

Regeringens proposition

1986/87:79

med förslag till lag om dödens inträde, m. m.

Prop.
1986/87:79

Regeringen föreslår riksdagen att anta de förslag som har tagits upp i bifogade utdrag ur regeringsprotokollet den 22 januari 1987.

På regeringens vägnar

Ingvar Carlsson

G. Sigurdson

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen föreslås en lag om dödens inträde. En människa är död när hon totalt och oåterkalleligt har förlorat all förmåga att förena och samordna kroppens funktioner – fysiska och psykiska – till en fungerande enhet. Detta inträffar enligt den föreslagna lagen när alla funktioner i stora hjärnan, lilla hjärnan och hjärnstammen totalt och oåterkalleligt har fallit bort. En läkare skall, i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, fastställa att döden har inträtt.

En människa skall förklaras död när andning och blodcirkulation upphört och stilleståndet varat under så lång tid att hjärnans samtliga funktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort. Mer än 99 % av alla dödsfall kommer att fastställas på detta vis.

Upprätthålls andning och blodcirkulation på konstgjord väg, skall en människa förklaras död när läkaren på direkt väg – genom en undersökning av hjärnan – kan konstatera att alla hjärnfunktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort. Det är bara i dessa fall – när en patient som vårdas med respirator drabbas av total hjärninfarkt – som det är aktuellt att tillämpa direkt hjärnrelaterade dödsriterier. Det rör sig om några hundra fall om året. Socialstyrelsen förutsätts meddela allmänna råd om dödsriterierna och de undersökningsmetoder som skall användas för att konstatera att döden inträtt.

Dödsbegreppet skall gälla vid tillämpning av bestämmelser i lagar och andra författningar som tillägger en människas död rättslig betydelse. Det skall också gälla i medicinsk praxis. I den föreslagna lagen anges inte vilka rättsliga följder i övriga hänseenden ett dödsfall får. Detta framgår liksom tidigare av andra författningar.

När döden inträtt bör samtliga medicinska åtgärder upphöra. Under en kortare tid får dock andning och cirkulation upprätthållas för att möjliggöra eller underlätta ett transplantationsingrepp eller för att rädda livet på ett väntat barn.

I transplantationslagen föreslås en viss skärpning av reglerna om samtycke vid donation av organ. En förutsättning för att ett transplantationsingrepp skall få ske skall vara antingen att den avlidne under sin livstid skriftligen medgett detta eller uttalat sig för sådant ingrepp eller att det av andra skäl finns grundad anledning anta att ingreppet skulle vara i överensstämmelse med hans uppfattning. Råder oklarhet om den avlidnes inställning får ingrepp göras endast om nära anhörig medger det. Framkommer oenighet mellan nära anhöriga får ingrepp inte göras.

De nya bestämmelserna föreslås träda i kraft den 1 januari 1988.

1 Förslag till

Lag om dödens inträde

Härigenom föreskrivs följande.

1 § Vid tillämpning av bestämmelser i lag eller annan författning som tillskriver en människas död rättslig betydelse skall gälla att en människa är död när hjärnans samtliga funktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort.

2 § Det ankommer på läkare att i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet fastställa att döden har inträtt.

Detta skall ske, om andning och blodcirkulation upphört och stilleståndet varat så lång tid att det med säkerhet kan avgöras att hjärnans samtliga funktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort.

Upprätthålls andning och blodcirkulation på konstgjord väg, skall dödens inträde i stället fastställas, om en undersökning av hjärnan med säkerhet visar att hjärnans samtliga funktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort.

3 § Om dödförklaring i vissa fall finns bestämmelser i 25 kap. ärvdabalken.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1988.

Lag om ändring i transplantationslagen (1975:190)

Härigenom föreskrivs i fråga om transplantationslagen (1975:190)
dels att 8 § skall upphöra att gälla,
dels att 7 § skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Ingrepp som avses i denna lag får *företagas* på avliden person om denne under sin livstid skriftligen har *medgivit* detta.

Även utan medgivande enligt första stycket får organ och annat biologiskt material *tagas* från avliden person, om *icke* den avlidne eller nära anhörig till honom har uttalat sig *emot det* eller ingreppet *eljest kan antagas stå i strid med den avlidnes eller nära anhörigs* uppfattning.

Föreslagen lydelse

7 §

Ingrepp som avses i denna lag får *företas* på *en* avliden person, om denne under sin livstid skriftligen har *medgett* detta.

Även utan medgivande enligt första stycket får organ och annat biologiskt material *tas* från *en* avliden person, om den avlidne har uttalat sig *för sådant ingrepp* eller om *det av andra skäl finns grundad anledning anta att ingreppet skulle vara i överensstämmelse med hans uppfattning. Råder oklarhet om den avlidnes inställning, får ingrepp företas om nära anhörig medger det. Framkommer oenighet mellan nära anhöriga får ingrepp inte göras.*

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1988.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde 1987-01-22

Närvarande: statsministern Carlsson, ordförande, och statsråden Feldt, Sigurdsen, Gustafsson, Leijon, Hjelm-Wallén, S. Andersson, Bodström, Göransson, Gradin, Dahl, R. Carlsson, Holmberg, Hellström, Johansson, Hulterström, Lindqvist, G. Andersson, Lönnqvist

Föredragande: statsrådet Sigurdsen

Proposition med förslag till lag om dödens inträde, m.m.

1 Inledning

I Sverige gäller sedan lång tid tillbaka att en människa anses död när hennes hjärt- och andningsverksamhet har upphört varaktigt. När döden skall anses ha inträtt regleras dock inte i lagstiftningen utan grundas på medicinsk praxis. En särskild utredare, hovrättslagmannen Erland Aspelin, tillkallades i juli 1982 för att utreda frågan om "nuvarande dödsbegrepp bör bibehållas eller om ett hjärndödsbegrepp bör införas". I december 1984 överlämnade utredningen, som antagit namnet utredningen om dödsbegreppet, huvudbetänkandet (SOU 1984:79) Dödsbegreppet jämte bilagor (SOU 1984:80).

Betänkandet har remissbehandlats. Till protokollet i detta ärende bör fogas dels utredningens sammanfattning av betänkandet som *bilaga 1*, dels de lagförslag som läggs fram i betänkandet som *bilaga 2*, dels en förteckning över remissinstanserna och en inom socialdepartementet gjord sammanställning över remissyttrandena som *bilaga 3*.

Regeringen beslutade den 18 december 1986 att inhämta lagrådets yttrande över inom socialdepartementet upprättade förslag till lag om dödens inträde och lag om ändring i transplantationslagen (1975:190). Lagrådet har lämnat förslagen utan erinran. Lagrådets yttrande bör fogas till protokollet i detta ärende som *bilaga 4*. Vissa språkliga och redaktionella ändringar har i propositionen gjorts i 2 § förslaget till lag om dödens inträde och 7 § förslaget till lag om ändring i transplantationslagen (1975:190). Jag återkommer till ändringarna i specialmotiveringen till dessa bestämmelser.

2 Allmän motivering

2.1 Bakgrund

I den svenska lagstiftningen finns inga regler som anger när döden anses inträda. Frågan har inte heller tidigare utretts i hela sin vidd. I medicinsk

praxis har det emellertid ansetts att en människa är död när hennes hjärt- och andningsverksamhet har upphört varaktigt.

Att dödens inträde har knutits till upphörd hjärt- och andningsverksamhet beror på flera omständigheter. När dessa döds-kriterier började tillämpas för flera hundra år sedan visste man av erfarenhet att en människa som inte längre andades och vars hjärta hade stannat också hade upphört att leva. Ett hjärta som en gång slutat att slå kunde på den tiden inte fås att arbeta på nytt.

Efter hand har kunskaperna ökat om den fysiologiska bakgrunden till att hjärt- och andningsstillestånd leder till död. Numera känner vi till att hjärtstillestånd och upphörd andning inom mycket kort tid (ca 15–20 minuter) leder till att hjärnan dör helt och att det i själva verket är detta som är förklaringen till att livet inte går att rädda. Men vi vet också att hjärt- och andningsverksamheten upphör när hjärnans funktioner faller bort.

Varaktigt hjärt- och andningsstillestånd är ett enkelt och lätt konstaterbart tecken på att hjärnans funktioner har upphört. Det har därför varit naturligt och problemfritt att hålla fast vid detta sätt att fastställa dödets inträde och det har inte funnits anledning att ifrågasätta det.

Framstegen inom intensivvården har dock under de senaste årtiondena lett till en situation där hjärtrelaterade döds-kriterier inte längre är användbara i alla lägen. Om en patient som vårdas i respirator drabbas av total hjärninfarkt (hela hjärnan har förstörts eftersom blodflödet till hjärnan upphört pga. hjärnsvullnad) kan man inte på vanligt sätt konstatera att patientens andning upphört, eftersom den har tagits över av respiratorn. Det är i dessa fall som det kan bli aktuellt att fastställa dödets inträde genom en undersökning av hjärnan som med säkerhet visar att alla hjärnfunktioner upphört.

I socialstyrelsens cirkulär (MF 1973:29) om prognos och behandling vid totalt och oåterkalleligt bortfall av hjärnfunktionerna – ändrat och kompletterat genom kungörelsen (SOSFS (M) 1982:57) om ändring i nämnda cirkulär – sägs att vidare behandling av patienten kan avbrytas när diagnosen totalt och oåterkalleligt bortfall av hjärnfunktionerna har ställts.

Frågan om dödsbegreppet har flera gånger diskuterats i riksdagen. Sådana diskussioner ledde till att utredningen rörande vissa frågor beträffande sjukvård i livets slutskede (SLS-utredningen) tillsattes år 1974. År 1980 avlämnade utredningen delbetänkandet (SOU 1980:48) Transplantationskirurgiska frågor. Utan någon närmare utredning av dödsbegreppet avvisade utredningen en legalisering av "hjärndödsbegreppet". Sju års praktisk erfarenhet av socialstyrelsens nämnda cirkulär visade visserligen entydigt att diagnosen totalt och oåterkalleligt bortfall av hjärnfunktionerna kan ställas med full säkerhet. Utredningen ville trots detta inte binda fastställandet av tidpunkten för dödets inträde till ett författningsmässigt fastlagt hjärnrelaterat dödsbegrepp, främst med hänsyn till den argumentering som förts fram i socialutskottets betänkanden 1974:31 och 1975:8. Att ändra det dödsbegrepp, som sedan länge knutits till hjärta och andning, borde enligt socialutskottet inte komma ifråga framför allt av juridiska och psykologiska skäl. Utskottet befarade bl. a. att ett i lag fastlagt dödsbe-

grepp skulle kunna få svåröverblickbara juridiska konsekvenser, och man var tveksam till om en ny innebörd av dödsbegreppet skulle delas av en vidsträckt opinion.

Uppföljningen av socialstyrelsens cirkulär 1973:29 visade enligt SLS-utredningen att en rätt betydande grupp läkare inte var beredd att avsluta respiratorbehandling vid bortfall av hjärnfunktionerna. Dessa ansåg att det kunde krävas tekniskt komplicerade undersökningar för att ställa diagnosen. Hänsyn till anhöriga och personal anfördes enligt utredningen ofta som skäl för att behandlingen borde fortsätta. Det ansågs kunna leda till svåröverblickbara konsekvenser i det dagliga sjukvårdsarbetet, om läkarna skulle känna sig förpliktade till att som tidpunkt för dödens inträde ange den tidpunkt då ett totalt och oåterkalleligt bortfall av hjärnfunktionerna inträffat.

SLS-utredningen föreslog att ett tillägg skulle göras i transplantationslagen (1975:190) som innebar att med avliden i lagen skulle jämföras "person med totalt och oåterkalleligt bortfall av hjärnfunktionerna även om hjärtverksamheten alltjämt upprätthålles på konstlad väg". Detta innebar att man räknade med tre kategorier människor, nämligen levande, döda och jämförda med döda. Det sista begreppet fick omfattande kritik vid remissbehandlingen. I åtskilliga yttranden förordades i stället att ett "hjärndödsbegrepp" infördes.

I regeringens skrivelse 1982/83:31 om vård i livets slutskede m.m. redovisades för riksdagen de åtgärder som regeringen vidtagit med anledning av SLS-utredningens betänkanden och rapporter. I frågan om dödsbegreppet fann det föredragande statsrådet att de invändningar som många av remissinstanserna framfört mot förslaget om ett tillägg till transplantationslagen var välgrundade. Hon ansåg därför att utredningsförslaget i denna del inte kunde läggas till grund för lagstiftning. Vidare konstaterade hon att diagnosen totalt och oåterkalleligt bortfall av hjärnfunktionerna nu kunde ställas med full säkerhet. Hon ansåg det angeläget att människor fick kunskap om att tillstånd där vissa hjärnfunktioner – tillfälligt eller permanent – fallit bort var något annat än "hjärndöd". En sådan vetskap var av grundläggande betydelse för att man skulle kunna ta ställning till frågan om att införa ett "nytt dödsbegrepp".

I skrivelsen anmälde statsrådet att hon av regeringen bemyndigats att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att utreda om det nuvarande dödsbegreppet borde bibehållas eller om ett hjärndödsbegrepp borde införas.

Regeringsskrivelsen behandlades i socialutskottets betänkande SoU 1982/83:7. I detta behandlade utskottet också ett antal tidigare väckta motioner.

Utskottet, vars betänkande godtogs av riksdagen, erinrade om att riksdagen tidigare avvisat tanken på att införa ett "hjärndödsbegrepp" och hänvisade till de uttalanden som utskottet därvid gjort. Utskottet anförde vidare bl. a.

För att det på allvar skall kunna övervägas att formellt acceptera hjärndödsbegreppet eller vidta andra principiella ändringar i vad som nu gäller är det enligt utskottets uppfattning nödvändigt att noga analysera inte

minst de juridiska konsekvenserna av olika lösningar. Som utskottet tidigare framhållit måste vidare allmänhetens inställning tillmätas stor betydelse i sammanhanget. Det kan t. ex. vara svårt för människor att acceptera att frågan om huruvida någon är död kan besvaras på olika sätt. Anhöriga kan vidare reagera mot att en inledd livsuppehållande behandling avbryts trots att man inte med blotta ögat kan iaktta någon förändring i tillståndet hos den sjuke. Enligt utskottets mening är det nödvändigt att ta hänsyn inte minst till sådana känslomässiga reaktioner för att inte riskera att människornas förtroende för hälso- och sjukvården rubbas.

Utskottet vidhöll sin uppfattning att enbart transplantationskirurgiska önskemål inte borde få styra en ändring av nuvarande dödsbegrepp. Som anfördes i regeringsskrivelsen borde frågan om dödsbegreppet vara frkopplad från frågan om villkoren för transplantationskirurgin.

I så gott som alla länder – där det finns tillgång till modern intensivvårdsutrustning – tillämpar man numera hjärnrelaterade döds-kriterier, dvs. kriterier som tar sikte på bortfallet av hjärnans funktioner och inte på cirkulationsorganens. Det har skett genom officiell reglering, som i t. ex. Norge och Finland, eller genom en ändrad medicinsk praxis. I Danmark har regeringen nyligen lagt fram förslag till en lag om "ligsyn, obduktion og transplantation m. v.", som bl. a. bygger på att en människa är död om alla hjärnfunktioner oåterkalleligt har upphört.

2.2 Dödsbegreppet

Mitt förslag: En människa är död när hon totalt och oåterkalleligt har förlorat all förmåga att förena och samordna kroppens funktioner – fysiska och psykiska – till en fungerande enhet. Detta har inträffat när samtliga hjärnfunktioner – i stora hjärnan, lilla hjärnan och hjärnstammen – totalt och oåterkalleligt har fallit bort.

Utredningens förslag: Överensstämmer med mitt förslag.

Remissinstanserna: Nära nog alla remissinstanser är i huvudsak positiva till utredningens förslag till dödsbegrepp. Merparten anser att det är otillfredsställande att det i dag inte är klart och entydigt angivet när döden inträder. Många framhåller att betänkandet innehåller en mycket uttömmande och välgjord analys av olika aspekter på dödsbegreppet och att förslaget är väl ägnat att läggas till grund för riksdagens ställningstagande. Justitieombudsmannen (JO), Pensionärernas riksorganisation och Synskadades riksförbund motsätter sig dock att hjärnrelaterade döds-kriterier införs. Dessa instanser menar att förslaget huvudsakligen är föranlett av transplantationskirurgins behov.

Skälen för mitt förslag: I dag finns det inte någon lagstiftning som anger när en människa är död. Sedan gammalt har det dock ansetts att döden inträder när hjärtat slutat slå och andningen upphört varaktigt. Dödsbegreppet har i Sverige aldrig tidigare utretts i hela sin vidd. Skälet till att frågan nu har blivit aktuell är främst utvecklingen inom den medicinska

intensivvården. De tidigare tillämpade dödskritérierna är inte längre allmängiltiga.

Utredningen om dödsbegreppet har på filosofiska, religiösa, etiska och psykologiska grunder samt medicinskt-biologiska kunskaper föreslagit som grundläggande definition på dödens inträde att människan totalt och oåterkalleligt har förlorat all förmåga att samordna kroppens funktioner – fysiska och psykiska – till en fungerande enhet. Enligt utredningen överensstämmer definitionen med en allmän uppfattning om vad det innebär att dö. Definitionen överbetonar varken människans psykiska eller fysiska funktioner utan beaktar båda dessa sidor av det mänskliga livet. Den framhäver inte heller enstaka psykiska eller fysiska egenskaper på bekostnad av andra.

Det väsentliga är enligt utredningen att organismen som fungerande helhet har gått under, inte undergången av samtliga delar i organismen. Utredningen framhåller att en definition som på detta sätt bygger på en helhetssyn på människan ger uttryck för en mer djupgående uppfattning om människans natur än t.ex. sådana definitioner som baseras på förmågan till ämnesomsättning i de enskilda cellerna eller till cirkulation av syrsatt blod i kroppen.

Även om vissa fysiska funktioner fortfarande finns kvar är en människa död om all förmåga till samordning av kroppens funktioner har fallit bort. Att vissa funktioner finns kvar betyder inte att människan lever utan bara att det i enskilda celler i kroppen fortfarande pågår biologiska processer.

Samtidigt är det enligt utredningen angeläget att framhålla att en människa kan leva även om många av kroppens funktioner har satts ur spel. Bortfallet av vissa funktioner kan dessutom kompenseras genom medicinska insatser.

Utredningen har härefter undersökt vad som orsakar att människan totalt och oåterkalleligt förlorar all förmåga att förena och samordna kroppens funktioner – fysiska och psykiska – till en fungerande enhet.

Det råder allmän enighet bland den medicinska sakkunskapen om att alla överordnade och samordnande funktioner finns i hjärnan. Om samtliga högre och lägre funktioner i stora hjärnan, lilla hjärnan och hjärnstammen totalt och oåterkalleligt faller bort upphör, enligt utredningen, också den sammanhållning och samordning utan vilken övriga organ i kroppen, t.ex. hjärtat, inte kan fungera. Den mänskliga helheten har för alltid upphört.

Jag instämmer helt i utredningens syn i dessa frågor. Utredningen har också fått stöd av den helt övervägande majoriteten av remissinstanserna.

Vi vet numera att hjärta, lungor och hjärna är ömsesidigt beroende av varandra. Andningen och indirekt också hjärtverksamheten styrs av hjärnan, men hjärnan är å sin sida beroende av andning och hjärtverksamhet eftersom hjärncellerna är extremt känsliga för syrebrist. Hjärncellerna dör inom loppet av 15-20 minuter, om de inte förses med syrsatt blod.

När hjärnan totalt och oåterkalleligt har upphört att fungera har människan också förlorat sin förmåga att verka som en enhet. Alla psykiska funktioner är oåterkalleligt borta. Också de fysiska funktionerna faller bort en efter en. Vissa funktioner, som t.ex. den spontana andningen, upphör nästan omedelbart.

Det som vi kallar en människa eller ett liv är oupplösligt förknippat med hjärnfunktionerna. Ett "jag" är inte tänkbart utan hjärnfunktioner. Hjärnan är det centrala organet för människans upplevelse av sig själv och omvärlden, viljan, tankeverksamheten och personligheten. När hjärnfunktionerna faller bort finns inte längre någon person, något "jag".

Av de omkring 90 000 människor som årligen avlider i Sverige upphör för det stora flertalet andnings- och hjärtverksamheten först och några minuter därefter hjärnfunktionerna eftersom hjärncellerna förstörs av syrebrist. I dessa fall kommer dödens inträde att konstateras med hjälp av indirekta hjärnrelaterade kriterier, dvs. oåterkalleligt upphörd andnings- och hjärtverksamhet. Dödens inträde kommer därmed att fastställas på samma sätt som i dag. Om däremot en människa vårdas i respirator och då drabbas av total hjärninfarkt kan man inte på vanligt sätt konstatera att andningen har upphört eftersom den har tagits över av respiratorn. Man måste därför i dessa fall – det rör sig om några hundra om året – på direkt väg, genom en undersökning av hjärnan, fastställa att dödén inträtt. Det är således här som en viss förändring nu föreslås.

En patient vars hjärna slutat fungera har oåterkalleligt förlorat sin förmåga till spontan andning och hjärtverksamhet. Med modern intensivvård är det möjligt att under en kortare tid hålla i gång andning och hjärtverksamhet. Hjärtat fortsätter att slå om blodet syrsätts med hjälp av en respirator. Bröstkorgen häver sig, därför att respiratorn trycker in luft i lungorna. Patienten kan inte själv inta föda. Intravenöst dropp och andra insatser upprätthåller vätskebalansen och viss ämnesomsättning. Blodtrycksregleringen sker med stöd av medicin. Kroppstemperaturen regleras inte spontant. Kroppen måste värmas upp. Utan respirator hade patientens hjärta upphört att slå strax efter det att hjärnan slutat fungera. Efter några dagar, ibland upp till en vecka eller i undantagsfall högst ett par veckor, slutar hjärtat ofrånkomligen att slå även om patienten ligger i respirator.

Utredningens förslag innebär inte några stora praktiska förändringar i förhållande till vad som redan gäller enligt socialstyrelsens tidigare nämnda cirkulär. Den väsentliga skillnaden jämfört med nu är att respiratorbehandling och andra medicinska insatser avbryts som en följd av att dödén konstaterats och inte som nu därför att läkaren bedömt behandlingen meningslös och först när hjärtat stannat sedan behandlingen avbrutits konstaterar att patienten är död.

I likhet med utredningen och merparten av remissinstanserna anser jag att det från etisk synpunkt inte är tillfredställande att betrakta en person med total hjärninfarkt som levande men ändå så svårt sjuk att man kan avbryta andnings- och cirkulationsstödande åtgärder. Detta innebär – som jag ser det – att läkaren skall handla som om ett hjärnrelaterat dödsbegrepp redan godtagits medan man i formellt hänseende vidhåller det till hjärtverksamheten knutna dödsbegreppet. En sådan ordning skapar oklarhet och är från principiell synpunkt tveksam.

Allmänhetens inställning har i debatten tillmätts stor betydelse för frågan om dödsbegreppet bör ändras. Det har framhållits att det kan vara svårt för människor att acceptera att frågan om någon är död kan besvaras på olika sätt. Det har vidare sagts att det kan vara svårt för anhöriga att

inse att något som uppfattas som en livsuppéhållande behandling avbryts, trots att de inte med blotta ögat kan iakttä någon förändring i tillståndet hos patienten.

Enligt utredningen finns det dock ingen anledning befara att ett införande av hjärnrelaterade dödsriterier skall ge upphov till oro hos allmänheten om den blir sakligt informerad. Denna uppfattning bygger utredningen på alla de kontakter som utredningen haft under arbetets gång och på de undersökningar som utredningen gjort. Utredningen anser vidare att en reform bör åtföljas av information till allmänheten som klagor innebär av reformen.

Utredningen har undersökt attityderna till hjärnrelaterade dödsriterier hos ett begränsat urval bland vårdpersonal och anhöriga till patienter. Utredningens betänkande vittnar klart om den osäkerhet som nuvarande praxis skapat bland personal och anhöriga. Vårdpersonalen som sköter patienter med total hjärninfarkt tycker att det känns mycket svårt bl.a. på grund av de kroppsliga förändringar som patienterna successivt genomgår. Kontakten med anhöriga, som genomlider en oviss situation och inte har klart för sig om patienten är levande eller död, är svår också för vårdpersonalen.

Även jag anser att det är nödvändigt att ta hänsyn till sådana känslomässiga reaktioner som nyss framhållits. I annat fall skulle människornas förtroende för hälso- och sjukvården kunna rubbas. Det är dock viktigt att skilja på naturliga och artificiella livstecken. De förra är spontana medan de senare är sådana som framkallats med avancerad medicinsk teknik. Med dess hjälp kan man som jag tidigare beskrivit, för en kortare tid få bröstkorget att häva sig, temperaturen att vara normal, osv.

Liksom utredningen anser jag att det bör vara möjligt att förbättra allmänhetens kunskaper på detta område genom information och utbildning och härigenom skapa förståelse för innebörden av total hjärninfarkt och för att medicinska insatser bör avbrytas när detta tillstånd inträffar och döden därmed inträtt.

Om hjärnrelaterade dödsriterier tillämpas, kan också vårdpersonalen ge de anhöriga klarare och tydligare besked. Vidare förbättras förutsättningarna att möta de psykologiska och sociala problemen i samband med att de medicinska insatserna avbryts.

Frågan om information och utbildning till allmänheten och till hälso- och sjukvårdspersonalen om innebörden av en ny lag återkommer jag till i det följande (avsnitt 2.8 och 2.9).

Från rättslig synpunkt är det viktigt att gränsen mellan liv och död kan dras på ett otvetydigt sätt. Det är angeläget att det finns en för hela rättsordningen enhetlig definition på dödens inträde som är klar och entydig och som kan tillämpas utan större svårigheter. F.n. måste rättsläget anses vara något oklart.

I dag kan, som utredningen påpekar, en enskild läkare påverka den rättsligt relevanta dödstillståndet när någon drabbats av total hjärninfarkt. Om patienten vårdas i respirator efter det att total hjärninfarkt inträtt, blir tidpunkten för när hjärtat slutar slå beroende av vid vilken tidpunkt läkaren beslutar stänga av respiratorn. Med hjärnrelaterade dödsriterier infal-

ler dödstillpunkten när hjärnfunktionerna upphör. För frågan om dödens inträde är det ointressant om respiratorbehandling fortgår efter denna tidpunkt. Den för patientens vård ansvarige läkaren bör ha skyldighet att fastställa att döden har inträtt när kriteriet i fråga är uppfyllt.

Det har ibland sagts att total hjärnfarkt förekommer så sällan att det inte finns skäl att ändra de av hävd tillämpade dödsriterierna. Antalet patienter som drabbats av total hjärnfarkt är litet, mellan 200 och 700 årligen. Detta innebär dock på intet sätt att problemet i det enskilda fallet är obetydligt.

Det har också påståtts att s.k. "hjärndöda" människor efter lång tid vaknat upp till fortsatt liv. Påståendet är felaktigt. I dessa fall rör det sig inte om människor som drabbats av total hjärnfarkt utan om djupt medvetlösa människor. Bland medicinskt sakkunniga är man enig om att patienter med partiella hjärnskador med fullständig säkerhet kan skiljas från de fall där total hjärnfarkt föreligger.

En annan invändning som förts fram är att det skulle vara komplicerat att ställa diagnosen total hjärnfarkt och att det kräver särskild utrustning som inte finns tillgänglig på alla håll. Det är emellertid bara aktuellt att ställa diagnosen för patienter som har mycket allvarliga hjärnskador och som redan vårdas inom medicinsk intensivvård. Inom denna vård finns det överallt tillgång till den utrustning och den kompetens som krävs för att ställa diagnosen total hjärnfarkt.

En ytterligare synpunkt som förts fram är att det enbart är transplantationskirurgins behov som motiverar en övergång till hjärnrelaterade dödsriterier. Enligt min bestämda uppfattning måste frågan om dödsbegreppet ses fristående från transplantationskirurgins behov av organ. Som jag tidigare framhållit finns det flera skäl till att hjärnrelaterade dödsriterier bör införas. Men naturligtvis påverkas transplantationskirurgin, och framför allt dess patienter, av hur dödsriterierna utformas. Vissa typer av transplantationer underlättas om hjärnrelaterade dödsriterier tillämpas.

Det har slutligen framhållits att vi kan behålla hjärnrelaterade dödsriterier men ändå acceptera sådana transplantationer som förutsätter att blodcirkulationen hålls igång, t.ex. hjärttransplantationer. Det skulle enligt denna uppfattning vara tillräckligt med en ändring av transplantationslagen som gjorde det möjligt att ta organ från en människa med bibehållen cirkulation förutsatt att denne hade drabbats av total hjärnfarkt och förutsatt att det fanns ett skriftligt medgivande från donatorn. Som jag tidigare påpekat fördes ett liknande förslag fram av SLS-utredningen år 1980 och utsattes för omfattande kritik. Jag anser att ett sådant förslag inte kan accepteras från vare sig rättslig eller etisk synpunkt. Det innebär, som jag ser det, att hjärtat tas från en i juridisk mening levande människa och att livet därigenom släcks.

Mitt förslag: Att döden har inträtt skall fastställas av en läkare i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En människa skall förklaras död om andning och blodcirkulation upphört och stilleståndet varat under så lång tid att det med säkerhet kan avgöras att hjärnans samtliga funktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort.

Upprätthålls andning och blodcirkulation på konstgjord väg skall dödens inträde i stället fastställas, om en undersökning av hjärnan med säkerhet visar att hjärnans samtliga funktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort.

Utredningens förslag: Överensstämmer i sak med mitt förslag.

Remissinstanserna: Utredningens förslag tillstyrks. Remissinstanserna instämmer i utredningens slutsatser att den vetenskapliga och kliniska utvecklingen medfört att direkta hjärnrelaterade dödkriterier vilar på en fast medicinsk-biologisk grund och är erfarenhetsmässigt väl underbyggda. Detsamma gäller för de undersökningsmetoder med vilka man konstaterar att kriterierna är uppfyllda.

Skälen för mitt förslag: En läkare bör i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet fastställa att döden har inträtt. Den medicinska forskningens utveckling gör att det varken är nödvändigt eller önskvärt att här närmare precisera vilka kriterier som skall användas. Jag förutsätter att socialstyrelsen preciserar dessa kriterier i allmänna råd. I princip finns det två olika sätt att konstatera dödens inträde. I det ena fallet använder man sig av indirekta kriterier, i det andra av direkta kriterier på att hjärnans funktioner fallit bort.

Det är väsentligt att skilja begreppet död från de metoder med vars hjälp man kan fastställa att döden har inträtt. Uttrycken "hjärndöd" och "hjärt-död" kan vara vilseledande just av den anledningen att man kan förledas att tro att det finns två olika slag av död. Det finns naturligtvis bara en död, men det finns olika sätt att konstatera att döden har inträtt.

Indirekta kriterier

Jag har tidigare pekat på det samband som finns mellan hjärnan och cirkulationsorganens funktioner. Varaktigt hjärt- och andningsstillestånd är ett helt säkert tecken på att hjärnans samtliga funktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort. Hjärnans alla funktioner upphör i regel totalt och oåterkalleligt om tillförseln av syrsatt blod uteblir i ca 15-20 minuter. Spontan andning är samtidigt utesluten om hjärnan för alltid helt har slutat att fungera. Ett så pass långt hjärtstillestånd är ett indirekt kriterium på att hjärnan gått under och att människan är död.

Detta innebär naturligtvis inte att man inom hälso- och sjukvården i varje enskilt fall är skyldig att under minst 20 minuter arbeta för att häva ett hjärtstillestånd. Ibland är det uppenbart att detta inte är meningsfullt.

Att döden inträder just 15-20 minuter efter uppkomsten av hjärt- och andningsstillestånd gäller dock inte undantagslöst. I vissa speciella situationer kan längre tid behöva förflyta innan man kan vara förvissad om att hjärnans funktioner fallit bort totalt och oåterkalleligt. Detta gäller vid sömnmedelsförgiftning och när kroppen är nedkyld samt för små barn eftersom deras hjärnor kan tåla syrebrist under längre tid än vad som gäller för vuxna. Självklart beaktas dessa omständigheter redan i dag vid tillämpningen av de traditionella hjärtrelaterade dödsriterierna.

Sedan lång tid tillbaka finns olika undersökningsmetoder för att på detta sätt fastställa att döden har inträtt. En metod innebär att direkt med sinnena iakttas frånvaron av hjärtverksamhet och andning. En annan metod är att använda elektrokardiogram (EKG). För en närmare redogörelse av dessa undersökningsmetoder hänvisar jag till utredningens betänkande (SOU 1984:79 s. 170, 209 och 210).

Direkta kriterier

När en människa vårdas i respirator och det naturliga sambandet mellan hjärnans verksamhet och blodcirkulationen och andningen brutits, går det inte att avgöra om en människa är död med hjälp av de nämnda indirekta kriterierna på dödens inträde. Eftersom andning och hjärtverksamhet upprätthålls på konstgjord väg, säger det förhållandet att syrsatt blod cirkulerar i kroppen ingenting om hjärnans tillstånd och härmed inte heller någonting om huruvida människan lever eller är död. I dessa situationer måste direkta kriterier – en undersökning av hjärnan – användas för att påvisa att hjärnan totalt och oåterkalleligt har upphört att fungera.

Det finns tre olika huvudtyper av undersökningsmetoder för att direkt konstatera total hjärninfarkt: klinisk neurologisk undersökning, EEG (undersökning av nervcellernas elektriska aktivitet i hjärnan) och kontraströntgen av hjärnans blodkärlssystem (cerebral angiografi). Dessa undersökningsmetoder har ingående beskrivits av utredningen och jag hänvisar till den redogörelsen i betänkandet s. 170 ff.

Normalt kan diagnosen total hjärninfarkt ställas med en klinisk neurologisk undersökning, eventuellt kompletterad med EEG. Fördelen med cerebral angiografi är att man på en röntgenbild direkt kan se om blodtillflödet till hjärnan upphört.

Dödstidpunkten

I de fall en hjärnskadad patient avlider under vård i respirator, kan tillämpningen av hjärnrelaterade dödsriterier leda till att döden inträder tidigare än om de hittills använda hjärtrelaterade dödsriterierna skulle ha tillämpats. Om hjärtrelaterade kriterier tillämpas, inträder döden då hjärt- och andningsverksamheten varaktigt upphört till följd av att respiratorn stängts av sedan total hjärninfarkt konstaterats eller genom att hjärtat ändå dessförinnan slutat slå. Om i stället hjärnrelaterade dödsriterier tillämpas och döden alltså fastställs med direkta kriterier, inträder döden vid den tidpunkt då hjärnans samtliga funktioner fallit bort totalt och oåterkalleligt.

Fortsatta respiratorinsatser ändrar inte dödstillpunkten. Den tidsskillnad som det här kan röra sig om är någon eller några dagar och som mest upp till ett par veckor.

Läkarens beslut att stänga av respiratorn får – om hjärtrelaterade döds-kriterier tillämpas – avgörande betydelse för vid vilken tidpunkt döden anses inträda. Om läkaren väljer att stänga av respiratorn så snart han har rätt till det, inträder döden tidigare än om läkaren låter respiratorbehandlingen fortsätta, kanske ända till den tidpunkt då hjärtat ändå slutar slå. Om direkta hjärnrelaterade döds-kriterier tillämpas, finns däremot inte på samma sätt möjligheter att påverka tidpunkten för dödens inträde. Den för patientens vård ansvarige läkaren bör också vara skyldig att fastställa att döden inträtt så snart som kriteriet i fråga är uppfyllt.

Om däremot indirekta kriterier används, inträder döden vid samma tidpunkt som med ett hjärtrelaterat dödsbegrepp, nämligen när hjärt- och andningsstillstånd blivit varaktigt, dvs. i regel efter 15-20 minuter.

I princip är den tidpunkt när en läkare konstaterar dödsfallet inte av någon rättslig betydelse. Oberoende av vilka döds-kriterier man tillämpar måste den rättsligt relevanta dödstillpunkten alltid vara den tidpunkt då kriterierna först är uppfyllda. Ofta kan det dock vara svårt att veta exakt när en människa har avlidit. Tidpunkten då patientens död konstateras blir därför i praktiken ofta också dödstillpunkten. Av patientjournalagen (1985:562) följer att läkaren i journalen skall föra in uppgifter bl. a. om när döden inträdde och på vilket sätt dödsfallet fastställdes. Om den exakta dödstillpunkten skulle visa sig vara av rättslig betydelse – vilket är mycket ovanligt – får man på ett senare stadium, t. ex. vid en domstolsprövning, så noggrant som möjligt försöka fastställa dödstillfället med ledning av alla relevanta fakta kring dödsfallet.

Säkerheten i diagnostiken

En av förutsättningarna för att införa hjärnrelaterade döds-kriterier är att diagnosen total hjärninfarkt kan ställas med fullständig säkerhet.

Diagnosen är välbekant inom hälso- och sjukvården och har tillämpats i mer än tio år. Den finns beskriven redan i socialstyrelsens cirkulär om prognos och behandling vid totalt och oåterkalleligt bortfall av hjärnfunktionerna (MF 1973:29).

Det råder enighet om att diagnosen kan ställas med fullständig säkerhet och att man också med fullständig säkerhet kan skilja total hjärninfarkt från partiella hjärnskador.

2.4 Rättsliga konsekvenser av att införa hjärnrelaterade döds-kriterier

I de allra flesta fall (mer än 99 %) blir dödstillpunkten densamma oavsett om hjärt- eller hjärnrelaterade döds-kriterier tillämpas. Hjärnrelaterade döds-kriterier kan, som nyss påpekats, få påvisbara rättsliga konsekvenser endast då det är fråga om personer som på grund av hjärnskador behandlas i respirator. Bara i dessa fall är det aktuellt att tillämpa direkt hjärnrelatera-

de dödsriterier. Det är i sådana situationer, och enbart där, som dödens inträde kommer att förläggas till skilda tidpunkter beroende på om hjärt- eller hjärnrelaterade dödsriterier gäller. I dessa fall medför alltså hjärnrelaterade dödsriterier att döden inträffar något tidigare än vid tillämpningen av hjärtrelaterade kriterier.

Det finns en omfattande lagstiftning som tillmäter gränsdragningen mellan liv och död rättslig betydelse. När man i olika sammanhang diskuterar vilka rättsliga konsekvenser som kan uppkomma om man inför hjärnrelaterade dödsriterier, har man ofta pekat på eventuella följder inom arvsrätten. Utgångspunkten har då varit bestämmelsen i 1 kap. 1 § ärvdabalken om att arv kan tas endast av den som lever vid arvlåtarens död. Frågan har ställts hur man skall avgöra vilken av två personer, som har arvsrätt efter den andra, om båda omkommit i t.ex. samma trafikolycka. Man har här konstruerat exempel på att endast den ene har kommit under sådan sjukhusvård att diagnosen totalt och oåterkalleligt bortfall av hjärnfunktionerna kunnat ställas med direkta neurologiska undersökningsmetoder.

Situationer av detta slag – då tveksamhet uppstår om vem av två, gentemot varandra arvsberättigade personer, som avlidit först – är i och för sig förutsedda i den svenska lagstiftningen. Svårigheterna att fastställa ordningsföljden mellan två dödsfall som inträffat inom en kort tidrymd är emellertid oberoende av om hjärt- eller hjärnrelaterade kriterier läggs till grund för bedömningen. Svårigheterna kan emellertid antas öka om man – vilket är fallet f.n. – inte i förväg med säkerhet kan uttala sig om vilka kriterier som en domstol kommer att tillämpa i ett konkret fall. Detta stöder ytterligare kravet på att döden ges en enhetlig definition så att inga tveksamheter behöver uppstå om vilka kriterier som är avgörande för fastställandet av dödstillfället.

Även när det gäller andra rättsliga områden är det svårt att tänka sig att direkta hjärnrelaterade dödsriterier skulle kunna innebära någon praktiskt betydelsefull förändring i rättsligt hänseende. Detta framgår inte minst av att det i svensk rättspraxis, såvitt känt, ännu aldrig blivit aktuellt att pröva tillfället för dödens inträde.

Det rör sig här om regler som knyter rättsverkningar till dödens inträde så som detta definierats rättsligt. Att dessa rättsverkningar inträder vid en viss tidpunkt i stället för en annan är i princip utan betydelse och kan inte karakteriseras som negativt eller positivt. Vad som däremot är angeläget är, som tidigare framhållits, att dödstillfället är klart och entydigt bestämt så att besvärliga tillämpningsproblem inte riskeras.

Att Sverige f.n. tillämpar andra dödsriterier än större delen av omvärlden utgör ett särskilt rättsligt problem. I sådana fall där det är tveksamt vilket lands rättsordning som skall tillämpas för en viss enskild person skulle tillämpningsproblem kunna uppkomma.

Mitt förslag: I en särskild lag tas bestämmelser in om när döden inträder. I lagen ges också allmänna bestämmelser om dödsriterierna. Det anges inte vilka rättsliga följder ett dödsfall får i olika hänseenden. Dessa följder framgår liksom tidigare av andra författningar. Vid all tillämpning av bestämmelser i lag eller annan författning som tillägger en människas död rättslig betydelse skall dödsbegreppet användas. Lagen skall träda i kraft den 1 januari 1988.

Utredningens förslag: Överensstämmer i huvudsak med mitt förslag.

Remissinstanserna: En stor majoritet av remissinstanserna instämmer i förslagen. Svea hovrätt och Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund (SHSTF) menar dock att en lagreglering inte är nödvändig. Socialstyrelsen accepterar med viss tvekan en lagreglering.

Svea hovrätt anser att frågan om dödens inträde inte lämpar sig för en legaldefinition. Det är en fråga som det ankommer på den medicinska sakkunskapen att avgöra. SHSTF anser att socialstyrelsens cirkulär ger klart besked om hur man ska förfara med respiratorbehandlade patienter och att någon lagstiftning därför inte behövs. Socialstyrelsen ifrågasätter behovet av lagstiftning då det redan finns rättsfall, föreskrifter och medicinsk praxis som talar för att begreppet "hjärndöd" faktiskt redan accepterats av såväl medicinsk som juridisk sakkunskap.

Skälen för mitt förslag: Varken dödsbegreppet eller några dödsriterier är i vårt land fastlagda i lagstiftning eller i rättspraxis. Av tradition har, som tidigare framhållits i olika sammanhang, varaktigt upphörd hjärt- och andningsverksamhet tillämpats som dödsriterium. Vid en rättslig prövning av tidpunkten för dödens inträde måste emellertid domstolen också beakta den medicinska utvecklingen. Det är därför inte möjligt att förutsäga utgången av en sådan prövning. Några rättsliga hinder mot att acceptera hjärnrelaterade dödsriterier finns nämligen inte. Rättsläget är alltså oklart, vilket naturligtvis är otillfredsställande.

Man kan i princip tänka sig olika sätt att lösa problemet. En möjlighet är att betrakta frågan som en uteslutande medicinsk angelägenhet, som bör överlämnas helt till läkarna att avgöra på grundval av vetenskap och beprövad erfarenhet. I syfte att åstadkomma en enhetligare tillämpning kunde man dessutom uppdra åt t.ex. socialstyrelsen att utarbeta riktlinjer till ledning för läkarnas avgöranden om när döden inträffar. En sådan lösning skulle innebära att Sverige anslöt sig till den linje man valt i en del andra länder.

Eftersom dödens inträde också har rättsliga aspekter innebär en sådan lösning att frågan samtidigt överlämnas till rättspraxis. Om frågan kommer under domstolsprövning, är domstolen dock inte bunden av vad en läkare kan ha uttalat om tidpunkten för och orsaken till en persons bortgång utan måste göra en självständig bedömning av detta. Naturligtvis måste man dock förutsätta att domstolarna grundar sina avgöranden på de medicinska fakta som förs in i processen och även i övrigt hämtar vägledning från den medicinska sakkunskapens uppfattning.

Under förutsättning att sådana fall verkligen kommer under domstolsprövning och även förs upp till högsta instans, skulle så småningom en fast praxis till ledning för framtida rättsliga avgöranden kunna utvecklas.

En annan möjlighet är den lösning som valts i vissa andra länder, nämligen att i en eller annan form officiellt reglera när döden inträder. En sådan reglering kan ske på olika sätt.

Klart är att det finns ett påtagligt behov av entydiga och allmängiltiga riktlinjer om när döden skall anses inträda. Läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal behöver klara riktlinjer för hur de skall förhålla sig till döende patienter.

Den precisering som görs av det grundläggande dödsbegreppet – att en människa är död när hjärnans samtliga funktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort – kan enligt utredningen inte anses vara en exklusiv medicinsk angelägenhet. Bl. a. har detta preciserade dödsbegrepp stor rättslig betydelse. I lagstiftningen bör enligt utredningen tas upp en regel som anger när döden inträder. Starka skäl kan, enligt utredningen, anföras mot att också fortsättningsvis lämna frågan oreglerad och hänvisa den till att avgöras i rättspraxis.

Att hänskjuta frågan till lösning genom domstolspraxis kan också innebära att det kan dröja avsevärd tid innan man vinner klarhet om gällande rätt. Utredningen avvisar därför tanken på att frågan om den preciserade dödsdefinitionens innebörd överlämnas till domstolspraxis.

Jag delar utredningens uppfattning att den preciserade dödsdefinitionen – att döden inträder när samtliga funktioner i stora hjärnan, lilla hjärnan och hjärnstammen totalt och oåterkalleligt har fallit bort – bör tas in i lag. Härigenom säkerställs en generell och enhetlig rättstillämpning.

Att uppställa praktiskt användbara dödsriterier är enligt utredningen i princip en uppgift för den medicinska vetenskapen. I lag bör dock kortfattat anges kriterier som får ligga till grund för dödförklaring i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. De metoder som används för att undersöka om dödsriterierna är uppfyllda bör enligt utredningen anpassas till omständigheterna i det enskilda fallet. Flera olika metoder står till buds för att genomföra undersökningen. Den vetenskapliga utvecklingen har gett säkrare och mer förfinade metoder för undersökningen och bättre tekniska hjälpmedel. Denna utveckling kan förväntas fortsätta.

Utvecklingen och tillämpningen av metoder för att i enskilda fall undersöka om och när döden inträtt är enligt utredningen en medicinsk fråga. Det bör alltså överlämnas åt läkare att i enskilda fall på grundval av vetenskap och beprövad erfarenhet avgöra om en person är död eller inte. Självfallet skall detta ske på basis av de dödsriterier som gäller.

Jag delar utredningens uppfattning att det i lagen kortfattat och allmänt bör anges vilka kriterier som skall tillämpas när ett dödsfall skall konstateras. Härigenom kompletteras och konkretiseras dödsdefinitionen.

Döden inträder när de uppställda förutsättningarna först föreligger. Vilka följder dödsfallet får i olika hänseenden bör inte anges i detta sammanhang. Dessa konsekvenser bör liksom i dag framgå av annan lagstiftning och får i brist på uttrycklig reglering bedömas i rättslig och medicinsk praxis. Den nu aktuella lagregeln är alltså i huvudsak enbart en legaldefinition.

Det måste framgå av lagstiftningen att begreppet död är entydigt och att döden är en och samma företeelse i alla rättsliga sammanhang och för alla människor. Dödsdefinitionen är oberoende av de närmare omständigheterna kring dödens inträde. Det är samma dödsdefinition som är av betydelse i t.ex. arvsrättsligt hänseende som när det gäller förutsättningarna för att ta organ från en avliden för transplantationsändamål.

Det bör framgå av lagen att den för patientens vård ansvarige läkaren är skyldig att förklara att döden inträtt när de i lagen angivna kriterierna är uppfyllda.

I det praktiska sjukvårdsarbetet finns det ingen anledning att ändra de rutiner som gäller i dag. Patienten behöver inte enbart för att dödstillståndet med exakthet skall kunna bestämmas underkastas kontinuerlig övervakning av läkare. Dödförklaringen skall emellertid ske så snart som det är praktiskt möjligt. De anhörigas eller läkarens egen personliga uppfattning kan inte tillåtas förskjuta dödförklaringen eller den rättsligt relevanta dödstillståndet.

Om en patient avlider t.ex. på ett lokalt sjukhem behöver inte den vårdansvarige läkaren omedelbart inställa sig för att på indirekta kriterier fastställa dödsfallet. Hänsyn kan även i fortsättningen tas till läkarens övriga arbetsuppgifter. Tidpunkten för dödets inträde får fastställas med ledning av uppgifter från vårdpersonalen. Undantagsvis bör det liksom f. n. vara möjligt för en läkare att fastställa att döden inträtt utan att själv se den döde. En förutsättning är att läkaren tidigare vårdat patienten och att han kan basera fastställandet på en undersökning gjord av en sjuksköterska.

När döden inträtt bör alla medicinska insatser omedelbart upphöra. I ett par situationer bör undantag dock få göras från denna huvudprincip. Någon absolut skyldighet att alltid i direkt anslutning till dödförklaringen t.ex. stänga av respiratorn bör därför inte föreligga. De situationer där det kan övervägas att under någon kortare tid efter dödets inträde fortsätta med medicinska åtgärder behandlas i avsnitt 2.6.

Utredningen har även övervägt om det bör uppställas några särskilda krav på de läkare som med tillämpning av direkta hjärnrelaterade kriterier skall kunna fastställa att döden inträtt. Det skulle t.ex. kunna uppställas krav på att det alltid måste vara två eller flera läkare som var för sig eller tillsammans utför undersökningen. Det skulle också kunna ställas särskilda formella kompetenskrav på den eller de läkare som fastställer dödets inträde t.ex. att denne måste vara specialist i exempelvis neurologi, neurofysiologi, neurokirurgi eller anesthesiologi. I likhet med utredningen anser jag att övervägande skäl talar mot att införa bestämmelser med denna innebörd. Organisationen av den svenska hälso- och sjukvården är sådan att man även utan sådana regler kan utgå från att dödsfall diagnostiseras av tillräckligt erfarna och kompetenta läkare. Då en tillämpning av direkta hjärnrelaterade dödsriterier aktualiseras, rör det sig regelmässigt om patienter som behandlas i respirator. I dessa situationer inträffar dödsfallet på sjukhus och i regel på en intensivvårdsavdelning eller en neurokirurgisk klinik, där en specialistkompetent läkare har det medicinska ansvaret.

Jag delar utredningens uppfattning att de föreslagna reglerna bör ges i en

ny, fristående lag. Den bör benämnas lag om dödens inträde. Lagen blir visserligen mycket kortfattad och avviker i viss mån från annan lagstiftning på så sätt att den inte uppställer några handlingsmönster eller utsäger något om rättigheter eller skyldigheter, med undantag för skyldigheten för den för patientens vård ansvarige läkaren att fastställa att döden inträtt när förutsättningar för detta föreligger. I huvudsak kommer lagen – som bl. a. socialstyrelsen påpekar i sitt remissyttrande - inte att innehålla annat än en legaldefinition att användas vid tillämpning av annan lagstiftning. Det är emellertid svårt att välja någon existerande lag att föra in bestämmelserna i. En sådan lösning skulle också nödvändiggöra hänvisningar i ett antal andra lagar och förordningar.

Enligt utredningen bör det i lagen tas in ett bemyndigande för regeringen eller efter regeringens bestämmande socialstyrelsen att meddela ytterligare föreskrifter för tillämpningen av lagen. Av 8 kap. 13 § regeringsformen följer emellertid att regeringen kan meddela föreskrifter om verkställighet av lag och att regeringen kan överlåta på myndighet att meddela sådana bestämmelser. Det finns, enligt min mening, inte något behov av ett vidare bemyndigande. Någon bestämmelse med bemyndigande bör alltså inte tas in i lagen.

Socialstyrelsen förutsätts meddela allmänna råd till läkarnas vägledning om dödsriterier och metoder för att undersöka om dessa kriterier är uppfyllda. När det gäller allmänna råd behövs inte något särskilt bemyndigande. Socialstyrelsen har meddelat särskilda föreskrifter om skyldigheten att avlämna dödsbevis och om innehållet i sådana bevis (SOSFS(M) 1980:1). Socialstyrelsens behörighet härtill följer redan av annan lagstiftning.

Den nya lagen bör träda i kraft den 1 januari 1988.

Den definition av när döden inträder som enligt vad jag föreslagit skall tas in i den nya lagen är avsedd att tillämpas i alla rättsliga sammanhang och för alla människor oberoende av omständigheterna kring dödsfallet. Detta betyder att det är denna definition som blir avgörande vid tillämpningen av alla de olika lagar och andra författningar som knyter rättsverkningar till att döden inträtt eller till tidpunkten härför. Det finns inte någon närmare beskrivning av "döden" i någon av dessa författningar. Det uppkommer därför inte heller något behov av följdändringar i någon lag eller annan författning som tillägger dödstilltidpunkten eller dödsorsaken rättslig betydelse.

Frågan huruvida följdändringar behövs i transplantationslagen behandlas i avsnitt 2.7.

Hälso- och sjukvårdens ansvar för avlidna

Ansvar för hälso- och sjukvården ankommer enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) på landstingskommunerna och de kommuner som inte ingår i någon landstingskommun. Med hälso- och sjukvård avses att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Hit hör också sjuktransporter. Av tradition har sjukvårdshuvudmännen sört för avlidna före och efter obduktion samt i avvaktan på bisättning och begravn-

ning. Även transporter av avlidna sker i viss utsträckning inom ramen för sjukvårdens verksamhet – utan att någon rättslig skyldighet föreligger. Även jag anser det naturligt att sjukvårdshuvudmännen har detta ansvar.

Utredningen anser att det är anmärkningsvärt att sjukvårdens ansvar för att omhänderta den döda kroppen efter ett dödsfall på sjukhus inte är rättsligt reglerat. Frågan bör enligt utredningen prövas i ett större sammanhang.

Frågan har också uppkommit om hälso- och sjukvårdspersonalens verksamhet med att omhänderta avlidna och att vidta olika åtgärder med döda kroppar omfattas av bestämmelserna i den s.k. tillsynslagen som avser allmänna åligganden och disciplinärt ansvar för denna personal.

Regeringsrätten har dock i två rättsfall, det ena angående klagomål över omhändertagandet av en vårdsökande som avlidit på en vårdinrättning och det andra fallet beträffande klagomål rörande obduktion, ansett att klagomålen avsett åtgärder som ålegat resp. vidtagits av hälso- och sjukvårdspersonalen i yrkesutövningen (RÅ 1986 ref. 92).

Jag har för avsikt att begära regeringens bemyndigande att tillkalla en särskild utredare för att se över tillsynslagen i syfte bl.a. att förtydliga lagen när det gäller hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar för att omhänderta avlidna. Utredaren bör även överväga sjukvårdshuvudmännens ansvar för att omhänderta avlidna i avvaktan på bisättning och begravning och lämna de förslag till författningsreglering som påkallas.

2.6 Cirkulationsuppehållande insatser efter dödens inträde

Min bedömning: Alla medicinska insatser bör upphöra när döden inträtt. Undantag härifrån får göras under en kortare tid för att

1. behålla organ i funktionsdugligt skick i avvaktan på transplantationsingrepp,
2. rädda livet på ett väntat barn.

Utredningens bedömning: Överensstämmer i huvudsak med min bedömning. Utredningen anser dock att om det finns särskilda skäl att beakta nära anhörigas önskemål, får det anses etiskt riktigt att upprätthålla cirkulationen under en kortare tid efter det att döden har konstaterats. Utredningen anser också att ett visst begränsat utrymme bör finnas att fortsätta medicinska insatser även för forsknings- och utbildningsändamål.

Remissinstanserna: Av det fåtal remissinstanser som särskilt tagit upp denna fråga anser flertalet att undantag från huvudregeln, att medicinska åtgärder avbryts efter dödförklaring, bör kunna medges för transplantationsändamål och för att göra det möjligt att rädda livet på ett väntat barn. Undantag bör dock inte få göras av hänsyn till anhöriga eller till medicinsk forskning m. m. Hur lång tid åtgärderna ska få fortsätta bör ägnas särskild uppmärksamhet.

Skälen för min bedömning: Det finns ingen generell lagstiftning om vad

som skall eller får ske med en kropp efter dödens inträde. De bestämmelser som finns gäller främst transplantation, obduktion och begravning.

En grundläggande utgångspunkt måste enligt min och även utredningens uppfattning vara att alla medicinska insatser omedelbart skall upphöra när döden inträtt. Det finns dock ett par situationer där det kan diskuteras om det är etiskt riktigt att under någon kortare tid upprätthålla blodcirkulationen. Jag tänker då främst på fall där detta kan vara av stor betydelse för andra människors liv eller hälsa.

För transplantationsändamål

Transplantation av organ kan rädda en människa till livet eller ge en bättre hälsa och ökad livskvalitet. Förutsättningen för en framgångsrik transplantation är att det finns tillgång till ett friskt organ. I vissa fall kan organ tas från en levande anhörig. Oftast är dock läkarna hänvisade till att ta organ från en nyss avliden.

Mitt förslag om hjärnrelaterade dödsriterier påverkar – som tidigare påpekats – förutsättningarna för transplantationskirurgin. Om nuvarande bestämmelser lämnas oförändrade blir det i fortsättningen möjligt att ta organ med bibehållen cirkulation.

Det är omöjligt att transplantera t. ex. hjärta och lungor om inte organen kan tas ut innan blodcirkulationen hos donatorn har upphört. Njurar och bukspottkörtel kan däremot användas framgångsrikt också när cirkulationen upphört. Förutsättningarna för att transplantationen skall lyckas är dock större om blodcirkulationen har bibehållits tills organet opererats ut.

Jag anser att det är etiskt motiverat att upprätthålla cirkulationen en kortare tid efter det att dödens inträde har konstaterats, om det görs för att hålla ett organ i gott skick inför en transplantation. Utredningen och det stora flertalet remissinstanser som uttalat sig har samma uppfattning. De medicinska åtgärderna efter dödförklaringen får inte pågå längre tid än som behövs för att förbereda ett transplantationsingrepp. Det rör sig i regel om några timmar.

När samtycke till att donera organ lämnats bör man kunna utgå ifrån, om inte annat framkommer, att häri också ligger en önskan att organet skall vara i så funktionsdugligt skick som möjligt, dvs. att uttagandet skall ske med bibehållen cirkulation. Skulle en person vilja donera organ endast under förutsättning att cirkulationen avbrutits före uttagandet, skall detta självklart respekteras.

Det är slutligen angeläget att understryka att det aldrig – som ibland förts fram i debatten – kan bli fråga om att lägga upp "organbanker" av döda människor med bevarad blodcirkulation. Detta skulle enligt min mening vara oetiskt. Även av rent medicinskt-biologiska skäl är detta inte möjligt. Vilka medicinska åtgärder som än sätts in går det inte att förhindra nedbrytningen av den döda kroppen.

Hänsynen till ett väntat barn

Om en kvinna i långt framskriden graviditet drabbas av total hjärninfarkt kan man för att rädda barnet till livet behöva fortsätta med respiratorin-

satser och andra medicinska åtgärder även efter hennes död. Om intensivvården avbryts omedelbart, försvåras eller omintetgörs möjligheterna att rädda det väntade barnet.

I likhet med utredningen och remissinstanserna anser jag att det måste anses vara etiskt riktigt att i sådana fall fortsätta de medicinska insatserna. Det gäller normalt bara för en mycket kort tid. Barnet bör förlösas med kejsarsnitt sedan diagnosen total hjärninfarkt har ställts. Det har ibland framförts som en invändning att detta får till konsekvens att en död kvinna kan föda ett levande barn. Det är dock inte frågan om en aktiv förlossning utan om att, om fostret är stort nog, så snabbt som möjligt förlösa det med kejsarsnitt.

Hänsynen till de anhöriga

När respiratorbehandlingen i dag avbryts med stöd av socialstyrelsens cirkulär (MF 1973:29) sker det sedan läkaren har ställt diagnosen total hjärninfarkt och bedömt fortsatt behandling som meningslös. Läkaren informerar därefter enligt praxis de anhöriga om att diagnosen ställts och talar om att avsikten är att avbryta respiratorbehandlingen. Därefter stängs respiratorn av och patienten kan förklaras död. Det är läkaren som avgör när behandlingen skall avslutas. En viss anpassning till de anhörigas önskemål är på detta sätt möjlig.

Med direkta hjärnrelaterade dödsriterier skall patienten förklaras död när diagnosen totalt och oåterkalleligt bortfall av hjärnfunktionerna har ställts. Som en följd av att dödsfallet har konstaterats skall respiratorn stängas av. Från det att patienten kommit under intensivvård till dess man konstaterat att total hjärninfarkt inträtt förflyter en viss tid. Under denna tid ges läkaren möjlighet att informera de anhöriga om läget.

Utredningen har gjort den bedömningen att om det i något fall finns särskilda skäl att beakta de anhörigas önskemål, kan det anses etiskt riktigt att upprätthålla blodcirkulationen ytterligare någon kortare tid efter dödens inträde. Utredningen anser att flera omständigheter talar för ett sådant hänsynstagande i viss begränsad omfattning och att förhållandena i det enskilda fallet i någon mån bör tillåtas påverka övervägandena.

Som jag tidigare påpekat är en av fördelarna med att införa hjärnrelaterade dödsriterier att en klar och entydig gräns skapas mellan liv och död. Att i dessa fall fortsätta de medicinska insatserna sedan döden konstaterats innebär att osäkerheten om när döden inträder fortfarande kvarstår. Sjukvårdspersonalen ställs i dessa situationer inför många svåra ställningstaganden.

Enligt min och flera remissinstansers mening finns det inte skäl att medge undantag från huvudregeln av hänsyn till de anhöriga. Med en ökad kunskap om att total hjärninfarkt innebär en människas död och med ökad kunskap om att diagnosen kan ställas med fullständig säkerhet bör de anhöriga ha förståelse för att de medicinska åtgärderna avbryts.

Hänsynen till medicinsk forskning och utveckling samt undervisning m. m.
Förutsättningarna för obduktionsverksamheten regleras i obduktionslagen (1975:191) och kungörelsen (1973:710) om rättsmedicinsk obduktion.

Om hjärnrelaterade dödsriterier införs, öppnas möjligheter att påbörja en obduktion medan den avlidnes blodcirkulation är bevarad och respiratorinsatserna fortsätter. Jag anser emellertid att obduktion inte bör få ske under sådana förhållanden.

Transplantationslagen omfattar inte s.k. mindre transplantationsingrepp. Det rör sig om sådana ingrepp som att t. ex. ta blod och att avlägsna hud och hornhinnor. Enligt transplantationslagen får s.k. biologiskt material tillvaratas för annat medicinskt ändamål än behandling av sjukdom eller kroppsskada, till exempel för läkemedelsframställning eller forskning i syfte att förbättra transplantationstekniken. Jag anser att det inte bör vara möjligt att för dessa ändamål bibehålla cirkulationen efter det döden inträtt.

Utöver de nu nämnda situationerna kan medicinska insatser efter dödens inträde komma i fråga i ytterligare några fall. Möjligheterna att använda döda kroppar för olika ändamål måste dock enligt min mening vara starkt begränsade; grundläggande är att respekten för den enskilda människans integritet skall bevaras också efter döden. Vid handhavandet av en avliden är det väsentligt att alla strikt iakttar den pietet och vördnad som kan förväntas och som garanteras genom bestämmelsen i 16 kap. 10 § brottsbalken om brott mot griftefrid. Önskemål om t. ex. tillgång till lämpligt material för forsknings- och utvecklingsverksamhet eller undervisning bör därför få vika för denna mer övergripande princip.

Som jag kommer att redovisa mera detaljerat under avsnitt 2.7 har jag för avsikt att begära regeringens bemyndigande att tillkalla en särskild utredare som bl. a. skall se över vissa frågor angående transplantation och obduktion. I detta sammanhang bör förutsättningarna för att fortsätta medicinska insatser efter dödens inträde ytterligare övervägas.

2.7 Transplantationslagen

Mitt förslag: En förutsättning för att ett transplantationsingrepp skall få göras på en avliden skall vara antingen att den avlidne under sin livstid skriftligen medgett detta eller, om ett sådant medgivande inte lämnats, att det av andra skäl finns grundad anledning anta att ingreppet skulle stå i överensstämmelse med den avlidnes uppfattning. Råder oklarhet om den avlidnes inställning får ingrepp ske om nära anhörig medger det. Framkommer oenighet mellan nära anhöriga får ingrepp inte göras.

Utredningens förslag: Utredningen föreslår bl. a. att vissa förtydliganden görs av samtyckesreglerna i transplantationslagen. I princip bibehålls nuvarande samtyckesregler.

Remissinstanserna: Samtliga remissinstanser som tagit upp frågor kring transplantationer är positiva till transplantationer som sådana. Några remissinstanser menar att en översyn av transplantationslagen bör göras innan man tar ställning till ett hjärnrelaterat dödsbegrepp. En rad remissin-

stanser förordar, en del på längre sikt, att transplantationsingrepp endast får göras på en avliden som under livstiden har gett sitt samtycke till ingreppet. Statens handikappråd och Svenska ekumeniska nämnden tillstyrker utredningens förslag till dödsbegrepp endast under förutsättning att det kombineras med ett förstärkt integritetsskydd.

Skälen för mitt förslag: I fråga om ingrepp på avlidna givare gäller enligt 7 § första stycket transplantationslagen att ett sådant ingrepp får göras om den avlidne under sin livstid skriftligt har medgett detta. Enligt andra stycket får organ tas även utan sådant skriftligt medgivande om följande förutsättningar är uppfyllda:

- att den avlidne inte uttalat sig emot ingreppet,
- att ingreppet eljest inte kan antas stå i strid med den avlidnes uppfattning,
- att nära anhörig till den avlidne inte uttalat sig emot ingreppet, samt
- att ingreppet eljest inte kan antas stå i strid med nära anhörigs uppfattning.

Enligt 8 § skall i fall som avses i 7 § andra stycket, där det kan ske, nära anhörig till den avlidne underrättas om ingreppet innan detta ägt rum.

Om den avlidne under sin livstid uttryckligen motsatt sig transplantationsingrepp, får det alltså inte äga rum. Men om det inte finns någon uttrycklig viljeförklaring för eller emot, får man på grundval av omständigheterna göra ett antagande om vilken inställning den avlidne hade till frågan.

Att gällande rätt inte obetingat kräver att en nära anhörig till den avlidne – om det finns någon sådan – underrättas om ingreppet innan detta äger rum, beror på att en sådan bestämmelse skulle kunna försvåra eller omöjliggöra att organ från nyss avlidna utnyttjas för transplantation. Då tillgången på transplanterat avsevärt understigit efterfrågan har strävan varit att skapa så gynnsamma betingelser för transplantationsverksamheten som möjligt.

I prop. 1975:50 med förslag till transplantationslag, m.m. framhölls bl.a. följande. Har den avlidne inte uttryckligen motsatt sig transplantationsingrepp, får man på grund av föreliggande omständigheter göra ett antagande om hans inställning i frågan. I de fall då en läkare vårdat den avlidne och lärt känna honom, torde denne läkare ofta ha möjlighet att göra en sådan bedömning. Även uppgifter från anhöriga eller andra närstående kan givetvis tjäna till ledning. Om det på grundval av vad som då framkommer kan antas att åtgärden skulle strida mot den avlidnes vilja, får ingrepp inte ske.

Vikten av att föreskrifterna om underrättelseskyldighet och andra åligganden enligt transplantationslagen fullgörs har ansetts motivera en särskild straffbestämmelse i 12 §. Om någon uppsåtligen utför ett transplantationsingrepp i strid med lagens bestämmelser kan han fällas till ansvar för det.

Som jag tidigare framhållit påverkas förutsättningarna för transplantationskirurgin av om hjärnrelaterade dödsriterier införs. Om bestämmelserna i transplantationslagen lämnas oförändrade, blir det möjligt att ta organ från en avliden där andning och cirkulation bibehålls på konstgjord

väg. Enligt min mening måste i detta sammanhang övervägas om vissa ändringar bör göras i transplantationslagen i syfte att förstärka det integritetsskydd som gäller för en avliden.

Jag anser att det är mycket viktigt att bestämmelserna om samtycke vid transplantation står i samklang med allmänhetens uppfattning i dessa frågor. Människor måste känna att de själva bestämmer om de efter sin död vill skänka organ till en annan människa vars liv eller hälsa är beroende av detta. Samtidigt är det angeläget att bestämmelserna utformas så, att transplantationsverksamhetens behov av organ kan tillgodoses på ett rimligt sätt. Vi bör också sträva efter att i Sverige ha regler som så långt det är möjligt överensstämmer med reglerna i de länder som vi kulturellt och historiskt hör samman med.

För att understryka betydelsen av den avlidnes inställning föreslår utredningen att transplantationslagen förtydligas på så sätt att det uttryckligen anges att ingrepp inte får göras om den avlidne under sin livstid skriftligen förbjudit detta. Utredningen har också föreslagit att lagen skall kompletteras med en bestämmelse som gör det möjligt för människor att samtycka till att transplantationsingrepp sker efter döden under förutsättning att alla medicinska åtgärder dessförinnan avbrutits eller att förbjuda att ingrepp görs innan så skett.

Remissinstanserna har ägnat stort utrymme åt samtyckeskravet vid transplantation. En del menar att reglerna behöver skärpas utöver de ändringsförslag utredningen lagt fram. Ambitionen bör enligt dessa instanser vara att införa "aktivt samtycke", dvs. att organ endast får tas från avliden givare om denne under sin livstid uttryckligen medgett detta. Vissa remissinstanser anser att detta krav endast bör gälla på sikt.

Det vore enligt min uppfattning av flera skäl önskvärt att donation av organ kunde bygga på att donatorn i livstiden uttryckligen medgett transplantation. På så vis skulle den enskilde donatorns integritet och vilja tillgodoses fullt ut.

För mottagaren av organet kan det också vara positivt att veta att donationen bygger på en reell vilja att hjälpa en annan människa och inte enbart på en utebliven eller inte känd viljeinställning när det gäller att lämna organ efter döden.

Ett "aktivt" donationsförfarande skulle också avlasta de anhöriga deras ansvarsbörda i detta sammanhang. Donation av organ är i realiteten bara aktuell vid plötsliga, oväntade dödsfall. Ofta är donatorerna unga, friska människor som råkat ut för en olycka. De anhöriga som just fått det oväntade dödsbudet ställs inför uppgiften att på mycket kort tid ta ställning till organdonation. Det är otillfredsställande att anhöriga, som redan befinner sig i en psykologiskt svår situation, skall behöva ta ställning i en så svår fråga.

Om krav på samtycke från donatorn skulle införas med omedelbar verkan, skulle det emellertid, åtminstone inledningsvis, få drastiska och oönskade konsekvenser för den redan etablerade transplantationsverksamheten. Tillgången på organ skulle med all sannolikhet minska mycket kraftigt till men för många patienter. Erfarenheten talar för att det krävs breda informationsinsatser innan tillräckligt många människor kan förväntas ta ställning till om de är villiga att donera organ.

Hittills har det inte varit vanligt att människor diskuterat de här frågorna med varandra. Många saknar säkert en egen uppfattning om organdonation eftersom frågan aldrig varit aktuell för dem. Jag anser att det är viktigt att människor i gemen tänker igenom vad donation av organ betyder för möjligheten att hjälpa en medmänniska till liv eller förbättrad hälsa. Jag utgår ifrån att många människor skulle vilja ta emot organ vid en transplantation om de var i behov av det. På motsvarande sätt skulle dessa förmodligen också vara villiga att donera organ efter döden för att rädda någon annans liv och hälsa.

Krav på samtycke från donatorn skulle av många skäl vara att föredra. Samtidigt är det inte rimligt att låta det förhållandet att ytterst få människor tagit ställning till frågan om de önskar donera organ eller inte efter sin död leda till radikala försämringar av förutsättningarna för den redan etablerade transplantationsverksamheten. För många t.ex. njursjuka är transplantation den behandlingsform som ger högst livskvalitet.

Innan slutlig ställning tas till frågan vilka krav på samtycke som bör uppställas, t. ex. om ett uttryckligt medgivande från den avlidne bör krävas, måste det också finnas en form för att enkelt och klart under livstiden lämna sitt samtycke till organdonation och någon form för registrering av ett sådant samtycke. Det har inte ingått i dödsbegreppsutredningens uppdrag att överväga hur samtycke skall kunna lämnas och hur ett system för registrering av det skall organiseras och administreras.

Jag har för avsikt att inom kort begära regeringens bemyndigande att tillkalla en särskild utredare med uppgift att bl.a. göra en översyn av transplantationslagen. Utredaren bör bl.a. överväga vilka krav på samtycke som bör gälla för att transplantationsingrepp skall få göras och hur ett system med dokumentation av inställningen till donation av organ kan utformas. Utredaren bör även se över reglerna om s.k. mindre transplantationsingrepp.

I avvaktan på översynen föreslår jag dock att vissa ändringar redan nu görs i dessa bestämmelser. Liksom i dag bör huvudregeln vara att det krävs ett skriftligt samtycke av donatorn under hans livstid. Om det inte finns något samtycke, bör man dock inte som i den gällande bestämmelsen utgå från att samtycke ändå finns, utan i stället från att samtycke inte föreligger. Presumtionen att samtycke inte finns bör kunna brytas om den avlidne under sin livstid har uttalat att han är positiv till att skänka organ eller om en sådan positiv inställning framgår av omständigheterna i övrigt. Om den dödes inställning inte är känd bör den eller de närmaste anhöriga ges möjlighet att avgöra frågan. Om det finns flera nära anhöriga och det framkommer att de är oense bör transplantationsingrepp inte få göras. De ändringar jag föreslår tar, enligt min mening, rimlig hänsyn till transplantationsverksamhetens behov av organ men stärker ändå skyddet för den personliga integriteten och bör därför främja förtroendet för hälso- och sjukvården. Mina förslag överensstämmer också med hur reglerna på flera håll tillämpas redan i dag.

Det sagda föranleder ändringar i 7 § andra stycket transplantationslagen. Bestämmelsen innefattar såväl i den gällande som i den föreslagna lydelsen de möjligheter som utredningen eftersträvat med sina förslag. Jag anser

därför att de förtydliganden och kompletteringar som utredningen föreslagit inte bör genomföras. I motsats till utredningen anser jag inte heller att någon bestämmelse bör införas i lagen som ger regeringen och socialstyrelsen möjlighet att utfärda ytterligare föreskrifter utöver lagens bestämmelser.

Enligt utredningen behövs ett sådant bemyndigande för att socialstyrelsen skall kunna meddela föreskrifter om att dödens inträde skall objektivt dokumenteras på ett sätt som låter sig bevaras för framtiden om transplantationsingrepp skall göras (f. n. kan detta ske genom cerebral angiografi).

Även när det gäller s.k. mindre transplantationsingrepp (1 § andra stycket) och ingrepp för annat än medicinskt ändamål (2 §) skulle det enligt utredningen finnas anledning för socialstyrelsen att utfärda föreskrifter om och i vad mån sådana får företas innan respiratorinsatser och andra medicinska åtgärder har avbrutits.

Det bör ankomma på socialstyrelsen att ta ställning till frågan om dokumentation av att hjärnans funktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort. Jag utgår ifrån att detta inte behöver ske i form av föreskrifter utan att allmänna råd skall vara tillräckligt. Sådana föreskrifter är i alla händelser verkställighetsföreskrifter till lagen vilka regeringen eller efter regeringens bemyndigande socialstyrelsen kan meddela med stöd av regeringsformen 8 kap. 13 §.

När det gäller frågan om ingrepp enligt 1 § andra stycket och 2 § transplantationslagen har jag i avsnitt 2.6 framhållit att cirkulationen inte bör få upprätthållas efter dödens inträde för något av dessa ändamål. Som jag tidigare framhållit bör dessa frågor ytterligare övervägas vid översynen av vissa transplantationsfrågor.

Slutligen vill jag för tydlighetens skull påpeka att jag här inte tar ställning till frågan om transplantationsverksamhetens framtida inriktning och omfattning i Sverige. Denna fråga får övervägas i annat sammanhang.

2.8 Utbildning

Min bedömning: De läkare som har att ställa diagnosen total hjärnfarkt har redan i dag erforderlig utbildning för detta och för att ge den information som behövs. Övrig hälso- och sjukvårdspersonal som bl. a. har att informera de anhöriga och allmänheten om innebörden av hjärnrelaterade dödsriterier bör i såväl grund- som vidareutbildning ges ytterligare kunskaper för att väl kunna fullgöra denna uppgift.

Utredningens bedömning: Överensstämmer med min bedömning.

Remissinstanserna: Flera remissinstanser har betonat behovet av att hälso- och sjukvårdspersonalen får erforderlig utbildning.

Skälen till min bedömning: Utredningen har tagit upp frågan om vilket behov av utbildning som kan aktualiseras av en övergång till hjärnrelaterade dödsriterier.

Under de drygt tio år som förflutit sedan socialstyrelsens cirkulär tillkom har inget framkommit som tyder på brister i kunskap och erfarenhet hos den personal som har att fatta beslut i enlighet med detta. Det är oftast den ansvarige anesthesiologen som, i samråd med motsvarande läkare på den klinik där patienten vårdats, fattar beslutet. Man kan utgå från att de avdelningar, där det är aktuellt att ställa diagnosen, står under ledning av kvalificerade och erfarna läkare. Några speciella utbildningsinsatser för denna personalkategori behövs därför inte vid en övergång till hjärnrelaterade dödsriterier.

Som jag tidigare framhållit förutsätter jag att socialstyrelsen genom allmänna råd ger läkarna vägledning för tillämpningen av dödsriterierna och metoderna för att undersöka om kriterierna är uppfyllda.

Även övrig hälso- och sjukvårdspersonal som bl.a. har att förklara innebörden av total hjärninfarkt för anhöriga till den avlidne eller allmänheten bör ha grundläggande medicinska kunskaper om dödens inträde.

Det är närmast en uppgift för socialstyrelsen att medverka till att särskilt personalen på intensivvårdsavdelningar får de anvisningar som behövs vid en övergång till hjärnrelaterade dödsriterier. Det är mycket viktigt att den personal som vårdar patienten och tar hand om de anhöriga har relevanta kunskaper. Socialstyrelsen bör därför få i uppdrag att utarbeta ett särskilt material som vänder sig till den hälso- och sjukvårdspersonal som är närmast berörd.

Det är vidare angeläget att även hälso- och sjukvårdspersonalen inom andra verksamhetsområden har de kunskaper som behövs för att på bästa sätt kunna hantera de situationer som uppkommer vid en tillämpning av hjärnrelaterade dödsriterier. Sjukvårdspersonalen har ofta rollen av kunskapsförmedlare till allmänheten i olika medicinska frågor och måste därför vara väl insatt i dessa. Människor som kommer i kontakt med sjukvården i samband med en anhörigs bortgång eller i andra sammanhang måste kunna lita på att den information de får är saklig och korrekt.

Resultatet av en stickprovsundersökning, som utredningen utfört bland nyutexaminerade läkare, färdiga sjuksköterskor och elever under utbildning till sjuksköterskor visar att frågor som rör gränsdragningen mellan liv och död ägnas begränsad uppmärksamhet i utbildningssammanhang. Men det har också framkommit att en ökad beredskap nu finns att ta sig an frågorna och att utbildningen på området väsentligen kommer att förbättras inom ramen för nuvarande verksamhet.

Det bör ankomma på sjukvårdshuvudmännen att anordna den fortbildning för hälso- och sjukvårdspersonalen som kan behövas i samband med införande av hjärnrelaterade dödsriterier.

Jag instämmer sålunda i utredningens synpunkter i dessa frågor. Den i sammanhanget nödvändiga utbildningen är av begränsad omfattning och bör utan svårighet kunna rymmas inom ramen för nuvarande utbildning.

Min bedömning: Allmänheten bör informeras om innebörden för den enskilde av en övergång till hjärnrelaterade dödsriterier. Särskilda informationsinsatser krävs vidare för anhöriga till patienter som under respiratorvård drabbas av total hjärninfarkt.

Socialstyrelsen bör få i uppdrag att föra ut information till allmänheten.

Utredningens förslag: Överensstämmer med min bedömning.

Remissinstanserna: Flera remissinstanser har poängterat behovet av en allsidig och saklig information till allmänheten.

Skälen till min bedömning: Utredningen har pekat på att stora delar av allmänheten har bristfälliga kunskaper om den medicinska bakgrunden till hjärnrelaterade dödsriterier. Många tror att med begreppet "hjärndöd" avses långvariga sjukdomstillstånd av typ kronisk medvetslöshet. En vanlig uppfattning torde också vara att det inte är möjligt att med full säkerhet ställa diagnosen total hjärninfarkt.

Mot denna bakgrund är det angeläget med information till allmänheten som sakligt och korrekt redovisar innebörden för den enskilde av en övergång till hjärnrelaterade dödsriterier.

I detta sammanhang bör även vissa frågor kring donation av organ tas upp. Hittills är det få människor som tagit ställning till om de är villiga att donera organ efter sin död. En ökad kunskap om hjärnrelaterade dödsriterier och förutsättningarna för transplantationer bör kunna bidra till att fler människor bildar sig en uppfattning om huruvida de är villiga att donera organ efter döden eller inte.

Människors rädsla att tala om och tänka på döden kan göra det svårt att ta emot information. Personlig kontakt är på många vis det bästa sättet att föra ut information. Hälso- och sjukvårdspersonalen utgör därför en viktig resurs när det gäller att förmedla kunskap och erfarenheter till allmänheten. Människor måste kunna känna stort förtroende för personalens kunskaper i dessa frågor.

Även massmedia spelar en viktig roll i sammanhanget. Vikten av att den information som förs ut är korrekt har understrukits. Inför lagens ikraftträdande bör därför övervägas att anordna ett seminarium kring dessa frågor för journalister.

Inom folkrörelserna pågår på några håll arbete med att ta fram informations- och studiematerial kring dödsbegreppet och transplantationer. Frågor kring döden bör lämpa sig väl att ta upp i studiecirkel eftersom det där ges möjlighet att resonera människor emellan.

Jag har för avsikt att senare föreslå regeringen att ge socialstyrelsen i uppdrag att inför lagens ikraftträdande ta fram informationsmaterial till allmänheten kring hjärnrelaterade dödsriterier och transplantationer.

Uppdraget bör också omfatta att utarbeta ett skriftligt informationsmaterial som riktar sig särskilt till anhöriga till de patienter som när de vårdas i respirator drabbas av total hjärninfarkt. För dem blir behovet av informa-

tion mest påtagligt. Till största delen bör informationen lämnas muntligen av den berörda personalen.

2.10 Kostnader

Mina förslag medför inga nya kostnader. Som jag tidigare framhållit tar jag inte här ställning till frågan om transplantationsverksamhetens framtida inriktning och omfattning. Denna fråga får övervägas i annat sammanhang.

Jag förutsätter att kostnaderna för de utbildnings- och informationsinsatser som jag behandlat i det föregående kan finansieras inom befintliga ramar.

3 Upprättade lagförslag

I enlighet med vad jag nu har anfört har inom socialdepartementet upprättats förslag till

1. lag om dödens inträde,
2. lag om ändring i transplantationslagen (1975:190).

Som nämndes i inledningen har lagrådets yttrande inhämtats över förslagen. Lagrådet har lämnat förslagen utan erinran.

4 Specialmotivering

4.1 Förslaget till lag om dödens inträde

Syftet med lagen är främst att ange när döden i rättsligt hänseende skall anses inträda. Rubriken till lagen har därför ändrats i förhållande till utredningens förslag. För att lagens syfte skall klart framgå har också – i enlighet med vad JK föreslagit i sitt remissyttrande – 1 och 2 §§ omformats och slagits ihop till en inledande paragraf.

Som tidigare framhållits har dödsbegreppet och dödsriterierna inte tidigare varit rättsligt fastlagda vare sig i lagstiftning eller rättspraxis.

1 §

Vid tillämpning av bestämmelser i lag eller annan författning som tillskriver en människas död rättslig betydelse skall gälla att en människa är död när hjärnans samtliga funktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort.

Paragrafen saknar motsvarighet i gällande lagstiftning. Den motsvarar 1 och 2 §§ i utredningens förslag.

I denna paragraf har tagits in den grundläggande bestämmelsen i lagen att en människa är död när hjärnans alla funktioner totalt och oåterkalleligt har upphört.

Definitionen tar sålunda sikte på bortfallet av hjärnans funktioner. För att döden skall ha inträtt, krävs att samtliga funktioner i hjärnan totalt har fallit bort. Funktionerna måste alltså ha upphört i hjärnans alla delar: stora

hjärnan, lilla hjärnan och hjärnstammen, och bortfallet måste vara totalt. Dessutom krävs att funktionsförlusten är oåterkallelig och att man således med säkerhet kan utesluta möjligheten av att funktionerna senare skulle kunna återkomma.

Döden inträder vid den tidpunkt när alla hjärnfunktionerna fallit bort totalt och oåterkalleligt. Den tidpunkt då en läkare konstaterar dödsfallet är alltså inte av avgörande betydelse från rättslig synpunkt. Att det i praktiken kan föreligga svårigheter att exakt bestämma dödstillfallet ändrar inte detta förhållande. I många fall måste man nöja sig med mer eller mindre väl underbyggda antaganden om när döden inträdde. Detta gäller när dödsfallet skett i hemmet eller på ett sjukhus utan att någon annan person befunnit sig hos den avlidne. Riktigt vanskligt är naturligtvis situationen när en person påträffas först sedan flera veckor eller månader förflutit från dödstillfallet, t. ex. efter en drunkningsolycka. Behov av att exakt fastställa tidpunkten för när hjärnfunktionerna totalt och oåterkalleligt upphört, torde uppkomma enbart i mycket sällsynta undantagssituationer. I regel kan det därför vara tillräckligt att i den kliniska verksamheten ange den tidpunkt då det först konstaterats att döden har inträtt. Svårigheterna att bestämma tidpunkten för dödets inträde föreligger även i dag dvs. vid tillämpning av hjärtrelaterade dödsriterier.

Av paragrafen följer att den nu föreslagna lagen skall gälla vid tillämpning av alla de författningar som tillägger en människas död rättslig betydelse. Lagen skall alltså utan undantag tillämpas på alla rättsliga områden: straff- och civilrätten, socialförsäkrings-, skatte- och hälso- och sjukvårdslagstiftningen etc. I samtliga dessa sammanhang är det den här givna dödsdefinitionen som blir avgörande. Den gäller således enhetligt för alla människor och för alla situationer. Något utrymme för att ta hänsyn till omständigheterna i ett särskilt fall och då i stället använda en annan dödsdefinition finns inte.

Självfallet är det inte enbart vid tillämpning av regler som de nyss nämnda som lagen blir av betydelse. Den skall givetvis gälla också i t. ex. medicinsk praxis.

I huvudsak anger lagen endast tidpunkten för dödets inträde. De rättsliga konsekvenserna av att en människa dött följer av annan reglering. En översikt över denna och över olika rättsföljder av ett dödsfall har lämnats i avsnitt 13 i utredningens betänkande.

Någon närmare beskrivning av dödets inträde finns inte i någon av dessa författningar. Behov av följdändringar uppkommer därför inte beträffande någon enda lag eller annan författning som tillägger dödstillfallet eller dödsorsaken rättslig betydelse.

Frågan huruvida följdändringar eller kompletteringar är påkallade i de författningar som reglerar omhändertagandet av den döda kroppen och olika åtgärder som får vidtas med denna behandlas bl. a. i specialmotiveringen till förslaget till lag om ändring i transplantationslagen (1975:190).

2 §

Det ankommer på läkare att i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet fastställa att döden har inträtt.

Detta skall ske, om andning och blodcirkulation upphört och stilleståndet varat så lång tid att det med säkerhet kan avgöras att hjärnans samtliga funktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort.

Upprätthålls andning och blodcirkulation på konstgjord väg, skall dödens inträde i stället fastställas, om en undersökning av hjärnan med säkerhet visar att hjärnans samtliga funktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort.

Paragrafen saknar motsvarighet i gällande lagstiftning. Den motsvarar i sak 3 § i utredningens förslag. I förhållande till det förslag, som remitterades till lagrådet, har endast vissa språkliga ändringar gjorts.

Att fastställa att döden inträtt är enligt första stycket – som inte innebär någon saklig nyhet gentemot dagens situation – en uppgift för läkare. Med läkare avses den som här i landet är behörig att utöva läkaryrket. Några speciella kompetenskrav för läkaren uppställs inte i lagen.

I andra och tredje styckena anges de kriterier som skall användas för att fastställa att hjärnans alla funktioner har fallit bort totalt och oåterkalleligt. Dessa kan vara indirekta – varaktigt hjärt- och andningsstillestånd – eller direkta – genom en undersökning av hjärnan. Någon närmare beskrivning av kriterierna ges inte i lagtexten, utan det får ankomma på den medicinska vetenskapen att svara för detta. Möjlighet ges härigenom att på ett mer detaljerat plan fortlöpande anpassa kriterierna till den medicinska utvecklingen och till framtida rön på detta område. Lagtexten anger alltså enbart vilka typer av kriterier som kan tillämpas.

I över 99 % av alla dödsfall torde de indirekta kriterierna komma att tillämpas. I dessa fall kommer dödens inträde att i praktiken konstateras på samma sätt som i dag. Endast i fall då det rör sig om svårt hjärnskadade patienter som behandlas i respirator blir det aktuellt att tillämpa de direkta kriterierna. I dessa fall kan de indirekta kriterierna inte begagnas för att konstatera att hjärnans alla funktioner har fallit bort, eftersom andningen – och därmed även hjärtverksamheten – upprätthålls på konstgjord väg.

Oavsett vilka kriterier som används är ett krav alltid, som föreskrivs i första stycket, att fastställandet görs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Är det t. ex. fråga om en människa som påträffas först en längre tid efter det att hon avlidit, finns ingen anledning att närmare undersöka i vad mån hjärt- och andningsverksamheten upphört eller om olika neurologiska tecken på upphävd hjärnfunktioner föreligger. I sådana fall ger t. ex. förekomsten av likfläckar, likstelhet eller begynnande förruttelse klart besked om att döden inträtt.

I den allmänna motiveringen, avsnitt 2.5, och i avsnitt 9 av utredningens betänkande har lämnats en närmare beskrivning av den medicinska innebörden av de indirekta och direkta hjärnrelaterade dödsriterierna.

Som framhållits i den allmänna motiveringen förutsätts socialstyrelsen meddela allmänna råd till läkarnas vägledning om dödsriterierna och de metoder som bör användas för att undersöka om kriterierna är uppfyllda. Några ytterligare föreskrifter – utöver möjligen rena verkställighetsföreskrifter – har inte ansetts behövliga.

Om dödförklaring i vissa fall finns bestämmelser i 25 kap. ärvdabalken.

Genom paragrafen erinras om att det finns bestämmelser i 25 kap. ärvdabalken om dödförklaring av den som varit försvunnen sedan viss tid tillbaka.

Dödförklaring enligt dessa regler är något annat än att fastställa att döden inträtt med tillämpning av den nu föreslagna lagen.

4.1 Förslaget till lag om ändring i transplantationslagen (1975:190)

7 §

Ingrepp som avses i denna lag får företas på en avliden person, om denne under sin livstid skriftligen har medgett detta.

Även utan medgivande enligt första stycket får organ och annat biologiskt material tas från en avliden person, om den avlidne har uttalat sig för sådant ingrepp eller om det av andra skäl finns grundad anledning anta att ingreppet skulle vara i överensstämmelse med hans uppfattning. Råder oklarhet om den avlidnes inställning, får ingrepp företas om nära anhörig medger det. Framkommer oenighet mellan nära anhöriga får ingrepp inte göras.

I första stycket har enbart en mindre språklig modernisering gjorts.

Ändringen i andra stycket har behandlats i avsnitt 2.7 i den allmänna motiveringen. Vid transplantationsingrepp på avlidna givare gäller enligt första stycket som huvudregel att den avlidne under sin livstid skriftligen skall ha medgett att ingrepp får ske. Föreligger inte någon sådan uttrycklig viljeförklaring från den avlidne får man på grundval av föreliggande omständigheter göra ett antagande om vilken inställning den döde hade i frågan. I första hand bör anhöriga eller andra närstående kunna ge besked om den avlidnes inställning.

Framkommer inte någon inställning hos den avlidne – för eller emot transplantationsingrepp – får sådant ingrepp företas endast om nära anhörig medger det. Är den avlidnes inställning känd saknar däremot de anhörigas inställning betydelse. Enligt den nu föreslagna lydelsen av bestämmelsen är sålunda presumtionen att transplantationsingrepp inte får ske. Presumtionen bryts endast om det visas att den avlidne varit positiv till transplantationsingrepp eller – om oklarhet råder om hans inställning – nära anhörig uttalar sig för det. I förhållande till det förslag, som remitterades till lagrådet har i andra stycket första meningen orden "finns grundad anledning anta" ersatt "kan antas" när det gäller kravet på att ingreppet skall vara i överensstämmelse med den avlidnes inställning. Dessutom har några andra språkliga och redaktionella ändringar gjorts.

Det innebär att om det är oklart vilken inställning den avlidne hade och någon nära anhörig inte kan påträffas så kan transplantationsingrepp inte ske.

Om någon uppgift om nära anhörig över huvud inte lämnats får utred-

ning härom göras. Med nära anhörig avses make och varaktigt sammanboende, barn, föräldrar och syskon. Vid intagning på sjukhus brukar uppgift lämnas om vem som är nära anhörig och det är i sådant fall denne som sjukhuset i första hand skall ta kontakt med angående ett ifrågasatt transplantationsingrepp. Någon ytterligare utredning från sjukhusets sida kan i dessa fall inte krävas. Om det framkommer att oenighet finns mellan nära anhöriga får ingrepp inte ske.

Innan ingrepp görs på avliden skall döden ha konstaterats av annan läkare än den som utför ingreppet på den avlidne eller på den person till vilken materialet avses att transplanteras. Den läkare som beslutar om ingrepp måste förvissa sig om att förutsättningar härför enligt bestämmelserna i 7 § föreligger.

Enligt 8 § skall i fall som avses i 7 § andra stycket – det vill säga i de fall transplantationsingrepp görs utan att skriftligt medgivande från den avlidne föreligger – nära anhörig till den avlidne underrättas om ingreppet innan detta äger rum, där det kan ske. Bestämmelsen har tillkommit för att de anhöriga ska kunna ge sin mening till känna i fråga om ett planerat transplantationsingrepp.

Med den föreslagna ändringen i 7 § andra stycket behövs inte längre bestämmelsen i 8 §. Den har därför upphävts.

5 Hemställan

Jag hemställer att regeringen föreslår riksdagen att anta förslagen till

1. lag om dödens inträde,
2. lag om ändring i transplantationslagen (1975:190).

6 Beslut

Regeringen beslutar i enlighet med föredragandens hemställan.

Dödsbegreppsutredningens sammanfattning av huvudbetänkandet (SOU 1984:79) Dödsbegreppet

Bakgrund

I Sverige saknas lagstiftning om hur dödens inträde skall fastställas. Någon vägledning finns inte heller att hämta från rättspraxis eller andra rättskällor.

Av tradition anses emellertid en människas död inträda då hjärt- och andningsverksamheten upphör. Dessa hjärtrelaterade döds-kriterier har tidigare kunnat tillämpas utan större problem. Under de senaste årtiondena har dock olika omständigheter medfört att de inte längre framstår som självklara.

För det första har den medicinska utvecklingen visat att *hjärt- och andningsstillstånd inte alltid är litydigt med döden*. Inom den moderna sjukvården är det i dag rutin att häva akuta hjärtstillstånd. Cirkulationsfunktionerna kan upprätthållas med en hjärt-lungmaskin, och upphävd andning kan kompenseras genom respiratorbehandling. Man kan till och med genom transplantation byta ut hjärtan och lungor.

För det andra har utvecklingen inom intensivvården medfört att man i dag med tekniska hjälpmedel kan upprätthålla andningen – och därmed indirekt även hjärtverksamheten – under en kortare tid, trots att människan själv för alltid har mist förmågan till egenandning. Detta har uppfattats så att *hjärt- och andningsverksamhet inte alltid är liktydig med förekomsten av liv*.

Förklaringen till dessa båda situationer står att finna i *sambandet mellan hjärnans och cirkulationsorganens funktioner (avsnitt 4)*. Å ena sidan är förmågan till spontan andning avhängig av hjärnans funktioner. Men å andra sidan är hjärnan beroende av en i stort sett kontinuerlig tillförsel av syrsatt blod. Har hela hjärnan för alltid upphört att fungera (*total hjärnfarkt* har inträtt) saknas förutsättningar för spontan andning. Under begränsad tid (några dagar eller i sällsynta undantagsfall högst ett par veckor) kan andningen upprätthållas med hjälp av respirator. Därefter slutar hjärtat ofrånkomligen att slå trots fortsatta respiratorinsatser och andra medicinska åtgärder. Har hjärnan varit utan blodtillförsel (t.ex. på grund av hjärtstillstånd) under som regel 15-20 minuter har dess funktioner för alltid upphört. Och de kan aldrig ersättas vare sig genom kirurgiska ingrepp, medicinering eller tekniska hjälpmedel.

Kunskaperna om detta samband mellan hjärnans och cirkulationsorganens funktioner är i och för sig inte nya. Men de spelar en avgörande roll för förståelsen av den ändrade situation som uppkommit genom bruket av moderna tekniska hjälpmedel inom intensivvården. Å ena sidan har det blivit möjligt att rädda hjärnan från undergång vid hjärt- och andningsstillstånd. Men å andra sidan har samtidigt – som en icke avsedd effekt – uppkommit möjligheter att upprätthålla cirkulationen av syrsatt blod i en kropp vars hjärna för alltid har upphört att fungera. Det naturliga sambandet mellan hjärnans, hjärtats och lungornas funktioner har med andra ord brutits i dessa fall.

Mot bakgrund av denna utveckling har man numera i så gott som alla länder – där det finns tillgång till modern intensivvårdsutrustning och där frågan således har kunnat aktualiseras – börjat tillämpa hjärnrelaterade dödsriterier, dvs. kriterier som tar sikte på bortfallet av hjärnans funktioner och inte på cirkulationsorganens (*avsnitt 5* och *bilaga C*). Detta har skett genom officiell reglering, som i t.ex. Norge och Finland, eller genom en ändrad medicinsk praxis. Bland länder med moderna intensivvårdsresurser är det nu bara Sverige och Danmark som ännu inte tillämpar sådana kriterier som grund för dödförklaring. Och liksom i Sverige övervägs frågan f. n. i Danmark.

Det är således gemensamt för alla de länder som i dag tillämpar hjärnrelaterade dödsriterier att man kan bedriva en modern intensivvård med bl.a. respiratorbehandling av svårt hjärnskadade patienter. I andra avseenden, t.ex. beträffande statsskick, kultur och religion, föreligger däremot avsevärda skillnader mellan dessa länder. Vad särskilt gäller religionens betydelse i sammanhanget kan konstateras att valet av dödsriterier är en fråga som olika *religioner* lämnar obesvarad (*avsnitt 6*). Sättet att fastställa dödens inträde anses i regel inte vara en trosfråga utan i stället något som ankommer på den medicinska sakkunskapen. Den diskussion som förts i dessa sammanhang har därför i allmänhet grundat sig på etiska värderingar. Nästan genomgående har den utmynnat i ett ställningstagande för en dödsdefinition som är knuten till frånvaron av hjärnfunktionerna.

Inom filosofin och naturvetenskapen har under tidernas gång betydande uppmärksamhet ägnats frågor kring döden och de problem som denna aktualiserar. Bl.a. har man försökt finna svar på de viktiga frågorna om förhållandet mellan kropp och själ och vad som händer efter dödets inträde.

Överväganden

Dödsbegreppet och dödsriterierna

Utredningen har enligt sina direktiv att undersöka om "nuvarande dödsbegrepp bör bibehållas eller om ett hjärndödsbegrepp bör införas", dvs. om även vi i Sverige bör tillämpa hjärnrelaterade dödsriterier.

Döden kan emellertid uppfattas på många olika sätt. En precisering måste därför göras av utredningens uppgifter.

Biologiskt sett är döden ofta en utdragen process, under vilken organismens olika celler successivt går under. Från praktiska synpunkter – medicinska, rättsliga och andra – måste emellertid döden beskrivas som en *händelse* som inträffar vid en bestämd tidpunkt. Det gäller här att ange det stadium i processen då så vitala funktioner hos organismen har fallit bort att den oåterkalleligt har slutat att fungera som en samverkande helhet (*avsnitt 7*). På detta sätt har döden alltid beskrivits i sammanhang där man haft behov av en praktiskt användbar dödsdefinition. Då läkaren i dag dödförklarar den som drabbats av varaktigt hjärt- och andningsstillestånd gör han det utifrån ett sådant praktiskt behov. Han väntar inte med dödförklaringen till dess den biologiska dödsprocessen nått sitt definitiva

slut, dvs. då biologiskt liv i varje enskild kroppscell inte längre kan påvisas.

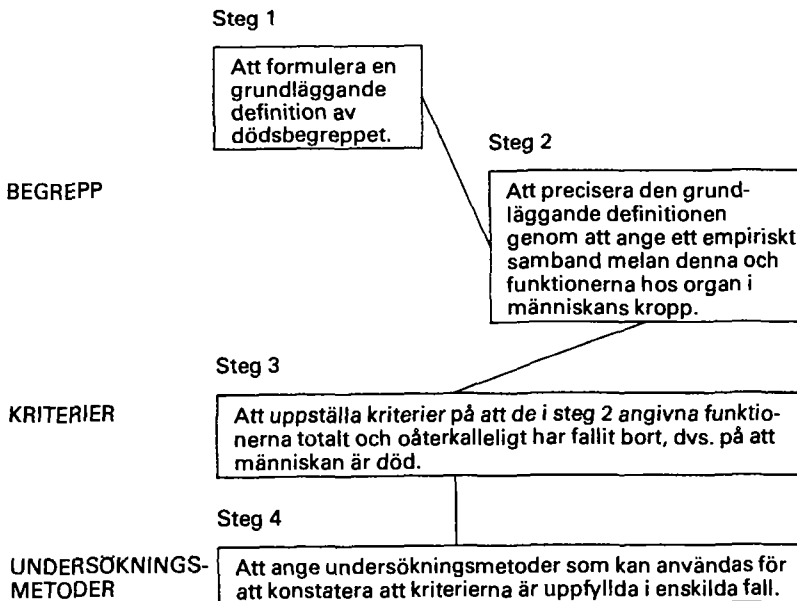
Efter denna precisering ställer utredningen upp olika utgångspunkter för sina överväganden om dödsbegreppet:

1. Dödsdefinitionen skall beskriva övergången från liv till död och formuleras fristående från definitionen på liv.
2. Endast människans död är av intresse i detta sammanhang.
3. Frågor som rör det etiskt eller medicinskt berättigade i olika åtgärder under dödsprocessen (eutanasi m. m.) måste lämnas åt sidan då dödsdefinitionen skall formuleras.
4. Transplantationskirurgins behov av organ eller andra sjukvårdsmässiga nyttosynpunkter får inte tillåtas påverka dödsdefinitionens utformning.

Utredningen betonar dessutom ytterligare ett krav på dödsdefinitionen. Den måste vara *klar, entydig och densamma för alla människor samt oberoende av de närmare omständigheterna kring dödsfallet*. Dödsdefinitionen skall kunna läggas till grund för alla de rättsliga, medicinska och andra avgöranden som i vårt samhälle är knutna till dödens inträde.

Mot bakgrund av dessa krav ställer utredningen frågan om vi inte redan i dag har ett tillfredsställande svar på när döden inträder. Utredningen konstaterar här att den nyss beskrivna medicinska utvecklingen visat att så inte är fallet vilket, inte minst från rättslig synpunkt, är otillfredsställande. För den enskilde medborgaren, sjukvården, rättsordningen etc. är det av största vikt att dödsdefinitionen klart och entydigt kan tillämpas under alla förhållanden. En närmare analys av dödsbegreppet är därför påkallad. Denna måste ske från grunden, eftersom detta begrepp aldrig har närmare definierats och få om ens några försök har gjorts i vårt land till en samlad analys.

Den diskussion som utredningen härefter för följer en stegvis utformad modell:



Denna grundläggande definition av dödsbegreppet ligger som synes på en hög abstraktionsnivå och kan inte direkt läggas till grund för praktiskt medicinskt handlande. Utredningen preciserar därför som *steg två* (*avsnitt 8.2*) definitionen genom att ett empiriskt samband fastställs mellan denna och funktionerna hos organ i människans kropp.

På basis av medicinskt-biologiska kunskaper och allmänna uppfattningar om dödens innebörd gör utredningen denna precisering genom att knyta an till bortfallet av hjärnans funktioner. Den medicinska forskningen har nämligen visat att det är från hjärnan som kroppens rent fysiska aktivitet styrs, t.ex. andning, blodtrycksreglering, temperaturreglering och matsmältning. Men vi vet numera också att det är hjärnan som – ensam – svarar för den psykiska aktiviteten. Faller hjärnans samtliga funktioner bort har människan förlorat förmågan att förena och samordna organismen till en fungerande enhet. Vissa fysiska funktioner, som t.ex. andningen, kan visserligen under kortare tid upprätthållas med tekniska hjälpmedel. Också en del ryggmärgsstyrda reflexer kan förekomma övergångsvis (högst några dagar). Men människans egen förmåga att förena och samordna de olika funktionerna, fysiska såväl som psykiska, är borta. Har denna förmåga väl fallit bort kan den aldrig återvända, vare sig spontant eller med hjälp av medicinska ingrepp. Och den kan heller aldrig ersättas med tekniska hjälpmedel.

Mot bakgrund av det nu sagda ger utredningen dödsbegreppet följande precisering:

En människa är död när hjärnans samtliga funktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort.

Hjärnans samtliga funktioner (hänförliga till hela stora hjärnan, lilla hjärnan och hjärnstammen) måste för alltid vara borta för att livet skall ha flytt. Det skall framhållas att definitionen inte tar sikte på hjärnan som ett organ med en specifik anatomi, dvs. den förutsätter inte en med gängse metoder anatomiskt påvisbar celldöd i varje enskild del av hjärnan. Det som ställs i fokus är inte organet hjärnan utan de från hjärnan härrörande funktionerna, utan vilka mänskligt liv inte kan finnas.

I det sammanhanget tar utredningen avstånd från bruket av den mångtydiga termen "hjärndöd" (*avsnitt 8.3*). Enligt utredningens mening kan en människa inte vara levande eller "hjärndöd" alternativt "hjärdöd" utan endast levande eller död. Vill man ange att ett totalt och oåterkalleligt bortfall av hjärnfunktionerna inträffat under pågående respiratorinsatser bör man använda den medicinskt riktigare termen total hjärninfarkt.

Dödsriterier

Emellertid är inte heller den precisering som utredningen gör av dödsbegreppet tillräcklig som vägledning vid en klinisk bedömning. I ett *tredje steg* (*avsnitt 9*) måste därför kunna uppställas kriterier som i medicinska

sammanhang kan användas för att påvisa att hjärnans funktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort, dvs. att människan är död. Dessa kriterier måste vara erfarenhetsmässigt väl underbyggda samt klara och entydiga. Dessutom krävs att de är så utformade att man, genom praktiskt användbara diagnostiska metoder, kan konstatera att de är uppfyllda.

Med utgångspunkt i de tre senaste decenniernas medicinskt-biologiska forskning finner utredningen det vara möjligt att uppställa två olika sorters kriterier, som var för sig uppfyller nämnda krav. Båda typerna av kriterier bygger på vetskapen att hjärnans samtliga funktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort om hjärnans blodcirkulation har varit upphävd under en viss tid (som regel 15-20 minuter).

Det är här för det första fråga om *indirekta hjärnrelaterade dödsriterier*. Härmed menas kriterier som inte direkt anger att hjärnfunktionerna har fallit bort, men från vilka man kan dra slutsatsen att så är fallet. De här åsyftade kriterierna är *varaktigt hjärt- och andningsstillestånd*. Ett hjärtstillestånd medför nämligen ett så gott som momentant upphörande av hjärnans funktioner. Kan hjärt- och andningsverksamheten inte återupprättas inom de nyss angivna 15-20 minuterna kan hjärnfunktionerna inte återvända. Det totala funktionsbortfallet hos hjärnan är därmed också oåterkalleligt.

Dödförklaring med tillämpning av de indirekta kriterierna skiljer sig i praktiskt hänseende inte från dagens situation. Den enda avvikelser ligger på ett teoretiskt plan och innebär att kriteriernas medicinska grund klarläggs: dödförklaring sker inte *därför att* hjärt- och andningsverksamheten i sig har upphört utan på grund av att hjärnans funktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort *till följd av* en viss tids upphörd hjärt- och andningsverksamhet.

Dessa indirekta kriterier kan tillämpas i det allt övervägande antalet dödsfall (mer än 99 %). Under speciella omständigheter är de emellertid inte användbara. Sådana omständigheter föreligger då en människa har förlorat förmågan till spontan andning och syrsättningen av blodet därför sker med tekniska hjälpmedel. När man satt in sådana tekniska hjälpmedel (respirator m.m.), med hjälp av vilka det normala sambandet mellan hjärnans och cirkulationsorganens funktioner upphävs, kan de indirekta kriterierna inte användas. I sådana situationer måste andra, *direkt hjärnrelaterade dödsriterier* tillämpas. Sådana kriterier anger direkt, utan att gå omvägen över hjärtverksamhet och andning, att blodcirkulationen till hjärnan upphört och att därmed också alla hjärnfunktioner har fallit bort.

Vad nu sagts innebär inte – vilket ibland antytts i den allmänna debatten – att det skulle vara fråga om dubbla dödsbegrepp. Inte heller rör det sig om ett i egentlig mening nytt dödsbegrepp. Påståenden av detta slag torde botten i att man inte gjort klart för sig skillnaden mellan begrepp och kriterier. Vad det här rör sig om är *att till ett och samma dödsbegrepp knyta två olika sorters kriterier, vilka båda entydigt anger att döden har inträtt*.

Direkt hjärnrelaterade dödsriterier har under en följd av år tillämpats i andra länder, och ingen ifrågasätter i dag deras medicinska hållbarhet. För Sveriges del finns sådana kriterier beskrivna av socialstyrelsen i cirkulär

från år 1973 och 1982 om prognos och behandling vid totalt och oåterkalleligt bortfall av hjärnfunktionerna. Cirkuläret ger läkare rätt att avbryta alla medicinska åtgärder efter det att total hjärninfarkt har konstaterats.

Undersökningsmetoder

På det fjärde steget (avsnitt 10) konstaterar utredningen att det är möjligt att, med utgångspunkt i dagens medicinskt-biologiska kunnande, anvisa undersökningsmetoder, med hjälp av vilka man i det enskilda fallet kan fastställa att dödsriterierna är uppfyllda.

De indirekta kriterierna låter sig konstateras genom sedan länge tillämpade metoder: direkta iakttagelser av frånvaron av hjärtverksamhet, puls och andning, EKG etc. Och vad gäller metoder som tar sikte på de direkta kriterierna konstaterar utredningen att det i dag finns sådana kunskaper och erfarenheter att det inte erbjuder några svårigheter att på ett medicinskt adekvat sätt ange sådana. För svensk del finns här en utförlig beskrivning i socialstyrelsens nyss nämnda cirkulär: klinisk neurologisk undersökning, eventuellt kompletterad med elektroencefalografi (EEG) samt kontraströntgen av hjärnans blodkärlssystem (cerebral angiografi).

Innan utredningen tar ställning till den uppställda dödsdefinitionen diskuteras olika förutsättningar som bör vara uppfyllda för att definitionen skall kunna läggas till grund för ett förslag om att vi i Sverige skall börja tillämpa den i praktiken.

Medicinska synpunkter

Under sitt arbete har utredningen kontinuerligt tagit hänsyn till medicinskt-biologiska fakta. Härigenom skapas garantier för att dödsdefinitionen stämmer överens med vedertagna medicinska uppfattningar. På ett medicinskt-biologiskt vetenskapligt plan torde därför ingen invändning kunna riktas mot definitionen.

Häri ligger också att diagnostiken av totalt och oåterkalleligt bortfall av hjärnfunktionerna, ställd med hjälp av direkt hjärnrelaterade dödsriterier, är absolut tillförlitlig (avsnitt 11). Symptom, som påminner om dem som föreligger vid total hjärninfarkt, kan visserligen iakttas också vid omfattande men avgränsade hjärnskador. Samtliga kriterier för total hjärninfarkt kan emellertid aldrig påvisas i sådana fall. Med en korrekt utförd differentialdiagnostik kan man alltid skilja ut det totala och oåterkalleliga bortfallet av hjärnfunktionerna från tillstånd förorsakade av sådana icke totala hjärnskador.

Under den långa tid som direkt hjärnrelaterade dödsriterier tillämpats utomlands har det inte rapporterats något enda diagnostiskt misstag. En rad undersökningar i Sverige och andra länder (omfattande sammanlagt över 2000 fall) styrker detta. Risken för misstag är således utomordentligt liten – om ens någon – och i vart fall inte större än då traditionella hjärnrelaterade dödsriterier tillämpas. Det finns därför ingen anledning att på denna grund ställa sig tveksam inför en tillämpning av också direkt hjärnrelaterade dödsriterier.

Inte heller framstår diagnostiken av total hjärninfarkt som särskilt komplicerad eller exklusiv. I över 99 % av alla fall kommer döden även fortsättningsvis att konstateras på samma sätt som i dag, dvs. genom iakttagelsen att hjärt- och andningsverksamheten definitivt har upphört. Enbart i några hundratal fall per år kan direkt hjärnrelaterade dödsriterier bli aktuella i Sverige. Det rör sig här om fall där någon har drabbats av dödliga hjärnskador och – oavsett dödsdefinitionens utformning – *behandlas på sjukhus under uppjudande av intensivvårdens alla resurser*. Då finns också tillgång till både erforderlig utrustning och kompetent personal. De undersökningar som blir aktuella i samband med ställande av diagnosen är väl kända inom svensk sjukvård och beskrivna i socialstyrelsens cirkulär från år 1973 och 1982.

Från medicinsk synpunkt kan alltså inga erinringar göras mot den dödsdefinition som utredningen formulerat. Inte heller kan invändas mot att man, jämte de indirekta kriterierna varaktigt hjärt- och andningsstillstånd, godtar direkt hjärnrelaterade dödsriterier. Tvärtom tillmötesgår man härigenom krav som sedan länge ställts från medicinskt håll.

Etiska och psykologiska synpunkter

Ett accepterande av utredningens dödsdefinition måste självfallet ske under beaktande av människors allmänna etiska värderingar. Hänsyn måste också tas till de psykologiska aspekterna på döden. Största möjliga samförstånd bör eftersträvas, och dödsdefinitionen får inte bli en källa till oro hos allmänheten (*avsnitt 12*).

I syfte att undvika sådana konsekvenser bygger utredningen genomgående sin diskussion på allmänmänskliga värderingar och på en helhetssyn på människan, som också ligger i linje med kristna och andra religiösa värderingar. Härigenom anser sig utredningen ha skapat goda förutsättningar för att en tillämpning av hjärnrelaterade dödsriterier får ett positivt gensvar hos allmänheten.

Ett accepterande av utredningens dödsdefinition innebär mycket små förändringar i praktiken. Också i fortsättningen kan mer än 99 % av alla dödsfall konstateras på samma sätt som i dag. Och i övriga fall blir skillnaden i förhållande till vad som f.n. gäller enligt socialstyrelsens cirkulär inte särskilt påtaglig. Direkt hjärnrelaterade dödsriterier har sedan länge tillämpats utomlands utan att det lett till negativa reaktioner från allmänheten. Det finns ingen anledning att anta att allmänheten i Sverige skulle reagera på annat sätt.

Vidare kan ett godtagande av direkt hjärnrelaterade dödsriterier komma att lätta den psykologiskt pressande situation som sjukhuspersonal och anhöriga f.n. ställs inför då den som erhåller intensivvård drabbas av total hjärninfarkt (*avsnitt 14*). Utredningen har under arbetets gång funnit att dagens situation skapar oklarhet och osäkerhet hos såväl sjukhuspersonal som anhöriga. Man vet ofta inte om det är en död patient som "behandlas" eller om man skall avbryta behandlingen för en levande patient. Denna osäkerhet bör kunna skingras om direkt hjärnrelaterade dödsriterier bör-

jar tillämpas. Dödens inträde blir entydig och klar och bevekelsegrunden för avbrytande av medicinska åtgärder naturlig: patienten är död.

Information om allmänhetens inställning till hjärnrelaterade dödsriterier har utredningen inhämtat bl. a. genom en attitydundersökning som på utredningens uppdrag utförts av leg. psykologen Margareta Sanner, Uppsala (*SOU 1984:81*). Denna undersökning är visserligen inte representativ i statistisk mening, men den lämnar viktiga upplysningar om attityder hos människor som annars inte haft anledning att fundera över dessa frågor. Resultatet av undersökningen understryker slutsatsen att anledning saknas att befara negativa reaktioner från allmänheten.

Emellertid finner utredningen att inte alla människor kan förutsättas ha sådana kunskaper om medicinskt-biologiska fakta som krävs för ett adekvat ställningstagande till hur dödsdefinitionen skall formuleras. Av en SCB-undersökning som utredningen låtit genomföra framgår att kunskaperna brister hos stora delar av befolkningen, t. ex. vad gäller skillnaden mellan "hjärndöd" och kronisk medvetslöshet (*bilaga D*). Det är därför nödvändigt att ett beslut att godta utredningens dödsdefinition åtföljs av information i massmedia och via olika myndigheter.

Det är också av vikt att läkare och annan sjukvårdspersonal får den ytterligare utbildning som krävs, bl. a. för att de skall kunna förmedla nödvändig information om dödsbegreppet och bemästra den svåra och ömtåliga situation som ofta uppkommer i förhållande till patienternas anhöriga. Frågor som gäller döden - begreppsmässig och medicinsk bakgrund, rättsliga aspekter, psykologiskt omhändertagande av anhöriga m. m. - har enligt utredningens mening hittills inte beaktats tillräckligt i sjukvårdsutbildningen. En förändring är emellertid på väg, och det torde inte medföra några större problem att genomföra de utbildningsinsatser som påkallas om utredningens dödsdefinition godtas.

Utredningens uppfattning är att det saknas all anledning att befara att allmänheten - sedan den fått en sakligt riktig information - motsätter sig att vi i Sverige godtar dödsriterier som tar sikte på det totala och oåterkalleliga bortfallet av hjärnans funktioner. Tvärtom kan man på goda grunder anta att människor i allmänhet, under nämnda förutsättning, kommer att ställa sig positiva till detta.

Rättsliga synpunkter

När det gäller de rättsliga aspekterna betonar utredningen vikten av att det finns en för hela rättsordningen enhetlig dödsdefinition som är klar och entydig och kan tillämpas utan påtagliga svårigheter. Oavsett vilken dödsdefinition som väljs är det från rättslig synpunkt ytterst viktigt att gränsen mellan liv och död dras på ett otvetydigt sätt. Samtidigt konstaterar utredningen att rättsläget f. n. är oklart och frågan om tillämpliga dödsriterier inte är löst i gällande svensk rätt. Redan detta förhållande är otillfredsställande. Det krävs ett klagörande av vad som rättsligt skall gälla i fråga om övergången från liv till död (*avsnitt 13*).

Utredningen konstaterar härvid att valet av dödsdefinition och dödsriterier allmänt sett kan få stor rättslig betydelse. En definition som bygger

på varaktigt upphörd hjärt- och andningsverksamhet uppfyller nämligen inte kraven på klarhet och entydighet. Det gör däremot den av utredningen formulerade dödsdefinitionen.

Detta exemplifieras av att enskilda läkare i dag kan påverka den rättsligt relevanta dödstillståndet vid fall av total hjärninfarkt. Om den för hjärtverksamheten nödvändiga andningen upprätthålls med tekniska hjälpmedel efter det att hjärnans funktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort, kan tidpunkten för hjärtstillstånd bli beroende av vid vilket klockslag läkaren beslutar att avbryta respiratorinsatserna. Härigenom kan utgången i t. ex. en arvsrättslig tvist bli avhängig av ett mer eller mindre skönsmässigt avgörande av en läkare.

Olägenheter av detta slag skulle undanröjas om man i stället tillämpar direkt hjärnrelaterade dödsriterier. Då skulle nämligen dödstillståndet alltid infalla när hjärnfunktionerna totalt och oåterkalleligt upphör. I vad mån medicinska insatser därefter fortsätts eller avbryts skulle från rättslig synpunkt bli ointressant. Man skulle med andra ord få en klar och entydig gränsdragning mellan liv och död, vilken inte kan påverkas av ovidkommande faktorer.

Ett annat exempel är den osäkerhet som kan tänkas uppstå då det gäller att fastställa dödsorsaken för den som avlidit i total hjärninfarkt. Om hjärtrelaterade dödsriterier tillämpas kan det uppkomma en rad intrikata frågor om vem eller vad som föranlett dödsfallet. Har det t. ex. varit en primärt utförd våldshandling eller läkarens åtgärd att senare avbryta respiratorinsatserna? Först i och med den senare åtgärden inträder ju hjärtstillstånd.

Motsvarande osäkerhet råder inte vid en tillämpning av direkt hjärnrelaterade dödsriterier. Ett beslut att avbryta de medicinska åtgärderna för den som redan är död kan självfallet inte uppfattas som framkallande av dödsfallet.

Man måste vidare räkna med att det kan uppstå rättsliga konsekvenser av att olika länder tillämpar skilda dödsriterier. Att Sverige i dag är nära nog det enda land med moderna intensivvårdsresurser som inte tillämpar hjärnrelaterade dödsriterier kan få internationellt-rättsliga komplikationer. Tvekan kan t. ex. uppstå om en svensk medborgare som drabbats av total hjärninfarkt i Norge är att anse som död eller levande så länge respiratorinsatserna pågår.

Exempel av detta slag visar entydigt att en dödsdefinition som bygger på det totala och oåterkalleliga bortfallet av hjärnfunktionerna ur rättslig synvinkel är att föredra framför en som knyter döden till varaktigt hjärt- och andningsstillstånd. Endast den förra kan uppfylla kraven på klarhet och allmängiltighet.

Utredningen tar i detta sammanhang också upp andra rättsliga aspekter på valet av dödsriterier. Det gäller då inte så mycket frågan om betydelsen rent allmänt av en otvetydig gränsdragning mellan liv och död. I stället frågar sig utredningen om olika dödsriterier kan tänkas påverka konkreta rättsverkningar av ett dödsfall, t. ex. inom arvsrätt, straffrätt och försäkringsrätt.

Efter att ha gått igenom i stort sett all lagstiftning av något så när central

betydelse som utgår från "döden" som rättsfaktum, konstaterar utredningen att olika konkreta rättsverkningar av detta slag normalt inte påverkas av om människans död fastställs på det ena eller andra sättet.

I de mer än 99 % av alla dödsfall då indirekta kriterier kommer att tillämpas blir dödstillståndet densamma som i dag. Först 15-20 minuter efter inträdet av hjärt- och andningsstillestånd blir detta *varaktigt*, dvs. vid den tidpunkt då hjärnfunktionerna fallit bort totalt och oåterkalleligt.

I övriga fall – då direkt hjärnrelaterade kriterier tillämpas – kan dödstillståndet komma att förläggas något tidigare än f. n. Detta innebär emellertid inte några negativa konsekvenser eller rättsliga problem. Inte någon enda av de lagar eller andra författningar som tillmäter dödstillståndet rättslig betydelse behöver ändras till följd av utredningens definition.

Förslag

Utredningens samlade konklusion och förslag blir att också vi i Sverige – för alla medicinska, rättsliga och andra praktiska ändamål – skall ange att döden inträder när hela hjärnan totalt och oåterkalleligt upphört att fungera, oavsett om andningsverksamheten och andra kroppsliga funktioner kan upprätthållas ytterligare någon kortare tid med tekniska hjälpmedel (*avsnitt 15*).

Denna dödsdefinition har formulerats med utgångspunkt i bl. a. filosofiska, religiösa, etiska och psykologiska föreställningar kring döden. Den ligger helt i linje med vedertagna medicinskt- biologiska fakta, och den låter sig tillämpas i kliniska sammanhang utan påvisbara svårigheter och med fullständig säkerhet. Den analys som utredningen har gjort av den föreslagna dödsdefinitionens konsekvenser i olika avseenden visar att dessa kan förutsättas bli enbart positiva. I rättsligt hänseende uppnår man bl. a. större klarhet och entydighet. Också från etiska och psykologiska synpunkter vinner man fördelar. Det finns därför all anledning utgå ifrån att allmänheten kommer att ställa sig bakom ett genomförande av detta förslag.

Utredningen föreslår att det införs en ny, fristående lag om fastställande av människans död. Lagen, som föreslås träda i kraft den 1 januari 1986, slår fast att en människa är död när hjärnans samtliga funktioner har fallit bort totalt och oåterkalleligt. Däremot anser utredningen att lagen inte bör ge detaljerade och bindande föreskrifter om vilka kriterier eller undersökningsmetoder som skall komma till användning då dödets inträde konstateras. Detta är en uppgift som den medicinska vetenskapen har att lösa med hänsyn till den ständigt fortgående utvecklingen på området. I lagen bör emellertid tas in en allmänt hållen beskrivning av att dödets inträde *kan* fastställas på grundval av indirekta kriterier (varaktigt hjärt- och andningsstillestånd) eller direkt hjärnrelaterade kriterier, allt i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Det får ankomma på socialstyrelsen att närmare precisera kriterierna liksom att ge riktlinjer om undersökningsmetoderna (*avsnitt 16*).

Att fastställa dödets inträde är en uppgift för läkare. Några formella

kompetenskrav eller krav på att mer än en läkare deltar bör inte, utöver vad som f. n. gäller, upptas i lagstiftningen.

Prop. 1986/87:79

Konsekvenser av utredningens förslag

När dödsriterierna är uppfyllda är människan död, och då skall också dödförklaring ske. Något utrymme för individuella önskemål om dödsdefinitionens tillämplighet finns inte. *En grundläggande princip är att alla eventuella pågående medicinska åtgärder då omedelbart skall avbrytas (avsnitt 17).* I vissa undantagssituationer, då dödförklaring sker med tillämpning av direkt hjärnrelaterade dödsriterier, kan det dock vara etiskt försvarligt att under någon tid efter dödens inträde fortsätta sådana åtgärder. Det gäller fall då hänsyn till andra människors liv och hälsa eller till den avlidnes anhöriga gör sig särskilt starkt gällande. Utredningen behandlar olika sådana fall och pekar särskilt på tre situationer där det kan finnas anledning att göra undantag från principen att de medicinska åtgärderna skall avbrytas så snart döden konstaterats.

Ett av dessa undantag tar sikte på att *rädda livet på ett ännu icke framfött barn* till en gravid kvinna som avlidit i total hjärninfarkt och som är föremål för respiratorinsatser. Ett annat undantag avser fall då det av särskilda skäl kan finnas anledning att beakta *anhörigas önskemål*. Då bör det vara möjligt att visa lyhördhet och att för någon kortare tid avvakta med avbrytandet av de medicinska åtgärderna. Många omständigheter talar för en viss flexibilitet om de anhöriga, t.ex. av psykologiska skäl, motsätter sig att respiratorn omedelbart stängs av.

Det tredje undantaget hänför sig till fall då det är aktuellt att ta organ från den avlidne för *transplantation* och därigenom rädda en annan människa till liv eller hälsa. Att i Sverige utföra transplantationer av organ som t.ex. hjärta och lungor är i dag inte möjligt, eftersom en framgångsrik transplantation av detta slag förutsätter att organet tas ut innan blodcirkulationen i kroppen upphört. Utredningens förslag till dödsdefinition öppnar emellertid sådana möjligheter. Även när det gäller njurtransplantationerna förbättras situationen om njurarna kan tas före respiratoravstängningen.

Det vore etiskt oförsvarligt att inte ta till vara dessa fördelar. För många människor i vårt land framstår det närmast som en moralisk plikt att så långt det är möjligt erbjuda svårt sjuka människor så livsdugliga organ som möjligt från den egna döda kroppen.

En absolut förutsättning är dock att hänsynen till den enskildes integritet och vilja samt till de anhörigas uppfattning kan upprätthållas. Den som motsätter sig att ta organ från hans kropp efter dödens inträde måste ha möjlighet att förhindra att så sker. Redan i dag fäster man avgörande vikt vid sådana synpunkter. Enligt transplantationslagen (1975:190) får nämligen som huvudregel organ tas från avliden givare endast om den avlidne lämnat skriftligt samtycke under sin livstid. I avsaknad av sådant samtycke förutsätts för tagande av organ att den avlidne eller hans anhöriga, som i regel skall underrättas före ingreppet, inte uttalat sig däremot och ingreppet inte heller eljest kan antas stå i strid med dessas uppfattning.

Enligt utredningens mening påkallar den föreslagna dödsdefinitionen

inte några ingripande ändringar av dessa bestämmelser, som tillkom så sent som år 1975. I syfte att förstärka den enskildes integritetsskydd föreslår utredningen dock att organgivaren och hans anhöriga – på motsvarande sätt som i dag gäller för att ingrepp över huvud taget skall få ske – ges rätt att också bestämma om ingrepp får göras innan cirkulationsstödande åtgärder har avbrutits eller eventuellt först därefter. I samma syfte föreslår utredningen att i transplantationslagen intas en bestämmelse som gör det möjligt för den enskilde att utfärda ett – för de anhöriga och sjukvården bindande – skriftligt förbud mot organtagande över huvud taget eller mot ingrepp innan cirkulationsstödande åtgärder har avbrutits.

En förutsättning för att organ skall få tas från avliden givare innan de medicinska åtgärderna har avbrutits, bör enligt utredningens mening vara att dödens inträde dessförinnan har bekräftats och dokumenterats genom en undersökning, som objektivt visar att den intrakraniella blodcirkulationen varaktigt har upphört (f.n. cerebral angiografi). Härigenom undanröjs all grund för tvivel från de anhöriga om dödsdiagnosens riktighet. Dessutom skapas ett skydd för hälso- och sjukvårdspersonalen mot ogrundade beskyllningar om att organ tagits innan givaren avlidit. Utredningens förslag i denna del innebär att det i transplantationslagen intas ett bemyndigande för socialstyrelsen att utfärda de närmare föreskrifter som behövs i detta hänseende.

Utredningen tar dock inte ställning till i vad mån man i Sverige verkligen bör utföra transplantationer av organ som det hittills inte ansetts möjligt att använda. Här kommer andra aspekter in än de som har med dödsdefinitionen att göra. De överväganden som krävs här faller utanför utredningens uppdrag.

De tre nu nämnda situationerna är sådana att det framstår som klart att undantag här bör göras från huvudregeln att alla medicinska åtgärder skall upphöra när döden har inträtt (dvs. när hjärnans funktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort). I vad mån ytterligare avsteg kan tänkas är mera svårt att bedöma. Något medicinskt behov härav torde sällan – om ens någonsin – föreligga. Och även om så skulle vara fallet, måste det krävas att syftet bakom ett fortsättande av de medicinska insatserna framgår som godtagbart från etiska synpunkter. Här blir en annan väsentlig princip av betydelse, nämligen att *olika åtgärder med den döda kroppen över huvud taget får förekomma enbart om de har stöd i lag eller annan författning eller om de eljest befunnits överensstämna med vad som kan anses etiskt riktigt.*

En förutsättning för avsteg från huvudprincipen att alla medicinska åtgärder skall avbrytas omedelbart efter dödens inträde bör alltså vara att detta i förväg befunnits vara korrekt – i det enskilda fallet eller enligt generella riktlinjer. Bedömningar av detta slag bör göras av någon myndighet eller organisation som har förutsättningar att avgöra medicinskt-etiska frågor. Enligt utredningens mening bör ifrågavarande generella riktlinjer utfärdas av socialstyrelsen. Att reglera frågan lagstiftningsvägen måste anses vara uteslutet.

Härefter konstaterar utredningen att frågan om fortsatta medicinska åtgärder efter dödens inträde aktualiserar behovet av kompletteringar av

hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Som denna är utformad i dag torde den inte omfatta omhändertagande av döda människor. Enligt utredningens mening är detta otillfredsställande. Utredningen har emellertid ansett sig böra avstå från att lägga fram några konkreta ändringsförslag i denna del. Frågan har nämligen betydligt vidare aspekter än de konsekvenser som följer av den föreslagna dödsdefinitionen. Dessa utgör bara en mycket liten del av hela det större problemet om sjukvårdshuvudmännens och hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar för olika åtgärder som vidtas med kroppen efter en avliden. Hela detta problem bör lämpligen lösas i ett större sammanhang.

Avslutningsvis finner utredningen att de lämnade förslagen i sig inte ger upphov till vare sig ökade eller minskade *kostnader* för sjukvården. Eventuella kostnadseffekter i transplantationshänseende blir beroende av medicinska bedömningar och av i vilken utsträckning som sjukvårdshuvudmännen avsätter medel för sådan verksamhet.

Utredningens författningsförslag

1 Förslag till

Lag om fastställande av människans död

Härigenom föreskrivs följande.

1 § Vid tillämpning av bestämmelser i lag eller annan författning som tillägger en människas död rättslig betydelse skall gälla vad som sägs nedan om fastställande av när döden har inträtt.

2 § En människa är död när hjärnans samtliga funktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort.

3 § Fastställandet av att döden har inträtt görs av läkare i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Dödens inträde kan fastställas genom konstaterandet av att andnings- och cirkulationsstillstånd har förelegat under så lång tid att det med säkerhet kan avgöras att hjärnans samtliga funktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort.

Om detta inte är möjligt, till följd av att medicinska åtgärder vidtas i andnings- och cirkulationsstödande syfte, kan dödens inträde i stället fastställas på grundval av direkta kriterier på att samtliga hjärnfunktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort.

4 § Regeringen eller, efter regeringens bestämmande, socialstyrelsen får meddela närmare föreskrifter för tillämpningen av denna lag.

5 § Om dödförklaring i vissa fall finns bestämmelser i 25 kap. ärvdabalken.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1986.

Lag om ändring i transplantationslagen (1975:190)

Härigenom föreskrivs i fråga om transplantationslagen (1975:190)
dels att 7 § skall ha nedan angivna lydelse,
dels att i lagen skall införas en ny paragraf, 13 §, av nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse

Ingrepp som avses i denna lag får *företagas* på avliden person om denne under sin livstid skriftligen har *medgivit* detta.

Även utan medgivande *enligt första stycket* får organ och annat biologiskt material *tagas* från avliden person, om *icke* den avlidne eller nära anhörig till honom har uttalat sig emot *det* eller ingreppet eljest kan *antagas* stå i strid med den avlidnes eller nära anhörigs uppfattning.

Föreslagen lydelse

7 §

Ingrepp som avses i denna lag får *företas* på avliden person om denne under sin livstid skriftligen har *medgett* detta.

Även utan *sådant* medgivande får organ och annat biologiskt material *tas* från avliden person, om *inte*

1. den avlidne *under sin livstid skriftligen förbjudit eller på annat sätt uttalat sig emot ingreppet,*

2. nära anhörig till *den avlidne* har uttalat sig emot *ingreppet*, eller

3. ingreppet eljest kan *antas* stå i strid med den avlidnes eller nära anhörigs uppfattning

Ingreppet får inte påbörjas innan medicinska åtgärder, som vidtagits i andnings- och cirkulationsstödande syfte, har avbrutits, om det på motsvarande sätt som anges i andra stycket framgår att detta står eller kan antas stå i strid med den avlidnes eller nära anhörigs uppfattning.

13 §

Regeringen eller, efter regeringens bestämmande, socialstyrelsen får meddela närmare föreskrifter för tillämpningen av denna lag.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1986.

Förteckning över remissinstanserna och sammanställning över remissyttrandena över dödsbegreppsutredningens huvudbetänkande (SOU 1984:79) Dödsbegreppet

Efter remiss har yttranden över betänkandet avgetts av Svea hovrätt, hovrätten för Västra Sverige, kammarrätten i Stockholm, kammarrätten i Jönköping, justitiekanslern, riksåklagaren, rikspolisstyrelsen, försvarets sjukvårdsstyrelse, socialstyrelsen, hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, riks försäkringsverket, statens handikappråd, universitets- och högskoleämberget (efter hörande av de juridiska, medicinska och filosofiska fakulteterna), skolöverstyrelsen, invandrarverket, statistiska centralbyrån, statens rättsläkarstation i Linköping, Svenska kyrkans centralstyrelse, Riksdagens ombudsmän, Landstingsförbundet, Stockholms läns, Uppsala läns, Södermanlands läns, Östergötlands läns, Jönköpings läns, Kronobergs läns, Kalmar läns, Blekinge läns, Kristianstads läns, Malmöhus läns, Hallands läns, Älvsborgs läns, Skaraborgs läns, Värmlands läns, Örebro läns, Västmanlands läns, Kopparbergs läns, Gävleborgs läns, Jämtlands läns, Västerbottens läns och Norrbottens läns landstingskommuner, Göteborgs, Malmö och Gotlands kommuner, Tjänstemännens centralorganisation (TCO), Centralorganisationen SACO/SR, Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund, Svenska Läkaresällskapet, Sveriges läkarförbund, Sveriges advokatsamfund, Handikappförbundens centralkommitté, Pensionärernas riksorganisation, Sveriges pensionärers riksförbund, Sveriges medicinsk-juridiska förening, Centerns kvinnoförbund, Folkpartiets kvinnoförbund, Folkpartiets ungdomsförbund, Moderata samlingspartiets ungdomsförbund, Socialdemokratiska kvinnoförbundet, Aktionsgruppen Rätten till vår död, Nordiska expertkommittén för transplantation, Riksförbundet för njursjuka, Svenska Diabetesförbundet, Riksförbundet för hjärt- och lungsjuka, Sveriges frikyrkoråd, Svenska ekumeniska nämnden, Katolska biskopsämbetet, De fria kristna samfundens råd, Nordiska ekumeniska institutet, Årkebiskopen efter hörande av övriga biskopar, Sveriges kristna ungdomsråd. Yttranden har dessutom inkommit från bl. a. Synskadades riksförbund, Miljöpartiet de gröna, KDS kvinnoförbund, KDS i Älvsborgs län och Föreningen för de mänskliga rättigheterna.

Svenska kommunförbundet, Västernorrlands läns landstingskommun, sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut, Landsorganisationen i Sverige, Svenska kommunalarbetsförbundet, Svenska arbetsgivareföreningen har förklarat sig avstå från att avge yttrande.

1 Allmänna synpunkter

Dödsbegreppsutredningens huvudbetänkande Dödsbegreppet har i huvudsak fått ett positivt mottagande av remissinstanserna. I likhet med utred-

ningen anser merparten av remissinstanserna att det är otillfredsställande och oacceptabelt att det i dag saknas en klar och entydig dödsdefinition.

Svea hovrätt uttalar sin uppskattning över den omsorg med vilken utredningen gått till väga. Detta har underlättat en nyanserad diskussion av hithörande frågor och lagt grunden för sakligt välmotiverade ställningstaganden.

Socialstyrelsen menar att det är ett imponerande arbete och att betänkandet är väl ägnat att läggas till grund för riksdagens ställningstagande till frågan om dödsbegreppet. Styrelsen kan också i nästan allt instämma i de värderingar, skäl och slutsatser som läggs fram i betänkandet.

Skolöverstyrelsen anser att utredningen genomfört sin uppgift på ett verklighetsnära sätt samt presenterat ett klart och intressant betänkande med historisk belysning och olika religioners synsätt. Respekt, omtanke om den enskilda människan framkommer i både synsätt och framställning.

Svenska kyrkans centralstyrelse anför följande. Utredningen har omsorgsfullt och övertygande klarlagt frågorna kring döden och transplantationerna. Centralstyrelsen ställer sig bakom utredningens förslag till dödsdefinition, dödsriterier och de överväganden som görs kring transplantationsverksamheten. De framlagda synpunkterna står i samklang med kyrkans helhetssyn på döden. Åtgärderna är i överensstämmelse med den grundläggande respekt för människoliv, som människovärdesprincipen är ett uttryck för. De ligger också i linje med den humanistiska människosyn samhället omfattar och kyrkan stöder. Motiveringarna härför kunde dock ha varit tydligare och starkare i det av utredningen framlagda betänkandet.

Sjukvårdshuvudmännen är i huvudsak positiva till utredningens förslag.

Jämtlands läns landsting anser att betänkandet innehåller en mycket uttömmande och välgjord analys av olika aspekter på dödsbegreppet. Denna analys är synnerligen värdefull inte minst för att reda ut den begreppsförvirring som förekommer i den allmänna debatten och som är mycket otillfredsställande ur medicinska, etiska och rättsliga synpunkter.

Älvsborgs läns landsting anser att i utredningen redovisade synpunkter och ställningstaganden beträffande etiska, religiösa, filosofiska och psykologiska värderingar eliminerar de tveksamheter, som tidigare åberopats som hindrande faktorer för en ändring av nuvarande dödsbegrepp och införande av en lagstiftning på området. Då det numera inte råder några tvivel om den medicinska säkerheten vid fastställande av hjärnfunktionens totala och oåterkalleliga bortfall, förordas en övergång från hjärt- till hjärnrelaterade dödsriterier.

Svenska läkaresällskapet anser att utredningen väl klarlagt såväl de allmänna som de medicinskt biologiska förutsättningarna för en definition av dödsbegreppet och att utredningens redovisning av motiven för en lagstiftning inom området är tillfredsställande.

Det är vår övertygelse, att en lagstiftning byggd på utredningens betänkande åtföljd av goda anvisningar kommer att innebära en förbättring av det medicinska handlandet i aktuella situationer.

Gotlands kommun tror att inställningen till transplantationskirurgin blivit allt mer positiv under senare tid och att det tonat ner de skräckbilder som – mänskligt förståeligt men också orättvist mot den etik som skall

gälla inom sjukvården – frammanats när frågan om bl. a. dödsbegreppet tidigare varit aktuell. Även om så skett och diskussionen nu borde kunna föras i lugnare banor, särskilt mot bakgrund av denna utrednings omsorgsfulla behandling av sitt ämne, är ett ställningstagande inte självklart. Att enigheten inte är total hos den medicinska sakkunskapen utanför utredningen gör det inte lättare för en lekmanaförsamling att bortse och frigöra sig från känslomässiga föreställningar. Det är emellertid inte svårt att instämma i utredningens övertygande resonemang och komma till samma slutsats som den gör.

Sveriges läkarförbund uttrycker sin uppskattning över utredningens synnerligen noggranna och förtjänstfulla arbete. Utredningen har på ett berömvärt sätt belyst olika filosofiska, religiösa, etiska och rättsliga aspekter på ämnet.

Svenska ekumeniska nämnden, Sveriges frikyrkoråd, De fria kristna samfundens råd, Sveriges kristna ungdomsråd och Katolska biskopsämbetet konstaterar i sitt gemensamma remissvar att de i stort sett kan dela utredningens synpunkter och accepterar dess grundresonemang. Utredningen söker upprätta klarhet och entydighet i dödsbegreppet utifrån en helhetssyn på människan, som måste hållas samman också i synen på döden. Ambitionen att skapa största möjliga klarhet och entydighet är lovvärd, även om problemets karaktär är sådan att total enighet knappast är möjlig.

Vid upprepade tillfällen understryks också att de etiska bedömningarna är riktiga och vissa bedömningar och handlingssätt avvisas som oetiska – dock utan att utredningen redovisar vilken etisk värderingsgrund man utgår från. Implicit synes dock utredningen utgå från en humanistisk helhetssyn på människan som slår vakt om människolivets okränkbarhet och kroppens integritet och står i god överensstämmelse med kristna teologiska och etiska värderingar.

Ärkebiskopen menar att utredningen omsorgsfullt och övertygande har klarlagt frågorna kring döden och transplantationerna. Ärkebiskopen ställer sig bakom utredningens förslag till dödsdefinition, dödsriterier och de överväganden som görs kring transplantationsverksamheten. De framlagda synpunkterna står i samklang med kyrkans helhetssyn på döden. Åtgärderna är i överensstämmelse med den grundläggande respekt för människoliv, som människovärdesprincipen är ett uttryck för. De ligger också i linje med den humanistiska människosyn som samhället omfattar och kyrkan stöder. Motiveringarna härför kunde dock ha varit tydligare och starkare i det av utredningen framlagda betänkandet.

Riksförsäkringsverket delar utredningens uppfattning att det är önskvärt att få en för hela rättsordningen enhetlig dödsdefinition som är så klar och entydig att tillämpningsproblem inte riskerar att uppstå.

Några remissinstanser har i sina remissvar deklarerat att de av olika skäl avstår från att ta ställning i sakfrågan.

Statens handikappråd framhåller att vilket dödsbegrepp som skall gälla och vilka dödsriterier som skall tillämpas är frågor som både direkt och indirekt berör alla människor och självklart även personer med funktionsnedsättningar. Utredningens huvudbetänkande och de förslag som där

framförs har varit föremål för ingående diskussioner och överläggningar inom handikapprörelsen. Olika förbund kommer också att inkomma med separata remissvar.

Någon enhetlig handikappståndpunkt i frågan har däremot inte redovisats. Flera handikappgrupper ser positivt på de ökade möjligheter till organtransplantation som införandet av hjärnrelaterade döds-kriterier skulle innebära. Andra känner oro för de psykologiska och etiska konsekvenser som en förändrad syn på livet och döden kan medföra på sikt. På en punkt är dock alla överens; frågan om nya döds-kriterier kan inte frikopplas från frågan om transplantationskirurgins utveckling och behov av organ.

Statens handikappråd anser att utredningens betänkande inte kan ligga till grund för ett ställningstagande i själva sakfrågan.

TCO konstaterar att det i avsaknad av ett för alla människor entydigt dödsbegrepp uppstår en osäkerhet som kan skapa oro och ångest hos människor i allmänhet, men särskilt hos dem som står i kontakt med döende. Denna osäkerhet och oro utgör för vårdpersonal en väsentlig psyko-social belastning i arbetet.

För såväl anhöriga som för vårdpersonalen är det nödvändigt att vårdarbete och behandlingar kan bygga på förutsättningar som eliminerar eller åtminstone minimerar orsaker till osäkerhet och ogrundade misstankar om felaktiga eller otillräckliga insatser.

TCO ansluter sig därför till utredningens utgångspunkt att det är nödvändigt att finna ett dödsbegrepp och diagnosmetoder som utesluter all anledning till tvivel och oro. Däremot ankommer det inte på TCO att ha uppfattningar om vilket dödsbegrepp som skall gälla.

Sveriges folkpensionärers riksförbund framhåller att frågan beträffande hjärt-, lung- respektive hjärnrelaterade dödsbegrepp utgör en komplicerad fråga och att frågor beträffande alternativa döds-kriterier inte har varit föremål för bredare debatt inom organisationen, men att det inom denna finns olika uppfattningar i frågan.

Med anledning av det ovan framförda har SFRF:s förbundsstyrelse beslutat, att inte avge något formellt svar.

2 Dödsbegrepp, döds-kriterier

De allra flesta remissinstanserna är i stort positiva till utredningens förslag till definition av döden och till förslagen om hjärnrelaterade döds-kriterier. Huvudparten av dessa remissinstanser menar också att en ny lag om fastställande av människans död bör införas.

Endast ett fåtal instanser avvisar helt införande av hjärnrelaterade döds-kriterier. Det gäller JO, Pensionärernas riksorganisation, Synskadades riksförbund.

Hovrätten för västra Sverige. Hovrätten anser, att bestämningen av människans död väsentligen är en medicinsk och biologisk fråga och därmed en uppgift för läkarvetenskapen. De skäl som utredningen anför till stöd för förslag att anknyta dödsbegreppet till hjärnfunktionernas slutgiltiga bortfall framstår dock för hovrätten som övertygande, och från de

synpunkter som hovrätten har att företräda finns det inget att erinra mot förslaget. Ur både etiska och psykologiska aspekter har förslaget också klara fördelar och innebär dessutom en betydelsefull anpassning och harmonisering till internationellt bruk.

Kammarrätten i Jönköping har ej någon erinran mot utredningens grundläggande modell för en dödsdefinition. Kammarrätten har ej heller någon erinran mot utredningens preciserade definition. Särskilt mot bakgrund av tillämpningen av cirkuläret MF 1973:29, där beslut att avbryta vad som nu kan uppfattas som livsuppehållande behandling vållar svåra problem, är det värdefullt att klarhet skapas om gränsdragningen mellan liv och död.

Justitiekanslern konstaterar att frågan om dödsbegreppet under lång tid har varit föremål för överväganden i olika sammanhang. Genom sin utförliga och inträngande analys av ämnet har utredningen enligt JK:s mening övertygande visat att ett dödsbegrepp, som bygger på den fullständiga och oåterkalleliga förlusten av förmågan att samordna de fysiska och psykiska funktionerna till en fungerande enhet, fyller de krav som på vetenskapens nuvarande och, såvitt överblickas kan, bestående ståndpunkt kan ställas på ett antagande att en mänsklig individ har upphört att finnas till. Några avgörande etiska eller juridiska invändningar mot att tillämpa ett sålunda grundat dödsbegrepp synes inte föreligga. De praktiska problem som rättslivet i sällsynta fall uppställer på ett noggrant fastställande av tidpunkten för dödens inträde torde inte till sin karaktär eller omfattning förändras genom tillämpning av det föreslagna dödsbegreppet sådant det preciseras i utredningens förslag.

I fråga om de kriterier som skall tillämpas vid konstaterande av att död inträtt torde någon ändring i förhållandet till vad som nu gäller i allmänhet inte inträda. De indirekta dödsriterierna lär inte skilja sig från de för närvarande begagnade. När det gäller de direkt hjärnrelaterade dödsriterierna saknar jag anledning att ifrågasätta utredningens slutsatser att den vetenskapliga och kliniska utvecklingen medfört att det numera inte finns utrymme för tvivel om att direkt hjärnrelaterade dödsriterier vilar på en fast medicinsk-biologisk grund och är erfarenhetsmässigt väl underbyggda. Detsamma gäller för de undersökningsmetoder med vilka man konstaterar att kriterierna är uppfyllda. Tillgängliga diagnostiska metoder synes också ha nått den grad av tillförlitlighet och praktikabilitet att de utan svårighet kan utnyttjas.

Riksåklagaren anser, liksom utredningen, att dödsbegreppet bör definieras i lag. I förslaget till "Lag om fastställande av människans död" sägs att död inträder när samtliga hjärnfunktioner totalt och oåterkalleligt bortfallit. Utredningen har på ett övertygande sätt argumenterat för denna ståndpunkt.

Att det som vi kan kalla en människa eller ett liv är intimt hopkopplat med hjärnfunktionen borde egentligen inte behöva ställas under diskussion anser *socialstyrelsen*. Ett "jag" är inte tänkbart utan hjärnfunktionen. När den faller bort finns inte heller någon person, något "jag". Däremot kan i princip varje annan del i den mänskliga organismen tänkas utbytt utan att människan, "personen" eller "jaget" försvinner. Artificiella hjärtan, nju-

rar etc är inte bara teoretiskt tänkbara utan realiteter. Däremot kan man inte tänka sig "hjärntransplantationer" eller artificiella hjärnor. Skulle något sådant vara möjligt skulle man överföra ett "jag" eller "en viss person" till en annan kropp eller skapa en "ny människa". Den person, det "jag", från vars kropp man skulle avlägsna hjärnan och ersätta den med en annan hjärna skulle vara död trots att personens hjärta, njurar, lever, lungor etc fungerar. Hjärnrelaterade dödsriterier är således ur rent vetenskapligt logisk synvinkel det enda tänkbara.

Utredningens utgångspunkt är att rätt och praxis idag i Sverige utgår från ett hjärtrelaterat dödsbegrepp och att det hjärnrelaterade dödsbegreppet, som utredningen föreslår infört, inte skulle vara accepterat. Socialstyrelsen ställer sig emellertid frågande till om detta verkligen är fallet. Det finns rättsfall, föreskrifter och medicinsk praxis som talar för att begreppet "hjärndöd" faktiskt redan nu har accepterats av såväl medicinsk som juridisk sakkunskap. Skulle så vara fallet måste ifrågasättas behovet av lagstiftning.

De stora flertalet av de universitetsfakulteter som via *universitets- och högskoleämbetet* inkommit med synpunkter på utredningens förslag tillstyrker huvuddragen i dessa.

Teologiska fakultetsstyrelsen vid Uppsala universitet kan inte underlåta att uttala viss förvåning över, och kritik mot att frågan om dödsbegreppet inte långt tidigare blivit föremål för utredning och lagstiftning. Bl. a. från etisk synpunkt förelåg ett trängande behov härav redan på 1960-talet. Under det decenniet pågick en intensiv debatt om s. k. barmhärighetsdöande eller eutanasi. I den debatten kom ett nytt begrepp att präglas, nämligen begreppet "den nya sjukhusskräcken", vars innebörd angavs vara "skräcken att ett modernt sjukhus inte låter en dö när tiden är inne". Som konkret exempel anfördes de s. k. respiratorpatienterna hos vilka hjärt- och lungfunktioner hölls igång med konstlade medel även efter bortfall av vederbörandes psykiska funktioner. Den konstaterade meningslösheten och bristande humaniteten i en sådan behandling kom sedan inte sällan att användas som argument för eutanasi. Det skulle ha medfört en välbehövlig sanering av denna debatt, om man hade kunnat enas om att införa hjärnrelaterade dödsriterier. Det skulle då ha tydligt framgått, att åtgärden att stänga av respiratorn för en patient som konstaterats vara död, genom det oåterkalleliga bortfallet av samtliga hjärnfunktioner, är från etisk synpunkt helt artskild från åtgärder som syftar till att i barmhärighetssyfte avkorta livet hos en patient med bibehållna hjärnfunktioner.

Styrelsen kan därför inte instämma med de kritiker av utredningens förslag vilka hävdar att dessa förslag tillkommit enbart för att tjäna transplantationskirurgins intressen, och att situationen vad beträffar respiratorpatienter redan är tillfredsställande löst genom socialstyrelsens cirkulär. Cirkuläret är en halvmesyr och ett provisorium, som lämnat de grundläggande principiella och etiska frågorna kring dödsbegreppet och dödsriterierna olösta. Rapporten om psykologiska aspekter vittnar värtaligt om den osäkerhet som nuvarande praxis skapat bland anhöriga och vårdpersonal. Att ändrade dödsriterier får vissa konsekvenser för transplantationskirurgin innebär att grunderna för ändringen har på något pragmatiskt sätt

relaterats till transplantationsverksamheten. Styrelsen vill med emfas understryka att detta slags beskyllningar mot utredningen saknar grund. Styrelsen vill med lika stark emfas instämma i utredningens uppfattning om behovet av ett lagfäst enhetligt dödsbegrepp och av enhetliga döds-kriterier med tillämplighet på alla relevanta situationer.

Utredningen borde starkare ha framhävt att händelsen död är den punkt i dödsprocessen där processen blivit irreversibel, vilket inte innebär att själva dödsprocessen är avslutad. Självklart bör fortsatt pietet visas den döde också efter inträffandet av händelsen död och respekt visas för de anhörigas önskan att i lugn och ro dröja vid dödsbädden tills de delar av dödsprocessen som för dem subjektivt är betydelsefulla har avslutats. Att å andra sidan låta upphörda hjärt- och andningsfunktioner, upphörd kroppsvärme etc bilda kriterier (annat än indirekt) på händelsen död är alltför subjektivt, eftersom dödsprocessen hela tiden fortgår genom inträdande likstelhet, upphörande av hår- och nagelväxt, insättande förruttnelseprocess etc.

Institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet understryker det riktiga i uppfattningen om att ett förändrat hjärnrelaterat döds-kriterium skulle befria sjukhuspersonalen från bekymmersamma upplevelser av dubbeltydighet och ambivalens i vårdsituationen.

När det gäller omhändertagandet av anhöriga till döende/döda understryker rapporten det som visats i andra undersökningar nämligen att uppföljningssamtal är mycket viktiga och att formerna för dessa är viktiga att överväga.

Medicinska fakulteten vid Lunds universitet vill med skärpa understryka att det avgörande skälet att införa direkta hjärnrelaterade döds-kriterier är en anpassning av denna del av den medicinska verksamheten till den moderna medicinska teknologin som gjort att hjärnrelaterade döds-kriterier inte längre är tillfyllest. Transplantationskirurgins möjligheter bör sålunda varken tas som ett skäl för eller emot ändringen av våra döds-kriterier.

Statens rättsläkarstation i Linköping menar att slutsatsen att personen är död när enbart hjärnan, vilken utgör enbart ca 5% av den totala kroppsvikten, upphört att fungera är inte självklar och ställer stora krav på motiveringen. Till stöd för den föreslagna definitionen av dödsbegreppet för utredningen ett resonemang, som är långt ifrån klart och entydigt. Man säger i den grundläggande definitionen, att en människa är död, då hon totalt och oåterkalleligen har förlorat all förmåga att förena och samordna kroppens funktioner – fysiska och psykiska – till en fungerande enhet. Detta är en formulering som är svårbegriplig även för personer med medicinsk fackkunskap, och som kan inge osäkerhet hos allmänheten. Formuleringen innebär inte att kroppens fysiska och psykiska funktioner skall ha upphört, enbart att de ej längre är samordnade. Begreppet samordning är diffust. Är sjukdomar en form av upphävd samordning? Nästa steg i resonemanget är att precisera definitionen genom att säga: En människa är död, när hjärnans samtliga funktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort. Detta är ett påstående, som inte självklart följer av den grundläggande definitionen. Inte heller kan det utan vidare påstås, att kroppen totalt förlorat förmågan att samordna sina funktioner. Vissa funktioner är intakta

och samordnade, och kroppen kan hållas vid liv i dagar och veckor om än med understödjande behandling. På sidan 145 sista stycket, anges som argument mot cirkulationsrelaterade dödsriterier, att det inte är lämpligt att definiera döden med utgångspunkt i enbart bortfall av funktioner hos något eller några av människans organ. Att bortfallet av sådana funktioner kan leda till döden är inte detsamma som att funktionsbortfallet är liktydigt med döden. Denna utredningens uppfattning kan ju också sägas tala emot dödsriterier, som enbart tar hänsyn till hjärnans funktioner. Resonemang-
et som leder fram till hjärnrelaterade dödsriterier är således oklart och delvis motsägelsesfullt och ger inte anledning till ett förändrat dödsbegrepp.

Ett mer lättförståeligt och direkt resonemang hade varit att hänvisa till hjärnans numera helt accepterade roll som centralt organ för människans upplevelse av sig själv och omvärlden, viljan, tankeverksamheten och personligheten. Detta är hjärnans viktiga roll och inte enbart att samordna de kroppsliga och psykiska funktionerna som sägs i den föreslagna formuleringen. Ett oåterkalleligt bortfall av dessa centrala funktioner genom total hjärninfarkt innebär att människan är död.

I utredningen anges att den föreslagna dödsdefinitionen öppnar möjligheter att påbörja en obduktion medan den avlidnes blodcirkulation är bevarad och respiratorinsatserna fortsätter. Gränsdragningen är här svår mellan vad som skall anses som operativa ingrepp och en obduktion. Ur etisk synpunkt är det dock angeläget att man visar stor restriktivitet med ingrepp annat än biopsier av enskilda organ för mikroskopisk undersökning. Obduktion i vanlig mening bör absolut ej komma ifråga. Problematiken illustrerar väl svårigheterna att acceptera att en människa är död med bibehållen cirkulation.

Sammanfattningsvis vill statens rättsläkarstation i Linköping med viss tvekan tillstyrka införandet av en hjärnrelaterad dödsdefinition med hjärnrelaterade dödsriterier. Synsättet kan intellektuellt accepteras genom vår kunskap om hjärnan som säte för vår personlighet. Ett vidare, cirkulations- och hjärnrelaterat dödsbegrepp hade varit att föredraga. Förändringen till ett hjärnrelaterat dödsbegrepp motiveras av utvecklingen inom sjukvården, framför allt inom intensivvården och transplantationskirurgin.

Svenska kyrkans centralstyrelse anför följande. Mycket tidigt i människans liv börjar döden som en biologisk process och fortgår hela livet. Insikten om detta är ur den kristna trons synpunkt viktig. Också som existentiellt fenomen är döden därför inte punktuell utan ett fortgående skeende. *Morientes nascimur* – vi föds döende. Medvetandet om detta är i det personliga bearbetandet av dödsproblemet en hjälp att nå saklighet. Denna medvetenhet skapar ofta en positiv och kreativ inställning till döden.

Det finns ingenting att anföra mot de resultat utredningen kommer fram till. Ett betydelsefullt klarläggande sker, när den skiljer mellan dödsdefinition, dess precisering, kriterier och undersökningsmetoder. Framställningen är klar och övertygande.

Däremot kan vissa anmärkningar riktas mot den metod utredningen säger sig ha tillämpat och mot den bristande definitionen av vad den menar med etik.

Utredningen skriver, att i första hand mänskliga värderingar avgör dödsbegreppets innehåll och omfång (s. 134). Tanken upprepas s. 152: "Ytterst rör det sig emellertid här om ett val som måste grundas på etiska värderingar" (jfr s. 257). Läsaren förleds tro, att utredningen först har fastställt dödsbegreppet för att därefter precisera det genom att fastställa ett empiriskt samband mellan å ena sidan det allmänt definierade dödsbegreppet och å andra sidan funktionerna hos organ i människans kropp (s. 135). Intentionen bakom denna metod är lovvärd. Utredningen menar, att döden inte bara och inte främst har medicinska aspekter utan även religiösa, etiska och filosofiska.

Utan kunskap om grundläggande biologiska och medicinska fakta är likväl helhetssynen en chimär.

Det är också svårt att föreställa sig att utredningen först har vägletts av värderingar för att sedan förankra dem i fakta. Genom den ökade förståelsen för hjärnans roll har döden som helhet kunnat definieras. På den grunden kan de etiska, religiösa och filosofiska övervägandena göras. Av den idéhistoriska framställningen framgår med önskvärd tydlighet den roll fakta, dvs hjärnans betydelse, spelat (se t. ex. 85-87). Sammanhangen har stått klara för utredningen oberoende av värderingarna.

Den andra invändningen rör begreppet etik. Utredningen använder det ofta men definierar det aldrig. Andra statliga utredningar som "Genetisk integritet" (SOU 1984:88) och "Barn genom insemination (SOU 1983:42) har nedlagt ett omfattande arbete på att förklara innebörden i etik och hängt upp den på människovärdet och den humanistiska människosynen. De bör ligga till grund också för det etiska ställningstagandet till dödsbegreppet.

Det kan ytterligare med utredningen framhållas, att dödsdefinitionen och dödsriterierna på sikt och i sin helhet innebär goda konsekvenser för vårdpersonal och anhöriga. Vårdpersonalen vid intensivvårdsavdelningen vet, att patienten är död, när hjärnan totalt och oåterkalleligt har upphört att fungera. Avstängningen av respiratorn och avbrytande av andra medicinska åtgärder innebär ingen kränkning av människovärde och mänskligt liv. Även för de anhöriga är det av vikt att få entydiga och klara besked om dödens inträde. Mycket psykiskt lidande kan på det sättet besparas de anhöriga.

Ärkebiskopen framför liknande synpunkter.

Landstingsförbundet, som i princip instämmer i utredningens förslag, gör bedömningen att förslaget om införande av direkt hjärnrelaterade dödsriterier knappast kommer att leda till ökade krav på hälso- och sjukvården.

Förbundet har svårt att bedöma vilka konsekvenser utredningens förslag kan få för vården när det gäller de indirekta kriterierna. Den precisering utredningen ger dödsbegreppet i lagförslaget innebär att en människa inte är död förrän hjärnans samtliga funktioner totalt och oåterkalleligt fallit bort. Detta tillstånd kan, enligt utredningen, säkerställas först sedan 15-20 minuter förflutit efter det att andningen upphört och hjärtat slutat att slå. Det är emellertid uppenbart att man inte härav får dra slutsatsen att hälso- och sjukvården i varje enskilt fall skulle ha en skyldighet att arbeta för att

häva varje hjärtstillestånd under de första tjugo minuterna. Ett klarläggande på denna punkt anser förbundsstyrelsen möjligt och nödvändigt i samband med kommande propositionsarbete.

Sjukvårdshuvudmännen är överlag positiva till utredningens förslag.

Uppsala läns landsting anför exempelvis att direkt hjärnrelaterat döds-kriterium kommer att utgöra ett stöd i hälso- och sjukvårdspersonalens arbete genom att patienten redan är död när respiratorbehandling avbryts och inte som idag patienten dödförklaras efter att respiratorbehandlingen avbrutits. För de anhöriga kommer kriteriet att utgöra ett stöd eftersom de inte behöver befinna sig i ovisshet om tillståndet.

Östergötlands läns landsting anser att en precisering av vilka kriterier som skall tillämpas för dödförklaring är nödvändig. I och med detta visar samhället att det kan anpassa sig till nya kunskaper och att kriterierna är beroende på insikter och kunskaper. Det hade dock varit välgörande om utredningen tryckt hårdare på att det inte är fråga om att införa ett nytt dödsbegrepp utan ett sätt att diagnostisera död enligt ett dödsbegrepp som redan används.

Värmlands läns landsting ansluter sig till utredningens förslag i dess centrala fråga att hjärnrelaterat dödsbegrepp som lag införs i Sverige.

Ett entydligt dödsbegrepp är både en anpassning till sjukvårdens nuvarande utvecklingsnivå och de juridiska konsekvenser den medicin-tekniska utvecklingen medför.

Med ett bibehållet hjärtdödsbegrepp går det heller inte att avbryta en i övrigt utsiktslös behandling. Det skulle då vara mord. Ett bibehållet lagfäst hjärtdödsbegrepp kommer dessutom att medföra konsekvenser för transplantationskirurgin. Svenska medborgare kan icke ens i utlandet erhålla ett nytt hjärta, eftersom de i vårt land efter vår lag måste betecknas som anstiftare till mord.

Landstinget anser att lagfäst hjärtrelaterat dödsbegrepp är helt oacceptabelt.

Gävleborgs läns landsting kan för sin del inte finna att utredningens förslag dramatiskt avviker från de förhållanden som gäller idag. Sedan 1973 kan genom ett cirkulär från socialstyrelsen en respiratorbehandling avslutas sedan man konstaterat varaktigt och oåterkalleligt upphörda hjärnfunktioner, dvs detsamma som utredningsförslagets direkt hjärnrelaterade döds-kriterier. Med dagens syn på dödsdiagnostik innebär detta att en respirator kan stängas av så att en människa dör. Efter införande av de föreslagna direkt hjärnrelaterade döds-kriterierna kommer man i motsvarande situation att stänga av en respirator för att en människa redan är död.

Hallands läns landsting menar att hur vi definierar död inte enbart är en teknisk eller juridisk fråga. För många människor är detta också en del av en livsåskådning, som inte så lätt kan ändras från den ena dagen till den andra genom ett eventuellt riksdagsbeslut.

Inom landstinget finns förståelse för många av de argument som framförts från såväl utredarhåll som från kritiker. De inom landstinget som ställer sig mer tveksamma till utredningens förslag hänvisar till att Halland har en traditionsbunden befolkning som av historiska, kulturella och känslomässiga skäl kan ha svårt att acceptera ett nytt dödsbegrepp.

Vid en sammanvägning av de argument som anförts för och emot ett nytt dödsbegrepp finner landstinget de fakta som talar för en förändring väga tyngst.

SACO/SR framför genom Svensk kuratorförening att det inte är någon lätt uppgift att ta ställning till om en person är död när hjärtat stannar eller när hjärnan är utsläckt. För här konfronteras två synsätt, som har med vår tid att göra: det intellektuella, förnuftsmässiga synsättet innefattande medicinsk-tekniska framsteg och tilltro kontra det känslomässiga synsättet innefattande religiösa, etiska och kulturella värderingar sedan urminnes tid.

Hjärtat står för känslor som glädje, sorg, vrede, skuld, lycka. Först när hjärtat stannat upphör känslan. Detta är kulturens vagga framställd otaliga gånger inom konst och litteratur. Samtidigt vet vi att vår hjärnas förmåga är det som skiljer människan från djuren. När hjärnan är utsläckt är personligheten borta och därmed människan död.

För det fåtal patienter på vissa specialavdelningar där nuvarande dödsbegrepp, hjärtdöd, skapar tveksamhet och osäkerhet, förefaller dödsbegreppet total hjärninfarkt vara rätt och riktigt, ur både etisk, medicinsk och juridisk synvinkel. Det är ju på dessa avdelningar som gammalt och nytt synsätt ställs på sin spets.

Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund konstaterar att en människa är död när hjärnans samtliga funktioner fallit bort totalt och oåterkalleligt (total hjärninfarkt) och att detta är ett medicinskt faktum. Därav följer dock inte att man behöver en lag som anger detta.

Majoriteten av alla dödsfall konstateras genom att hjärtat stannar och andningen upphör. I ett mycket litet antal fall vårdas patienten i respirator, och man kan på olika artificiella sätt hålla igång andning och hjärtverksamhet en kort tid. I dessa fall gäller socialstyrelsens cirkulär, och förbundet har ingen anledning att ifrågasätta författningen som sådan. Den ger klart besked. När personen har total hjärninfarkt skall alla medicinska insatser upphöra. Som en följd av detta upphör andningen och hjärtat stannar.

Svenska läkaresällskapet accepterar den av utredningen föreslagna definitionen, att en människa är död när hjärnans samtliga funktioner totalt och oåterkalleligt fallit bort, vilket betonar att döden innebär en undergång av den mänskliga organismen som fungerande enhet.

Sällskapet anser liksom utredningen, att den angivna dödsdefinitionen ger klara möjligheter att fastställa en människas död dels *indirekt* genom att andnings- och cirkulationsstillstånd förelegat under tillräckligt lång tid, dels *direkt* genom att med definierad metodik visa att samtliga hjärnfunktioner totalt och oåterkalleligt bortfallit, även om basala extrakraniella funktioner kvarstår. Det är angeläget understryka, att den grupp individer, där den senare proceduren kan bli aktuell, är mycket liten och i samtliga fall patienter under olika typer av intensivbehandling med ett totalt behov av artificiell ventilation.

Sällskapet stöder även att den föreslagna dödsdefinitionen införs i lag. Det uppfattas av berörd personal som oetiskt att trots kunskap om totalt och oåterkalleligt bortfall av en individs samtliga hjärnfunktioner hävda att en fortsatt vård skall ges därför att basala extrakraniella funktioner kvar-

står. Dagens, av socialstyrelsen sanktionerade praxis, med utsättande att "utsiktslös" terapi ledande till patientens "död", är inte etiskt acceptabel eller jämförbar med det nu framlagda förslaget. I själva verket innebär denna praxis, att en liten grupp läkare inom akutsjukvården tvingas att fatta beslut, som i juridisk mening innebär ett dödande av patienten. Om i stället patienten förklaras död på hjärnrelaterade kriterier och behandlingen därpå avbryts undanröjs detta etiska och psykologiska dilemma. Detta är enligt Läkaresällskapets åsikt den viktigaste fördelen med utredningens förslag till ändrad dödsdefinition.

Några oklarheter kommer inte att uppstå vid ett korrekt användande av en hjärnrelaterad dödsdefinition. De som avstyrker förslaget har i olika sammanhang bl. a. hänvisat till människors osäkerhet och rädsla inför den nya situationen, till diagnostikens ofullkomlighet och till att det nuvarande dödsbegreppet skulle vara tillfyllest. Läkaresällskapet har stor förståelse för dessa argument men anser dem väga mindre tungt än de som talar för en förändring. Den nämnda osäkerheten synes mest grundad i en brist på kunskap, som måste mötas med objektiv information.

Dock har ett problem, som tidigare kanske icke helt uppmärksammats, påpekats av sektionen för pediatrik. En möjlig konflikt kan föreligga mellan den nya dödsdefinitionen och nuvarande praxis vid klassifikationen av barn som föds med vissa livstecken, vilka trots upplivningsförsök snart upphör. Dessa barn registreras enligt WHO:s rekommendationer som levande födda. Om utredningens förslag genomförs, behövs sålunda en avstämning mellan den av utredningen föreslagna dödsdefinitionen och WHO-rekommendationen. Svenska Läkaresällskapet ansluter sig till utredningens förslag, att frågan om hjärnrelaterad dödsdiagnostik i nyföddhetsperioden utreds ytterligare.

Sveriges läkarförbund kan principiellt också godta utredningens överväganden och slutsatser på så gott som samtliga punkter. Förslagets grundtanke accepterandet av hjärnrelaterade döds-kriterier – stöds självfallet reservationslöst av förbundet. Även på övriga punkter kan utredningens förslag godtas trots att t.ex. en sådan fråga som behovet av lagstiftning långt ifrån är någon självklarhet.

Sveriges advokatsamfund anser sig böra godta de skäl utredningen anfört för införande av det nya dödsbegreppet. Samfundet menar vidare att det är godtagbart att det införs, trots att det möjligtvis strider mot en allmän spridd uppfattning.

Folkpartiets kvinnoförbund anser att tiden nu är mogen för ett nytt dödsbegrepp. De hittills använda reglerna för avstängning av respirator vid konstaterad hjärnfarkt har inte varit tillfredsställande utformade.

Sveriges socialdemokratiska kvinnoförbund anser det viktigt att förutsättningen för att över huvud taget ändra dödsbegreppet måste vara det som i utredningsdirektiven formuleras så att utredaren förutsättningslöst ska granska om nuvarande dödsbegrepp ska bibehållas eller om hjärndödsbegreppet bör införas. Likaså behovet och följderna av ett eventuellt ändrat dödsbegrepp. För SSKF är diskussionen om transplantationer och s.k. reservdelsmänniskor av underordnad betydelse för en ändring av dödsbegreppet.

Förbundet anser det även olämpligt att fortsätta med den ordning som gäller sedan 1973 att vi i praktiken i Sverige arbetar med två dödsbegrepp.

SSKF vill poängtera vikten av att alla människor har rätt till en värdig död, vilket är det starkaste skälet för förbundet att acceptera ett nytt dödsbegrepp.

Styrelsen för riksföreningen rätten till vår död (RTVD) anför följande. RTVD kämpar för att varje människa själv skall få bestämma över sitt liv. Människan skall tillerkännas ett värdigt slut och icke bli ett offer för tekniska landvinningar. Tekniken är paradoxalt nog också en fiende, då den möjliggör, att en människa hålls vid liv, sedan hon totalt och oåterkalleligt har förlorat all förmåga att förena kroppens funktioner till en fungerande enhet. Utifrån de åsikter föreningen företräder utgör därför övergången till hjärndöd ett framsteg.

Övergången till ett hjärnrelaterat dödsbegrepp är enligt RTVD:s uppfattning i hög grad humanitärt motiverad. Människan slipper ligga som ett hjälplöst vrak, där vitala funktioner upprätthålles med tekniska hjälpmedel. När hjärnans funktioner totalt och oåterkalleligen fallit bort kan människan förklaras död. För anhöriga är det då en lättnad att veta att den sjuke definitivt gått bort. De av utredningen anvisade diagnostiska metoderna kan utföras med vanliga lasarettsmetoder. Dödsriterierna är enkla och entydiga.

Nordiska expertkommittén för transplantationer hälsar med tillfredsställelse att det nu läggs fram ett lagförslag som accepterar hjärnrelaterade dödsriterier.

I sitt gemensamma remissvar konstaterar *Svenska ekumeniska nämnden, Sveriges frikyrkoråd, De fria kristna samfundens råd, Sveriges kristna ungdomsråd* och *Katolska biskopsämbetet* att hjärndödsbegreppet i praktiken tillämpas redan i dag genom socialstyrelsens cirkulär (1973:29) om prognos och behandling vid totalt och oåterkalleligt bortfall av hjärnfunktionerna. Genom att ingen lagreglering har skett finns dock en spänning mellan å ena sidan godtagen medicinsk praxis och å andra sidan juridiska och moraliska överväganden. En totalt hjärninfarcerad människa, vars organism hålls igång med tekniska medel – är hon levande eller död? Om hon är levande – vilket är innebörden av nuvarande regler – vad är det då som sker när läkaren utnyttjar sin rättighet att stänga av respiratorn?

Här finns idag en gråzon mellan liv och död, som inte är tillfredsställande ur vare sig intellektuell, moralisk eller psykologisk synpunkt. Gränslinjen mellan liv och död får inte relativiseras.

Tillämpandet av hjärnrelaterade dödsriterier leder i dessa fall till större klarhet, även om entydigheten inte blir total. Även med hjärnrelaterade dödsriterier kommer tidpunkten för händelsen död att i viss utsträckning påverkas av läkarnas åtgärder och tillgången på utrustning. Även i fortsättningen kommer situationer att uppstå, då dödsögonblicket inte kan fastställas utan dödens inträde bara kan konstateras i efterhand.

De argument som väger tyngst för en reglering rörande hjärnrelaterade dödsriterier är dock de humanitära:

- Rätten till en värdig död

Nuvarande läge förstärker människors rädsla att bli vårdade in absurdt och förvägrade rätten att dö.

Hänsyn till de anhörigas och sjukvårdspersonalens situation. Ett officiellt erkännande av hjärnrelaterade dödsriterier skulle underlätta både för anhöriga och sjukvårdspersonal genom att skingra den oklarhet som nu råder, då en människa på en gång kan betraktas som i viss mening både död och levande.

- Förbättrade villkor för transplantationsverksamheten

När utredningen diskuterar motiven för ändrade dödsriterier anstränger den sig att undanhålla alla resonemang om nyttan för transplantationsverksamheten.

Denna försiktighet är motiverad när det gäller dödsdefinitionen och diskussionen om de hjärnrelaterade dödsriteriernas relevans och tillförlitlighet. Alla tankar på ett orsaks sammanhang mellan dödsdefinitionen och transplantationskirurgins behov måste avvisas och alla misstankar undanröjas om att dödsbegreppet relativiseras av hänsyn till behovet av organ för transplantation.

Utredningens förslag till definition av dödsbegreppet har flera förtjänster. Den tar sikte på bortfallet av funktioner och inte på förekomsten av biologiskt liv i enskilda organ. Den betonar också att död innebär bortfall av både fysiska och psykiska funktioner och inte kan begränsas till förlusten av medvetande och andra psykiska funktioner. Därmed markerar utredningen helhetssynen på människans död och gör gränslinjen klar mot alla tillstånd av djup medvetlöshet eller koma, som inte kan betraktas som död.

Vissa inslag i den allmänna debatten har dock visat att utredningens definition – på grund av dess teoretiskt något komplicerade form – kan leda till missförstånd. Talet om förmåga att "förena och samordna kroppens funktioner" har hos en del debattörer lett tankarna primärt till medvetandet och de psykiska funktionerna.

Med detta dödsbegrepp och dess precisering har klara och begripliga avgränsningar gjorts mot dödförklarande av djupt medvetlösa människor, liksom mot varje förväxling av förändrat dödsbegrepp och eutanasi.

Riksdagens ombudsmän (JO) anför följande.

Utredningen har i sitt betänkande framlagt ett förslag till lag om fastställande av människans död. Såvitt JO kunnat förstå är förslaget om lagstiftning beträffande dödsbegreppet huvudsakligen föranlett av behovet att för transplantation kunna ta organ från en människa, vars hjärna oåterkalleligt upphört att fungera men vars blodcirkulation upprätthålls på artificiell väg. Enligt JO:s mening bör emellertid behovet av att skapa bättre betingelser för transplantationskirurgin kunna tilldogoses genom ändringar i transplantationslagen och utan att man i lag fastställer, när döden skall anses ha inträtt. Frågan om när döden inträtt bör – liksom hittills – avgöras av vederbörande läkare med stöd av vetenskap och beprövad erfarenhet.

JO anser sig alltså inte kunna tillstyrka utredningens förslag.

Pensionärernas riksorganisation (PRO) anser att döden inträder när

andning och hjärtverksamhet upphör. Att en människa är död kan därför iakttagas av anhöriga. För dem upplevs det ofta som väsentligt att ha varit med i dödsögonblicket. Om den anhöriga ligger i respirator går det ej att avgöra när kroppens egen andning tar slut. För de anhöriga är det inte bara problemet att de inte kan tala med den som ligger i respirator. De kan inte på hävdvunnet sätt uppleva att livet nu flytt.

PRO framhåller samtidigt att det som avgör fortsatt liv är hjärnans tillstånd. Är hjärnan död saknas förutsättning för fortsatt liv och livsuppehållande behandling får avbrytas.

PRO framhåller också att respekt för livet och respekt för döden är grundvalarna för all humanism. Tryggheten och förvisningen att ens sista vilja skall respekteras och att man får avsluta sitt liv på ett värdigt sätt och under omständigheter man i viss mån själv kan påverka, får aldrig åsidosättas.

Med hänvisning till vad som ovan anförts kan Pensionärernas Riksorganisation i nuläget ej tillstyrka utredningens förslag om införande av ett nytt dödsbegrepp. Viktigare för äldre människor är att dö "en naturlig död" där det traditionella dödsbegreppet är tillräckligt.

De synskadades riksförbund anser att ett förändrat dödsbegrepp måste inge samma trygghet och klarhet som det tidigare och det måste få ta den tid som krävs för att allmänheten ska acceptera och förstå det. För att de psykologiska förutsättningarna till acceptans och förståelse ska föreligga är det nödvändigt att först lösa frågan om tillgången på organdonatorer. Det är dessutom nödvändigt att se över transplantationslagen med avseende på den enskildes önskan att ställa sina organ till förfogande efter döden. För att inte skapa osäkerhet och otrygghet i vården måste organdonationer bygga på att den enskilde skriftligt uttrycker sin vilja att donera organ efter sin död. Personer som själva inte kan uttrycka sin vilja ska inte kunna utnyttjas som organdonatorer. Undantaget kan vara minderåriga men hur det ska regleras i transplantationslagen bör en utredning få till uppgift att studera och komma med förslag på. Samma utredning borde också få till uppdrag att se över hur en aktiv information och aktivt sökande efter personer villiga att donera organ efter sin död skall organiseras och var ansvaret för verksamheten skall läggas.

Först när det är klarlagt hur transplantationskirurgin kan få sina krav på organ tillgodosedda utan att hota den enskildes integritet och grundläggande värderingar om människovärde är det aktuellt att bygga på bl. a. den då klarlagda situationen kring transplantationskirurgin och organdonationerna och inte infekteras med oro av den diskussionen.

Synskadades Riksförbund vill än en gång understryka att förbundet absolut inte vill motarbeta transplantationskirurgin och ser ingen motsättning mellan de förslag förbundet lämnat och en ökad tillgång på organ för transplantationer.

Den föreslagna dödsdefinitionen är inte motiverad i betänkandet och omfattas inte av en enig läkarkår. Den kan ifrågasättas på många grunder och bör inte lagfästas då den skulle skapa mer osäkerhet och oro än den rådande situationen där dödsbegreppet inte på något sätt är reglerat i lag eller författning. Synskadades Riksförbund motsätter sig inte en lagfäst dödsdefinition men den måste vara allmänt omfattad och vedertagen.

3 Rättslig reglering av dödsbegrepp och dödsriterier

Prop. 1986/87:79

Av de remissinstanser som tagit upp frågan om lagreglering är de allra flesta positiva till att en särskild lag införs. De remissinstanser som avvisar en lagreglering av dödsbegreppet är: *Svea hovrätt, riksdagens ombudsmän* och *Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund* (SHSTF). Socialstyrelsen accepterar med viss tvekan frågan om lagreglering. Svea hovrätt och SHSTF är inte negativa till utredningens förslag till definition av dödsbegrepp i sig men anser att lagreglering inte är nödvändig. Det fullständiga svaret från riksdagens ombudsmän finns redovisat under avsnitt 1.

Hovrätten för västra Sverige, kammarrätten i Stockholm, kammarrätten i Jönköping, justitiekanslern samt *riksåklagaren* ansluter sig i princip till utredningens uppfattning att bestämmelserna om dödsbegreppet bör tas in i lag. Några har synpunkter på lagens utformning vilket refereras under rubriken Lagens utformning.

Socialstyrelsen påpekar att utredningens utgångspunkt är att rätt och praxis idag i Sverige utgår från ett hjärtrelaterat dödsbegrepp och att det hjärnrelaterade dödsbegrepp, som utredningen föreslår infört, inte skulle vara accepterat. Socialstyrelsen ställer sig emellertid frågande till om detta verkligen är fallet. Det finns rättsfall, föreskrifter och medicinsk praxis som talar för att begreppet "hjärndöd" faktiskt redan nu har accepterats av såväl medicinsk som juridisk sakkunskap. Skulle så vara fallet måste ifrågasättas behovet av lagstiftning.

Det är t.ex. sedan länge medicinskt vedertaget att insätta behandling i form av konstgjord andning m.m. på människor vars hjärta stannat i samband t.ex. med olycka av något slag eller under en operation. Något annat vore orimligt. Men att så sker beror på att människan inte behöver vara död därför att hjärtat stannat utan därför att döden inte inträder förrän hjärnan är totalt och oåterkalleligt ur funktion. Det är vidare medicinskt accepterat att avlägsna ett hjärta utan att betrakta personen som död. I åtminstone två fall har i Sverige hjärtan avlägsnats varvid i det ena fallet ett nytt riktigt hjärta insatts och i det andra ett artificiellt. Inte i något av dessa fall har personen ansetts som död därför att hans hjärta avlägsnats. I det ena fallet var det t.o.m. fråga om ett avlägsnande av det ursprungliga hjärtat utan att det nya ännu var inkopplat. Att inte den personen betraktades som död kan inte bero på annat än att läkarna – med all rätt – ansett döden inte kunna inträda förrän hjärnfunktionerna totalt och oåterkalleligt fallit bort.

Regeringsrätten har också i rättsfallet RÅ 1981 Ab 345 accepterat att den medicinska vetenskapen får använda sig av ett hjärnrelaterat dödsbegrepp.

Regeringsrätten skriver

"Bedömningen av huruvida en människa är levande eller död sker med utgångspunkt i medicinska kriterier. Sålunda är tid punkten för dödens inträde en medicinsk fråga som avgörs av läkaren i det enskilda fallet på grundval av vetenskap och beprövad erfarenhet. – Det traditionella hjärtdödsbegreppet är inte fastslaget i lag eller annan författning och inte

heller i rättspraxis. Något rättsligt hinder torde inte föreligga mot ett godtagande av hjärndödsbegreppet”.

Det var då heller inte olagligt av hälso- och sjukvårdsnämnden att medge att en person fick beredas vård utomlands för att där genomgå hjärttransplantation. Regeringsrättens uttalande är ett starkt stöd för att ett hjärnrelaterat dödsbegrepp är fullt förenligt med svensk rätt i varje tänkbart sammanhang.

Inte heller har man inom den medicinska vetenskapen ifrågasatt socialstyrelsens cirkulär (MF 1973:29) om prognos och behandling vid totalt och oåterkalleligt bortfall av hjärnfunktionerna. Det är rimligt att anta att cirkuläret bygger på förutsättningen att döden inträder i och med bortfallet av hjärnfunktionen. Om så inte vore fallet skulle ju rent rättsligt uppmaningen i cirkuläret vara en uppmaning att beröva patienten livet. Det vore emellertid helt orimligt för att inte säga oetiskt att åtala en läkare som följer uppmaningen i cirkuläret. Men om döden definieras utifrån hjärnrelaterade kriterier framstår socialstyrelsens cirkulär inte bara som medicinskt och humanitärt korrekt utan också som juridiskt korrekt.

Enligt socialstyrelsens bedömning är det alltså inte riktigt att påstå att Sverige, i motsats till flertalet länder med vilka vi jämför oss vad gäller den medicinska vetenskapen, har ett på bortfallet av hjärt- och cirkulationsverksamheten grundat dödsbegrepp. I stället skulle vi redan i varje fall i vissa situationer ha accepterat ett definitivt och totalt bortfall av hjärnfunktionen som dödsdefinition. Det borde då vara möjligt att utan egentliga markeringar i lagstiftningen genom ett allmänt uttalande av riksdagen få ”hjärndödsbegreppet” till fullo accepterat i rättspraxis. Emellertid kan man inte utan vidare anta att ett sådant uttalande skulle slå igenom i allmänhetens rättsmedvetande. Det är inte heller antagligt att den medicinska vetenskapen till 100% skulle ställa upp på ett sådant uttalande och lägga det till grund för vidare handlande inom sjukvården. Det kan därför finnas anledning att genom någon lagändring markera en definitiv övergång till ”hjärndödsbegreppet” inom svensk rätt.

Den lösning som föreslås i betänkandet förefaller emellertid socialstyrelsen vara en markering något i överkant. Som justitierådet Vängby poängterat är lagstiftning av denna typ egentligen främmande för svensk rätt. Styrelsen är därför mer tilltalad av den lösning som lagmannen Wennergren föreslår nämligen att ta in legaldefinitionen av hjärndödsbegreppet i någon redan existerande lag. Wennergren har själv föreslagit ett tillägg i ärvdabalken. Vängby tar upp till diskussion – delvis också av andra skäl – en ändring av transplantationslagen. Det kan kanske vara klokt att inte överdramatisera införandet av ett ”nytt” dödsbegrepp. Den markering som då borde göras kunde kanske riktas mot hälso- och sjukvårdens personal t. ex. genom ett tillägg till obduktionslagen eller allmänna läkarinstruktionen.

Socialstyrelsen har dock förståelse för om det skulle anses nödvändigt med en särskild lag i ämnet. Vad vetenskapliga råden Vängby och Wennergren därvid anfört om lagtextens utformning kan styrelsen i huvudsak ansluta sig till.

Svenska kyrkans centralstyrelse, som ställer sig bakom utredningens

förslag till dödsdefinition, menar att man kan diskutera, om det är nödvändigt att i lag definiera döden. Inom Svenska kyrkan framförs tanken, att det räcker med dödsriterier. Det har också sagts, att lagen inte bör omnämna "direkta dödsriterier" eftersom uttrycket kan föranleda missförstånd. I Finland talas endast om dödsriterier och de ligger till grund för lagstiftningen. Norge har både dödsdefinition och dödsriterier.

Mot en dödsdefinition skulle tala att människor i allmänhet inte uppfattar dess innebörd. Den felaktiga föreställningen skulle förstärkas, att det är fråga om alternativen hjärtdöd eller hjärndöd. För en definition talar, att den ligger i utredningens uppdrag och att den uttrycker numera allmänt omfattande kunskaper om vad händelsen död innebär (jfr tabellen 5.1 s. 73). Också juridiska skäl tycks tala för dödsdefinitionen.

Centralstyrelsen konstaterar mot bakgrund av den översikt utredningen lämnar att i flertalet länder där hjärnrelaterade dödsriterier accepteras bygger ett sådant godtagande på medicinsk praxis och uttryckligt stöd i lagstiftning saknas.

Centralstyrelsen delar utredningens förslag att människans död skall regleras i lag. I vårt demokratiska samhälle bör en ändring av dödsriterierna regleras genom beslut i riksdagen och inte enbart vara en fråga för experter/läkare.

Mot bakgrunden av att också andra uppfattningar än utredningens kommit till uttryck i den allmänna debatten måste frågan om ändrade dödsriterier anses vara av den karaktären att en stor enighet måste eftersträvas. Med andra ord bör det klart krävas att en kraftig majoritet i riksdagen ställer sig bakom förslaget.

Liknande synpunkter har framförts av *ärkebiskopen*.

De *sjukvårdshuvudmän* som tagit upp frågan om lagreglering delar i huvudsak utredningens bedömning att dödsbegreppet och dödsriterierna bör regleras rättsligt.

Svenska läkaresällskapet stöder att den föreslagna dödsdefinitionen införs i lag.

Sveriges läkarförbund godtar utredningens förslag om lagstiftning trots att behovet av denna långtifrå är någon självklarhet.

Sveriges Advokatsamfund anser att det utan tvivel ligger ett värde i att dödsbegreppet, som har en så avgörande betydelse vid många rättsliga bedömningar, regleras i lag. Det finns emellerid även nackdelar med detta. Hittills torde dödsbegreppet åtminstone ytterst ha bestämts av läkarkåren i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta har givit dödsbegreppet en fasthet som är värdefull. Att dödsbegreppet i stället regleras i lag, dvs bestäms av politiker, innebär att man slår in på en väg där dödsbegreppet blir lättroligt i en omfattning som inte är önskvärd med hänsyn till den stadga som dödsbegreppet kräver. Även bortsett härifrån bör det uppmärksammas att också om riksdagen nu skulle fastställa ett dödsbegrepp som läkarkåren och allmänheten ställer sig bakom, det kan tänkas att i framtiden det dödsbegreppet ändras på grund av överväganden i riksdagen som inte har tillräcklig förankring hos vare sig läkarkåren eller allmänheten. En typ av sådana överväganden kan avse intresset att spara in på vårdkostnader.

Ända tills helt nyligen har ingen ansett en lagreglering nödvändig i denna alltid aktuella och viktiga fråga. Även detta förhållande ger anledning till tveksamhet i fråga om behovet av en lagreglering.

Emellertid är det tydligt att det under de senaste åren vuxit fram ett allt större behov av ett entydigt dödsbegrepp, eller kanske snarare ett auktoritativt besked om vad som skall gälla. Det förefaller som om ett sådant auktoritativt besked kan erhållas endast genom ett riksdagsbeslut. Det kan sägas att antalet fall då ett sådant besked behövs – dvs. där det inte är tillräckligt med den uppfattning som redan är allmänt omfattad – inte är många, men det gör inte saken mindre viktig. Dessutom kan antalet fall öka på grund av utvecklingen inom medicinsk teknik. Mot denna bakgrund är det naturligtvis otillfredsställande att patienter, anhöriga och läkare inte i förväg har ett klart besked om vad som är att räkna som dödens inträde.

Samfundet finner sammantaget, om än med viss tvekan, att skälen för en lagreglering är starkare än skälen mot och tillstyrker sålunda utredningens förslag i detta avseende.

Styrelsen för riksföreningen rätten till vår död framhåller att gränslinjen mellan liv och död måste vara klar och entydig. Konkreta rättsverkningar knyts i skilda sammanhang till dödens inträde. Framför allt gör detta sig gällande på tre områden, nämligen arvsrätten, försäkringsrätten och straffrätten. Om man inte skapar en legal definition för dödsbegreppet, kommer man med den framtida tekniska utvecklingen att kunna hamna i en situation, där viktiga förmögenhetsrättsliga avgöranden kan komma att knytas till subtila avgöranden av vår högsta instans, Högsta Domstolen, som i sin tur kan tvingas att ta ställning till yttranden från sakkunniga, som förespråkar olika åsikter om hur långt dödsprocessen kan ha fortskridit.

Svenska ekumeniska nämnden m.fl. menar att den oklara situation som nu råder påkallar en juridisk reglering av var gränsen går mellan liv och död. En sådan reglering är en nödvändig grund för tillämpningen av alla lagrum som fäster rättsverkningar vid tidpunkten för dödens inträde.

Ett annat juridiskt argument gäller behovet av rättslig samordning med andra länder som tillämpar hjärnrelaterade dödsriterier. Som utredningen påvisar är det bland jämförbara länder idag bara Sverige och Danmark som inte erkänner hjärnrelaterade dödsriterier, och i Danmark pågår också utredning av frågan. Behovet av internationell samverkan på det medicinska området – inte minst inom transplantationskirurgin – talar för en rättslig reglering. Nuvarande ordning som innebär att svenska landsting sänder patienter utomlands för operationer som inte får göras i Sverige eller att transplantationer görs i Sverige med organ från utländska givare som inte skulle ha fått tas från en svensk givare är juridiskt otillfredsställande och moraliskt oacceptabel.

Svea hovrätt konstaterar att man i yttrande över betänkandet "I livets slutskede" (SOU 1979:59) anförde följande beträffande dödsbegreppet:

Vad angår dödsbegreppet är det från många synpunkter av stor betydelse att ha en klar gränsdragning mellan liv och död. Tidpunkten för en persons död kan sålunda ha vittgående juridiska konsekvenser för t.ex. arvsordningen. När det gäller att bestämma en sådan gräns är det naturligt att anse en person död i och med att samtliga hjärnfunktioner oåterkalleligt

upphört att fungera. Det traditionella s. k. hjärtdödsbegreppet innebär i praktiken att det krävs dels att hjärnan skall vara död dels att blodcirkulationen och andningsverksamheten skall ha upphört. Något rättsligt hinder för att godta hjärndödsbegreppet föreligger inte. Utredningen har emellertid inte ansett det behövt att införa detta begrepp och har därvid särskilt hävdats att bättre förutsättningar för transplantationsverksamheten än de nuvarande torde kunna nås på annat sätt än genom en legalisering av hjärndödsbegreppet. Ett sådant resonemang kan leda till att det genom ändring av transplantationslagen skulle bli tillåtet att ta livsviktiga organ från en hjärndöd medan denne ännu anses vara vid liv. Mot denna lösning kan förvisso invändningar riktas. Hovrätten anser dock att dödsbegreppet ej lämpar sig för lagreglering. Avgörandet i det enskilda fallet av frågan när en person skall anses död måste tillkomma den medicinska sakkunskapen och får, i den mån så behövs, styras genom vägledande uttalanden av behörig myndighet.

I sitt yttrande över betänkandet "Transplantationskirurgiska frågor" (SOU 1980:48) återgav hovrätten till en början här ovan citerade avsnitt ur sitt tidigare yttrande och konstaterade att vad sålunda uttalats enligt hovrättens mening alltjämt gällde. I fråga om ändringen i transplantationslagen tog hovrätten starkt avstånd från förslaget som enligt hovrätten ansågs innebära att en person som ej är död "ändock vid tillämpning av transplantationslagen – men ej eljest – skall behandlas som om han vore död". Hovrätten fann en sådan konstruktion orimlig och avstyrkte bestämt det föreslagna tillägget till transplantationslagen.

När frågan om en legaldefinition av döden eller dödsbegreppet nu återkommer sker det under delvis andra medicinska och principiella förutsättningar än tidigare.

Svea Hovrätt vill upprepa som sin mening att något rättsligt hinder för att tillämpa det av utredningen föreslagna dödsbegreppet inte föreligger.

Vad först gäller frågan om döden som rättsfaktum, vill hovrätten, liksom i tidigare yttrandet, understryka betydelsen i en mängd rättsliga sammanhang av en klar gränsdragning mellan liv och död. De frågor som då främst kommer i blickpunkten är dels möjligheten att konstatera att en människa är död, dels tidpunkten för dödets inträde. Som hovrätten tidigare framhållit är det naturligt att bestämma en sådan gräns mellan liv och död med utgångspunkt från mätbara och på annat sätt konstaterbara hjärnfunktioner.

Hovrätten kan emellertid inte dela utredningens uppfattning att samhällets utveckling och tillkomsten av ny lagstiftning lett till att gränsdragningen mellan liv och död fått ökad betydelse från rättslig synpunkt. I allt väsentligt synes frågorna, huruvida en människa gått över gränsen från liv till död och tidpunkten när detta skett, vara desamma i dag som de alltid har varit. De exempel som utredningen ger inom arvs-, familje-, försäkrings- och straffrätt synes inte ha något samband med samhälls- och rättsutvecklingen. Skäl att inom dessa områden utforma en legaldefinition föreligger enligt hovrättens mening därför bara om man med stöd av den nya definitionen med större säkerhet än nu kan komma att besvara de två centrala frågorna "att" och "när" och framförallt om man med en sådan

definition kan bota en uppenbar brist som förelegat i den praktiska rättstillämpningen inom angivna områden.

Såvitt hovrätten känner till finns inom svensk rättspraxis inte redovisat något fall, som visar att nuvarande metoder och kriterier för bestämmande av ett dödsfall inte skulle räcka för att lösa aktuella frågor inom civil- och straffrätt. Utredningen har ej heller kunnat finna något sådant fall ens inom underinstansernas målmaterial. De utländska fall som utredningen nämner synes inte heller vara av den beskaffenheten att de, om de kommit till svensk domstolsprövning, skulle ha vållat något problem. Att en människa vars huvud skilts från kroppen skall anses vara död redan i dekapiteringsögonblicket (vilket för övrigt inte vore helt säkert med utredningens definition) och inte först när kroppens blod slutar pulsera torde för svensk rättsuppfattning vara uppenbart. Det finns således enligt hovrättens mening inte i vare sig inhemskt eller utländskt rättsfallsmaterial något som talar för att det föreligger ett behov av en legaldefinition av döden inom den allmänna civil- eller straffrättens område.

Slutsatsen av det sagda blir att det inte föreligger något generellt rättsligt behov av en legaldefinition av dödsbegreppet. Därav torde följa att skälen för en legaldefinition – i motsats till vad utredningen hävdar – bör sökas i just de områden som utredningen primärt skjuter i bakgrunden: sjukvårdens behov (av både juridiska, etiska och sjukvårdsadministrativa slag) att få vägledning om vid vilken tidpunkt en cirkulationsuppehållande respiratorbehandling får eller kan eller skall avbrytas samt transplantationskirurgins behov av besked om när det är tillåtet att från en kropp, vars cirkulation fortfarande upprätthålls, ta ett livsviktigt organ för transplantation. Man kan därför inte kringgå dessa frågor eller skymma dem med att problemen kommer att lösas som en konsekvens av det allmänna dödsbegrepp som utvecklingen och lagstiftningen i stort enligt utredningen påkallar.

Hovrättens slutsats är att inte heller denna nya utredning ger belägg för behovet av en generell lagreglering av dödsbegreppet. Hovrätten menar alltså liksom i sina båda tidigare yttranden att frågan om dödens inträde inte lämpar sig för en legaldefinition. Avgörandet i det enskilda fallet när en människa skall anses död måste ankomma på den medicinska sakkunskap som har att göra den omedelbara bedömningen och som styrmedel för denna bedömning bör behöriga myndigheter utfärda vägledande föreskrifter, så som också hittills skett.

Hovrätten avstyrker således införandet av en särskild lag om fastställande av människans död. Som hovrätten redan förut sagt föreligger det inte något hinder att utan lagstiftning tillämpa det av utredningen föreslagna dödsbegreppet.

Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund (SHSTF) anför följande. Att en människa är död när hjärnans samtliga funktioner fallit bort totalt och oåterkalleligt (total hjärninfarkt) är ett medicinskt faktum. Därav följer dock inte att man behöver en lag som anger detta.

Vi ifrågasätter utredningens påstående att situationen är så osäker att det behöver stiftas en lag om fastställande av människans död, en lag, som dessutom redan inledningsvis förses med ett antal undantagsregler. Social-

styrelsens kungörelse MF 1973:29, ändrad 1982, reglerar redan förfarandet i de fall en person, som vårdas i respirator, får total hjärninfarkt.

Majoriteten av alla dödsfall konstateras genom att hjärtat stannar och andningen upphör. I ett mycket litet antal fall vårdas patienten i respirator, och man kan på olika artificiella sätt hålla igång andning och hjärtverksamhet en kort tid. I dessa fall gäller socialstyrelsens cirkulär, och förbundet har ingen anledning att ifrågasätta författningen som sådan. Den ger klart besked. När personen har total hjärninfarkt skall alla medicinska insatser upphöra. Som en följd av detta upphör andningen och hjärtat stannar.

4 Lagens utformning

De remissinstanser som har haft synpunkter på lagens utformning har framhållit följande.

Hovrätten för Västra Sverige framhåller att den av utredningen valda lösningen – till skillnad från vad lagförslagets rubrik kan ge intryck av – inte ger någon uttömmande beskrivning av hur dödens inträde skall fastställas. I 3 § 2 och 3 st anges ju endast olika sätt på vilka dödens inträde kan fastställas, allt under iakttagande av vetenskap och beprövad erfarenhet enligt 1 st. En sådan uppläggnings metod torde emellertid vara ofrånkomlig, och hovrätten finner utredningens metod att överlämna den närmare bestämningen av dödsriterierna till den medicinska sakkunskapen vara godtagbar. I detta sammanhang förtjänar dock framhållas vikten av det uttalande i socialstyrelsens gällande anvisningar till transplantationslagen (MF 1975:122) som lyder: "Innan ingrepp görs på avliden skall dödens inträde konstaterats av annan läkare än den som utför ingreppet på den avlidne eller på den person till vilken materialet avses att transplanteras".

Enligt utredningen skulle, om förslaget genomförs, någon förändring gentemot dagens situation inte uppkomma från rättslig synpunkt i fråga om *dödstillståndet* i alla de fall då de *indirekta kriterierna* på död, dvs. varaktigt hjärt- och andningsstillstånd, kommer till användning. Eftersom en människas död föreslås bli bestämd till när hjärnans samtliga funktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort, normalt ca 15-20 minuter efter det att hjärt- och andningsverksamhet upphört, innebär utredningens ståndpunkt ett påstående att man redan i nuläget rättsligen bestämmer dödens inträde till denna tidpunkt. Hovrätten ifrågasätter om denna uppfattning är helt korrekt.

Hur den exakta tidpunkten för dödens inträde i nu diskuterade fall bestäms enligt gällande rätt är enligt hovrättens mening inte helt klart. Den såvitt bekant enda svenska dom som behandlar frågor rörande dödsriterierna, nämligen regeringsrättens dom den 16 november 1981, utsäger inte annat än att i Sverige dödens inträde anses ha inträtt då hjärtat varaktigt upphört att slå och andningen inte längre fungerar. Men hovrätten vill understryka att varaktighetskravet kan uppfattas som uppfyllt redan ögonblicket efter det sista hjärtslaget eller andetaget, om återupplivningsförsök visar sig vara resultatlösa. På detta sätt torde dödstidpunkten alltså uppfattas av en stor del av befolkningen. Synsättet överensstämmer också

med en ofta citerad definition av dödstillpunkten, som framlades av en arbetsgrupp inom medicinalstyrelsen år 1967 och som lyder: "Livets slutpunkt – döden – har av hävd knutits till hjärtverksamhetens och därmed cirkulationens varaktiga upphörande. Den tidpunkt, som anges för dödens inträde, hänför sig traditionellt till det klockslag, då man för sista gången observerat, att hjärtat "slagit" (exempelvis genom yttre, eller undantagsvis direkta, iakttagelser av hjärtverksamheten, pulsens upphörande eller registrering av elektrokardiogram – alltefter de till buds stående möjligheterna), eller, där det sista hjärtslagen ej med säkerhet observerats, den kort därefter följande tidpunkt, då den döende dragit sitt sista andetag". (Medicinalstyrelsen Redovisar, nr 4 1967, s 25).

Då den exakta dödstillpunkten i vissa fall är helt avgörande från rättslig synpunkt är det angeläget att den föreslagna lagstiftningen ger klart besked om hur denna tidpunkt skall bestämmas. Hovrätten har ingen erinran mot utredningens förslag såsom det beskrivits ovan men har med det sagda velat peka på att utredningens uttalande att ingen förskjutning gentemot rådande rättsliga läge är avsedd i dessa fall kan vara missvisande. Det är angeläget med ett klarläggande på denna punkt i motiven till en ny lagstiftning av innebörd att den grundläggande regeln enligt 2 § alltid skall gälla, således även när dödens inträde fastställs på grundval av andnings- och cirkulationsstillestånd.

Lagförslaget innebär i de fall då döden konstateras genom *direkt hjärnrelaterade dödsriterier* att dödsögonblicket inte längre kommer att bero av den ansvarige läkarens beslut beträffande tidpunkten för respiratorns avstängning utan bestämmas enligt rent medicinska kriterier. Detta är självfallet en mycket tillfredsställande konsekvens. Det har i den offentliga debatten inväntats att dödstillpunkten ändå skulle vara manipulerbar, eftersom tillfälligheter kan påverka hur snart upphörandet av hjärnverksamheten upptäcks och fastställs. Hovrätten anser inte denna invändning vara av särskild tyngd; såsom utredningen anför rör det sig i dessa fall om patienter under intensivvård med ständig övervakning där det, i vart fall teoretiskt, är möjligt att med relativt stor noggrannhet konstatera tidpunkten för såväl hjärt- och andningsverksamhetens upphörande som hjärnfunktionernas bortfall.

Justitiekanslern (JK) anför. Från de synpunkter JK har att beakta kan jag i allt väsentligt ansluta mig till de överväganden som utredningen redovisat i betänkandet såsom underlag för den föreslagna lagen om fastställande av människors död. I lagtekniskt hänseende har jag dock vissa invändningar.

Syftet med den föreslagna lagen är inte i första hand att ge regler för fastställande av dödens inträde utan har i stället en materiell innebörd. Lagens huvudregel bör alltså ta sikte på att beskriva när döden i rättsligt hänseende skall anses ha inträtt.

I överensstämmelse med det anförda bör lagen förslagsvis benämnas lag med bestämmelser om dödens inträde och 1 och 2 §§ i lagförslaget slås ihop. Lagens inledande stadgande skulle då kunna få följande lydelse. "Vid tillämpning av bestämmelse i lag eller annan författning som tillägger en människas död rättslig betydelse skall döden anses ha inträtt när hjärnans samtliga funktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort".

Första stycket i den följande paragrafen som alltså motsvarade lagförslaget 3 §, bör enligt min mening formuleras på följande sätt. "Dödens inträde fastställs av läkare i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet".

Föreligger sådana situationer som beskrivs i 3 § andra och tredje styckena i förslaget har läkaren rätt att fastställa att döden inträtt. Den rättsliga regleringen bör därför utformas så att denna rätt för läkaren klart framgår. JK föreslår därför att andra stycket inleds med orden "Läkare får fastställa att döden inträtt om andnings- och cirkulationsstillstånd etc". Även tredje stycket bör utformas enligt samma mönster. Beträffande nämnda stycke vill jag också tillägga att eftersom det inte torde vara möjligt att fastställa dödens inträde på sätt angivits i andra stycket om medicinska åtgärder i andnings- och cirkulationsstödande syfte pågår, behöver detta inte uttryckligen framgå av lagtexten. Texten bör istället utformas enligt följande. "Pågår åtgärder i andnings- och cirkulationsstödande syfte, får dödens inträde etc". Det torde inte vara möjligt att i sådant fall som regleras i detta stycke fastställa dödens inträde om inte läkaren har specialistkompetens i neurokirurgi, klinisk neurofysiologi eller eventuellt annan neurologisk specialitet. Kravet på att fastställande på grundval av neurologiska kriterier endast får göras av läkare med sådan specialistkompetens är av så väsentlig betydelse att det bör framgå direkt av lagtexten.

Bestämmelser om fastställande av dödens inträde är av den natur att någon delegation till regering och socialstyrelse att utfärda föreskrifter för tillämpningen av lagen ej är möjlig i vidare mån än som framgår av 8 kap 13 § regeringsformen, varför 4 § i lagförslaget bör utgå.

Socialstyrelsen anser att det är viktigt att 100%-iga garantier finns för att misstag aldrig kan göras vad gäller fastställande av en människas död. Först då har "hjärndödsbegreppet" också möjligheter att definitivt slå igenom i det allmänna rättsmedvetandet. Detta förutsätter emellertid att socialstyrelsen som högsta medicinska myndighet får möjlighet att meddela föreskrifter om var och hur läkare får fastställa dödens inträde på grundval av direkta kriterier för när samtliga hjärnfunktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort. Sådana föreskrifter är uppenbarligen till för skyddet för liv och faller således in under 8 kap 7 § regeringsformen. En direkt i lag angiven regel om regeringens och socialstyrelsens behörighet att utfärda tillämpningsföreskrifter till lagen behöver då finnas.

Det bör också ankomma på socialstyrelsen att utfärda eventuella föreskrifter om när hjärt- och cirkulationsverksamhet får hållas i gång i en död människa. Vad som därvid är etiskt acceptabelt är knappast en fråga som kan göras till föremål för heltäckande lagstiftning.

Svenska kyrkans centralstyrelse noterar som något positivt att utredningen eftersträvar en helhetssyn på döden. För att också i lagtexten tillvarata helhetssynen på döden föreslår Centralstyrelsen att den grundläggande dödsdefinitionen införs där i stället för den preciserade. 2 § skulle då få följande lydelse: "En människa är död då hon totalt och oåterkalleligt har förlorat all förmåga att förena och samordna kroppens funktioner – fysiska och psykiska – till en fungerade enhet". Den nödvändiga preciseringen av definitionen ges i 3 § som handlar om dödsriterierna. Pga. vad

Centralstyrelsen ovan anført föreslår Centralstyrelsen att det tredje stycket 3 § formuleras analogt med det andra: "...kan dödens inträde i stället fastställas genom konstaterandet av att samtliga hjärnfunktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort".

Årkebiskopen har inkommit med liknande synpunkter.

Sveriges advokatsamfund konstaterar att såvitt samfundet har sig bekant finns det inte för närvarande, och har inte tidigare funnits, en svensk författning som endast innehåller en definition, och en definition som är avsedd att tillämpas i alla sammanhang där den kan bli aktuell, utan att dessa närmare anges.

En sådan lagstiftningsteknik medför vissa risker. Legaldefinitioner är hittills skrivna med bäring på vissa särskilda rättsförhållanden, t.ex. en definition av "fast egendom" i jordabalken, av "fastighet" i kommunal-skattelagen och av "fondpapper" i lagen (1979:750) om rätt att förfoga över annan tillhöriga fondpapper. Här har författaren skrivit definitionen med vissa särskilda, kända förhållanden för ögonen. Även om sådana legaldefinitioner används i sammanhang där den lag i vilken de ingår inte är direkt tillämplig, tillämpas eller tolkas definitionerna med hänsyn tagen till det sammanhang som avses i lagen.

En "allmängiltig" definition kan komma att användas i sammanhang som definitionsförfattaren inte tänkt på. Samfundet har emellertid ingen erinran mot den föreslagna lagstiftningstekniken i detta fall, men förordar att tillämpningen följs uppmärksamt och att vunna erfarenheter samlas för att möjliggöra nödvändiga regleringar. En sådan samling av erfarenheter kan vara av värde också för det fall samma lagstiftningsteknik skulle föreslås i något annat sammanhang.

Enligt samfundets mening är det väsentliga i lagen bestämmelsen om när dödén har inträtt. Själva fastställandet av dödén är inte det väsentliga och därför är rubriken inte den mest lämpliga.

Samfundet vill ifrågasätta om texten i 1 § "skall gälla vad som sägs nedan om fastställande av..." riktigt återger avsikten. Det väsentliga är inte vad som sägs om fastställandet. Det väsentliga som skall gälla är när dödén har inträtt. Åtgärden att fastställa är inte av avgörande betydelse från rättslig synpunkt.

Samfundet anser inte att regeringen eller någon myndighet skall få meddela närmare föreskrifter för tillämpningen av hela lagen. Vad som möjligtvis kan överlåtas åt regeringen eller myndighet är föreskrifter för tillämpningen av 3 §. Däremot är vad som sägs i 1 §, 2 § och 5 § inte lämpat för föreskrifter från lägre organ än riksdagen.

Svenska läkaresällskapet konstaterar att enligt lagförslagets 3:3 paragraf skall läkare fastställa att dödén inträtt. Denna formulering kan innebära vissa praktiska svårigheter t.ex. inom långvårdsmedicinen. Enligt hitillsvarande praxis har konstaterande av förväntade dödsfall kunnat delegeras till sjuksköterskor. Men frågan är hur denna praxis skall kunna anpassas till den nya lagen. Om förslaget fastställs, kan praxis dessutom komma att förändras vid de "mycket uppenbara" dödsfall där kroppen nu ofta transporteras direkt till rättsmedicinsk institution.

Då det gäller dödförklaring enligt de direkt hjärnrelaterade kriterierna

vill Sällskapet framföra krav på att sådan endast skall kunna göras av läkare med tillräckligt hög kompetens, dvs icke endast legitimation. Önskemålet bör vara att dödförklaring sker av de vårdansvariga läkarna i samarbete och efter undersökning utförd av dessa eller annan läkare med tillfredsställande kunskaper i neurologisk diagnostik.

Svenska ekumeniska nämnden m.fl. tillstyrker att den preciserade dödsdefinitionen används i lagtexten (2 §). Däremot är vi tveksamma till användningen av begreppen "direkta" och "indirekta" döds-kriterier. Det är fullt tillräckligt att ange vilka olika typer av döds-kriterier som kan bli aktuella och därutöver hänvisa till att fastställandet av dödens inträde görs av läkare i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

I och för sig skulle det kunna ifrågasättas om det är nödvändigt att över huvud taget nämna kriterierna i lagtexten. För undvikande av missförstånd vill vi dock tillstyrka att så sker. Det innebär en konkretisering av den nya dödsdefinitionen och ett klargörande av att döden även med denna nya definition i huvuddelen av alla fall kommer att fastställas på grundval av hjärtrelaterade kriterier.

För att undvika begreppet "direkta döds-kriterier" föreslår vi att det tredje stycket 3 § formuleras analogt med det andra:

"...kan dödens inträde i stället fastställas genom konstaterandet av att samtliga hjärnfunktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort".

5 Fortsatta medicinska åtgärder efter dödens inträde

Utredningen har tagit upp några olika situationer – förutom vid transplan-tationsingrepp – där fortsatta respiratorinsatser kan vara aktuella någon tid efter döden. Det gäller hänsynen till ett icke framfött barn, hänsynstagan-de till den avlidnes anhöriga och hänsynen till medicinsk forskning, undervisning m. m.

Kammarrätten i Stockholm finner att viss tvekan kan råda från etisk och i övrigt principiell synpunkt om lämpligheten av att åtgärderna får fortsätta i dessa fall. Betänkligheterna blir starkare ju längre tid som åtgärderna skall få pågå. Redan nu kan den konstgjorda andningen och blodcirkula-tionen vidmakthållas under en avsevärd tidrymd. Det förefaller inte osan-nolikt att möjligheterna härtill kommer att ytterligare öka. Utredningen synes ha tänkt sig att det väsentligen skall röra sig om korta tidrymder, i allmänhet ett par eller några timmar. Kammarrätten förordar att tidsmo-mentet ägnas särskild uppmärksamhet i arbetet på de anvisningar som kommer att meddelas av socialstyrelsen.

Kammarrätten i Jönköping anför. Att fortsatta medicinska åtgärder får vidtas av hänsyn till ett icke framfött barn anser kammarrätten i likhet med utredningen självfallet vara etiskt riktigt varför detta tillstyrks. Däremot bör hänsynen till anhöriga inte utgöra undantag från den principiella hu-vudregeln att de medicinska åtgärderna inte skall fortsätta för avlidna. Att i praktiken överlåta åt den enskilde läkaren att ta sådan hänsyn torde ställa

sjukvårdspersonalen inför många av de problem som man nu vill komma ifrån med den nya lagstiftningen. Det kan också, berättigt eller ej, spridas en uppfattning att de anhöriga själva kan påverka behandlingens avbrytande. Kammarrätten avstyrker därför förslaget i denna del.

När det slutligen gäller hänsynen till medicinsk forskning, undervisning m. m. har kammarrätten inget principiellt att invända mot att dessa syften i vissa fall kan beaktas. I likhet med utredningen avstår kammarrätten från att lämna några ingående synpunkter men vill framhålla den stora betydelse frågan om samtycke har. Denna fråga har, vad gäller det lagreglerade området, utvecklats ovan och bör alltså enligt kammarrättens mening lösas gemensamt med frågan om samtycke vid transplantation. I fråga om det icke lagreglerade området instämmer kammarrätten i den mening som utredningen framför, nämligen att en central förutsättning måste anses vara att det föreligger ett under livstiden avgivet positivt samtycke från den avlidne.

Medicinska forskningsnämnden vid Uppsala universitet ser det som en stor fördel att utredningen inte ställer krav på omedelbart avbrytande av behandlingen sedan total hjärninfarkt konstaterats. Riskerna för att allmänhetens förtroende till hälso- och sjukvården skulle störas minskar betydligt med denna inställning. Det är emellertid nödvändigt att det i lagtexter och föreskrifter konsekvent framgår att hänsynen till den dödes integritet och till anhöriga är det viktigaste. Således ska med undantag av utredningens tre skäl ingen som helst verksamhet få bedrivas på den avlidna kroppen.

Landstingsförbundet anser för sin del att den logiska konsekvensen av att en människa förklarats död egentligen alltid bör vara att alla medicinska åtgärder omedelbart avbryts. Förbundsstyrelsen godtar dock de av utredningen föreslagna undantagen. Enligt styrelsens mening bör det vara en uppgift för socialstyrelsen att utfärda de bestämmelser som behövs.

Uppsala läns landsting. Mot det första undantaget, att rädda livet på ett ännu inte framfött barn till en gravid kvinna som avlidit i total hjärninfarkt, har landstinget inget att invända. Däremot har landstinget en avvikande mening när det gäller att beakta anhörigas önskemål om att respiratorbehandling inte omedelbart skall avbrytas och anser att detta undantag inte skall förekomma eftersom då uppkommer samma situation som idag råder, nämligen osäkerhet om när döden inträder.

Kalmar läns landsting delar utredningens syn när det gäller de föreslagna undantagen. Vad gäller hänsynen till anhöriga vill landstinget betona att önskemål från anhöriga om att respiratorinsatser m. m. får fortsätta någon tid efter dödförklaring av bl. a. psykologiska, religiösa och moraliska skäl i möjligaste mån verkligen respekteras.

Örebro läns landsting accepterar förslaget om att en "hjärndöd" blivande moder kan vara respiratorkopplad intill dess att ett barn fötts. Landstinget stödjer också utredningens förslag att fortsatt respiratorbehandling ska respekteras om anhöriga önskar det.

Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund (SHSTF) accepterar undantag för transplantationer. Undantagen för de anhörigas skull respektive för obduktion, forskning och undervisning kan däremot inte

accepteras. När det gäller gravid kvinna i graviditetsveckorna 24-27 skall huvudregeln gälla. För att rädda livet på ett ej framfött men livsdugligt barn, kan kejsarsnitt göras omedelbart före dödförklaringen av modern.

Sveriges socialdemokratiska kvinnoförbund menar att när det gäller en gravid kvinna, som avlider, är det det ofödda barnet som representerar livet och dess rätt till liv som måste komma i första hand. Livsuppehållande åtgärder kan alltså bli aktuella när det finns möjligheter att rädda fostret. Förbundet menar att denna situation bara kan uppstå under mycket korta tidsperioder och i samband med relativt fullgångna foster. I sådana situationer får den allt mer utvecklade fosterdiagnostiken stort värde.

Ett annat skäl till fortsatt teknologisk behandling, som utredningen tar upp, är hänsynen till de anhörigas önskemål. I det fallet menar vi att medkänslan med anhöriga bör tala för att man under en kortare tid kan fortsätta respiratorbehandling.

Ärkebiskopen konstaterar att ställningstagande för att organ i transplantationssyfte kan uttagas under pågående blodcirkulation innebär ett avsteg från huvudregeln om att medicinsk behandling skall upphöra efter dödens inträde. Här sker behandling i syfte att rädda en annan människas liv. Samma undantag från huvudregeln görs i det fall, då hänsynen till ett inte framfött barn och i vissa fall till de anhöriga motiverar fortsatt insats av respiratorbehandling och andra medicinska åtgärder.

Utredningens förslag, att även hjärnrelaterade döds-kriterier införs, förbättrar förutsättningarna för transplantationsverksamheten. Det öppnar vägen för transplantation av organ som hjärta, lungor och bukspottkörtel. I vilken mån sådana operationer skall företagas är en ekonomisk fråga. Det är likväl positivt, att inga medicinska eller etiska hinder föreligger.

6 Transplantationsfrågor

Samtliga remissinstanser som tagit upp frågor kring transplantationer är positiva till transplantationer som sådana. Några anser, liksom utredningen att man i resonemangen ska hålla i sär frågan om dödsbegrepp/döds-kriterier och frågor kring transplantationer. Andra menar tvärtom att det är transplantationskirurgins behov som drivit fram förslaget om hur döden skall fastställas.

Remissinstanserna har ägnat stort utrymme åt frågan om samtyckesförfarandet vid transplantation. Några remissinstanser har uttalat att de *instämmer* i utredningens förslag (Värmlands läns landsting, Västmanlands läns landsting, Nordiska expertkommittén för transplantationsfrågor, riksförbundet för njursjuka, Svenska diabetesförbundet).

Flera anser att frågor kring transplantationsverksamheten bör bli föremål för översyn i synnerhet som detta ej låg i dödsbegreppsutredningens uppdrag (statens handikappråd, Svenska kyrkans centralstyrelse, landstingsförbundet, Uppsala läns landsting, Hallands läns landsting, Jämtlands läns landsting, SHSTF, pensionärernas riksorganisation, Centerns kvinnoförbund, Svenska ekumeniska nämnden).

En rad remissinstanser anser att samtyckesreglerna vid donation bör ändras så att organ endast får tas om den avlidne under sin livstid givit sitt samtycke till detta – *aktivt samtycke*. Även om dessa remissinstanser är medvetna om svårigheterna med en sådan ändring vill de att ambitionen ska vara att sikta mot "aktiv donation" (kammarrätten i Jönköping, statens handikappråd, Svenska kyrkans centralstyrelse, Östergötlands läns, Kalmar läns, Malmöhus läns och Skaraborgs läns landsting, pensionärernas riksorganisation, socialdemokratiska kvinnoförbundet, centrens kvinnoförbund, riksföreningen för rätten till vår död, riksförbundet för hjärt- och lungsjuka, svenska ekumeniska nämnden, ärkebiskopen).

Några remissinstanser har uttryckt att *utredningens förslag* till ändringar i transplantationslagen bör *stramas upp* ytterligare (Stockholms läns, Jönköpings läns, Uppsala läns och Älvsborgs läns landsting, Malmö kommun, Svenska läkaresällskapet).

Svea hovrätt konstaterar att förslaget till ändringar i transplantationslagen har gjorts som en konsekvens av huvudförslaget. Enligt hovrättens mening kan emellertid ändringsförslagen bedömas för sig och också få relevans inte bara för att man ej inför en dödsbegrepps lag utan just därför att man inte gör det.

Ändringarna är av två slag, vilka båda "stärker" respekten för den dödes yttersta vilja och för hans integritet. Ändringen i 7 § 2 st har en så allmän karaktär att den bör genomföras oavsett hur det går med huvudförslaget.

Det föreslagna tredje stycket kan enligt hovrättens mening få stor betydelse som "dämpare" av den oro och misstro som ovan antydde. En dylik markering av att sjukvården skall ha givit upp möjligheterna att genom fortsatta åtgärder "återkalla" patienter till livet, innan ingrepp får ske, kan få stor betydelse för allmänhetens inställning både till det "nya" dödsbegreppet och till transplantationslagens villkor.

Hovrätten i Västra Sverige vill invända mot det föreslagna nya tredje stycket i 7 §. Bestämmelsen är komplicerad och svårtillgänglig för en oinitierad, vilket motverkar dess syfte. Dessutom kan man även tänka sig många andra typer av särönskemål i transplantationsfrågor, t. ex. att tillåta transplantation av lever men inte av hjärta. Sådana villkor torde vara giltiga utan särskilt stöd i lag. Sålunda uttalas i propositionen till transplantationslagen (prop 1975:50) i specialmotiveringen till 7 § följande: "innehåller själva medgivandet någon inskränkning i rätten att företa ingrepp måste denna dock givetvis beaktas".

Hovrätten föreslår att det föreslagna tredje stycket till 7 § utgår och ersätts med en allmän upplysning om möjligheten att villkora medgivandet, t. ex. enligt följande: Ett medgivande till ingrepp enligt denna lag kan förenas med villkor.

Kammarrätten i Stockholm är ense med utredningen om att all hänsyn bör tillmätas den enskildes uppfattning om hur han önskar att det skall förfaras med hans kropp efter döden. Den föreslagna bestämmelsen synes emellertid ägnad att verka i motsatt riktning, eftersom där särskilt framhålls betydelsen av den skriftliga formen. Jfr även motiven där det betonas (s 297) att den skriftliga formen ger en "garanti" för att uppfattningen skall

respekteras samt att, om det finns ett skriftligt förbud, detta blir bindande för sjukvårdspersonalen och de anhöriga. Vidare anges i specialmotive-ningen till den aktuella paragrafen, att ett skriftligt förbud mot ingrepp i transplantationssyfte under alla omständigheter är bindande för såväl sjukvården som de anhöriga och att ett skriftligt förbud "sålunda" inte kan åsidosättas av ett medgivande från de anhöriga. Ett sådant medgivande bör emellertid inte göra det möjligt att åsidosätta ett icke-skriftligt förbud eller ens tillmätas betydelse om ett ingrepp över huvud taget kan antas stå i strid mot den avlidnes uppfattning.

Med nuvarande formulering av 7 § andra stycket finns redan möjlighet för den enskilde att skriftligen dokumentera sin inställning. Det saknas anledning att i vidare mån i lagtexten särskilt framhålla det starkare bevisvärde som en skriftlig utsaga i och för sig har vid fastställande av en persons verkliga vilja. Kammarrätten avstyrker därför förslaget i denna del.

Utredningen föreslår vidare att ett tredje stycke skall läggas till 7 §. Häri utsågs, att ett transplantationsingrepp inte får påbörjas innan medicinska åtgärder som har vidtagits i andnings- och cirkulationsstödande syfte har avbrutits, om åtgärden kan antas stå i strid mot den avlidnes eller någon nära anhörigs vilja. Som utredningen själv påpekar följer det sagda redan av huvudregeln. Kammarrätten har dock inte någon invändning mot att ett förtydligande sker. Lagtexten synes emellertid ha getts en något snävare utformning än vad utredningen har angett i motiven. Där anförs nämligen att det kan tänkas att det finns personer, som inte motsätter sig ett transplantationsingrepp som sådant men som har invändningar mot att de medicinska åtgärderna fortsätter efter dödförklaringen, och att deras inställning måste respekteras.

Kammarrätten anser att den enskilde bör ha rätt att under livstiden ge till känna att han önskar att andnings- och cirkulationsstödande åtgärder på honom inte får fortsättas sedan total hjärnfarkt har inträtt, och att en sådan viljeyttring skall följas. I och med att det samlade problemkomplexet ges en fylligare reglering, är det önskvärt att det också införs en särskild föreskrift av den innebörd som har sagts nu. En sådan reglering hör emellertid inte hemma i transplantationslagen utan bör snarare ingå i en fristående reglering rörande ansvaret för handhavande av avlidnas kroppar. Även från andra synpunkter framstår det som angeläget att lagregler kommer till stånd på detta område. Som utredningen framhåller är sålunda rättsläget otillfredsställande när det gäller vårdpersonalens ansvar i aktuellt hänseende enligt tillsynslagen likaväl som hälso- och sjukvårdens uppgifter och ansvar när det gäller kroppen efter den som har avlidit. I det hänseende som har sagts först har i motiven hänvisats till kammarrättens avgörande den 14 juni 1982, mål nr 1909- 1982, som innebar att en sjuksköterskas förehavanden med avseende på en avliden inte innefattade vård eller behandling och att därför tillsynslagen inte var tillämplig. Utredningen har också åberopat två andra mål i kammarrätten vilka inte var avgjorda när betänkandet färdigställdes. Kammarrätten har den 10 maj 1985 meddelat beslut i båda målen (bil 1 och 2). Även här fann rätten att tillsynslagen inte var tillämplig på handhavandet av döda kroppar. Målen har överkla-

gats till regeringsrätten, där ställning ännu inte tagits till frågan om provningstillstånd skall meddelas. Vidare har frågan om rätten till tandguld efter avlidna personer nyligen varit föremål för domstolsprövning, som synes ha särskilt uppmärksammats med anledning av avsaknaden av rättsregler på området.

Kammarrätten i Jönköping anser i likhet med utredningen att det får anses riktigt att i de fall då ett transplantationsingrepp är aktuellt fortsätta respiratorbehandlingen och andra medicinska insatser under en kortare tid efter det att döden har konstaterats. Vad gäller frågan om samtycke är nuvarande huvudregel i 7 § första stycket transplantationslagen utformad så att skriftligt samtycke är ett krav. Betydelsen av denna huvudregel synes dock enligt kammarrättens mening vara mycket liten med hänsyn till bestämmelserna i andra stycket av innebörd att om medgivande saknas transplantation kan äga rum om icke den avlidne eller nära anhörig uttalat sig emot det eller ingreppet eljest kan antagas stå i strid med den avlidnes eller nära anhörigs uppfattning. Fråga uppkommer härvid om vilka efterforskningar i detta avseende som sjukvårdspersonalen är skyldig att göra. Har den avlidne inte skriftligen medgivit transplantation synes efterforskningarna avgörande för om transplantation kan ske. Ger dessa inget resultat, på grund av tidsbrist eller av annan anledning, synes, såvitt kammarrätten kan bedöma, transplantation alltid kunna ske. Detta förhållande torde inte ändras genom de tillägg till 7 § som utredningen föreslår. För att undvika att undantagsreglerna (som kan tillämpas när uttryckligt medgivande saknas) i den praktiska tillämpningen blir huvudregel bör bestämmelserna om samtycke och hur ett sådant skall utformas bli föremål för ytterligare överväganden. Kammarrätten anser inte att man redan nu bör gå så långt att uttryckligt samtycke blir ett absolut villkor för att transplantation skall få äga rum men forskandet efter den avlidnes vilja måste tillmätas mycket stor betydelse. Det bör också beaktas huruvida det finns tekniska möjligheter att på ett lämpligt sätt registrera samtycken.

Vad kammarrätten uttalat angående samtycke vid transplantation avser även obduktion enligt obduktionslagen i fall där dödsorsaken är känd. Reglerna om samtycke bör i båda fallen utformas så enhetligt som möjligt.

Beträffande kravet på dokumentation föreslår utredningen att döden bekräftas genom en undersökning som objektivt, genom en bild som låter sig bevaras, dokumenterar att den intrakraniella blodcirkulationen varaktigt har upphört. Utredningen begränsar detta dokumentationskrav till enbart sådana fall då ett transplantationsingrepp påbörjas innan blodcirkulationen och den på konstgjord väg upprätthållna andningen har upphört. Kammarrätten anser för sin del att kravet borde kunna ställas även i övriga fall när pågående medicinska insatser avslutas sedan dödförklaring med tillämpning av hjärnrelaterade dödsriterier skett. Enligt utredningens uppgifter kan direkt hjärnrelaterade dödsriterier endast bli aktuella i några hundratals fall per år varför kammarrätten inte kan finna att ett sådant krav skulle bli alltför resurskrävande.

Utredningen har övervägt att föreslå att en bestämmelse om dokumentation skall införas i transplantationslagen men avstått från detta. Som skäl anförs bl. a. att det rör sig om en medicinsk fråga och att det inte är

acceptabelt om lagstiftningen skulle föreskriva att enbart en viss undersökningsmetod får tillämpas. I stället bör överlåtas åt socialstyrelsen att ge närmare föreskrifter och det föreslås ett allmänt bemyndigande i lagen för regeringen eller, efter regeringens uppdrag, socialstyrelsen att utfärda tillämpningsföreskrifter. Kammarrätten vill häremot anföra att den för sin del inte kan se något hinder mot att det i transplantationslagen införs en bestämmelse om att dokumentation skall ske. De svårigheter som utredningen påtalar kan undvikas genom att kravet på dokumentation i lagtexten ges en allmän utformning och att det därefter kan preciseras genom tillämpningsföreskrifter.

Justitiekanslern konstaterar att förslaget till ändring i transplantationslagen och utredningens avslutande överväganden inte föranleder några uttalanden från JK:s sida. Dock ifrågasätts om inte den av utredningen i avsnitt 17.3.4 Krav på dokumentation m.m. föreslagna särregleringen i diagnostiskt hänseende är av den betydelsen att den bör lagfästas.

Riksåklagaren menar att mot bakgrund av vad som framkommit om allmänhetens inställning i de ömtåliga frågorna kring donationsförfarande och samtyckesregler och de etiska värderingar som kan te sig naturliga i sammanhanget synes utredningens förslag välbetänkt. Författningstexten har dock givits en svårtillgänglig utformning. Enligt RÅ:s mening bör undersökningsplikten betonas tydligare i lagtexten.

Socialstyrelsen pekar på det, enligt socialstyrelsen, något onödiga tillägget i 7 § andra stycket transplantationslagen. Det skriftliga förbudet behöver inte nämnas särskilt eftersom varje sådant uttryck från den avlidnes sida skall beaktas. Formuleringen kan ge intryck av att det skulle vara mindre viktigt att efterforska om den avlidne uttalat sig muntligt i frågan.

Statens handikappråd (SHR) anser att utredningens betänkande inte kan ligga till grund för ett ställningstagande i själva sakfrågan. SHR menar också att kopplingen mellan val av dödsriterier och möjligheten till organtransplantationer är oundviklig. Utredningen avvisar detta och berör därför endast i förbigående de problem som är förknippade med detta. Dessutom finner SHR att vissa frågor som berör människosyn och människovärde – och som i högsta grad är relevanta för människor med funktionsnedsättningar – inte fått tillfredsställande belysning i utredningen.

SHR väljer därför att inte ta ställning i sakfrågan. I stället önskar rådet en utredning om transplantationskirurgin och de etiska problem som är förknippade med den, särskilt när det gäller organdonation. Först när dessa frågor blivit belysta finns det förutsättningar för att välja vilken definition av begreppet död som bör gälla.

SHR har en positiv inställning till organtransplantationer. För många handikappgrupper är dessa en förutsättning för liv och livskvalitet. Men transplantationerna ställer oss också enligt SHR inför etiska och psykologiska problem.

Det rådet främst vill peka på gäller organgivarens verkliga medgivande. Hur kan vi vara säkra på att det är i enlighet med personens vilja som njurar, hjärta eller andra organ opereras bort för att sedan återinföras i en annan människas kropp och sedan fungera där? Och hur kan vi få garantier för att vi inte mot vår önskan blir organgivare?

Rådet menar, precis som utredningen om dödsbegreppet, att den enskildes integritet inte får trädas för när.

Det förslag till ändring av transplantationslagen, som utredningen om dödsbegreppet presenterar, är enligt SHRs uppfattning inte tillfyllest för att trygga den enskildes integritet och verkliga vilja. Rådet menar att förslaget till ny lydelse av transplantationslagens 7 § inte på något avgörande sätt skiljer sig från paragrafens nuvarande text. I båda fallen utgår man ifrån ett "passivt" donationsförfarande. Om den avlidne *inte* under sin livstid..., får organ tas. Rådet däremot pläderar för ett "aktivt" donationsförfarande, grundat på den enskildes önskan. Det innebär att organ för transplantationsändamål får bortopereras *om* – och endast *om* – personen ifråga givit sitt samtycke till känna. Först då skapas fullständiga garantier för att den enskildes integritet inte trädas för när.

Ett "aktivt" donationsförfarande skulle också avlasta de anhöriga från deras ansvarsbörda. Om personens uppfattning inte är känd, så ska heller inga ingrepp i transplantationssyfte kunna få göras.

Införandet av ett nytt sätt att definiera död måste, enligt rådets mening, föregås av en utredning av transplantationernas etiska och juridiska aspekter. En uppgift är då att se över transplantationslagen. Ur handikappsynpunkt är det viktigt att garantier för verklig frihet skapas, och rådet ifrågasätter även det försvarbara i att möjlighet finns att ta biologiskt material från bl. a. psykiskt sjuka och psykiskt utvecklingsstörda personer utan deras medgivande, låt vara att det sker i undantagsfall och är omgärdat med regler. Rådet anser också att en sådan utredning bör diskutera transplantationskirurgins gränser. Hur långt bör transplantationstekniken utvecklas? Bör det t. ex. vara tillåtet att överföra äggstockar från en kvinna med total hjärninfarkt till en annan kvinna som inte kan få barn? Är det etiskt invändningsfritt att transplantera vävnader från sent aborterade foster, t. ex. nervceller till patienter med Parkinsons sjukdom? Vilka konsekvenser för vår människosyn kan detta leda till?

SHR anser att en sådan utredning är en förutsättning för ett ställningstagande till vilka kriterier på död vi bör tillämpa i vårt land.

En sådan utredning bör också få i uppdrag att klargöra hälso- och sjukvårdens ansvar för avlidna patienter. Rådet delar utredningens uppfattning att en kompletterande lagstiftning är nödvändig, och detta oavsett vilket dödsbegrepp som tillämpas. Det lagtekniska vakuum som nu råder är otillfredsställande.

Medicinska fakultetsnämnden vid Uppsala universitet avstyrker utredningens förslag till tillägg till § 7 transplantationslagen. Utredningens förtjänstfulla arbete att klargöra att hjärnrelaterade dödsriterier inte innebär att vi övergår från ett till två dödsbegrepp är med detta lagförslag med en spolerat. De anhöriga och den informerande läkaren måste varje gång genomföra hela denna diskussion. Hänsynen till det lilla fåtal människor som är för organdonation sedan hjärtat upphört att slå är inte värd denna oklarhet som uppkommer och den ångest som kan drabba anhöriga som ställs inför krav på dubbla beslut i organdonationsfrågan.

Teologiska fakultetsstyrelsen vid Uppsala universitet finner för sin del att tillägget i § 7 enbart är ägnat att skapa ytterligare komplikationer för de

anhöriga. Det är bättre att införa generella bestämmelser om hur transplantation av organ från avlidna respiratorpatienter skall genomföras. Ställningstagande till om transplantation överhuvudtaget får ske kommer då att innefatta ett ställningstagande också till den föreskrivna proceduren för transplantationer.

Juridiska fakultetsnämnden vid Stockholms universitet tycker däremot att detta tillägg är viktigt då det för många patienter och deras anhöriga kan vara motbjudande att organ tas från en hjärndöd person medan andning och blodcirkulation fungerar.

Svenska kyrkans centralstyrelse konstaterar att dödsbegreppet har varit föremål för överväganden i vårt land i närmare två årtionden. Den snabba utvecklingen av den medicinska tekniken och transplantationskirurgins behov har aktualiserat frågan, när en människa är död. Inledningsvis är det av vikt att med utredningen understryka, att dödsbegreppet kan och bör behandlas fristående från transplantationsproblematiken. Det finns visserligen ett genetiskt samband mellan den medicinska utvecklingen och transplantationskirurgin. Men det genetiska sambandet får inte förväxlas med det kausala. Dvs det genetiska sambandet får inte leda till att man inför nya definitioner och bestämmelser för att tillfredsställa transplantationskirurgins behov.

Svenska kyrkans centralstyrelse menar att för transplantationsverksamheten är den humanistiska människosynen med dess uppfattning av människan som en fri och ansvarig individ av största vikt. Den finns implicit i nuvarande svenska transplantationslag med dess starka betonande av transplantationsgivarens samtycke till ingrepp. De regler 1975 års transplantationslag innehåller förutsätter samtycke från den avlidne under hans livstid eller från hans anhöriga. Utredningen går vidare på denna väg. Den ställer sig bakom lagen och förstärker ytterligare skyddet för den dödes vilja. Ett samtycke till eller förbud mot transplantationsingrepp kan göras villkorat. En givare eller hans anhöriga skall kunna förbjuda ingrepp i transplantationsssyfte, så länge andnings- och cirkulationsstödande åtgärder pågår och blodcirkulationen fortsätter.

Svenska kyrkan har i tidigare remissyttranden ställt sig positiv till transplantationsverksamheten, eftersom den kan bidra till att rädda människoliv. Detta är helt i överensstämmelse med den kristna offertanken. Centralstyrelsen är tacksam för att utredningen ytterligare förstärker integritetsskyddet. Eftersom transplantationsverksamheten i framtiden torde komma att ytterligare utvidgas – och det kanske i mycket hög grad – förefaller det Centralstyrelsen rimligt, att integritetsskyddet ses över. Vulgära föreställningar om den döda kroppen som ett "reservdelslager" måste aktivt motarbetas. Aktivt donationsförfarande bör därför vara målet. Centralstyrelsen föreslår att en utredning skyndsamt tillsätts med uppgift att lägga fram förslag till ett aktivt donationsförfarande, exempelvis att uppgift om donation eller icke donation införs i körkortet.

Liknande synpunkter har framförts av *ärkebiskopen*.

Landstingsförbundet anser att frågan om organdonationer är en grundläggande förtroendefråga i hälso- och sjukvården med nära koppling till vårdens allmänna strävan att rädda och bevara liv. Många människor

känner en tilltagande oro inför utvecklingen av transplantationskirurgin. Detta gäller oberoende av vilka dödsriterier som tillämpas. Respekten för patientens självbestämmande och integritet leder förbundsstyrelsen till slutsatsen att en fördjupad analys av olika frågor som hänger samman med organ donationer bör göras under den fortsatta beredningen inom regeringskansliet.

Stockholms läns landsting har i och för sig ingen invändning emot förslaget till ändringar i transplantationslagen. Men vid tillämpningen kan svåra situationer uppstå för såväl anhöriga som sjukvårdspersonal. Hälso- och sjukvårdslagen utgår ifrån patientens självbestämmande och integritet. Klarare regler bör därför skapas för samtycke till donation av transplantat.

Uppsala läns landsting påpekar att införande av ett hjärnrelaterat dödsbegrepp kommer att påverka transplantationskirurgin. Landstinget ställer sig bakom utredningens förslag till lag om ändring i transplantationslagen men förväntar sig att socialstyrelsen arbetar vidare med frågor som rör det s. k. samtyckesförfarandet samt åtgärder efter dödförklaring.

Utredningens förslag att socialstyrelsen skall utge de föreskrifter som erfordras för en objektiv dokumentation av dödsfallet i situationer då ett transplantationsingrepp påbörjas medan blodcirkulationen är bevarad skall enligt landstingets uppfattning utvidgas till att omfatta samtliga som dödförklaras med direkt hjärnrelaterat dödsriterium. Utredningens förslag att socialstyrelsen skall utarbeta allmänna råd med riktlinjer för de undersökningar och eventuella tekniska hjälpmedel som bör komma ifråga när det gäller att diagnosticera dödens inträde, både vid direkta och indirekta kriterier, instämmer landstinget helt i. Särskilt bör beaktas genom en undersökning framkommet önskemål från klinikchefer vid anestesikliniker om förtydligande av metoderna att konstatera upphävd spontanandning.

Östergötlands läns landsting menar att konsekvenserna för transplantationsverksamheten är avsevärda. Framför allt vad gäller hjärt- och lungtransplantationer kommer förändrade dödsriterier att påverka utvecklingen mycket starkt. I dag förekommer en ytterst besvärande dubbelmoral inom landet, i och med att landstingen sänder patienter utomlands för att genomgå ingrepp som inte är lagligen tillåtna här eftersom hjärtdödsriteriet fortfarande gäller. Möjligen kan även den nya medicinska tekniken – konstgjorda organ – hjälpa till att lösa detta problem.

Landstinget vill i detta sammanhang starkt förordna att det s. k. "presumerade samtycket" försvinner som grund för transplantationsverksamheten. Transplantationskirurgin bör utvecklas i den takt som kan accepteras av medborgarna. Ett bibehållet gott förtroende mellan sjukvården och medborgarna gynnas inte av bestämmelser utformade på så sätt att man kan uppfatta det som godtycke i förhållande till den avlidne och dennes anhöriga. Med anledning av detta ser landstinget det som nödvändigt att få till stånd ett samtyckesförfarande, i förväg, från medborgarnas sida. Enligt landstingets mening är det en uppgift för centrala myndigheter att lösa frågan om hur ett sådant frivilligt åtagande skall ske i mer systematiserad form.

Jönköpings läns landsting poängterar att den enskildes integritet och vilja samt anhörigas önskemål aldrig får eftersättas. Detta bör enligt lands-

tingets uppfattning tydligare markeras i en ny lagstiftning. Donatorns vilja kommer i många fall att vara okänd, varför anhöriga i en ofta pressad situation kommer att tvingas att ta ställning till om organ får tas från den avlidne. Från det att hjärndöd konstaterats till dess ett ev. ingrepp för transplantation blir aktuellt är tiden mycket knapp. Om en ny dödsdefinition införs bör rutinerna ses över, så att anhöriga kan ges en så saklig information som möjligt.

Kalmar läns landsting som i princip är positiv till transplantationsverksamhet vill dock understryka att transplantationsverksamheten inte får drivas in absurdum på bekostnad av den enskildes integritet och vilja samt anhörigas verkliga önskemål. Landstinget är tveksamt till om integritetsskyddet och de anhörigas uppfattning när det gäller transplantationsingrepp kommer att få tillräcklig styrka trots föreslagna ändringar i transplantationslagen. Även med en ändrad dödsdefinition torde den avlidnes vilja i denna fråga som regel vara okänd, varför det ankommer på anhöriga att ta ställning i en oftast psykiskt pressande situation.

Det bästa sättet att förstärka integritetsskyddet och samtidigt minska den psykiska bördan för anhöriga vid planerat transplantationsingrepp på patient med total hjärninfarkt vore att införa ett aktivt donationsförfarande. På sikt skulle detta öka förutsättningarna för en framgångsrik transplantationsverksamhet såväl kvantitativt som kvalitativt. Landstinget inser dock svårigheterna att få människor i allmänhet att uttala sig för organdonation. I ett längre perspektiv skulle väl genomförda informationskampanjer kunna ge ett positivt gensvar. Detta förutsätter också att berörda myndigheter klargjort möjligheterna att praktiskt lösa problemen med särskilt donationskort. Enligt landstingets uppfattning bör i samband med information om organdonation även upplysas om att äldre människor i allmänhet inte kan komma ifråga som organgivare.

Malmöhus läns landsting framhåller att den föreslagna ändringen i transplantationslagen synes vara en riktig följd av förändringarna av dödsbegreppet. I samband med ändringen av transplantationslagen bör emellertid övervägas att ytterligare skärpa förutsättningarna så att det fordras ett aktivt ställningstagande från donator eller dennes närstående innan transplantation får ske.

Hallands läns landsting konstaterar att samtidigt som många människor ställer sig tveksamma till införande av ett nytt i lag definierat dödsbegrepp, är de flesta eniga om att det är angeläget att skapa gynnsammare förutsättningar för transplantationskirurgin. Frågan är därför om man inte enbart av detta skäl måste acceptera ett dödsbegrepp av det slag som utredningen föreslår.

Transplantationsfrågorna bör emellertid utredas ytterligare, varvid framför allt donatorsproblematiken bör behandlas mycket ingående. Den personliga integriteten måste skyddas, framför allt i en framtid då allt fler och mer "känslomässigt belastade" organ kan bli aktuella för transplantation.

Transplantationsfrågorna och speciellt donatorsproblematiken bör utredas ingående mot bakgrund av transplantationskirurgins ökade möjligheter att transplantera organ som kan tänkas ha en annan känslomässig betydelse för efterlevande anhöriga än vad som hittills varit aktuellt.

Älvsborgs läns landsting anser att, på grund av frågans ytterst känsliga natur och för att undanröja varje möjlighet till misstanke om missbruk, den föreslagna ändringen i 7 § transplantationslagen skall skärpas vad avser punkt 2. Däri bör framgå att det krävs nära anhörigas positiva medgivande om den avlidnes egna medgivande inte föreligger. Lagtexten i § 7, 2:a stycket inkl. momenten 1 och 2 bör därför lyda "Även utan sådant medgivande får organ och annat biologiskt material tas från avlidne person om

1. den avlidne under sin livstid inte skriftligen förbjudit eller på annat sätt uttalat sig emot ingreppet samt
2. nära anhöriga medger ingreppet"

Moment 3 i denna paragrafs 2:a stycke bör utgå. Härigenom garanteras att människor inte blir föremål för ingrepp i transplantationssyfte mot sin vilja efter döden i de fall de saknar nära anhöriga och de ej gett sitt medgivande skriftligt under livstiden till sådana ingrepp.

Varje transplantation bör bygga på en vilja att hjälpa en människa i nöd – inte på en utebliven eller icke känd protest mot att lämna organ när man avlidit.

Skaraborgs läns landsting anser att utredningen inte på ett tillfredsställande sätt belyst sambandet mellan det nya dödsbegreppet och transplantationskirurgin. Utredningen föreslår att i transplantationslagen "införs en möjlighet för den avlidne och hans anhöriga att hindra att organ tas från den döda kroppen innan andnings- och cirkulationsstödjande åtgärder avbrutits". Förvaltningsutskottet anser att lagen bör skärpas så att donatorn alltid ska ha lämnat sitt medgivande för att transplantation ska få ske. Det är väsentligt att mottagaren inte ska uppleva att hon/han lever på en annan människas bekostnad utan tack vare hennes generositet.

Värmlands läns landsting konstaterar med tillfredsställelse att utredningen på samma sätt som tidigare i sitt förslag till ändring i transplantationslagen betonar patientens och de anhörigas önskemål och medgivande såsom oundgängliga för att organ för transplantationsändamål skall kunna tillvaratas.

Västmanlands läns landsting ställer sig bakom utredningens mening att den föreslagna dödsdefinitionen inte medför några ändringar av nuvarande bestämmelser i transplantationslagen. Bestämmelserna stämmer väl överens med vad som gäller i många andra länder och innebär i vissa hänseenden även ett större hänsynstagande till de anhöriga än vad som är fallet i flera av dessa länder. De står väl i samklang med Europarådets resolution om transplantationer.

Landstinget är vidare positiv till den skärpning av den enskildes integritetsskydd som utredningen föreslår.

Jämtlands läns landsting anser att respekten för patientens självbestämmande och integritet leder till slutsatsen att en fördjupad analys av olika frågor som hänger samman med organdonationer bör göras under den fortsatta beredningen av utredningens förslag.

Västerbottens läns landsting konstaterar att det finns behov inom hälso- och sjukvården av livsdugliga organ åt många patienter.

Landstinget ifrågasätter anhörigas emotionella och sakliga möjlighet att efter en dödförklaring dels ta ställning till organdonation enligt nuvarande

praxis, dels om ingreppet får igångsättas innan respiratorn stängs av eller andra medicinska åtgärder avbryts. Enligt landstingets uppfattning är det senare en saklig bedömning, som svårligen genomgående kan begäras av anhöriga. Eventuellt vore det enklare för enskilda människor att vid ett ställningstagande för eller emot organdonation veta att ett beslut *för* i förekommande fall är förenat med ingrepp, innan cirkulationsstödjande åtgärder avbryts. Det är väsentligt att nå ut med information om motivet, såväl syfte med organdonation som att organet skall vara i så gott skick som möjligt, när det överlämnas till en mottagare.

Malmö kommun konstaterar att aktivt samtycke visserligen enligt transplantationslagen § 7 redan i dagsläget är huvudregeln. Denna huvudregel bör ytterligare stärkas med avseende på tillämpningen. Vidare bör presumerat samtycke endast få tillämpas i undantagsfall. Så stora ansträngningar som möjligt skall genomföras för att erhålla aktivt samtycke, även i förekommande fall från anhörig.

Gotlands kommun menar att det kanske hade varit renhårigare att inte frikoppla transplantationsfrågan på det sätt som utredningen gjort. Att den inte skall tillåtas influera själva definitionen av begreppet död är en självklarhet; något annat vore klandervärt och ägnat att inge ohyggliga perspektiv. Om emellertid det allt dominerande kriteriet på att definitionen är uppfylld blir det "hjäntrelaterade" förefaller det vara fördelarna för transplantationskirurgin, och möjligheterna att då kunna transplantera vissa vitala organ, som avgör – inte om begreppet skall införas – utan om det direkta kriteriet skall godtas. Några avgörande fördelar torde annars inte finnas med de författningsreglerade möjligheter som idag står till buds.

Nuvarande möjligheter att avbryta behandlingen föreslås ersättas av möjligheter att förlänga den. *Gotlands kommun* accepterar såväl det föreslagna begreppet som, med hänvisning till den fullständiga säkerhet med vilken total hjärninfarkt kan konstateras, det direkta kriteriet. Kommunen tillstyrker också en utveckling av transplantationskirurgins möjligheter. Trots det anser kommunen utredningen vara väl kategorisk när den, med spärrad stil, påstår att "det vore oetiskt att inte ta till vara de möjligheter som härigenom uppkommer att genom transplantation rädda en svårt sjuk människa till livet eller fortsatt hälsa".

Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund (SHSTF) ifrågasätter utredningens påstående att ändringen av dödsbegreppet inte har något samband med transplantationsverksamheten. Det synes tvärtom vara så att utvecklingen inom transplantationsverksamheten har spelat en stor roll, när man diskuterat hjärnrelaterade dödsriterier i en ny lag. Våra remissinstanser har också uppfattat utredningen så, att det finns ett samband mellan ett nytt dödsbegrepp och ökat antal transplantationer samt transplantationer av opariga organ.

SHSTF är inte emot transplantationer i sig. Det är en riktig princip att rädda liv och ge högre livskvalitet genom att transplantera organ från villiga givare. Däremot uttalar förbundet sig emot det sätt, varpå transplantationer går till idag. Här krävs klarare regler och mer respekt för människans integritet och värdighet.

Om opariga organ skall kunna transplanteras i Sverige, måste de tas från

en avliden person med cirkulationen igång. Transplantationslagen kan vidgas för att göra detta möjligt. SLS-utredningen lade fram ett sådant förslag redan 1979.

Förbundets medlemmar reagerar starkt emot transplantationsverksamheten som den utförs i dag. Transplantationslagen måste skärpas, och förbundet föreslår därför en omfattande översyn av denna lag.

Svenska läkaresällskapet poängterar att även då det gäller avlägsnande av organ i donationssyfte måste grundregeln – omedelbart avbrytande – gälla. Sådana krav måste kunna ställas på transplantationsverksamhetens organisation att varje tendens till en praxisutveckling mot fortsättande av medicinska åtgärder efter döden i organpreservationssyfte undviks.

Vad gäller övriga av utredningen behandlade situationer finner Sällskapet det otänkbart att, annat än i extrema undantagsfall och efter myndighets tillstånd, någon åtgärd skall kunna vidtagas under fortsatt medicinsk behandling av en dödförklarad individ. De spekulationer, som förekommit utom utredningen om vetenskapliga åtgärder företagna under bibehållen cirkulation och konstgjord andning är stötande och kränkande mot de personalgrupper, som med djupt engagemang deltar i denna verksamhet. Utredningen borde ha kunnat ta ett mer markerat avstånd från detta.

Överhuvudtaget känns begreppet "fortsatta medicinska åtgärder efter dödens inträde" lika absurt som dagens fortsatta vård i avsaknad av en adekvat dödsdefinition och ett sådant handlande borde endast övervägas, då man har att ta hänsyn till ett ännu icke framfött barn. I detta senare fall bör hänsynen leda till att omhändertagandet fortsätter intill dess att graviditeten är avslutad.

Läkaresällskapet ser positivt på de möjligheter en ny dödsdefinition öppnar för transplantationsverksamheten och delar utredningens åsikt, att det vore "oetiskt att inte ta till vara de möjligheter som härigenom uppkommer att genom transplantation rädda en svårt sjuk människa till livet eller fortsatt hälsa". Samtidigt vill Sällskapet, mot bakgrund av den debatt som förevarit, understryka vikten av att denna medicinska verksamhet, som alltså inte är en huvudsak för utredningen, följs med största omsorg från ansvarigt håll.

Av vikt är därför utredningens krav på dokumentation från varje enskilt tillfälle då organ, efter dödförklaring, avlägsnas under fortsatt konstgjord ventilation och bibehållen cirkulation.

En central fråga i donationssituationen är hur tillstånd att avlägsna organ inhämtas. Generellt bör givetvis aktiv organdonation med skriftligt samtycke under livstiden uppmuntras, men erfarenheten talar för att detta icke får en sådan genomslagskraft att sjukvårdens behov av donerade organ kan täckas. Tillståndsförfarandet bör i princip innefatta att det ankommer på sjukvårdspersonalen (ansvarig läkare) att aktivt söka kontakt med anhörig, att anhörig skall ha beretts tillfälle att uttala sig och förklarar sig ej ha något emot ingreppet och att ingreppet eljest inte kan antas stå i strid med den avlidnes eller nära anhörigs uppfattning (jfr § 7 transplantationslagen).

Sällskapet anser med andra ord, att avlägsnande av organ i strid med den dödes eller nära anhörigs vilja eller då anhöriga ej kan nås, ej bör tillåtas. Även om behovet av organ för transplantation är stort, bör hänsynen till den avlidne och dennes anhöriga överväga.

Beträffande den i 7:e paragrafens sista stycke upptagna möjligheten till avlägsnande av organ, efter det att andnings- och cirkulationsstödande åtgärder har avbrutits, anser Sällskapet att tillägget är överflödigt och kan utgå.

Handikapporganisationernas centralkommitté (HCK) överlåter åt sina medlemsförbund att ta ställning till ändringen av transplantationslagen utifrån den verklighet deras medlemmar lever i. HCK vill endast peka på att det i tillämpningsföreskrifterna till transplantationslagen bör framgå att personer, som, på grund av ett psykiskt handikapp, saknar förmåga att ge ett giltigt samtycke till transplantation ej bör komma ifråga som organdonatorer. Anhörigas samtycke skall i sådana fall ej tillmätas någon betydelse.

Pensionärernas riksorganisation (PRO) konstaterar att det som avgör fortsatt liv är hjärnans tillstånd. Är hjärnan död saknas förutsättning för fortsatt liv och livsuppehållande behandling får avbrytas.

Men när hjärnan är död kan fortfarande kroppens övriga organ hållas vid liv och komma till användning för transplantation till sjuka som lider av exempelvis kronisk lever- eller njursjukdom eller vissa former av diabetes. Man berövar vid hjärndöd ej patienten organ som han eller hon kan ha nytta av. Genom att avgöra att hjärnan är död skapas förutsättningar för transplantation, en teknik som nu befinner sig i en mycket snabb utveckling.

Utredningen utgår fortfarande från ett passivt donationsförfarande då en transplantation kan ske med anhörigas tillstånd om den avlidne inte uttryckligen sagt ifrån.

PRO anser att detta ej kan accepteras. Den avlidne skall uttryckligen ha givit sitt tillstånd till en donation av organ.

PRO anser därför att transplantationskirurgen bör bli föremål för utredning.

Centerns kvinnoförbund anser att det bör ligga i sjukvårdens intresse att underlätta för de människor som vill ge donationsrätt att uttrycka en sådan uppfattning, exempelvis i sjukjournal eller på patientbricka. I en framtid bör det bli möjligt. Det innebär inte att förbundet vill undanröja möjligheten för anhöriga att delta i ett eventuellt beslut om donation. Samspelet mellan donator, dennes anhöriga och vården måste betonas. Anhöriga med kännedom om den avlidnes positiva inställning till organdonation måste kunna ge tillstånd till sådan oavsett om donatorn uttryckt sin inställning skriftligt eller inte.

Möjligheten att med uppehållen cirkulation ta organ, kommer väsentligt att förändra transplantationskirurgins verksamhet. Här uppkommer ett antal frågeställningar som utredningen av förklarliga skäl avstår från att analysera.

Även om anhörig eller donator själv medger organdonation bör prövas hur detta ska ske. Antalet organdonatorer är begränsat medan antalet organmottagare kan förväntas öka. Innebär ett medgivande till organdonation en generell acceptans till organtagning? Organdonation kan innebära att ett flertal inre organ (njurar, hjärta, lungor, lever, bukspottkörtel) tas ut från en donator. Enligt vår mening är det en fullt möjlig och t. o. m. trolig

utveckling så som nuvarande transplantationslag är utformad. Vi ifrågasätter om det omfattas av en acceptans hos en bredare allmänhet.

Transplantationslagen måste ses över vad gäller formerna för organtagning och hur medgivande till donation respektive information till anhöriga ska ske.

Lagen bör dessutom klart stadga en rätt för donator eller anhöriga att medge donationsomfattning eller att ange att sådan ska ske under särskilda betingelser, exempelvis först när respirator stängts av och hjärtat stannat.

Andra frågor som bör diskuteras är en maximering av tiden mellan dödsförklaring och organtagning samt förfoganderätt till taget organ. Vi anser att ett donationsmedgivande inte får tas till intäkt för att organ kan ställas till den medicinska forskningens förfogande.

Likaså kan fråga om var organtagning ska ske vara betydelsefull. Det är inte rimligt att tvinga anhöriga acceptera att donator efter dödens inträde flyttas till annat sjukhus för organdonation.

Inom *Sveriges socialdemokratiska kvinnoförbund* finns tveksamhet till utredningens förslag i transplantationsfrågorna. Förbundet har stor förståelse för den oro som många människor känner inför utvecklingen av transplantationskirurgin – oberoende av vilka dödsriterier som tillämpas. Även om vi inser svårigheterna skulle vi önska att det gick att finna former för ett mera aktivt ställningstagande från den avlidne under hans/hennes livstid. Frågan bör därför beredas ytterligare med inriktning på att slå vakt om den personliga integriteten.

Vi vill också starkt poängtera att kravet på information till allmänheten i än högre grad kommer att gälla krav på utbildning till läkare och annan vårdpersonal. Det torde bli vårdpersonalen som får förklara både för patienter och anhöriga i den akuta situationen vad det nya dödsbegreppet får för konsekvenser.

Styrelsen för riksföreningen rätten till vår död (RTVD) menar att man när det gäller transplantationskirurgin även har att ta hänsyn till en annan människa, vars liv och hälsa i stor utsträckning är beroende av vilken kvalitet på transplantationsorgan hon får. Sett ur denna synvinkel är det därför närmast etiskt oförsvarligt att inte ta fördelen av hjärnrelaterad dödsdefinition. Rent juridiskt måste detta vara en fördel också. Kirurgen måste veta, att han arbetar utan risk för anmälen. Vår lagstiftning ger möjligheter att väcka åtal även för enskilda. Frågan har aldrig satts på sin spets. Man kan dock rent teoretiskt komma att hamna i en situation, då en läkare kan åtalas för mord, om han tar ut ett ännu fungerande hjärta från en person, som skulle vara död enligt hjärndödsbegreppet. RTVD ser därför inte några negativa juridiska konsekvenser av en övergång till hjärnrelaterad död.

RTVD påpekar också vad gäller samtyckesregler vid donation att man om man skulle vilja ha ytterligare garantier för att lugna allmänheten, kan man alltid förbinda exempelvis en transplantation med ett uttryckligt medgivande från patienten eller från anhöriga.

Nordiska expertkommittén för transplantationsfrågor framhåller: De anhörigas inställning till donationsoperationer bör som tidigare undersökas, och en negativ inställning bör naturligtvis respekteras. Expertkommitt-

tén vill emellertid påpeka att utredningens krav om att de anhörigas synpunkter på det medicinskt- tekniska genomförandet av donationsoperationer (före avstängning av respirator m.m.) skall undersökas, är felaktigt och därför bör utgå under hänvisning till transplantationslagen. Sådana samtal med de anhöriga har aldrig förts i Norge och Finland, och några negativa verkningar av detta har man aldrig sett.

Expertkommittén hälsar med glädje att utredningen föreslår att införa objektiva kriterier (angiografi) så att man senare kan dokumentera att diagnosen total hjärninfarkt var korrekt. Erfarenheterna från Norge har visat att denna typ av dokumentation stärker förtroendet mellan sjukhusen och de anhöriga som blir tillfrågade om medgivande till en eventuell transplantation.

Riksförbundet för njursjuka (RNj) konstaterar att utredningen slår fast att organtransplantation räddar liv, men att förutsättningen för att tillvarata organ måste vara fullständig hänsyn till den enskildes integritet, liksom till de anhörigas uppfattning där den avlidnes inställning är okänd. RNj delar denna uppfattning och understyrker vikten av att den som inte vill att organ tillvaratas efter sin död, skall kunna lita på att han/hon själv kan förhindra detta.

Förbundet tror vidare att de som tagit ställning mot organdonation, är så starka i sin övertygelse att denna vilja är dokumenterad när vederbörande avlider. Det är också förbundets uppfattning att det är få människor som diskuterar dessa frågor. Övervägande delen av landets befolkning har därför ingen uttalad mening om organdonation efter döden.

Förbundet anser det förvånansvärt att utredningen icke tar upp frågan om organdonation under livstiden. RNj är övertygade om att få är emot organdonation, många för, men att de allra flesta saknar en egen mening då frågan aldrig varit aktuell, t. ex. i familjediskussioner etc. Det är självklart att de som är beredda att mottaga ett organ för att få behålla sin hälsa och sitt liv – och det är förbundets övertygelse att detta gäller de flesta människor – samma personer också är villiga att donera sina organ efter döden, för att rädda någon annans hälsa och liv.

RNj vill betona vikten av att alla människor bildar sig en egen uppfattning om organdonation efter sin död. Det är otillfredsställande att låta anhöriga avgöra denna viktiga fråga. Dock anser förbundet – liksom utredningen – att ingen förändring i nu gällande transplantationslag (1975:190), behöver göras. RNj har heller ingenting att invända emot utredningens tilläggsförslag att en organgivare eller dennes anhöriga har rätt att avgöra om ingreppet får ske innan cirkulationsstödande åtgärder har avbrutits eller först därefter, på samma sätt som man nu har möjlighet att ta ställning till om ingreppet överhuvudtaget får ske. Detta ser RNj som en logisk konsekvens av införandet av ett nytt dödsbegrepp. Som ovan beskrivits, anser RNj att de som ej vill att deras organ tas tillvara efter döden, har möjlighet att klargöra denna sin inställning under sin livstid. Förbundet delar därmed utredningens bedömning att den personliga integriteten och respekten för den enskilda människans önskemål på detta sätt efterföljs.

RNj vill slutligen framhålla att införandet av ett nytt dödsbegrepp kom-

mer att få vissa för transplantationsverksamheten klart positiva effekter, vilket förbundet givetvis hälsar med tillfredsställelse. Det är framförallt möjligheten att tillvarata nekronjuror före respiratoravstängningen som förbättrar de njursjukas situation och ger medlemmarna en ny chans till liv och hälsa.

RNj vill alltså varmt tillstyrka utredningens förslag.

Svenska diabetesförbundet. Förbundet anser att den lagändring som föreslås i § 7 i transplantationslagen garanterar den enskildes integritet i och med att den enskilde skriftligen kan förbjuda att ingrepp göres på hans kropp efter döden, samt att detta önskemål ej kan ändras av andra. Förslaget innebär vidare att anhörig eller den avlidne kan förhindra att organ tas från kroppen innan andnings- och cirkulationsstödande åtgärder avbrutits.

Förbundet anser att den enskildes rätt på så sätt är tillgodosedd.

Förbundet ansluter sig vidare till den uppfattning lagförslaget ger uttryck för, där man föreslår att i de fall organ tas från en kropp där cirkulationen bibehålls på konstlad väg, skall begreppet hjärndöd vara dokumenterad på ett sådant sätt att det kan bevaras för framtiden, exempelvis med bilder från en cerebral angiografi. Detta är inte minst viktigt för efterlevande anhörigas säkerhet.

Riksförbundet för hjärt- och lungsjuka menar att förutsättning för transplantation måste alltid vara att den avlidne skriftligen under sin livstid har medgivit transplantation av hans organ eller att nära anhörig ger skriftligt medgivande. Endast i ytterst speciella fall kan muntligt medgivande från anhörig accepteras. RHL föreslår således att lagtexten beträffande transplantationslagen ändras i ovanstående riktning, då detta skriftliga förfarande dels bättre skulle stärka den enskildes integritet och vilja och dels bättre skulle tillgodose de anhörigas uppfattning om en transplantation skall få genomföras eller inte.

Svenska ekumeniska nämnden, m. fl. finner det nödvändigt med ett förstärkt integritetsskydd för den döda kroppen, även jämfört med utredningens förslag. Vår uppfattning är att ett frivilligt donationsförfarande bör vara villkor för att vissa livsviktiga organ över huvud taget ska få avlägsnas. I vilka former donationen ska ske, hur den ska registreras, vilka regler som bör gälla för föräldrars bestämmanderätt över sina barns kroppar m. m. bör bli föremål för särskild utredning.

Samtidigt eller separat från denna utredning om formerna för organdonation vill vi föreslå en utredning om transplantationskirurgins villkor. Det finns en mängd både ekonomiska och etiska frågor som behöver utredas för att ge grund för samhällets ställningstagande till ramarna för transplantationskirurgins fortsatta utveckling.

Svenska ekumeniska nämnden är således beredd att tillstyrka utredningens dödsbegrepp under två förutsättningar: Dödsbegreppet måste tillämpas konsekvent och införande av ett förändrat dödsbegrepp måste kombineras med ett förstärkt integritetsskydd för den döda kroppen.

Enda möjligheten att ge den döda kroppen ett tillräckligt integritetsskydd är enligt vår mening att införa ett frivilligt donationsförfarande som villkor för organtagning när det gäller livsviktiga organ.

Dessa åtgärder skulle också skapa en garanti mot att utvecklingen på

detta område går för fort för den allmänna opinionen. I den mån en sådan skärpning av lagstiftningen kommer att innebära en begränsning av transplantationskirurgins utveckling är det en nödvändig begränsning. Uppslutningen kring ett donationsförfarande blir därmed en mätare på lagstiftningens förankring och genomslag i den allmänna opinionen. Garantier skapas också mot att människor utsätts för åtgärder som kan uppfattas som övergrepp.

7 Hälso- och sjukvårdens ansvar för avlidna

Östergötlands läns landsting menar att det är nödvändigt att ett klarläggande av vilka regler som gäller och vilka skyldigheter sjukvårdshuvudmännen har då det gäller avlidna. Den avlidnes integritet och värdighet måste tillgodoses. Regeringen bör därför föranstalta om att etiska regler, liknande de som finns i sjukvårdslagarna, skapas då det gäller omhändertagandet av avlidna innan dödsriterierna ändras.

Malmöhus läns landsting däremot ser ingen anledning att reglera sjukvårdshuvudmännens skyldigheter med avseende på den döda kroppen när döden inträffar på en vårdinrättning. Nuvarande former för omhändertagande, har utbildats i praxis och synes helt tillfredsställande. Dessa former präglas av en djupt rotad känsla för den döda kroppens integritet och för de anhörigas problem. En rättslig reglering av detta omhändertagande skulle kunna störa dessa naturligt framvuxna former och stänga de möjligheter man har i dag till en smidig anpassning till den enskilda situationen.

SHSTF kräver, med hänvisning till vad förbundets medlemmar framfört om sina erfarenheter av vård av patienter med total hjärtinfarkt eller annat omhändertagande av avlidna, att tillsynslagen tillförs regler om vad som skall gälla i sjukvården när en patient har avlidit. Obduktionslagen är också i behov av en översyn.

Centerns kvinnoförbund anför. I princip har sjukvårdshuvudmännen i dag endast ett omhändertagandeansvar för levande människor. I praktiken har sjukvårdspersonalen uppfattat ett vårdansvar så att det även omfattar omhändertagande av avlidna patienter. Ett förändrat dödsbegrepp ger dock anledning poängtera att sjukvårdshuvudmännens ansvar måste vidgas att omfatta omhändertagande av avlidna vare sig förlängd respiratorbehandling är aktuell eller inte.

CKF vill här poängtera att rätten till en värdig död måste innebära rätten till en värdig behandling av den döda kroppen. Anhöriga måste försäkras utom allt tvivel att de avlidna behandlas med samma krav på respekt och aktning som levande patienter.

Kalmar läns landsting anser det lämpligt att frågan om en rättslig reglering av sjukvårdshuvudmännens ansvar för fortsatta medicinska åtgärder efter dödförklaring på grundval av direkt hjärnrelaterade dödsriterier får prövas i ett annat sammanhang liksom den oreglerade frågan om vårdpersonalens ansvar för behandling av avlidna. Med hänsyn bl.a. till den kroppsliga integriteten även efter dödens inträde samt till anhöriga menar landstinget att lagen om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m. fl.

även skall omfatta hälso- och sjukvårdspersonalens befattning med avlidna. *Norrbottens läns landsting* har framfört liknande synpunkter.

Prop. 1986/87:79

9 Information och utbildning

Socialstyrelsen poängterar behovet av information till allmänheten och utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal. Detta är en uppgift, för socialstyrelsen i samband med representanter för huvudmännen, som troligen kan behöva ta en viss tid och som också gör det nödvändigt för styrelsen med vissa omprioriteringar av resurserna.

Skolöverstyrelsen, som i och för sig delar utredningens ställningstaganden, begränsar sitt yttrande till att gälla utbildningsfrågor. SÖ anför följande.

Vid de omarbetningar av vårdutbildningar som förekommit under senare år har mer hänsyn tagits till att ge eleverna en bättre förberedelse för själva omvårdnadsarbetet omkring svårt sjuka patienter och döden. I takt med utvecklingen i medicinska frågor följer också att utbildningarna kontinuerligt bearbetas genom förändring av läroplaner.

Ämnet psykologi har utökats i de gymnasiala vårdutbildningarna. Vidare har utbildningarna breddats och blivit mer samhällsorienterade såväl i barnomsorg som vuxen- och äldreomsorg.

De åtgärder som hittills vidtagits kan betraktas som en början till en förbättrad vård av döende och omhändertagande av döda. Detta framgår också av regeringsskrivelse 1982-83-31 om vård i livets slutskede. Den förbättrade utbildningen bör ge stöd till dem som på olika sätt deltar i arbetet och dem som finns invid den döende, såväl personal som indirekt de anhöriga. De sista åren har också betonats vikten av psykologiskt omhändertagande. Omtanke om varandra med mer medmänsklighet måste finnas med i yrkesrollen för att vi skall kunna ge en god psykologisk omvårdnad.

SÖ delar utredningens synpunkter på en förbättrad utbildning och allmänmänsklig vägledning samt personlig bearbetning av känslor, tankar och attityder. Det är dock väsentligt att grundutbildning och fortbildning sker parallellt.

En förändrad vård, primärvården, innebär att olika yrkesgruppers insatser i fråga om omsorg och samverkan har förändrats, medan vård av döende även kan förekomma i hemmen. Utredningen har inte berört detta. Utbildningsinsatser måste även inriktas på primärvården.

Alla som arbetar inom barnsjukvård och barnomsorg – och skola – behöver ha goda kunskaper om barns föreställningar om döden i olika åldrar och om barns sätt att uttrycka tankar och känslor samt om föräldrars och syskons olika sätt att reagera vid ett barns död. Under utbildningstiden måste de studerande få tillfälle att bearbeta sin egen rädsla, ångest och osäkerhet för att sedan kunna förmedla den trygghet som barn behöver för att förstå sina föräldrars reaktioner.

Av utredningen framgår att invandringen till Sverige med olika kulturer

ger en mångfald av attityder, seder och värderingar. Det är nödvändigt att i utbildningen uppmärksamma olika religioner, seder och bruk.

Vårdprogrammet för vård av döende avvaktas från socialstyrelsen, med eventuella tillägg. I utbildningssammanhang skulle programmet bli en värdefull hjälp i undervisningen för lärare som skall förmedla kunskaper och trygghet inom detta personliga och svåra område.

SÖ vill understryka att den undervisning som ges de studerande i den praktiska utbildningen inom vårdutbildningen är synnerligen betydelsefull och att handledningen måste ges av kompetent personal. Ingen undervisningsform och intet läromedel är överlägset det personliga föredömet som lärare och handledare ger. Den lärargrupp som undervisar i psykologi saknar nästan alltid egen erfarenhet av vårdarbete. Detta medför att bearbetningen av elevernas erfarenhet från vårdpraktiken inte kan fördjupas, eftersom läraren saknar praktisk erfarenhet.

SÖ anser vidare att det är viktigt att grundskolans personal och elever som även de är berörda av problematiken inte glöms bort i utbildningen på det här området.

Statens invandrarverk framhåller att det när det gäller information för invandrare är angeläget att den förbereds genom samråd med företrädare för olika invandrarorganisationer och samfund i Sverige.

Landstingsförbundet understryker kraftigt behovet av information till allmänheten om ändrade dödsriterier skall införas. Det bör vara en statlig angelägenhet att på ett ansvarsfullt och pedagogiskt sätt informera svenska folket om skälen till lagstiftning och motiven bakom kriterier för fastställande av människans död.

Det är också angeläget att få ut information till allmänheten om vilka konsekvenser för vården och för den enskilde som nya dödsriterier för med sig.

Utredningen har påvisat stora brister i kunskaperna hos både sjukvårdspersonal och allmänhet när det gäller dödsriterierna och hur det kan fastställas att döden inträffat. Det krävs därför massiva utbildningsinsatser. Förbundsstyrelsen menar att staten via socialstyrelsen och de centrala utbildningsmyndigheterna måste känna ett ansvar för vårdpersonalens utbildning. Både ekonomiskt och på annat sätt måste staten hjälpa till att informera och utbilda personalen. Förbundsstyrelsen förutsätter att sjukvårdshuvudmännen och staten skall kunna träffa överenskommelser om ersättning m. m. för sådan utbildning.

De *sjukvårdshuvudmännen* som har uttalat sig har understrukt behovet av information och utbildning kring utredningens förslag.

Uppsala läns landsting menar att den information och utbildning som blir aktuell för allmänheten lämpligen kan vidarebefodras via TV och radio. För elever i grund-, gymnasie- och högskola måste utbildningsprogram produceras för att kunna användas i undervisningen. Landstinget anser att socialstyrelsen har ansvaret för att utforma och sprida denna information och utbildning.

För hälso- och sjukvårdspersonalen kommer ett behov av utbildnings- och informationsinsatser att göra sig gällande. Det är viktigt att personalen i grundutbildningar och fortbildningssammanhang får ökade kunskaper om

medicinska aspekter på döden, dödens begreppsmässiga innebörd, om etiska och rättsliga frågor i samband med döden samt psykologiskt omhändertagande av döende patienter och anhöriga.

Kalmar läns landsting anför följande. Tiden är knapp från det att total hjärninfarkt konstaterats till dess ett eventuellt ingrepp för att ta organ för transplantation blir aktuellt. I sådana fall åtföljs ett besked om "hjärndöd" i dag nästan omedelbart av en fråga till en anhörig om tagande av organ. Med införandet av en ny dödsdefinition bör rutinerna i dessa sammanhang ändras så att anhöriga kan få en lugn och saklig information steg för steg. Klarare besked om undersökningar och åtgärder som vidtagits och avses att vidtagas är önskvärda oavsett om organ skall tas eller inte. Landstinget hävdar bestämt att det i allmänhet krävs ett generösare omhändertagande av anhöriga i såväl sakligt som psykologiskt hänseende. Enligt landstingets uppfattning bör detta kunna förverkligas genom den utbildning av vårdpersonal som utredningen skisserat. Vårdpersonalens intresse för och kunskaper om etiska frågor kring döendet och döden kan ses som en av förutsättningarna för att förtroendet för sjukvården skall kunna upprätthållas.

Landstinget vill vidare understryka betydelsen av en allsidig och saklig information till allmänheten om utredningens förslag. Efter en sakligt riktig information finns goda skäl anta att den allmänna opinionen kommer att vara övervägande positiv till ett förändrat dödsbegrepp.

Örebro läns landsting menar att en av orsakerna till den intensiva debatt som har förts i utredningens spår är den bristande kunskap, som finns hos människor i allmänhet, men också hos vårdpersonal av olika kategorier. För att allmänheten skall ha full förståelse för utredningens intentioner och resultat, inte minst då det gäller möjligheter till tagande av organ för transplantation, måste en intensiv saklig och förtroendeingivande upplysningsverksamhet till. Att man kan få förståelse för den verksamhet som här diskuteras genom saklig upplysning vet man exempelvis från Norge. Det är alltså av största vikt att den debatt som förts under utredningens arbete följs upp av en mycket viktig utbildnings- och upplysningsperiod riktad mot hela folket.

TCO betonar att för att syftet med ett entydigt dödsbegrepp skall kunna uppfyllas är det en nödvändig förutsättning att människor både intellektuellt och emotionellt kan acceptera begreppet och ha en gemensam uppfattning om när livet är slut.

Innehållet i de informations- och utbildningsinsatser som skall genomföras måste omfatta upplysningar om det nya dödsbegreppet och vad som skiljer en total hjärninfarkt från koma. Det måste ges en bred och saklig information så att man inte misstänker att misstag kan göras.

All vårdpersonal behöver fördjupad utbildning om hur man bemöter människor i kris och chocktillstånd. Personalen måste få insikter i kristerapi för att rätt kunna ta hand om anhöriga, men givetvis också den döende patienten samt varandra. Att arbeta med döende människor är psykiskt slitsamt.

Denna utbildning kan ske på olika sätt. Den ska in i all reguljär vårdutbildning (alla kategorier) och i fortbildningen på arbetsplatserna. Man kan också på arbetsplatserna, på avdelningarna, starta fördjupade studier kring

hur man tar hand om människor i kris. Det kan ske genom diskussioner, i studiecirkel, genom att läsa litteratur, genom föreläsningar. Det är viktigt att det finns kompetenta handledare som kan ta del i denna verksamhet på arbetsplatserna.

Utöver detta måste det finnas möjlighet för personal och anhöriga till handledning och bearbetning av etiska problem hos en kompetent person. Här kan nämnas psykolog, kurator, sjukhuspräst. Detta stöd ska finnas att tillgå individuellt och kollektivt för personalen. Det är egendomligt att sjukvården, som förfogar över sådana resurser, inte insett att det krävs sådana insatser för personalens psykiska hälsa. Också anhöriga kan behöva tillgång till dylikt stöd.

SACO/SR framför genom Svensk kuratorförening att personalutbildning i dödsproblematik är nödvändigt och mycket eftersatt på våra sjukhus. En del sjukhus har dock kurser i detta ämne med kurator som kursledare. I dessa dödsproblematikkurser diskuteras: terminalvård, plötslig och oväntad död, kristeorier, hänsyn till invandrare samt ges utrymme för diskussion av egen dödsångest och egna traumatiska händelser. På de avdelningar där dessa kurser har hållits, har ångestnivån bland personal sjunkit märkbart när patienter avlidit och som bieffekter givit trygghet i teamet och motivation i arbetet.

Ett bättre omhändertagande av anhöriga vid dödsfall på sjukhus blir det automatiskt om all sjukvårdspersonal har fått utbildning i dödsproblematik. Vidare bör kurator, som sjukhusets psykosociala expert, kopplas in som stöd för anhöriga.

SHSTF konstaterar att många av förbundets medlemmar i sitt arbete kommer i kontakt med de problem som utredningen tar upp: vård av döende, information och omhändertagande av anhöriga, åtgärder i samband med att en patient fått total hjärtinfarkt och åtgärder i samband med dödsfall och efter döden.

SLS-utredningen konstaterade, att det krävs ökade kunskaper om frågor som gäller döende och död samt bemötande av människor som befinner sig i kris och chocktillstånd. Förbundet instämde i SLS-utredningens förslag om utbildning för vårdpersonalen och möjligheter till bearbetning av upplevelser. Dessa förslag har aldrig genomförts. Det är *SHSTF*:s uppfattning, att så måste ske, oavsett om man genomför den nya lagen eller inte.

Utbildningen måste ges i all reguljär vårdutbildning men också nå alla, som redan är anställda. Denna personalutbildning kan bedrivas på olika sätt. Det är dock angeläget att personalgrupperna får handledning av personer med utbildning i psykodynamiskt arbetssätt.

Svenska läkaresällskapet betonar att det är av yttersta vikt att saklig information ges överallt där så är möjligt i samhället – i skolor, inom olika organisationer och inte minst inom hela hälso- och sjukvårdsområdet. Utbildningen bör ge stöd till dem som arbetar invid den döende, i form av kunskap, allmänmänsklig vägledning samt personlig bearbetning av känslor, tankar och attityder.

Centerns kvinnoförbund säger att till deras förvåning visar de undersökningar som presenteras i utredningen på stora medicinska kunskapsluckor hos sjukvårdspersonal. Kvinnoförbundet finner detta synnerligen betänk-

ligt. En absolut och oeftergivlig förutsättning för att ett förändrat dödsbegrepp ska omfattas av en bred acceptans, är att allmänheten kan känna stort förtroende för sjukvårdspersonalens medicinska kunskaper. Inte minst krävs kunskaper för att kunna ge en korrekt och mänsklig information till såväl anhöriga som allmänhet. Det räcker inte att konstatera att personal på intensivvårdskliniker har kunskaper om hjärndöd. Enligt våra erfarenheter är det ofta så att information om avlidnas sjukdomsförlopp, dödsorsak m. m. ges av någon i sjukvården verksam person som den anhörige känner personligen.

Vi måste kräva att all medicinsk personal har en baskunskap som omfattar gällande dödsbegrepp. Oavsett om det nya dödsbegreppet kommer att införas eller inte kvarstår utbildningsbehovet. Det är inte rimligt att sjukvårdspersonal saknar vetskap om när och hur behandling får avbrytas och den medicinska grunden för detta.

Sjukvårdshuvudmännen måste uppmärksammas på de brister som uppenbarligen finns i dag. Det åligger därefter dem att styra fort- och vidareutbildningsresurserna så att kunskapsluckorna elimineras.

Lagrådet

Utdrag ur protokoll vid sammanträde 1987-01-08

Närvarande: f. d. justitierådet Hult, justitierådet Erik Nyman, regeringsrådet Dahlman.

Enligt protokoll vid regeringssammanträde den 18 december 1986 har regeringen på hemställan av statsrådet Sigurdsen beslutat inhämta lagrådets yttrande över förslag till

1. lag om dödens inträde,
2. lag om ändring i transplantationslagen (1975:190).

Förslagen har inför lagrådet föredragits av departementsrådet Lars Hultstrand.

Vid ärendets behandling har förelegat dels vissa handlingar som den 14 november 1986 inkommit från Inez Palm, dels en den 12 december 1986 till lagrådet inkommen skrift från Börje Markman och Josef Engel.

Lagrådet lämnar de remitterade lagförslagen utan erinran.