

man kunne være leverandør til – nu henviser jeg så til hr. Hans Peter Baadsgaards indlæg – det falder simpelt hen væk, fordi det alene er at yde en slags hjælp til selvhjælp, der sker på det her område; det er ikke et faderskab, der bliver grundlagt.

Så er der flere, bl.a. hr. Bruno Jerup, der har været inde på muligheden for, at der kunne laves en udtømmende liste over de sygdomme, som man skulle have med i overvejelserne, når der skal laves præimplantationsdiagnostik.

Til det vil jeg godt for det første sige, at det jo ikke er sådan, at man kan lave en liste én gang for alle, for der vil være tale om, at der sker en udvikling, som man som videnskabsmand eller som læge er nødt til at forholde sig til.

Derfor er det efter min opfattelse helt afgørende, at man følger dette område meget, meget nøje. Jeg siger det også for at understrege, at i nogle tilfælde, hvor vi taler om alvorlige arvelige sygdomme – og hvor jeg er helt enig i, at det absolut skal begrænses til det – kan forekomsten jo være forskellig i forhold til den enkelte familie, sådan at det kan være alvorligt i den ene familie og ikke alvorligt i den anden.

Samtidig vil jeg også godt sige – og dér er jeg så ovre i revisionsparagraffen, men det har direkte adresse også til det, hr. Bruno Jerup var inde på – at det vil være helt oplagt, og det vil blive sat i værk, når loven er vedtaget, at der sker en registrering af alle kunstige befrugtninger. Det vil være sådan, at man helt nøje skal kunne give svar på: Hvem indgår i det? Hvor mange børn kommer der ud af det? Hvad var barnets fødselsvægt? Jeg nævner bare nogle eksempler – men sådan at vi simpelt hen får mere hold på, hvad det rent faktisk er.

Når jeg godt vil trække det frem her, er det ikke, fordi man har forsømt det hidtil, men først og fremmest, fordi det efter min opfattelse vil være vigtigt, at vi får en ajourført viden i forbindelse med denne revisionsparagraf.

For det andet er der så det med præimplantationsdiagnostikken. Også dér er det vigtigt – og det er så et svar til hr. Bruno Jerup – at der bliver lavet en liste over, hvilke sygdomme der skal undersøges for, så vi fuldstændig løbende er ajour med, hvad det er for nogle ting, som kommer ind under den paraply, tror jeg jeg vil kalde det, som vi taler om med præimplantationsdiagnostikken. Så på den måde vil vi til enhver tid være i stand til at give dækkende og ordentlige svar på det.

En tredje ting, som jeg også synes man skal være med til at opsamle viden om, er simpelt hen det arbejde og den aktivitet, der foregår i sædbankerne.

Endelig for det fjerde skal man selvfølgelig også have et generelt opsyn med den teknologiske udvikling.

Jeg kan godt nævne flere ting, men med de fire eksempler vil jeg godt sige: Lad os dog fastholde revisionsparagraffen, det med de to år. For om to år er der måske ting, der er mulige i dag, og som vi vil sige nej til, og hvor vi så har et nøje dokumenterbart materiale og samtidig også en lang række ting, som vi kan lade indgå i debatten, hvis vi til den tid vil sætte yderligere grænser. Så efter min opfattelse vil vi være dårligt tjent med at lade revisionsparagraffen udgå.

Så er der flere, der har været inde på spørgsmålet om sociale kriterier, og om det ikke er en mangel i forbindelse med dette lovforslag, at vi ikke har det med. Dér vil jeg godt henvise til det svar, jeg har givet Sundhedsudvalget. Det var svaret på spørgsmål 34. Af det fremgår det, at lægen skal foretage en nøje vurdering af kvindens samlede helbredstilstand. På baggrund af denne vurdering har lægen pligt til at informere kvinden om den risiko, der i det konkrete tilfælde må antages at være forbundet med svangerskabet, fødslen og fostrets eller barnets helbredstilstand. Lægens rådgivning skal være ærlig og fyldestgørende, det vil sige også medtage kvindens sociale situation, i det omfang det skønnes nødvendigt.

Hvor det vurderes, at der foreligger en øget helbredsrisiko for mor og barn, bør lægen fraråde etablering af graviditet og afslå at medvirke til reproduktionsfremmende behandling. Lægen kan anbefale kvinden at udskyde behandlingen til et senere tidspunkt, hvor de helbredsmæssige forudsætninger for en vellykket behandling er til stede.

Såfremt f.eks. en misbruger måtte ønske kunstig befrugtning, har lægen således pligt til ifølge lægeloven at lade patientens tilstand indgå i den samlede lægelige vurdering af behandlingsmulighederne i forhold til behandlingsresultatet, det vil sige graviditet, fødsel og barnets helbredsprognose. Lægen har i dette tilfælde pligt til at informere og vejlede patienten om disse forhold, herunder sikre sig, at patienten har forstået lægens information.

Når jeg godt vil give dette lange citat af svaret på spørgsmål 34, er det, fordi jeg reelt ikke mener, at man kan komme tættere på i forbin-