



Helse- og omsorgsdepartementet

Sendt kun pr. e-post:  
postmottak@hod.dep.no

Deres ref.:

Vår ref.: 12/250

Dato: 26.04.2012

## **Høring av NOU 2011: 21 Når døden tjener livet - Et forslag til nye lover om transplantasjon, obduksjon og avgivelse av lik**

Det vises til ovennevnte høring, det et utvalg foreslår to nye lover. En lov om donasjon og transplantasjon av organer, celler og vev, og en lov om obduksjon og annen behandling av lik.

Overordnet gir Legeforeningen sin tilslutning til forslaget, herunder forslaget om at det vedtas to sett nye lover. Vi har samtidig flere kommentarer som vi ber departementet vurdere nærmere.

### **1) Donasjon**

#### *Formål*

Formålet med ny lov om organdonasjon er å sikre best mulig tilgang på organer, celler og vev ved transplantasjon, samtidig som donors vilje og integritet respekteres. Ved donasjon av avdøde skal loven sikre at det tas hensyn til pårørendes rett til medvirkning og informasjon.

Legeforeningen støtter en slik formålsbestemmelse, idet den tydeliggjør de viktige hensyn bak loven og synliggjør de krevende avveiningene som nødvendigvis vil måtte gjøres etter loven.

#### *Donasjon fra levende donor*

Vilkår for donasjon fra levende donor foreslås regulert i § 2-1.

Legeforeningen er enig i en aldersgrense på 18 år for å være levende donor når det gjelder ikke-fornybart vev.

Det er opplyst at departementet vil gi nærmere forskrifter. Slike forskrifter bør inneholde nærmere bestemmelser om krav til informasjon og samtykke. Det må hensyntas at potensielle donorer kan føle et for sterkt press til å være donor.

Det skal alltid gjennomføres en egnethetsvurdering av donor. Vi støtter en regel om at den som har ansvar for behandlingen av mottaker ikke skal kunne gjennomføre vurdering av donors egnethet alene.

Inngrepet som donasjonen vil innebære må vurderes i lys av donors fysiske og psykiske helse. Vi bemerker at teamet som skal stå for utredningen, bør utvise varsomhet i sin begrunnelse av årsak til at mulige donorer ikke er egnet, for å beskytte dem som ikke makter eller bør være giver av psykiske grunner.

Utvalget drøfter om og i hvilken utstrekning mindreårige skal gis medbestemmelsesrett i spørsmål om donasjon. Man har landet på et forslag der barn mellom 12 og 18 år skal kunne donere ikke fornybare organer når det foreligger ”særlige grunner”. Barnet må selv samtykke, og samtykket må ha tilslutning fra den/de som har foreldreansvaret eller vergefunksjon. Samtykket må også godkjennes av fylkesmannen.

Legeforeningen anser at barn mellom 16 og 18 år bør kunne gis en slik mulighet og må normalt kunne antas å ha forutsetninger for å ta selvstendige valg, jf. den alminnelige helserettslige myndighetsalder. Vi er mer usikre på om det er mulig for et barn mellom 12 og 16 år å stå i mot et følt press om å gi et organ i slike situasjoner, som typisk vil være til søsken eller foreldre. Legeforeningen er derfor noe skeptiske til å åpne opp for en slik mulighet for barn som er mellom 12 og 16 år. Det er store individuelle forskjeller i modenhetsutviklingen blant barn i denne aldersgruppen, og dette må det spesielt tas hensyn til. Det er likevel neppe ønskelig å stenge muligheten for donasjon i disse sakene fullstendig. Vi vil derfor gi tilslutning til at det i helt spesielle tilfeller kan åpnes for donasjon også i denne gruppen. Vilkåret som er foreslått om at det må foreligge ”særlige grunner” må tolkes strengt, og kravet om samtykke fra barnet med tilslutning fra foreldre/verge må opprettholdes. Videre er det fornuftig at en ekstern og uhildet instans i tillegg må gis sin tilslutning. Vi stiller imidlertid spørsmål ved om fylkesmannen er et egnet organ for å ta slike vurderinger. Legeforeningen foreslår at man heller vurderer muligheten for å tillegge denne oppgaven til kliniske etikk komiteer som finnes ved foretakene.

Vilkår for donasjon fra levende donor som ikke har samtykkekompetanse er regulert i § 2-2. Her foreslås en bestemmelse som blant annet fastslår at barn under 12 år og andre omfattet av denne bestemmelsen, bare kan være donor av fornybart vev. Legeforeningen gir sin tilslutning til dette.

I lovforslaget er fornybart vev definert som ”*celler og vev som gjendannes etter donasjon med unntak av del av lever*”. Det kan spørres om denne definisjonen er tilstrekkelig på sikt eller om det kan tenkes at andre organer også kan tenkes å gjendannes etter at deler er tatt. Legeforeningen anser at å fjerne litt av et *organ*, selv om det kan defineres som fornybart, er uakseptabelt når det gjelder barn under 12 år.

#### *Donasjon fra avdød donor*

Vi bemerker at utkastet inneholder enkelte forslag av kontroversiell art. Særlig gjelder dette forslaget om å kunne ta organer uten forutgående samtykke og uten samtykke fra pårørende dersom det ikke er grunn til å tro at avdøde ville ha motsatt seg det. Også det å iverksette respirator- og organstøttende behandling hos døende der eneste hensikt er å høste organer, må anses som kontroversielt.

Det bør analyseres grundig hvor hyppig slike situasjoner vil opptre og særlig hvordan forskjellige etniske grupper vil stille seg. Vi finner grunn til å peke på at dersom aktuelle endringer gjennomføres uten bred støtte i befolkningen, kan eventuelle konflikter etter slike hendelser komme til å svekke tilliten til transplantasjonsvirksomheten i så stor grad at det vil medføre færre transplantasjoner.

Vilkår for donasjon fra avdød donor er oppstilt i utkastet til § 3-1.

Legeforeningen støtter en hovedregel om krav til samtykke for donasjon, og at pårørende ikke skal kunne motsette seg donasjon der et gyldig samtykke foreligger. Vi slutter oss også til at barn over 16 år skal kunne gi samtykke.

Der det ikke kan konstateres noe samtykke fra avdøde, foreslås en regel om et presumert samtykke, som innebærer at donasjon likevel kan gjennomføres hvis det ikke foreligger forhold som tilsier at avdøde ville motsatt seg donasjon. Utvalget har imidlertid delt seg i spørsmålet om kravet til pårørendes medvirkning skal være absolutt. Flertallet i innstillingen åpner for at organer kan tas dersom det ikke lar seg gjøre å komme i kontakt med nærmeste pårørende. Innstillingens mindretall mener at dette ikke bør tillates. Mindretallet ønsker at det presiseres i lovteksten at uttak ikke kan gjøres hvis avdødes nærmeste pårørende motsetter seg dette.

Legeforeningen støtter under noen tvil mindretallet. Når en pasient dør uten at pårørende har fått beskjed vil dette være særlig belastende for pårørende i seg selv. Det å få vite at sykehuset i tillegg tok organer fra avdøde uten at de nærmeste ble forespurt kan for noen være en tilleggsbelastning, som kan føles respektløs og som kan gi grunnlag for anklager som kan svekke tilliten til transplantasjonsvirksomheten.

Der avdøde ikke har nære pårørende anser derimot Legeforeningen at organer bør kunne avgis. Dette basert på at flertallet i befolkningen er positiv til organdonasjon og at et flertall sannsynligvis vil ønske å bidra til å redde andres liv. I slike situasjoner må samfunnet, gjennom prosedyrer i helsevesenet, kunne ta en slik beslutning på pasientens vegne. Men det er viktig at det innhentes så mye informasjon om avdødes sannsynlige holdning at man unngår en utglidning slik at det tas for lett på beslutningen om å ta organer. Forskriften må være tydelig på dette punktet.

Bestemmelsen i § 3-3 omhandler *når* en potensiell donor skal vurderes for donasjon, og på *hvilke vilkår* man kan gi behandling med sikte på donasjon.

I første ledd gis pålegg om å vurdere donasjon når donor er død, eller med stor sannsynlighet vil dø innen kort tid. I annet ledd reguleres spørsmålet om behandling med sikte på donasjon. Her må det skilles mellom situasjonen der det er spørsmål om å *oppretholde* en allerede igangsatt intensivbehandling, og situasjonen der det er spørsmål om å *igangsette* en behandling kun med sikte på donasjon.

For pasienter som allerede respiratorbehandles med tanke på livreddende behandling eller avklaring om livreddende behandling er mulig, mener Legeforeningen at det er akseptabelt å forlenge respirator- og annen organstøttende behandling for å avklare muligheten for organdonasjon.

Legeforeningen støtter ikke et forslag om at det skal være mulig å *innlede* respirator- og annen organstøttende behandling hos døende pasienter der den eneste hensikten er å høste organer. Legeforeningen anser at dagens ordning og praksis rundt dette skal opprettholdes.

Dersom det likevel skulle åpnes for at respirator- og annen organstøttende behandling skal innledes hos døende pasienter med den eneste hensikt å høste organer burde denne være forbeholdt tilfeller der pasienten har samtykket eller det kan bringes på det rene at pasienten

ville ønsket at slike tiltak skal iverksettes i en aktuell situasjon. Det måtte også etableres klare retningslinjer.

Legeforeningen etterlyser en nærmere faglig vurdering av problematikken, både med hensyn til hvilke medisinske tilstander man med sikkerhet kan vite vil føre til at dødkriteriet med tanke på transplantasjon oppnås og hvor ofte det kan antas at en slik situasjon vil oppstå.

## **2) *Obduksjon***

Legeforeningen ser det som nødvendig og viktig at det tilrettelegges for at det blir utført flere obduksjoner. For å oppnå dette må befolkningen generelt få mer kunnskap om hva obduksjon er, hvordan obduksjon utføres og få trygghet for at den avdøde behandles med respekt. Samtidig må avdøde og pårørendes meninger respekteres, og det må foreligge en reell rett til reservasjon mot obduksjon.

Legeforeningen mener åpenhet om obduksjonspraksis og respekt for avdøde og pårørende er de beste garantier for at befolkningen har tillit til at obduksjoner foregår på en etisk forsvarlig måte.

I § 2-2 foreslås en hovedregel om at medisinsk obduksjon bare kan foretas når det ikke er grunn til å anta at avdøde, eller avdødes nærmeste pårørende, ville motsatt seg en slik undersøkelse. Vi forstår videre at det fastsettes en informasjonsplikt, såfremt det er mulig å få kontakt med nærmeste pårørende. Informasjonsplikten omfatter også plikt til å informere om retten til å nekte. Dette er viktige forutsetninger for en etiske forsvarlig obduksjonspraksis.

### *Særlig om obduksjon ved dødsfall utenfor sykehus*

Det opplyses i høringsnotatet at antall obduksjoner som utføres i Norge stadig synker og i dag utføres obduksjon ved bare ca. 10 % av alle dødsfall. Obduksjon ved dødsfall utenfor sykehus er i dag ikke særskilt regulert av gjeldende lovgivning.

Det angis flere årsaker til at flere obduksjoner bør gjennomføres; avklare dødsårsak, kvalitetssikre medisinsk virksomhet, i undervisnings og kunnskapsøyemed, for å forbedre dødsårsaksstatistikkene samt også av hensyn til pårørende. En obduksjonsfrekvens på 25 % har vært ansett som nødvendig for å ivareta disse forholdene.

Det foreslås at obduksjon skal vurderes ved alle dødsfall, også utenfor sykehus. Dette foreslås gjort i forbindelse med at dødsattesten fylles ut. Utenfor sykehus vil slike vurderinger ofte gjøres av en legevakslege som ikke alltid har tilstrekkelig kunnskap om pasienten tilstand og terminale sykdom til å kunne gjøre en fullgod vurdering av dette spørsmålet. Det foreslås derfor at en slik vurdering skal kunne overprøves av en annen lege i ettertid, f eks av pasientens fastlege.

Legeforeningen er positiv til lovendringen. Det er overbevisende argumentert for at antall obduksjoner bør økes, og det er ingen grunn til at dødsfall utenfor sykehus skal være gjenstand for en annen vurdering eller prosedyre enn andre dødsfall. I dag oppleves at både ordinære og rettsmedisinske obduksjoner er svært vanskelig å utløse. Forslaget vil kunne rette på dette, og vil således kunne være et betydelig kvalitetsforbedrende tiltak i helsetjenesten.

Ordningen med at vurderingen av obduksjonsspørsmålet skal kunne overprøves i etterkant er fornuftig, da dette bl a bedre kan ivareta de pårørendes ønske om obduksjon, som ofte vil

kunne framkomme i dagene etter dødsfallet. I tillegg vil fastlegens eller institusjonslegens kjennskap til pasientens tilstand kunne påvirke avgjørelsen.

Forslaget til lov om obduksjon og annen behandling av lik § 2-4 4. ledd er mulig å lese slik at kommuneoverlegen skal ha en rolle i all rekvirering av obduksjon av døde utenfor sykehus. Vi bemerker at dette eventuelt er nok en grunn for at det er nødvendig med en egen beredskapsordning for kommuneoverleger.

Forslaget vil gi økt tidsbruk for leger som skriver dødsattester. Blant annet vil det kunne medføre behov for en grundigere og mer tidkrevende samtale med de pårørende.

Den økte tidsbruken må finansieres over normaltariiffen. Dette forutsetter at normaltariiffen må tillates brukt etter at pasienten er definert som død. I dag gjelder normaltariiffen bare ved behandling av sykdom, skade og lyte hos levende.

*Om hvem som skal utføre obduksjoner*

I utkastet til ny lovtekst § 2-4 om prosedyrer for rekvisisjon står følgende:

*«Medisinsk obduksjon kan bare rekvireres av lege. En medisinsk obduksjon skal utføres av eller under supervisjon av spesialist i patologi. Medisinsk obduksjon skal vurderes ved alle dødsfall med mindre det utføres en rettsmedisinsk obduksjon. [...]*»

Den merkede setning om hvem som kan utføre obduksjon kan åpne for at andre yrkesgrupper, f.eks. autopsiteknikere, kan utføre obduksjon under supervisjon av patolog.

Legeforeningen anser at obduksjoner bør utføres av leger, og dette samsvarer også best med kommentarene i høringsnotatet. Vi anbefaler at den merkede setning om hvem som kan utføre obduksjon endres til:

*"En medisinsk obduksjon skal utføres av spesialist i patologi eller av lege under supervisjon av spesialist i patologi."*

Med hilsen

Den norske legeforening

Geir Riise  
Generalsekretær

Anne Kjersti Befring  
Direktør  
Jus og arbeidsliv

Saksbehandler: Aadel Heilemann

Dokumentet er godkjent elektronisk

