

### Moderne medicinsk teknologi:

#### Hvordan skal fremskridtets pris gøres op?

*Analysen af sundhedssektorens arbejdsform og lægernes brug af moderne medicinsk teknologi må ikke kun overlades til læger. Også jurister og økonomer bør gå ind i debatten. Lars Adam Rehof lægger ud med sine synspunkter.*

*Af Lars Adam Rehof*

I slutningen af 1984 afgav et udvalg sammensat af læger (4), jurister (3) og en farmaceut, nedsat under Indenrigsministeriet, en rapport om behovet for regulering af den moderne medicinske teknologi, det vil især sige anvendelse af gensplejsning, ægtransplantation, fosterundersøgelser og insemination. Et ubetvivleligt væsentligt emne, som hermed lægges frem til offentlig debat.

Rapporten kaldes »Fremskridtets pris«.

På baggrund af rapporten og den diskussion, som eventuelt følger i kølvandet på den, udarbejder indenrigsministeren i marts måned en redegørelse til Folketinget og planlægger at fremsætte lovforslag i løbet af efteråret 1985. Vi står altså ved afslutningen af første fase, og der kan allerede af den grund være anledning til at knytte et par bemærkninger til den fremlagte rapport og den sammenhæng, den må ses i.

Sundhedssektorens forhold påkalder sig i disse år interesse fra andre faggrupper end de umiddelbart berørte læger m.fl. Lad mig blot minde om den debat, som udspandt sig i forbindelse med offentliggørelsen af Indenrigsministeriets produktivitetsudvalgs betænkning, »Sygehusenes organisation og økonomi« (1984), hvor der for første gang tages skridt til at opstille kvantitative og til dels kvalitative mål for arbejdet (produktiviteten) i sygehusvæsenet.

Det kan ikke undre, at dette interessante forsøg på at indføre eksplicite økonomiske størrelser i lægearbejdet stødte på kraftige indsigelser fra Lægeforeningen. Det er imidlertid evident, at stigningstakten i ressourceforbruget må dæmpes, og at det ikke er muligt at prioritere på et rent lægeligt grundlag (1).

Aktindsigt i hospitalsjournaler, dvs. patienters adgang til at få kendskab til indholdet af deres »egen« journal, er et andet debateme i disse år. Lægeforeningens fagforeningsmæssigt begrundede modvilje imod at tillade patientindsigt fik sit udtryk i Betænkningen om offentlighedslovens revision, Bet. 857/1978, hvor der i betænkningens lovudkast er indarbejdet bestemmelser, som effektivt vil hindre patientindsigt i fremtiden.

På det seneste har der i dagspressen været forlydender om, at Lægeforeningen skulle have ændret synspunkt, men det er mig bekendt ikke reflekteret i lovforslaget.

Et tredje væsentligt område, som debatteres heftigt i disse år, er retssikkerheden inden for lægebehandlingen, især på områder, hvor læger også udøver mere eller mindre diskretionære beføjelser. Jeg tænker her på den psykiatriske sygehusfunktion og anvendelsen af tvangsindlæggelser, tvangstilbageholdelser og tvangsbehandling på grundlag af utilfredsstillende vage kriterier. Men jeg tænker også på den stigende erkendelse af, at det eksisterende klagesystem på sundhedsområdet er utilstrækkeligt for både lægerne og patienterne. Spørgsmålet om erstatning for fejlagtig lægebehandling tiltrænger også lovgivningsinitiativer på baggrund af den teoretiske analyse, som er blevet gennemført i de seneste år (2).

1) Således som det f.eks. er påpeget i Møller & Pedersen: »Hvorfor kan den offentlige sektor ikke styres«. Kbh. 1980. s.139ff.

2) Jf. bl.a Bo von Eybens analyse af de særlige problemer ved deltagelse i forsøg: »Erstatning for skader ved deltagelse i biomedicinske forsøg«. Forskningssekretariatet 1984.