

Til

Det kongelige Helse- og omsorgsdepartementet

Høringssvar til «Forskrift om endringer i fastlegeforskriften (forskrift 29. august 2012 nr. 842 om fastlegeordningen i kommunene) og i forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen (forskrift 29. august 2012 nr. 843).

Fra Foreningen for Helsepersonells Reservasjonsmulighet - FHR, som er innbudt som høringsinstans.

Helse- og omsorgsdepartementet har levert et høringsnotat med tanke på en tilføyelse i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 tredje ledd. Tilføysen skal gi hjemmel til forskrifter om mulighet for fastleger til å reservere seg mot henvisning og behandling ved alvorlige samvittighetskonflikter knyttet til liv og død.

FHR takker for muligheten til å avgi en høringsuttalelse om reservasjonsordning for fastleger.

1. Hovedbudskap

HODs høringsnotat belyser problemstillingen på en hovedsaklig god måte og gir en balansert framstilling av legers behov for reservasjon veiet opp mot hensynet til pasientens rettigheter. Vi anerkjenner HODs vilje til å gi rom for etisk refleksjon og en praksis som ivaretar samvittigheten hos enkelte fastleger i etisk omstridte spørsmål som berører liv og død.

Debatten om fastlegers reservasjonsmulighet berører sentrale spørsmål omkring legerollen og yrkesutøvelsen vår. Den berører balansen mellom på den ene siden å være lojal mot oppgaver som blir pålagt oss fra myndighetene, og på den andre siden bevare vår mulighet til selv å reflektere over vår virksomhet og kunne handle i tråd med det. Saken er ofte framstilt som en motsetning mellom pasientrettigheter og legens samvittighet. Vi mener dette er en konstruert motsetning da det ikke kan dokumenteres eller sannsynliggjøres at en reservasjonspraksis, slik den har fungert, har truet pasientrettigheter.

Vi har alle noen grenser, og alle leger vil kunne havne i en situasjon der myndighetene krever tjenester av oss som vår legeetikk ikke tillater oss å levere. Euthanasi kan bli en pasientrettighet, og mange leger vil møte en grense i seg selv der. Ikke å legge til rette for reservasjonsmulighet vil gi et signal om at eget skjønn og refleksjon ikke er tillatt hvis en kommer til en annen konklusjon enn oppdragsgiver. Reservasjonsdebatten har dreid seg mye om abort, men det er også andre aktuelle behandlingsformer som kan oppleves som etisk omstridt med godt underbygget argumentasjon. Vi er enig i at euthanasi kan sidestilles med abort når det gjelder behov for reservasjonsmulighet for leger. Vi mener imidlertid at HODs høringsnotat mangler en mere prinsipiell tankegang som kunne bunne ut i generelle, prinsipielle kriterier i møte med reservasjonsbehov både i nåtid og framtid.

Her har vi etter vårt skjønn et grundig gjennomarbeidet verktøy utarbeidet av stipendiat i medisinsk etikk Morten Magelssen og publisert i Tidsskriftet for Den norske legeforening 2012 og International Journal of Medical ethics 2011.

1. Å yte helsehjelpen vil skade legens moralske integritet ved å
 - utgjøre en alvorlig krenkelse...
 - ... av en dyp overbevisning
2. Reservasjonsønsket har et plausibelt religiøst eller moralsk rasjonale.
3. Helsehjelpen ikke anses som en helt sentral del av legens arbeidsoppgaver.
4. Byrdene for pasienten er på et akseptabelt lavt nivå.
 - Pasientens tilstand ikke er livstruende.
 - Reservasjonen ikke fører til at pasienten ikke får helsehjelpen, eller til uakseptable tidstap eller utgifter.
 - Legen har forsøkt aktivt å minimere byrdene for pasienten.
5. Byrdene for kolleger og arbeidsgivere er på et akseptabelt lavt nivå.

I tillegg styrkes reservasjonsønsket hvis:

6. Reservasjonsønsket er fundert i sentrale medisinske normer
7. Den aktuelle helsehjelpen er ny eller spesielt moralsk omstridt

I et flerkulturelt og pluralistisk samfunn er det viktig å behandle dette grundig og prinsipielt slik at det ikke blir den til en hver tid folkelige og politisk korrekte oppfatningen av hva som er et akseptabelt reservasjonsønske som legges til grunn.

2. Internasjonale føringer

Europarådet i sin Resolusjon 1763/2010 og World Medical Association, som organiserer legeforeninger i over 80 land, har begge tatt samvittighetsfrihet og reservasjonsadgang på stort alvor. De har entydig uttalt at helsepersonell må kunne reservere seg i etisk omstridte saker, gitt at pasientrettigheter ivaretas.

3. Rettighetstenkning

Vi lever i en tid der rettighetstenkning står sterkt. Det rår også en forestilling om at disse rettighetene skal oppfylles med minst mulig smerte. Den tanken er umulig. Det vil av og til være kunne være smertefulle møter mellom lege og pasient, ellers gjør ikke legen jobben sin. I dette ligger en beskyttelse av pasient, lege og samfunnsverdier.

At leger ved en skånsom reservasjonspraksis lar en kollega ta seg av henvisningen, innebærer ikke automatisk en belastning eller krenkelse av pasienten. Noen kvinner kan nok oppleve dette vanskelig. Hvor utbredt denne opplevelsen er, er ikke dokumentert, men noe vet vi. På ca. 600.000 abortprosesser siden abortloven ble innført i 1978 foreligger det kun tre kjente klager på fastlegers godkjente reservasjonspraksis.

En samtale med en abortsøkende pasient bør alltid være preget av åpenhet og respekt for kvinnens situasjon og valg. Ikke selv å kunne bidra med henvisningen, rokker ikke ved dette. I media hører vi historier om pasienter som har følt seg krenket av reservasjonsleger, men kanskje flere historier om krenkede pasienter som har følt seg presset til å ta abort. Evnen og kunnskapen om god og respektfull kommunikasjon i en abortsamtale vil sannsynligvis variere både blant reservasjonsleger og leger som ikke reserverer seg. Vi vil hevde at reservasjonsleger, med sitt alvorsfulle utgangspunkt, vil være minst like godt egnet til å ha en abortsamtale som andre leger. Vi vet at mange kvinner med uønsket svangerskap er i tvil om hva de skal gjøre. At legen evner å fange opp denne tvilen og gi informasjon og støtte til kvinnen slik at hun kan fatte håp om å kunne klare sin situasjon, er avgjørende for mange kvinner i en sårbar situasjon.

Samtidig som reservasjonslegene ønsker å bidra til åpenhet rundt vår reservasjonspraksis, vil vi understreke at reservasjonsleger aldri har ønsket å reservere seg fra å ha samtale med abortsøkende kvinner. Vi ønsker å vise omsorg for alle våre pasienter, også de abortsøkende. Å legge opp til en ordning der abortsøkende kvinner skal sluses forbi og "skånes" for sin fastlege bygger etter vårt syn på et betenkelig fordomsfullt syn på reservasjonslegene. Hvilke leger pasientene med en slik tankegang bør "skånes" for vil være bestemt av den enkeltes abortsyn.

Det er hevdet at legers adgang til å reservere seg undergraver abortloven. Den har aldri vært så lite truet som nå, i takt med utviklingen av verdisyn i samfunnet. Det er langt flere fastleger tilgjengelig og prosentvis langt færre av dem som reserverer seg nå enn tidligere.

Reservasjonsadgang fratar ingen lovmessige rettigheter, det dreier seg om hvordan disse rettighetene ivaretas. Vi vil også peke på at i spørsmålet om abort dreier det seg ikke om helsehjelp i vanlig forstand, da det sjelden er medisinsk indikasjon for provosert abort. Det handler om en pasientrettighet samfunnet har vedtatt, og pålagt legene å utføre. Da det dreier seg om å ta liv, vil det være svært urimelig å forvente at det i en stor gruppe som fastlegene skulle være bare ett syn på hvordan en skulle forholde seg som lege til dette.

Kjernen i reservasjonssaken er balansepunktet mellom å bevare helsepersonellens etiske integritet og beredskap samtidig som pasientenes krav om et mest mulig friksjonsløst møte med en rettighet ivaretaes best mulig.

En kvinne vil møte fastlegen sin på langt flere arenaer enn i spørsmål om abort. Med tanke på de medisinsk-etiske utfordringer vi står overfor i framtiden, representerer en reservasjonsadgang en betydelig større verdi for pasient, samfunn og demokrati enn den mulige belastningen denne medfører for enkelte.

4. Kommentarer til HODs forslag til praktisks reservasjonsløsning.

Våre kommentarer er todelt:

4.1. Kommentarer til forslagene i HODs høringsnotat.

4.2. Konklusjon og FHRs forslag til en enklere løsning av spørsmålet om reservasjonsadgang.

4.1.

- Avtale med kommunen.

HOD foreslår at kommunene får adgang til å inngå avtaler med fastleger om at disse kan reservere seg av samvittighetsgrunner mot å henvise til abort hvis det er tilstrekkelig dekning av andre leger som kan henvise. Vi leser notatet slik at det kun er mangel på dekning av andre leger i nærheten som kan tilsi at det ikke skal gis reservasjonsmulighet. Dette bør imidlertid tydeliggjøres slik at det ikke blir det enkelte kommunestyres syn på reservasjonspraksis som blir utslagsgivende.

-Avtale med kollega.

HOD foreslår at reservasjonslegen må ha skriftlig avtale med kollega og kollegaen må gi time senest dagen etter kontakten med reservasjonslegen. De fleste reservasjonsleger har i dag en avtale med en eller flere kollegaer som kan ta abortsøknader for dem. Dette vil i de fleste tilfeller bety at pasienten ved timebestilling settes opp hos kollegaen som det er gjort avtale med eller velger å ta direkte kontakt med sykehuset etter informasjon om dette alternativet. Kvinnene loses derfor oftest forbi reservasjonslegen, og vil derfor ikke oppleve noen forsinkelser eller noe snakk om legens reservasjonsgrunner. Hvis kvinnen allikevel ønsker en time hos reservasjonslegen, får hun selvfølgelig det. Mange reservasjonsleger opplever disse samtalene dypt meningsfulle. Vi vet at mange kvinner som er uønsket gravid kjenner på tvil iforhold til valget om hun skal beholde barnet eller ikke. Det er ingen grunn til å tro at reservasjonslegene vil ha noen andre idealer for god kommunikasjon eller være mindre respektfulle enn sine kollegaer som ikke reserverer seg. HODs antakelse om at det er best for kvinnen ikke å møte en reservasjonslege, vil vi derfor hevde er ubegrunnet.

Hvis kvinnen ikke frambringer sitt abortønske ved timebestilling, men først på reservasjonslegens kontor, er det viktig at legen informerer med en gang om at legen ikke kan henvise. Kvinnen kan da få valget om hun vil ha en samtale med legen og deretter ta direkte kontakt på sykehuset eller få en ny time hos kollegaen som henviser.

Noen leger som ikke henviser til abort, praktiserer en ordning der reservasjonslegen har en samtale med pasienten, som så får med seg en utskrift av dagens notat som hun bringer med til en time hun selv bestiller på sykehuset. Dette bør det etter vår mening også åpnes for som en god løsning.

-Hensynet til fastlegeordningen.

Fastlegen har ansvar for alle allmennlegeoppgaver for pasientene på dennes liste. Noen mener en reservasjonsmulighet vil uthule dette ansvaret og dermed fastlegeordningen. Dette er vi uenig i av flere grunner. Reservasjonslegene sørger for en praktisk tilrettelegging slik at pasienten får hjelp av en annen lege. Dette skjer også ofte på andre områder leger imellom. F.eks. tar mange kvinnelige fastleger endel gynekologi for mannlige kollegaer, uten at en da snakker om uthuling av ordningen. Det er også viktig å huske på omfanget av dette. Når det gjelder abort, vil i gjennomsnitt hver fastlege ha 1-2 slike konsultasjoner i året, tatt i betraktning at en stor andel av pasientene går direkte til sykehus eller får henvisning fra annet hold. Abort er også, som tidligere nevnt, vanligvis ingen medisinsk behandling i vanlig forstand. Det vil derfor alltid være et spørsmål om det er riktig å gjøre det til en plikt for en stor legegruppe som fastlegene å bidra i abortprosesser. Det ville etter vårt syn være rart og bekymringsfullt om alle fastleger gikk i flokk i et så stort etisk dilemma.

- Reservasjonslegens ansvar.

Vi mener det er akseptabelt at reservasjonslegen pålegges et ansvar for å dokumentere kollegaavtale og informere sin pasienter. At ny time hos kollega skal sikres innen dagen etter kan i praksis være vanskelig alltid å få til. Vi mener fristen bør gjøres noe lenger der det er mulig i forhold til svangerskapets varighet, f. eks tre dager. Da et abortvalg er et stort valg, mener vi det ikke er en ulempe for pasienten å vente tre dager. I en situasjon der abort er aktuelt, er det heller ikke uvanlig å ta pasienten til mer enn en samtale. En aborthenvisning kan ikke forhåndsprioriteres foran andre medisinske problemstillinger.

Samtidig med at vi aksepterer at fastlegen pålegges et ansvar for kollegaavtale og informasjon, vil vi påpeke at dette ikke i utgangspunktet er selvsagt. Som tidligere anført er abort vanligvis ikke en medisinsk behandling på linje med annen helsehjelp. Det dreier seg om en pasientrettighet samfunnet har pålagt legestanden å iverksette. Historisk er dette nytt, og det burde derfor i utgangspunktet fortsatt primært være et kommunalt ansvar å opplyse pasientene om, og sørge for, at alle pasienter får sine lovfestede rettigheter innfridd. I tillegg kan vi se behovet for at NAVs fastlegeliste har en anmerkning om reservasjon hos legen, samt at legen legger ut informasjon på legens kontor samt eventuelle hjemmeside.

4.2. Konklusjon og FHRs forslag til en enklere løsning av spørsmålet om reservasjonsadgang.

HODs forslag til reservasjonsordning er i sin hovedintensjon god, helt i tråd med internasjonale føringer. Vi finner det imidlertid uakseptabelt at den overføres til kommunalt nivå for politisk behandling og aksept. Vi mener også at HODs forslag til reservasjonsordning ikke ivaretar andre godt underbygde reservasjonsgrunner i nåtid, og at det heller ikke bærer i seg noe verktøy for å møte andre framtidige etiske utfordringer enn eutanasi. Det bør jobbes mere med generelle, prinsipielle reservasjonskriterier som et hvert reservasjonsønske prøves mot, og vi har foreslått slike.

Detaljnivået i ordningen i forhold til legens plikter er for stort og reduserer ordningens gjennomførbarhet.

HODs forslag legger opp til en relativt krevende byråkratisering og ustabilitet i den praktiske gjennomføringen av ordningen. Vi vil hevde at urimelig mye er lagt over på den enkelte reserverende fastlege.

Vi vil derfor komme med et annet forslag til praktisk løsning, basert på vedtaket i DNLF's Landsstyremøte fra 2013 og bygget på forslag i kronikk i Aftenposten primo april 2014 av tidligere ledere i Norsk Gynekologisk Forening Rolf Kirschner og Bjørn Bache. Forslaget innebærer å fjerne henvisningsplikten ved abortinngrep. (Vi skrev vårt hørings svar før det ble kjent at regjeringen vil skrinlegge forslaget i høringsnotatet, men det synes som hovedlinjene i regjeringens nye forslag kan være i tråd med vårt forslag.)

FHR mener at alvorlige samvittighetsgrunner knyttet til liv og død og etter nærmere definisjonskriterier gir grunnlag for at leger gis reservasjonsmulighet for deltakelse i henvisning og behandling.

Legers reservasjonsmulighet skal ikke være til hinder for befolkningens lovbestemte rettigheter, og pasientene skal alltid møtes med forståelse og respekt, og gis adekvat informasjon.

Reservasjon ved henvisning til etisk omstridt behandling som pasienten har en lovfestet rett til og som berører liv - dødsspørsmål, kan gjøres mulig ved at henvisningsplikten fjernes.

Alle leger må kunne ta i mot pasienten til samtale og nødvendig undersøkelse slik at journalnotat kan føres. Deretter kan legen som ønsker å reservere seg enten la pasienten selv ta direkte kontakt med aktuell sykehusavdeling og få med seg journalnotat og kontaktinformasjon til sykehusavdeling, eller henvise pasienten til rådgivning ved aktuelle sykehusavdeling.

Krav om registrering som reservasjonslege bør med en slik løsning derfor utgå.

Denne løsningen tydeliggjør det etiske dilemma, betydningen av å ivareta menneskerettigheter i form av samvittighetsfrihet og dermed helsearbeideres etiske integritet og -beredskap. Samtidig ivaretar den pasientrettigheter på et lavt friksjonsnivå, innbyr til god logistikk, og eliminerer unødvendig byråkratisering.

Bergen 22.4.2014

FHR (Foreningen for Helsepersonells Reservasjonsmulighet)

Eilif Haaland(sign), leder, fastlege i Bergen

Gunhild Felde (sign), fastlege i Bergen