
Fra: Frode Martin Steinset [mailto:frode.steinset@icloud.com]

Sendt: 10. mars 2014 17:07

Til: Postmottak HOD

Emne: Høring – reservasjonsordning for fastleger

Jeg tillater meg å sende høringsuttalelsen fra HumanEtisk Forbund som min høringsuttalelse i saken om reservasjonsordning for leger.

Det er med STOR uro jeg registrerer at regjeringen åpner for at legers egne overbevisninger skal settes over pasienters interesser. Denne gangen er det spørsmålet om abort. Hvis det er greit for leger å reservere seg mot denne pasientgruppen, hva med andre lidelser? Hva med behandling av kriminelle? bør en kunne reservere seg mot å henvise en drapsmann til spesialist? Eller en pasient som har selvpåførte lidelser - f.eks. Kols etter storrøyking? Eller er det KrF som skal definere hvilke samvittighetsgrunner som er "verdige"? Jeg bare spør.

Mvh

Frode Steinset

Østmoveien 38

3510 Hønefoss

Høring – reservasjonsordning for fastleger

Human-Etisk Forbund takker for anledningen til å uttale seg i det forbundet anser som en viktig prinsipiell sak, med praktiske konsekvenser for kvinner i en sårbar situasjon.

Hva saken i realiteten handler om

Den historiske gjennomgangen i høringsnotatet viser med all mulig tydelighet, at det er kvinner og kvinners reproduktive helse enkelte leger har samvittighetskvaler i forhold til. Det er særlig retten til selvbestemt abort som utfordres.

Human-Etisk Forbund er svært kritisk til å åpne for en mulighet for fastleger til å reservere seg mot deler av de oppgavene legen har inngått avtale om og får betalt for. For oss er det viktig å sikre et helsevesen som møter alle sine pasienter med respekt for den enkeltes autonomi.

Fastlegens egne holdninger, religion eller samvittighet er strengt tatt irrelevant, i og med at det er den enkelte pasient som har myndighet til å foreta valg når det gjelder reproduktiv helse.

Etter å ha gjennomgått høringsnotatet, er vi ikke mindre kritiske. Human-Etisk Forbund finner at saken er mangelfullt utredet. Særlig tar man lett på hensynet til de abortsøkende kvinnene og de merbelastninger ordningen vil påføre dem.

Høringsnotatet og de rutiner som foreslås tar i liten grad innover seg situasjonen i vårt langstrakte land. Det er langt fra alle steder man kan få en legetime på dagen, eller det finnes flere leger å velge mellom. Flere av tiltakene som foreslås vil også raskt signalisere at det er abort det er snakk om, og dermed vil kvinnens personvern være svekket.

Human-Etisk Forbund ser det opplegget som skisseres som en statlig ansvarsfraskrivelse når man skyver praktiseringen av en lite gjennomtenkt og uklar ordning over på kommunene. Samtidig ser vi paradoksalt nok lokal vetorett som en mulig vei utenom den politiske hestehandel som ligger bak forslaget. Det er uansett statens ansvar å sikre en likeverdig tilgang på helsetjenester uavhengig av geografiske eller andre forhold. Human-Etisk Forbund kan ikke se hvordan staten kan garantere dette med den foreslåtte ordningen.

Human-Etisk Forbund er bekymret over at det ikke har lyktes Helse- og omsorgs-departementet å få en samlet oversikt over dagens situasjon, ved at bare om lag halvparten av landets kommuner har funnet det bryet verd å svare på henvendelsen om dette. Det lover ikke godt for muligheten til å sikre at alle landets kvinner får den hjelpen de har rett til.

Human-Etisk Forbund advarer sterkt mot å gjennomføre de endringene i lov og forskrifter det legges opp til. Gjør man det likevel, må det som et absolutt minimum, etableres en ordning der man på en enkel måte kan klage og rapportere brudd på pasientrettigheter der leger reserverer seg.

I det følgende kommenteres det Human-Etisk Forbund ser som sentrale punkter i saken og deretter noen av enkelthetene i høringsnotatet og forslaget til utforming av ordningen:

- Gjeldende reservasjonsrett
- Fastlegen som førstelinjetjeneste
- Rolleforståelse og yrkesetikk
- Kartlegging av reservasjonspraksis
- En kommentar til menneskerettsdrøftingen i høringsnotatet
- Reservasjonsrett vs – mulighet
- En kommentar om koblingen til aktiv dødshjelp
- Hensynet til pasienten er mangelfullt utredet
- Kommentarer til andre forhold i forslaget
- Kommunene vil få et merarbeid og avtalerettslige utfordringer
- Avsluttende kommentarer og konklusjon
- Konkret forslag til endring i § 5, andre ledd i forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen (29.08.12, forskrift nr 843)

Gjeldende reservasjonsrett

Human-Etisk Forbund støtter dagens abortlov. Samtidig tar forbundet tungtveiende samvittighetskonflikter på alvor, og vil derfor forsvare den reservasjonsretten som er nedfelt i § 14 i abortloven og tilhørende forskrifts § 15. For å kunne forsvare denne retten, er det avgjørende viktig at kvinners rett til likeverdig helsehjelp er sikret.

Dette er i dag sikret i spesialisthelsetjenesten gjennom at helseforetakene og sykehuseier har et klart definert ansvar for å sikre at tilgangen til abortinngrep er ivaretatt til enhver tid.

Adgangen til å reservere seg i spesialisthelsetjenesten begrenser seg til å utføre eller assistere ved selve abortinngrepet. Det er ikke adgang til å reservere seg mot å ta imot, skrive journal, klargjøre, stelle og pleie pasienten under oppholdet. Det er heller ikke adgang til å reservere seg mot å henvise pasienten til abort og andre oppgaver etter abortlovens §§ 5 og 6.

Bestemmelsene i lovens § 14 og forskriftens § 15 åpner ikke for at leger i det offentlige helsevesen for øvrig har noen adgang til å reservere seg mot å henvise pasienter videre.

Da Stortinget fattet sitt anmodningsvedtak nr 614 i kjølvannet av ny ekteskapslov, gjaldt dette tilsvarende bare å utføre og assistere ved assistert befruktning, ikke mot å henvise.

Det er en avgjørende viktig forskjell på det å bli pålagt å utføre eller bistå ved et inngrep man selv har tungtveiende etiske motforestillinger mot, og det å henvise en pasient man har ansvaret for til en behandling vedkommende selv har besluttet seg til å få utført.

Dette mener Human-Etisk Forbund fortsatt er en avgrensning som står seg og ivaretar balansen mellom ulike hensyn. Denne grenseoppgangen har fungert i over 35 år, og samtidig ivaretatt kvinners rett til å få utført selvbestemt abort.

Fastlegen som førstelinjetjeneste

Når det gjelder den ikke lov- eller forskriftshjemlede praksis som har utviklet seg i noen kommuner der fastleger har ønsket å reservere seg mot ulike oppgaver knyttet til kvinners reproduktive helse, og også å henvise videre til helsehjelp, støtter Human-Etisk Forbund den oppryddingen som munnet ut i rundskriv I-4/ 2011: *«Allmennleger og fastleger tilknyttet den kommunale helse- og omsorgstjenesten har i dag ingen lov- eller forskriftsfestet rett til å reservere seg av samvittighetsgrunner. Dette gjelder for eksempel oppgaver knyttet til prevensjon og familieplanlegging samt henvisning til assistert befruktning eller abort.»*

Det skilles mellom allmennleger og fastleger med kommunal avtale: *«..Med fastlege menes lege som har inngått avtale med en kommune om deltakelse i fastlegeordningen, jf fastlegeforskriften § 2. Når det gjelder fastleger, uavhengig av om de er selvstendige næringsdrivende eller ikke, er det ikke hjemmel for kommunen til å frita legen for oppgaver som er pålagt ved lov eller forskrift. Fastlegens listeansvar følger av fastlegeforskriften § 7, der det fremgår blant annet at «fastlegen skal ha ansvaret for allmennlegetilbudet til personer på sin liste innen de rammer som gjelder for fastlegeordningen i lov, forskrift og sentral avtale.» Listeansvaret omfatter også «henvisning til andre helsetjenester etter behov.», jf merknadene til forskriftsbestemmelsen. Med andre ord, er det pasientens behov for henvisning som er styrende for fastlegen. Bestemmelsen gir ikke en rett for fastlegen til å nekte eller unnlate å henvise pasienten videre av andre grunner enn at pasienten ikke har behov for en videre henvisning.»*

Fastlegens ansvar for å henvise pasienter er ytterligere presisert i forbindelse med den nye fastlegeforskriften (§ 24). Det er vanskelig å se det rimelige i at leger som frivillig inngår en avtale om å ivareta alle pasienter på sin liste, skal kunne velge bort deler av sine oppgaver.

Fastlegeordningen er et offentlig tiltak for å sikre et likeverdig helsetilbud over hele landet. I fastlegens avtale ligger et ansvar for å sørge for at hver pasient får nødvendig helsehjelp. Når det gjelder abort, er fastlegens oppgave å ligne med de oppgaver det ikke er anledning til å reservere seg mot i spesialisthelsetjenesten. Human-Etisk Forbund kan ikke se noen god grunn til at leger i primærhelsetjenesten skal ha en utvidet adgang til å reservere seg, verken i forhold til andre yrkesgrupper i primærhelsetjenesten, eller i forhold til spesialisttjenesten.

Ved å innføre et helt nytt prinsipp, nemlig adgang fra å reservere seg fra å henvise videre, for fastleger som allerede er fast ansatt, risikerer man en svært uoversiktlig situasjon, og vanskelige arbeidsrettslige situasjoner.

Vi kan ikke se at staten kan garantere kvinners rett til likeverdig behandling, om det åpnes for den foreslåtte adgang til å reservere seg i førstelinjetjenesten i helsevesenet.

Rolleforståelse og yrkesetikk

Human-Etisk Forbund er enige med departementet i at *«det er verdifullt for samfunnet at fastleger har høy etisk bevissthet og reflekterer over etiske spørsmål.»* Det er imidlertid på sin plass å slå fast at leger som ivaretar sine pasienter i tråd med norsk lov og pasientenes egne etiske overveielser, selvsagt kan ha minst like høy etisk bevissthet som leger som setter sin egen samvittighet foran respekt for pasientens valg.

Det er da også full adgang for fastleger, så vel som alle andre borgere å delta i den offentlige debatt, og også å arbeide for endringer av lover og politikk på helseområdet. Human-Etisk Forbund er imidlertid helt enig med Bent Høies tidligere presisering: *«Kampen mot abort kan tas i det åpne rom, ikke på legekontoet»*. Det vil være misbruk av legens autoritet og yrkesrolle om legen vektla sin egen overbevisning i møte med den enkelte pasient.

Det samme gjelder om man er uenig i norsk ekteskapslov som likestiller likekjønnede og ulikekjønnede par: Er man uenig i dette, er det legitimt å hevde sine synspunkter og å arbeide for endring av lovverket. Men man kan ikke gjøre det ved å diskriminere pasienter i sin yrkesutøvelse som offentlig ansatt fastlege.

Det er vanskelig å se begrunnelsen for at en lege skal kunne tillates å overprøve sine listepasienters etiske og helsemessige vurderinger. Legens egne etiske vurderinger bør være styrende for vedkommendes eget liv, men kan rimeligvis ikke ha noen betydning for hans eller hennes pasienters valg. Andre yrkesgrupper kan ikke reservere seg mot å utføre oppgaver, som å gjennomføre lovvedtak de er uenige i, uten sanksjoner.

Kartlegging av reservasjonspraksis

Punkt 2.4, s 5 i høringsnotatet gir grunn til bekymring: *«Det er mange kommuner som ikke svarte på undersøkelsen. Den er derfor ikke komplett, men gir et visst inntrykk av omfanget av slike avtaler.»*

Det er bare om lag halvparten av landets kommuner som har tatt seg bryet med å svare på Helsedirektoratets henvendelse for å kartlegge omfanget av reservasjoner. Det at man ikke en gang klarer å kartlegge omfanget av ikke lovhjemlede reservasjoner i helsevesenets førstelinjetjeneste, burde ha vært et alvorlig varsko om det kaos man risikerer ved å innføre en prinsipielt ny og uklar «reservasjonsmulighet» og overlate til den enkelte kommune å administrere den. Det faktum at flere kommuner ikke ryddet opp etter klargjøringen i 2011, og at enkelte kommuner ikke klarer å sikre kvinner plass på lister hos fastleger som henviser til abort, viser at å trumfe gjennom forslaget, er et risikoprojekt.

Uten å problematisere de manglende svarene, gjentas det bare i høringsnotatet at det er fylkesmennene som skal føre tilsyn med hvordan kommunene oppfyller sine forpliktelser og herunder praktiseringen av fastlegers reservasjonsordning. Det pekes på adgangen til å gi pålegg

om å rette forholdene dersom pasientene ikke ivaretas på en forsvarlig måte. Det hjelper imidlertid lite, om ikke brudd og problemer blir rapportert.

I tillegg til å være bekymret over manglende innrapportering, er Human-Etisk Forbund bekymret fordi brudd på pasientrettigheter uansett først vil bli oppdaget i ettertid. Da vil uretten allerede være begått overfor den enkelte pasient.

En kommentar til menneskerettighetsdrøftingen i høringsnotatet

Human-Etisk Forbund er ikke enige med departementet i at: *«Å pålegge en lege å henvise til abort eller assistert befruktning dersom det strider mot legens overbevisning, må regnes som en begrensning i samvittighets- og religionsfriheten.»* Det er norsk lov og kvinnens eget autonome valg som leder fram til det aktuelle inngrep. Legen har ingen myndighet her og kan ikke påberope seg å være part i noen samvittighetskonflikt.

Den gjeldende reservasjonsretten i abortloven, sikrer legers samvittighetsfrihet i situasjonen der det er rimelig å påberope seg alvorlig samvittighetskonflikt. Å utvide denne retten/muligheten til også å gjelde henvisning, er å trekke konvensjonsbestemmelsene urimelig langt på bekostning av andre ikke mindre tungtveiende hensyn.

Fastlegens religionsfrihet er i streng forstand ivaretatt ved at han eller hun selv kan unnlate å benytte seg av abort, spiral eller assistert befruktning. Men legens religiøse overbevisning kan ikke brukes til å begrense andre mennesker som hans eller hennes pasienters valg i forhold til helsehjelp de har adgang til etter norsk lov. Fastlegekontoret kan og skal ikke være legens arena for å «gi uttrykk for sin religion eller overbevisning, ved tilbedelse, undervisning, praksis og etterlevelse.» Det ville umuliggjøre kvinners rett til ikke-diskriminerende helsehjelp så vel som statens mulighet til å sikre likhet for loven.

Drøftingen kunne strengt tatt stoppet her.

Men også begrensningen i 18.2 gir staten støtte i å begrense reservasjonsretten til å handle om å reservere seg mot å delta i selve inngrepet: *«2. Frihet til å gi uttrykk for sin religion eller overbevisning skal bare bli undergitt slike begrensninger som er foreskrevet ved lov og er nødvendige i et demokratisk samfunn av hensyn til den offentlige trygghet, for å beskytte den offentlige roen, helse eller moral, eller for å beskytte andres rettigheter og friheter.»*

Norge som konvensjonspart, har ved lov og forskrift sikret reservasjonsrett der det er behov for den: Adgangen til å reservere seg mot å utføre eller bistå ved abortinngrep. Så vidt kjenner Human-Etisk Forbund til, har aldri denne avgrensningen utløst noen form for kritikk fra FN-systemet. Fastlegens oppgaver i forhold til en abortsøkende, er tilsvarende de oppgaver det ikke er adgang til å reservere seg mot i sykehus. Det er derfor ikke rimelig å påberope seg religionsfrihet for å nekte å utføre alle oppgavene som ligger i en frivillig inngått avtale.

Staten er like forpliktet på Kvinnekonvensjonen som på Konvensjonen om sivile og politiske rettigheter. Alle skal ha samme tilgang til helsetjenester uten diskriminering på grunn av kjønn eller seksuell orientering. Kvinnekonvensjonen artikkel 12, pkt 2 slår fast at staten skal treffe alle tiltak som er nødvendige for å avskaffe diskriminering av kvinner på helseområdet, for å sikre tilgang på helsetjenester, herunder hjelp til familieplanlegging, på grunnlag av likestilling mellom kvinner og menn.

Å utvide den eksisterende reservasjonsretten til en høyst uklar reservasjonsmulighet i førstelinjetjenesten, er et risikoprojekt når det gjelder kvinners rettigheter i en sårbar situasjon.

Reservasjonsrett vs mulighet

«Med alvorlige samvittighetskonflikter knyttet til liv og død, menes først og fremst abort. Hjemmelen vil imidlertid også omfatte forskrifter om reservasjon mot aktiv dødshjelp dersom dette skulle bli tillatt. Hjemmelen skal ikke omfatte forskrivning eller innsetting av prevensjon eller henvisning til assistert befruktning.»

Vi ser flere problemer med tilnærmingen her. For det første signaliseres det flere, gjensidig motstridende tolkningsmuligheter her. Mener departementet å avgrense en reservasjonsmulighet til henvisning til abort? Formuleringen «først og fremst» antyder at adgangen kan være bredere.

Drøftingen burde ha tatt utgangspunkt i grenseoppgangen i den eksisterende reservasjonsretten. Departementet drøfter ikke hva som berettiger at det innføres et nytt prinsipp: mulighet til å reservere seg mot å henvise videre til helsehjelp pasienten selv har myndighet til å fatte beslutning om og har rett til etter norsk lov.

Videre drøftes forholdet mellom rett og mulighet i liten grad: Dersom staten virkelig skulle anerkjenne at henvisning til abort kan utløse en alvorlig samvittighetskonflikt, vil neppe en mer eller mindre praktikabel mulighet til å reservere seg, løse dette moralske dilemmaet.

Som vi kjenner til fra debatten, er det enkelte leger som mener at bruk av kobberspiral, kan utløse abort. For dem oppfattes dette med andre ord som et spørsmål om «liv og død». Om departementet først åpner for en subjektiv vurdering av hva som utgjør alvorlige samvittighetskonflikter, er det ikke gitt at grensen lokalt vil bli satt ved henvisning til abort.

Departementet anviser heller ingen framgangsmåte kommunene kan benytte seg av overfor de som i dag mener å ha aksept for å nekte henvisning ikke bare til abort, men også til assistert befruktning eller sågar hjelp til å forhindre uønskede svangerskap.

En kommentar om koblingen til aktiv dødshjelp

Human-Etisk Forbund ser det som utidig nærmest i en bisetning å blande aktiv dødshjelp inn i forslaget til ny forskrift. Dette er noe som ikke er tillatt i Norge i dag, og omfang og utforming av en eventuell reservasjonsrett ville kreve en seriøs og grundig drøfting, dersom det skulle bli aktuell politikk. Alle eksempler og debatten så langt, viser at kampanjen for å innføre reservasjonsadgang for fastleger, handler om forhold knyttet til kvinners reproduktive helse. Human-Etisk Forbund vil sterkt anbefale departementet om å stryke formuleringen om aktiv dødshjelp.

Hensynet til pasienten er mangelfullt utredet

Departementet presiserer at den enkelte leges mulighet til reservasjon, ikke må innebære en urimelig ulempe for den aktuelle kvinnen. Men ordningen i seg selv vil kreve en langt større egen innsats av den enkelte kvinne ved at hun til enhver tid må holde seg oppdatert på hvilke leger som har reservert seg, og hvor det er åpne alternative lister. Kravet til å skaffe seg oversikt og holde seg oppdatert vil være langt mer krevende å ivareta enn i dag, og mer omfattende enn for andre pasienter. I tillegg vil det være i særlig sårbare situasjoner med knapp tid til å områ seg,

at ordningen vil få betydning for den enkelte kvinne hvis hun ikke har vært forutseende nok til å bytte lege i god tid før et uønsket svangerskap.

En utvidet adgang til å skifte fastlege, eller en rett til konsultasjon hos en annen lege, vil uansett innebære en ekstrabelastning for en kvinne som må forholde seg til en ukjent lege i en situasjon hvor man nettopp er avhengig av den tillit som er etablert mellom pasient og lege gjennom fastlegeordningen. Det er grunn nok til å oppfatte ordningen som urimelig i forhold til pasientene.

Et raskt blick på Minfastlege.no viser at det er flere byer og tettsteder der det ikke er ledige fastleger å oppdrive. Å bytte fastlege er ikke mulig på disse stedene. Høringsnotatet drøfter heller ikke hvordan et bytte skal kunne skje raskt nok til å hjelpe kvinnen: Vanlig rutine innebærer at et legebytte skjer fra den 1. påfølgende måned. Helt avslutningsvis i notatet sies det riktignok at departementet vil arbeide for at skifte av fastlege skal kunne skje på en dag. Vi er bekymret for om det vil bli mulig å gjennomføre. Og om det utelukkende blir mulig for abortsøkende kvinner, ville deres personvern bli svekket. Det vil bli lett å skjønne at det er snakk om en abortsøker der bytte av fastlege skjer på en dag. For å unngå dette, må bytte av lege skje på en dag som generell ordning. Også menn som ikke ønsker en reservasjonslege, må selvsagt ha rett til å bytte. Dermed er det snakk om langt større kostnader enn departementet har lagt opp til i sitt høringsnotat. Det vil også være behov for omfattende veiledning og informasjonsmateriell på mange språk, for å sikre at ikke pasienter som ikke behersker norsk kommer dårligere ut.

Mange pasienter vil kunne dokumentere at det heller ikke er lett å få time på dagen. Kravet om å få time hos en annen lege neste dag er derfor lite realistisk.

Pkt 4.2.2 er et godt eksempel på hvor krevende det blir for pasientene å forholde seg til fastleger som reserverer seg. Det er mye å kreve av en gravid 14-åring at hun i tillegg til et uønsket svangerskap, skal skaffe seg oversikt over om den fastlegen hun er oppført hos har reservert seg. I tillegg må hun klare å få oversikt over rettighetene sine og klare å manøvrere i systemet. Hvis hun ikke kan dele opplevelsen med foreldrene sine, må hun få aksept for et «hemmelig bytte» av fastlege hvis hun ellers kan finne en lege som ikke har reservert seg med ledig plass på listen.

Departementets forsikring om at *«Departementet vil derfor arbeide for at HELFO gjennomfører slike bytter på en måte som i størst mulig grad skjermer denne informasjonen fra foreldrenes innsyn.»* er ikke tilstrekkelig til å berolige. Vi er redd for at det vil skje feil her, slik at brev om bytte går til foreldrene, slik det normalt skal for pasienter under den helsemessige myndighetsalder.

Om alt dette går bra, får hun forhåpentligvis time, innen den 1. i følgende måned, hvor bytte av fastleger vanligvis skjer. Ellers kan fristen for selvbestemt abort ha gått ut. I stedet for å forholde seg til den legen hun har kjent fra hun var barn, skal hun i en sårbar situasjon måtte forholde seg til en ny lege hun ikke kjenner.

Human-Etisk Forbund mener det er åpenbart at dette vil innebære en urimelig ulempe ikke minst for en ung jente, for å sikre den langt sterkere part i relasjonen, fastlegens samvittighet.

På et punkt vil vi foreslå konkrete endringer til lover og forskrifter: Jenter bør automatisk fra fylte 12 år føres opp på lister til fastleger som aksepterer å ivareta kvinners reproduktive

rettigheter for å unngå at disse unge jentene får en urimelig merbelastning ved tidlig uønsket graviditet.

Strengt tatt bør ingen kvinner i fertil alder føres opp som listepasienter hos fastleger som ønsker å reservere seg mot å hjelpe dem ved uønskede svangerskap.

Kommentarer til andre forhold i forslaget

Det hjelper lite å slippe betaling for «*en konsultasjon om abort som må avbrytes på grunn av legens reservasjon.*» Human-Etisk Forbund mener det er opplagt at det må være fastlegens eventuelle reservasjon som har vikeplikt, dersom en kvinne som ønsker abort møter legen i en konsultasjon. Hennes rettigheter må gå foran dersom hun ikke kjenner til at legen har reservert seg, eller det for eksempel ikke har latt seg gjøre å få time på kort tid hos en annen lege. Dette kan også være aktuelt der leger på et kontor vikarierer for hverandre.

Det er behov for å få presisert hva departementet mener med en annen fastlege i nærheten. For store byer antydes det at dette kan være innen samme kollektivsone. Da bør det minnes om at sone 1 i Oslo/Akershus dekker hele t-bane nettet, med andre ord avstander over mange mil. Enda vanskeligere blir det å avgrense begrepet på mindre steder med få leger og dårlig utbygd kollektivnett.

Spørsmålet om etterkontroll og videre oppfølging, er også i liten grad diskutert. Departementet skriver bare at fastlegen ikke skal kunne reservere seg mot å motta epikrisen fra sykehuset eller mot å følge opp kvinnen etter et abortinngrep.

Etter å ha studert utformingen av ordningen, er konklusjonen at både kvinnen, den andre legen og kommunen må bære belastningene ved å la enkelte leger reservere seg fra å ivareta sine listepasienter. Dette er i seg selv en urimelig og uproporsjonal forskyvning av byrden fra legen som er den sterke - til kvinnen som allerede befinner seg i en vanskelig situasjon.

Som departementet selv påpeker vil det i en vanlig praksis handle om få tilfeller pr lege pr år. Det ville derfor være langt mer rimelig at legen ivaretok alle sine oppgaver overfor de tallmessig få pasientene det er snakk om, eller tok konsekvensen ved å finne en annen jobb som ikke medførte listeansvar for kvinner i fertil alder.

Det er også vanskelig å få øye på det moralsk høyverdige i å henvise kvinnen til en annen lege for å få hjelp, framfor å gi den direkte.

Kommunene vil få et merarbeid og avtalerettslige utfordringer

Ordningen vil måtte føre til mer byråkrati for kommunen. Noen steder vil det være krevende hele tiden å sikre seg at det finnes ledige plasser på listene til fastleger som vil bistå kvinner. Dette vil rimeligvis raskt kunne endre seg fort der det er få fastlegehjemler å rutte med.

Departementet innser at noen pasienter vil ønske å bytte lege av prinsipielle grunner eller fordi en kanskje en gang i fremtiden vil kunne komme til å trenge hjelp ens egen fastlege ikke vil gi. Dette kan innebære at kommunen i noen tilfeller må oppheve reservasjonen for eksempel for en lokal høyt profilert «reservasjonslege». Alternativt kan det bli behov for å si opp fastlegeavtale med en reservasjonslege med få pasienter for å rydde plass til en ny fastlege som kan ivareta alle pasienter. Her kan det ligge kinkige avtalerettslige utfordringer.

Departementet lister opp forhold som skal gjøre det mulig for en kommune å si opp en avtale om reservasjon. Problemet er at ulike regelbrudd eller mangel på åpne lister med pasientvennlige leger først avdekkes i ettertid. I alle tilfelle fordrer det stor innsats av den enkelte kommune, og man vil allikevel ikke kunne håndtere alle situasjoner med ubesatte stillinger, ferieavvikling, sykefravær og leger som vikarierer for hverandre med mer.

Det er mange forhold som burde vært utredet grundigere:

- Hvordan skal en kommune avveie ulike krav om «samvittighetskonflikt» der det er flere leger som ønsker å reservere seg?
- Har man vurdert hvordan en nekting av reservasjon vil stå seg rettslig?
- Hva tenker man seg av sanksjoner overfor leger som fortsatt nekter å henvise til assistert befruktning eller foreskrive prevensjon?
- Hva gjør man der et sted eller en kommune i realiteten blir blokkert på grunn av for mange reservasjonsønsker?
- Hva vil være de rettslige konsekvensene av å nekte en lege som har reservert seg i mange år, å gjøre det i fortsettelsen?
- Skal reservasjonsmuligheten gis etter et «først til mølla-prinsipp» eller skal kommunen gå inn og vekte alvoret i de ulike fastlegers samvittighetskvaler?
- Hvis staten mener det er snakk om så alvorlige forhold at enkeltlegers religionsfrihet står på spill – holder vel ikke en uklar lokalt administrert «reservasjonsmulighet» som sikkerhetsventil?

Her ligger det mange uavklarte juridiske utfordringer.

Avsluttende kommentarer og konklusjon

Human-Etisk Forbund sluttet seg i sitt høringssvar til flertallet i Stålsett-utvalget, og mener denne vurderingen oppsummerer saken på en god måte:

«Utvalgets medlemmer (.....) vil etter en samlet vurdering ikke tilrå at reservasjonsretten utvides i forhold til de begrensninger som ble vedtatt da abortloven ble endret i 1975. De avveininger som ble gjort på dette punktet da, er holdbare også i dag. Det bør ikke aksepteres at legens oppfatninger av ulike spørsmål som abort, assistert befruktning og prevensjon skal kunne hindre tilgang til en likeverdig og forutsigbar førstelinje i alle landets kommuner innen den offentlige helsetjenesten.»

Human-Etisk Forbund mener den reservasjonsretten som i dag er hjemlet i abortlovens § 14 og forskriftens § 15 ivaretar helsepersonell i situasjoner der de kan påberope seg alvorlige samvittighetskonflikter.

Fastlegen har ikke myndighet i forhold til valget av abort og står for langt fra selve inngrepet til å kunne påberope seg en alvorlig samvittighetskonflikt «knyttet til liv og død». Å henvise til et helsetilbud kvinnen selv har valgt og har rett til etter norsk lov, kan ikke utløse reservasjonsrett.

Fastleger skal ikke ha rett, adgang eller mulighet til å reservere seg mot enkelte oppgaver som ligger i avtalen vedkommende har inngått med kommunen om å sikre alle sine listepasienter adekvat helsehjelp.

Den ordningen departementet foreslår for å administrere et helt nytt prinsipp i primærhelsetjenesten, vil uvegerlig medføre en merbelastning for den enkelte kvinne og krever en egeninnsats som ikke er rimelig i forhold til det påståtte «gode» den er ment å sikre.

De foreslåtte prosedyrer må med nødvendighet medføre store ulemper for den enkelte kvinne: Hennes adgang til helsevesenet blir begrenset, og hun får selv ansvaret for å orientere seg og bytte lege om det er mulig. Uansett innebærer forslaget at i en situasjon hvor hun nettopp er avhengig av den tillitsfulle relasjonen som er opparbeidet over tid med en fast lege, må hun legge fram sitt ærende for en ukjent lege.

Reservasjonsmulighet for fastleger sikrer heller ikke det særlig statsråden har framstilt som fordelene med en slik ordning, at kvinner slipper å møte leger som er negative til abort: Hun kan fortsatt risikere å møte en lege som ønsker å reservere seg, men ikke får adgang til det av praktiske grunner eller fordi kommunen har lagt ned veto mot ordningen.

Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn har ansvar for å sikre lik adgang til helsehjelp over hele landet. Human-Etisk Forbund kan ikke se at det er mulig ved modellen som nå lanseres.