

i et forskningsprojekt, og den tankegang synes vi grundlæggende er god. Den er god, også fordi lovtæksten jo grundlæggende understreger, at de her to læger først og fremmest skal varetage forsøgspersonens interesser, at de skal være uafhængige af det konkrete forskningsprojekt og af den forsøgsansvarliges interesser. Det synes vi er vigtigt bliver slået fast, og det gør det så også højt og tydeligt.

Tilbage synes jeg jo, der er ret meget tvivl, især efter at have læst høringsvarene. Vi synes, de går noget i øst og vest. Der er nogle, der mener, at lovforslaget ligefrem er katastrofalt, fordi det begrænser forskningsmulighederne. Det siger ministeriet at det vil det ikke gøre, og i virkeligheden vil det ikke gøre meget hverken til eller fra.

Ikke desto mindre synes vi nok, der er brug for nogle flere svar, og at vi har brug for nogle mere præcise, kvalificerede svar om konsekvenserne: Hvilke forskningsprojekter, som ellers ville være godkendt i dag, mener ministeren f.eks. denne lovændring fremover vil hindre? Eller det modsatte?

Vi må have nogle eksempler for at kunne vurdere lovforslagets rækkevidde, og det handler ikke om at drive klapjagt på nogen som helst, men det handler egentlig om at blive klog på, hvor det rigtige snit er.

Så synes jeg også, man kunne savne en konkretisering af, hvad der egentlig er en akut situation. Det står der ikke meget om, men det er jo afgørende for, om man griber til den ene eller den anden procedure.

Så må jeg tilstå, at jeg nok ikke helt forstår, hvorfor man, jævnfør ministeriets svar i høringsrunden, fastholder den praktiserende læge som en del af godkendelsessystemet, når der er tale om ikkeakutte tilfælde.

Man kan jo sige, at det står i bemærkningerne. Der står højt og tydeligt: »Samtidig er det tvivlsomt, om den praktiserende læge har en bedre indsigt i de mulige konsekvenser af et klinisk forsøg med lægemidler, når forsøgspersonen er alvorligt syg og inhabil, end den læge, som er ansvarlig for behandlingen af forsøgspersonen på den specialafdeling, som forsøgspersonen er bragt til på sygehus, klinik m.v.«

Jeg synes i hvert fald, det er et svar, som for vores vedkommende rejser det spørgsmål: Hvem er den rette til at tage stilling til det her?

Så synes jeg, at en meget vigtig problemstilling er, om vi skal gå videre, sådan som ministeren lægger op til i lovforslaget, og give mulig-

hed for at forske med lægemidler i akutte situationer uden forudgående samtykke. Det synes vi nok er en ret stor mundfuld. Vi vil gerne skabe gode vilkår for forskningen, men det her er jo noget helt grundlæggende.

Lægeforeningen oplyser så, at EU-direktivet er implementeret meget forskelligt i andre EU-lande, bl.a. Tyskland, Holland, Belgien, Frankrig og Spanien, hvor man giver adgang til lægemiddelforsøg i akutte situationer uden forudgående samtykke.

Kl. 16.50

Men jeg synes, vi skal have rigtig solid grund under fødderne. Det er jo meget principielt: Man gør noget, og så beder man om tilgivelse bagefter, havde jeg nær sagt, men så beder man om samtykke bagefter.

Jeg synes måske også, det rejser det spørgsmål til den overordnede hensigtserklæring i lovforslaget, om det altid er hensynet til den enkelte, der går først. Hvordan kan man have det som hensigtserklæring og så samtidig gå ind for, at man kan gå i gang uden samtykke?

Der er ikke nogen nemme svar i det her, men jeg synes helt overordnet, at lovforslaget nok landede nogenlunde der, hvor vi også synes det er rigtigt, så vi er overordentlig positive.

**Fjerde næstformand (Niels Helveg Petersen):**  
Tak til ordføreren. Næste ordfører er hr. Kamal Qureshi.

**Kamal Qureshi (SF):**

Som flere af de andre ordførere også har været inde på, er det jo et svært område, vi bevæger os ind på. Man kan sige, at i mange af de tilfælde, hvor patienter er i en akut situation, det kan være alvorlige trafikuheld, det kan være blodprop i hjertet eller i hjernen, og hvor patienten ankommer bevidstløs til afdelingen, har man jo den generelle holdning, at man bare sætter en behandling i gang, fordi patienten er ved at dø. Al behandling er jo bedre end ingen behandling, og så kan man prøve sig frem.

I udlandet har man jo netop ved at kigge på de meget alvorligt syge akutte patienter prøvet at systematisere det på en måde, sådan at man lavede nogle forsøgsprotokoller og prøvede at finde ud af, hvordan man behandler de her meget, meget alvorligt syge patienter, sådan at overlevelsesandelen bliver højere, selv om overlevelsesandelen jo som udgangspunkt er meget lav for de her meget alvorligt syge patienter. Eksempelvis på hjerteafdelinger, hvor patienter