



Helse- og omsorgsdepartementet,
Postboks 8011, Dep,
0030 OSLO

Oslo, 28. april 2014

Reservasjonsrett for leger ref. 14/242, høringsuttalelse

Vi har fulgt med på og vært sterkt involvert i hendelsene forrige uke, og vi har registrert at saken om reservasjonsmulighet ved henvisning til abort trolig får en løsning som ikke innebærer behov for reservasjonsadgang for fastleger. Vi velger likevel å sende denne høringsuttalelsen fordi vi ser våre synspunkter som viktige også i den videre behandling mot en løsning som innebærer samvittighetsfrihet for fastleger.

Vi viser til det tilsendte høringsdokumentet.

Norges Kristelige Legeforening (NKLf) ønsker å gi honnør til Departementet for viljen til å lovfeste prinsippet om en adgang for fastleger til å reservere seg mot å henvise til abort, og eventuelt eutanasi dersom eutanasi blir tillatt i Norge. En slik adgang har siden abortloven ble innført, vært en praksis som har vært gjennomført på ulike måter i landet, med aksept fra tilsynsmyndighet og skiftende regjeringer. Den reservasjonspraksisen som har eksistert siden 70-tallet ser ut til å ha vært velfungerende. Den har ivaretatt samvittigheten til fastleger uten å hindre de abortsøkendes lovfestede tilgang til selvbestemt abort. I etterkant av at rundskriv I-4/2011 ble sendt til landets kommuner fra Departementet er vi imidlertid enige i at det er behov for en formalisering av regler og rutiner rundt dette spørsmålet. Siden teknologien og helsetjenesten er i utvikling setter vi også pris på at høringen inneholder en prinsipiell tilnærming til spørsmålet om reservasjonsmulighet og samvittighetsfrihet for leger.

For NKLF er det sentrale i denne adgangen at fastleger skal kunne ivareta sin egen samvittighet i spørsmål som gjelder liv eller død, dette i henhold til Menneskerettskonvensjonens artikkel 18 og EMK artikkel 9 om samvittighetsfrihet, samt Europarådets resolusjon 1763 (2010). Vi er også glade for Legeforeningens vedtak i landsstyret fra juni 2013 som støtter en slik reservasjonsadgang så lenge den ikke går ut over befolkningens lovbestemte rettigheter.

Det har vært en diskusjon hos oss, og hos andre, om en reservasjonsadgang også bør inkludere innsettelse av kopperspiral dersom dette støter ut befruktete egg og henvisning til assistert befruktning når overtallige egg destrueres, men vi har forståelse for at dagens politiske situasjon kan gjøre dette vanskelig. Vi er også enige i at dersom man skal rangere de etiske dilemmaene fremstår det å utføre eller henwise til abort og eutanasi som mer alvorlig enn de øvrige områdene der reservasjonsmulighet kunne være ønskelig. I punkt 2 nedenfor velger vi likevel å begrunne fordeler med en mer prinsipiell tilnærming og bredere vurdering av reservasjonsbehov.

Vi har fire kommentarer til departementets forslag til lovendringer.

1. I lovforslaget legges det opp til at kommunestyrene, i tillegg til å vurdere om det er praktisk mulig å gjennomføre en reservasjonsadgang for å sikre kvinners rettigheter også skal gjøre et politisk vedtak om kommunen ønsker reservasjonsadgang eller ikke. Vi mener at det politiske vedtaket skal gjøres i Stortinget og den enkelte kommune må forholde seg til dette uansett politisk sammensetning av det enkelte kommunestyre.

Vi har forståelse for at i de kommunene der det er få fastleger og lange avstander til andre fastleger, må kommunen ha anledning til å stille krav om at fastleger ikke skal ha reservasjonsadgang. Men dette må bygge på en ren vurdering av om de praktiske forholdene ligger til rette for gjennomføring av reservasjonsadgang eller ikke, og vurderingen må baseres på spesifikke kriterier. Dette vil samsvare med den praksis som er etablert i gynekologiske avdelinger på sykehus, der man har anledning til å

forbigå den best kvalifiserte søkeren dersom denne ønsker å reservere seg, men bare hvis legens reservasjon ville hindre sykehuset i å utføre sine pålagte oppgaver knyttet til å utføre abort.

2. Forslaget ville tjent på å være enda mer prinsipielt. Forslaget hjemler reservasjon ved aborthenvisning og eutanasi, men dekker ikke andre problemstillinger som også kan sies å være spørsmål om liv og død. Man kan også argumentere for at samvittighetsfrihet er velbegrunnet i alle spørsmål der en dyp og begrunnet etisk overbevisning står i fare for å bli alvorlig krenket. Dette vil gå videre enn spørsmål om liv og død. Et eksempel på dette er rituell omskjæring av guttebarn. Hvis dette skal utføres på offentlige sykehus, vil sannsynligvis noen kirurger ønske å reservere seg mot å utføre dette, begrunnet med at det er et angrep på barnets kroppslige integritet uten medisinsk begrunnelse. Noen allmennleger og leger på fødeavdelinger vil også påberope seg slik reservasjon. Dette eksemplet viser at det er behov for en prinsipiell tilnærming til samvittighetsfrihet som kan anvendes både i primær- og spesialisthelsetjenesten.

En slik mer prinsipiell reservasjonsbestemmelse som hjemler reservasjon i spørsmål om liv og død eller i dype overbevisninger mer generelt, ville gi et prinsipielt rammeverk for å vurdere eventuelle nye problemstillinger om reservasjon som måtte oppstå i norsk helsetjeneste. Det kan være prosedyrer knyttet til fosterdiagnostikk, assistert befruktning, eller ny bruk av genteknologi, for å nevne noe. Mange har uttrykt bekymring for at en generell reservasjonsbestemmelse vil ”åpne slusene” og lede til en strøm av mer eller mindre begrunnede reservasjonsønsker. Vi deler ikke denne frykten dersom man har en bred diskusjon som fører frem til klare kriterier. Det sitter langt inne for helsepersonell å be om fritak for arbeidsoppgaver. Enda viktigere er det at Departementets eget forslag skisserer prinsipielle kriterier for å bedømme slike reservasjonsønsker: Reservasjon skal bare tolereres hvis pasientens rett til behandling kan ivaretas på en god måte.

3. Gjennom samtaler med, og henvendelser fra, mange kolleger har vi et klart inntrykk av at så godt som alle disse legene som vi har vært i kontakt med, og som vil ønske å benytte seg av en reservasjonsmulighet gjerne kan være samtalepartnere for kvinner som er i en vanskelig situasjon som gjør at de vurderer abort. Mange kvinner vil også føle et sterkt behov for en slik samtale med en lege som de kjenner og har opparbeidet et godt tillitsforhold til. Dersom kvinnen ønsker en samtale med sin fastlege, selv om denne har reservert seg mot å henvise, er det viktig at bestemmelsene rundt reservasjonsmuligheten åpner for dette og ikke gjør det unødvendig komplisert. Kvinner bør i slike situasjoner kunne slippe å gå veien via den legen som fastlegen har avtale med, men bør kunne henvende seg direkte til gynekologisk avdeling på sykehuset og medbringe nødvendige helseopplysninger fra fastlegen, men altså ikke henvisning, dersom hun bestemmer seg for abort. Dette forutsetter at alle sykehus godtar at kvinner skal kunne henvende seg direkte til gynekologisk avdeling uten henvisning fra fastlege. En slik praksis er som kjent allerede hjemlet i abortforskriftens § 1. Om kvinnen likevel ønsker å snakke med en lege som ikke har reservert seg, skal fastlegen legge til rette for dette.

Vi ønsker å vektlegge at dette ikke skal erstatte den reservasjonsadgangen mange fastleger ønsker, men at det blir et positivt alternativ for de kvinnene som ønsker en samtale med sin fastlege selv om fastlegen har reservert seg mot å henvise til abort. Vi kan ikke se at dette har konsekvenser for lovforslaget.

4. Noen av de konkrete kravene til reservasjonslegene er etter vårt syn unødvendig strenge. Vi viser i den forbindelse til kravet om skriftlig informasjon til alle listepasienter, kravet om skriftlig avtale med kollega, etc. Det vil også være viktig at dersom kvinnen er uenig med fastlegens abortsyn bør hun ikke *oppfordres* til å skifte fastlege, men få et *tilbud* om dette. Det vil være mange kvinner som ønsker samtalen med sin egen fastlege uansett dennes syn på abort. Vi ser likevel behovet for klare kriterier. Vi ber Departementet vurdere dette slik at det kan gjennomføres på en mest mulig smidig måte i hver enkelt kommune. Vi mener at kommunen, gjennom kommuneoverlegen, må få størst mulig frihet til å tilpasse dette til de lokale forholdene.

I samfunnsdebatten om reservasjonsmulighet har det blitt foreslått å endre abortloven slik at henvisning ikke lenger er nødvendig ved abortinngrep. Vi vil anmode Departementet om å vurdere om dette kunne være en alternativ løsning. At kravet om henvisning fra lege faller bort, vil kanskje være den beste løsningen, forutsatt at en slik ordning også sikrer at kvinnen får en grundig veiledning av kompetent personell på legekontoret, sykehuset eller i rådgivningstjeneste. Tilbud om slik rådgivning er det allerede stilt krav om i dagens lov.

Vi ser nå etter pressekonferansene til Bent Høie og KrF at dette kommer til å bli en sannsynlig utgang av denne saken.

Imidlertid ønsker vi å vektlegge at selv om en slik lovendring ville kunne være en god løsning når det gjelder reservasjon og henvisning til abort, vil det for fremtidens problemstillinger likevel være nyttig og viktig at man etter en bred samfunnsdebatt har utarbeidet klare føringer for når helsepersonell skal ha reservasjonsmulighet i andre spørsmål som gjelder valget mellom liv og død.

Vi ser frem til debatten i Stortinget og behandling av lovforslaget. Vi setter pris på at vår høringsuttalelse blir vektlagt i den videre vurderingen.

Med vennlig hilsen,
Olav Magnus S. Fredheim (sign.),
styreleder

Magnar Kleiven (sign.),
generalsekretær