Udtagelse af væv efter §§ 1-3 må kun foretages af læger, der er ansat på sygehuse eller lignende institutioner, som sundhedsstyrelsen har godkendt dertil. Som sådanne institutioner kan navnlig de til universiteterne knyttede retsmedicinske institutter komme på tale. Et krav om godkendelse er almindeligt i fremmed ret og må ses i sammenhæng med indgrebenes karakter. Det forudsættes, at godkendelsen gives til sygehuse eller sygehusafdelinger ved vedkommende overlæge, således at indgreb må foretages af denne personligt eller efter hans bestemmelse af en anden til afdelingen knyttet læge. Bestemmelsen indeholder ikke nogen begrænsning med hensyn til de sygehuse, hvor selve transplantationsoperationen kan foretages, hvilket særligt vil kunne få betydning, efterhånden som mulighederne for præservering forbedres. Bestemmelsen åbner mulighed for, at de pågældende læger kan foretage indgrebene på andre sygehuse m.v. end dem, hvor de er ansat.

Godkendelse kræves ikke i tilfælde, hvor et lig, der er skænket til videnskabelig brug, anvendes i undervisningsøjemed på universiteternes anatomiske institutter.

Til § 7.

Om bestemmelsen, hvorefter den læge, der har behandlet afdøde under hans sidste sygdom, ikke må være identisk med den læge, der foretager transplantationsoperationen m.m., henvises til de indledende bemærkninger til §§ 2 og 3.

Til § 8.

Indgreb i tilfælde, hvor lovens betingelser herfor ikke er opfyldt, straffes med bøde, medmindre strengere straf er forskyldt efter den øvrige lovgivning. Der vil efter omstændighederne tillige kunne foreligge en overtrædelse af § 18 i lov om udøvelse af lægegerning nr. 236 af 9. august 1955, hvori er foreskrevet straf af bøde eller hæfte. For så vidt der, uden at samtykkereglerne i § 1 er iagttaget, foretages vævsudtagelse m.v., på en levende donor, vil den, der foretager indgrebet, efter omstændighederne - ud over efter § 8 - være strafskyldig efter straffelovens kapitel 25 om forbrydelser mod liv og legeme, særlig § 244 om legemskrænkelser og § 245 om legemsbeskadigelse.

Til § 9.

Bestemmelsen undtager fra lovens område udtagelse af blod, fjernelse af mindre hudpar-

tier samt andre mindre indgreb, der ganske må ligestilles hermed. Om disse indgreb, hvoraf udtagelse af blod i transfusionsøjemed er det vigtigste, gælder, at de, for så vidt angår levende donorer, ikke frembyder nogensomhelst reel risiko for den pågældende, hvorfor de hidtil har kunnet foretages med dennes formløse samtykke. Denne retstilstand findes at burde opretholdes, således at indgreb af denne art fortsat kan finde sted i overensstemmelse med sædvanlig lægelig praksis.

Til § 10.

Til stk. 2. Det vil hyppigt være en lægelig nødvendighed, at de i bestemmelsen omhandlede indgreb foretages hurtigt efter døden. Ligningslovens 6-timers regel ville derfor, hvis den opretholdtes i disse tilfælde, udgøre en væsentlig hindring for indgrebenes foretagelse.

Medlemsförslag i Nordisk Råd til lov om transplantation.

Medlemsförslag (fra Anders Pettersson og Mauri Ryömä) på Nordisk Råds 5. session, februar 1957, om ensartet nordisk lovgivning om transplantation.

Forslaget ledsagedes af følgende lovudkast:

Föreligger vid undervisningssjukhus eller lasarett behov av biologiskt material för terapeutiskt ändamål, må sådant tillvaratagas från kroppen efter den som avlidit å sjukhuset eller som död införts dit.

Förfarande som nu sagts må ej äga rum, om det finnes anledning antaga att behov av rättsmedicinsk undersökning föreligger beträffande sådan del av kroppen, att resultatet av undersökningen genom åtgärden skulle äventyras. Ej heller må så förfaras, om anledning finnes antaga, att den avlidne uttryckt önskan om att dylikt förfarande icke skall äga rum, eller om det är sannolikt, att anhörig skulle göra invändning däremot.

Förrättning som avses i denna lag skall utföras av överläkare (lasarettsläkare) vid sjukhuset eller annan läkare, som därtill erhållit uppdrag av den förre.

Över förrättning skall föras protokoll, vari skall angivas tidpunkten för dödsfallet och dödsorsaken, såvitt dessa kunnat utrönas, så ock vilken läkare, som konstaterat dödsfallet. I övrigt ankommer det på medicinalstyrelsen att meddela närmare föreskrifter om vad protokoll som här avses skall innehålla.

Bryter någon mot bestämmelserna i denna lag, straffas, där ej förseelsen eljest är belagd med straff, med dagsböter.

4 5

De ytterligare föreskrifter, som må finnas erforderliga för tillämpningen av denna lag, meddelas av Konungen eller, efter Konungens bemyndigande, av medicinalstyrelsen.

Kommentar till lagförslaget.

I och för sig skulle hinder ej föreligga att i rubriken använda den i 1 § av lagförslaget använda beskrivningen av ifrågavarande förfarande, nämligen »tillvaratagande af biologiskt material från avlidne person«. Det synes emellertid önskvärt att lagen erhåller kortast möjlig rubrik. I ordet transplantation - som är att förredraga framför det längre »homolog transplantation« - inlägges härvid betydelsen av operativt överförande av levande vävnad. Rent logiskt kan mot den valda rubriken anföras, att lagen egentligen inte avser transplantation, utan den förberedelse till transplantation, som ligger i anskaffandet av därför erforderlig vävnad. Denna befogade invändning torde dock ha mindre tyngd än önskemålet att finna en kort rubrik.

1 §

Behov av rätt att tillvarataga biologiskt material föreligger endast vid de sjukhus, där specialutbildade läkare inom de berörda ämnesområdena är anställda. Befogenheten har därför i förslaget knutits till lasarett och sådana undervisningssjukhus, som icke är lasarett. Ur medicinsk synpunkt föreläge intet hinder mot en ytterligare begränsning, t.ex. til de större lasaretten, centrallasaretten, om så ansåges önskvärt, men en dylik inskränkning torde knappast erbjuda några fördelar.

Då det är angeläget att kretsen av dem, från vilka material får tillvaratagas, icke göres alltför inskränkt, föreslås inte blott den som avlidit

å sjukhus utan även till sjukhus införda lik må tjäna som objekt. Större delen av denna kategori torde för närvarande vara offer för trafikolyckor.

Enligt gällande bestämmelser - 23 § 1 mom.

14) sjukhusstadgan — må liköppning endast äga rum om läkare »ej finner anledning till antagande, att behov av rättsmedicinsk undersökning föreligger«. Samma regel bör av rättssäkerhetsskäl gälla även beträffande tillvaratagande av biologiskt material. Hinder för sådant förfarande bör dock ej föreligga, om tillvaratagandet avser sådan kroppsdel eller sådant organ, att resultatet av den rättsmedicinska undersökningen icke skulle äventyras genom åtgärden. Beträffande personer, som avlidit å sjukhuset, torde vederbörande läkare inte ha några svårigheter att avgöra, huruvida anledning finnes att verkställa rättsmedicinsk förrättning. Det är för övrigt läkaren som jämligt 23 § 1 mom. 15) sjukhusstadgan i första hand har att påkalla sådan förrättning. I övriga fall erbjuder detta givetvis större svårigheter, varför man måste räkna med att det förhållandevis ofta kommer att bli omöjligt att utnyttja lagens möjligheter i dessa fall, åtminstone där snabbt ingrepp erfordras.

Ehuru läkarna säkerligen även utan formlig föreskrift skulle respektera en avliden persons uttalade önskan om att icke bli föremål för åtgärd enligt lagen, synes det likväl lämpligt, att detta uttryckligen angives.

Även anhörigas önskemål böra respekteras. Det bör vara tillräckligt, att det är sannolikt att anhöriga skulle göra invändning mot förfarandet, för att sådant skall vara uteslutet.

Endast material, som är fritt från påvisbara sjukliga förändringar, är användbart för terapeutiskt ändamål. Det finns dock ingen anledning att behandla detta i lagen.

Självfallet bör förrättning, varom nu är fråga, utföras endast av läkare, som allsidigt kan bedöma, huruvida ett tillvaratagande är påkallat.

Rätten bör därför begränsas till överläkare och lasaretsläkare. Dessa böra dock äga delegera befogenheten åt annan läkare, som de finna lämpliga för uppgiften.

Ur flera synpunkter synes det lämpligt, att protokoll föres över förrättningar, varom här är fråga. Det torde kunna uppdragas åt medicinalstyrelsen att närmare föreskriva vad protokollet skall innehålla.

4 §

Möjligen bör i tillämpningsföreskrifter angivas, på vad sätt den avlidne skall visas tillbörlig pietet; kroppen bör exempelvis ej uppvisa några efter svepningen synliga märken efter ingreppet.

Behandlingen af forslaget sluttedes i Nordisk Råd med tiltrædelse af et forslag fra Rådets socialpolitiske udvalg, hvori udtaltes:

»... Utskottet vill starkt understryka betydelsen av den viktiga medicinska verksamhet, som homolog transplantation utgör, och vill därför uttrycka önskvärldheten av att man i de olika länderna stöder den verksamhet som transplantation innebär genom att vidtaga de åtgärder, som vid varje tidpunkt kunna anses erforderliga för att säkra tillgången på nödvändigt biologiskt material. Det är enligt utskottets mening angeläget att regeringarna inom varje land för sig med uppmärksamhet följa denna fråga. Utskottet anser sig emellertid icke nu kunna taga ställning till i vad mån en samordnad lagstiftning angående transplantation är erforderlig och är därför ej berett att på sakens nuvarande ståndpunkt föreslå någon rekommendation i saken.

Under hänvisning till det anförda får utskottet hemställa,

att forslaget utöver ovannämnda uttalande icke måtte föranleda någon rådets åtgärd....«

Justitsministeriets skrivelse nr. 395 af 5. december 1913
til Sundhedsstyrelsen.

Justitsministeriet fastsætter herved følgende Regel for, under hvilke Betingelser det er tilladt at foretage Obduktion af Lig af Personer, der er afgaaet ved Døden paa Hospitaler og Sygehuse.

Bortset fra Forhold, for hvilke der i Lovgivningen er truffet særlige Bestemmelser, maa der, naar en Patient paa et Hospital, Sygehus, Sanatorium, Klinik eller en anden Anstalt med lignende Formaal eller i en Stiftelse er afgaaet ved Døden, i intet Tilfælde, hvor Hospitalet, Anstalten eller Stiftelsen er i Besiddelse af Oplysning om nogen af den afdødes Slægtninges eller Paarørendes Opholdssted, foretages Obduktion af Liget, forinden der paa sædvanlig betryggende Maade er givet de paagældende

Underretning om Dødsfaldet, og disse enten har givet deres Samtykke til Obduktionen, eller der er forløbet et Tidsrum af 12 Timer fra det Tidspunkt at regne, da Meddelelsen om Dødsfaldet maa antages naaet til de paagældende.

De i Kancelliskrivelse af 30te November 1843 indeholdte Bestemmelser for Obduktion af Lig af Personer i de saakaldte Stiftshospitaler og andre Alderdomsstiftelser hæves.

Hvilket man under Henviisning til Sundhedsstyrelsens Skrivelse af 18de Juni d. A. herved skal meddele til Efterretning og videre Bekendtgørelse for Bestyrelserne for samtlige Hospitaler, Sygehuse, Sanatorier, Kliniker og Anstalter med lignende Formaal.

