
Fra: Therese [mailto:theresekristina@yahoo.no]
Sendt: 28. april 2014 14:32
Til: Postmottak HOD; Therese
Emne: høringsvar om reservasjons-ordning for fastleger

Jeg vil gjerne komme med innspill/høringsvar til Regjeringens hørings om en reservasjons-adgang for fastleger mot å henvise til abort. Selv om Helseminister Høie nylig har uttalt at det ikke blir en reservasjons-mulighet for fastleger, ber jeg om at mitt høringsvar registreres som et svar til høringsnotatet om fastlegers reservasjons-mulighet.

Mitt høringsvar er som følger:

"Høringsvar

Jeg vil på det sterkeste anmode Regjeringen om trekke forslaget om en reservasjons-adgang for fastleger.

Det er svært mange prinsipielle og pragmatiske innvendinger mot dette forslaget.

Om samvittighets-fritak:

Den Europeiske Menneskerettighetskonvensjonen (EMK) slår fast at alle skal ha rett til å praktisere sin tro, *men at* dette ikke må skje i strid med demokratiske vedtatte rettigheter. EMK slår også fast at kvinners og homofiles retter må ha et *særskilt* vern.

Den Europeiske Menneskerettighetsdomstolen (EMD) konkluderer med et «alle eller ingen»-prinsipp; enten skal alle ha rett til fritak i sitt arbeid i henhold til sin religion, eller så skal ingen ha det. I Norge har vi hatt en tradisjon for at ingen får fritak ihht sitt livssyn. Fastleger bør ikke få en særstilling.

Skal en først ha samvittighet som prinsipp i helsevesenet, vil dessuten ikke kvinnen som med *sitt* livssyn og *sin* samvittighet velger å få foretatt en abort, bli respektert – skulle fastleger få en reservasjons-adgang. Reservasjonslegens samvittighet og livssyn får forrang, og fortrenger bokstavelig talt kvinnen og hennes livssyn fysisk ut av legekontoret. Dette kalles ikke samvittighets- eller religions-fritak; det kalles favorisering av enkelte kristne fastleger.

Det er viktig at vi har leger som sier i fra når de mener majoriteten begår overgrep mot folket.

Men samvittighet kan ikke være et bærende prinsipp i helsevesenet.

Skulle vi basere vårt helsevesen på en samvittighet og religion som en selv definerer, blir det til slutt veldig vilkårlig og tilfeldig hvilken helsehjelp pasienten får.

Det må det forbli et bærende prinsipp at det er pasientens behov, og ikke legens personlige tro, som skal bestemme hvilken helsehjelp pasienten får!

Mange leger har under regimer begått uhyrlige overgrep mot sine pasienter nettopp pga av det de selv kaller samvittighets-årsaker. Andre leger har brukt sin samvittighet til å begå sivil ulydighet som kommer pasienter til gode. Fastlegers reservasjoner derimot, vil ikke komme et eneste foster eller en eneste abortsøkende til gode; siden reservasjonslegen forplikter seg til å sende kvinnen videre til abort.

I dag får det ingen negative konsekvenser for fastlegene å skulle velge å følge sin samvittighet. En kan imidlertid ikke ta en stilling som en offentlig ansatt fastlege, fordi en da har forpliktet seg til, og får økonomisk støtte fra, det offentlige, for å hjelpe det offentlige med å oppfylle sine plikter overfor pasienter.

Ellers er det generelt sett legemangel og mange ledige stillinger for leger i Norge, slik at leger med kvaler mot å henvise til abort, på ingen måte får et yrkesforbud.

Den norske Kirke undres i sitt høringsssvar over at så få kristne leger ser behovet for en reservasjons-mulighet, og spør om en reservasjons-adgang er nødvendig. Jeg respekterer de legene som har kvaler med å bidra til en aborthenvisning, men sier meg personlig enig med Kirken her. Juridisk sett sier en seg verken som fastlege eller som privatperson enig med kvinnens intensjon om å få foretatt en abort.

Selv sier nettopp min samvittighet som lege meg at jeg ikke kan reservere meg mot å henvise til abort, og dermed nekte kvinnen helsehjelp, og dessuten diskriminere kvinnen ift andre pasienter.

Min samvittighet sier også at det er uetisk å kjempe mot, eller bidra til å begrense retten til, selvbestemt abort, både fordi jeg respekterer kvinnen som et selvstendig individ med autonomi over egen kropp, og dessuten fordi illegale aborter dreper 68.000 kvinner hvert år. (tall fra WHO).

Høringsnotatet er (muligens bevisst) uklart i formuleringene. Samvittighetsspørsmål i «liv og død» kan og har blitt definert svært forskjellig fra lege til lege; det viser spennet i de ulovlige reservasjons-praksisene som nå har blitt avdekket. Jeg frykter at høringsnotatets formuleringer senere kan åpne opp for fastlegers reservasjoner mot også prevensjon og henvisning til assistert befruktning.

Det refereres til at reservasjonene også skal gjelde aktiv dødshjelp, skulle det bli aktuelt. Dette er etter min mening en oppkonstruert sammenheng, og jeg mener det hadde vært bedre å i så fall innføre en separat reservasjons-ordning (eller et forbud!) mot aktiv dødshjelp.

Pasient-lege-forholdet:

Det er et veldig assymetrisk maktforhold mellom lege og pasient. Leger er en yrkegruppe med høy status og mange retter, mens abortsøkende er pasienter som er prisgitt den hjelpen de får eller ikke får.

Abortsøkende må også antas å være spesielt sårbare, all den tid de først er i en presset situasjon der de selv ikke ser noen annen vei ut enn en abort, i tillegg til å kjenne på den enorme belastningen det må være, både fysisk og psykisk, å være uønsket gravid.

Abort er fortsatt er skam- og skyldbelagt i samfunnet. Det blir derfor essensielt å sikre abortsøkende automatisk helsehjelp som er der uten forbehold – og uten at kvinnene først må sjekke ut og finne frem til helsehjelp – enten en fastlege som vil henvise, eller et sykehus som vil utføre abortinngrep – selv.

Som et grunnleggende prinsipp skal ikke pasienten gis ansvaret for helsehjelpen, fordi en ikke kan anta at alle pasienter har ressurser eller er i en situasjon der de kan skaffe seg riktig helsehjelp selv. Helsevesenet har ansvaret for å tilby pasienten den helsehjelpen hun har behov for. Dette skal sikre alle rett helsehjelp til enhver tid.

Selv om en argumenterer med at alle kvinner fortsatt skal få den aborten de selv ønsker, vil ikke alle kvinner få tilgang til abort like problemfritt med en reservasjonsadgang, fordi en må anta at kvinner som er abortsøkende og i en livskrise, ikke er like ressurs-sterke som de ellers er.

Dessuten vil veien til abort nå bli brolagt med økt stigmatisering og skyldfølelse, all den tid det kun er abortsøkende som nektes automatisk helsehjelp hos sin fastlege. Uansett om kvinnen får vite at fastlegen hennes er en reservasjonslege via internett, kontorpersonalet eller inne på legekontoret, er fastlegers reservasjoner mot abortsøkende pasienter et signal om moralsk avstandstagen og fordømmelse som en pasient i en sårbar posisjon skulle få slippe.

Om diskriminering:

Det er, meg bekjent, ingen andre pasientgrupper enn de abortsøkende som Regjeringen og Helseministeren godtar en diskriminering av. Om pasienter er abortsøkende, papirløse, kriminelle, muslimer eller kristne, skal ikke ha noen å si for den helsehjelpen de får. Helsepersonell skal opptre profesjonelt og nøytralt, evt. personlige meninger må ikke hindre helsepersonell i å utføre jobben sin tilfredsstillende. Dersom samvittigheten ikke er forenlig med jobben, er det pasientens rett til å få helsehjelp som skal ha forrang.

Helsevesenet kan ikke være et sted der en får utnytte sin maktposisjon til å markere personlige meninger, enten det gjelder abort eller ulovlig innvandrere.

Om helsevesenets organisering:

Ellers i helsevesenet er vi i Norge stolte av at vi søker å utjevne sosiale forskjeller som også viser seg i helse. Staten betaler for mange utjevnende tiltak som Pasientreiser, gratis svangerskapsomsorg og helsehjelp til barn under 16 år, og Helsestasjon for

Ungdom (HFU). HFU er et lavterksel-tilbud som anerkjenner det faktum at unge ikke er ressurssterke, og flinke til å finne frem, i det formelle helsevesenet. På HFU er helsehjelpen gratis og en trenger ikke bestille time. Dette er et tiltak som skal sikre at også unge oppsøker helsevesenet i tilstrekkelig grad, og får den hjelpen de har behov for.

Det synes meg svært merkelig at en nå mener at de samme ungdommene skal ha blitt svært ressurssterke og flinke til å orientere seg i helsevesenet. Når ungdommer trenger prevensjon, får de gratis hjelp på lavterksel-tilbudet HFU, men når prevensjonen svikter og de blir uplanlagt gravide, må de selv finne frem til helsehjelpen, trenger plutselig ikke å snakke med sin fortrolige fastlege lenger, og kan dessuten «bare» dra direkte til sykehuset etter å selv ha ringt og «bestilt» en abort der.

Fastlege-ordningen ble i sin tid innført fordi en ville ha kontinuitet, trygghet og tilgjengelighet i lege-pasient-forholdet. Faglig sett blir det svært galt å argumentere med at en ikke trenger å snakke med fastlegen sin om abort, noe som er et svært personlig, intimt og vanskelig spørsmål.

Det er ingen andre pasientgrupper som foreslås avvist av fastlegen når de er hjelpetrengende. Selv om legen personlig skulle være mot abort, kan en altså ikke avvise pasienter i en sårbar situasjon, kun fordi en som lege personlig er imot pasientens intensjoner.

Tillit lege-pasient-forholdet:

Tillit mellom lege og pasient er et viktig argument mot fastlegers reservasjons-adgang. Tillit er svært viktig for at pasienten føler seg trygg og godt ivaretatt. Eksempelvis er tilliten til det aktuelle helsepersonellet og til helsevesenet generelt, et selvstendig punkt når Fylkeslegen/Helsetilsynet skal vurdere klagesaker.

Helse omhandler ikke bare rent medisinskfaglige temaer. Helse handler i siste instans om hvordan en har det. Det ligger mye god helse i å bli møtt på en god måte i helsevesenet.

Å bli avvist, enten på Helfo sine nett-sider, eller på legekontoet, fører til en ekstra-belastning for kvinnen, og påvirker hennes psykiske helse negativt.

Pragmatiske innvendinger:

Hvem skal bestemme når det er «tilstrekkelig med fastleger» i en kommune, til at en søknad om reservasjon kan innvilges?

Kommunestyret og kommuneadministrasjonen har ikke tilstrekkelig samfunnsmedisinsk kompetanse eller erfaring til dette. Å skulle lage nasjonale retningslinjer er heller ikke så enkelt; da måtte man detaljstyre utfra lokale forhold som embetsverket sentralt ikke kjenner godt nok til.

Uansett vil det bli vilkårlig og tilfeldig dersom kommunene selv skal bestemme hittil grunnleggende kvinneverter.

Og hva skjer når den legen som reservasjonslegen inngikk avtale med, slutter? Skal da reservasjonslegen plutselig skifte livssyn og endre samvittighet fordi reservasjonsavtalen med kommunen må sies opp?

Det er dessuten vanskelig å skulle forutse alle fastlegenes fravær, både når det gjelder egen og barns sykdom, permisjon, kurs og annet fravær. Hvordan skal en ta høyde for fraværet til den legen som reservasjonslegen har inngått avtale med?

Konsekvensene ved en fastleges reservasjon kan dessuten ikke bare måles ved antall innbyggere, pasienter på fastlege-lister, og antall fastleger i kommunen. Listesammensetningen til de aktuelle fastlegene, kommunenes befolkningssammensetning (og dermed fastlege-listenes sammensetning), samt antall studenter/unge i en bygd spiller inn.

I en student-bygd vil sjelden alle studentene være oppført på fastlege-lister i studie-kommunene, men fortsatt ha sin fastlege på hjemstedet. Hvordan skal en ha tilstrekkelig kunnskap om lege-behovet til studentene, og «beregne» seg frem til antall mulig abortsøkende blant dem?

Studentene risikerer dessuten å ikke ha fått med seg brevet om reservasjon som fastlegen sendte deres mor, eller adressen på hjemstedet.

Mange studenter og tilflyttere som ikke har fastlege på studiestedet oppsøker legevakten.. Det samme må kunne antas å gjelde for abortsøkende i en livskrise, kanskje spesielt dem som har blitt eller mistenker at de er gravide etter en voldtekt eller et overgrep. Reservasjonslegene vil vanligvis også delta i den kommunale legevaksordningen. Hvordan skal en da sikre abortsøkende riktig helsehjelp?

Hvordan skal den unge jenten få byttet fastlege uten at moren får vite om det? Barn blir automatisk tilmeldt morens fastlege, og ofte bytter moren fastlege for sine barn. Det vil være vanskelig å ivareta mindreåriges rett til autonomi og taushetsplikt fra helsevesenet. Reservasjons-adgang kan også være et redskap for foreldrene til å kontrollere sine barn.

En blir i den nye loven «innvilget» et ekstra fastlege-bytte dersom en vil bytte fra en reservasjons-lege. Men om en gjør dette, vil både Helfo og kontorpersonalet implisitt vite om dette, og mistenke at vedkommende unge kvinne som bytter fastlege er uønsket gravid. Hvordan skal en løse dette? Skal alle få innvilget et ekstra fastlege-bytte? Eller bare kvinner i fertil alder?

I små lokal-samfunn vil det raskt kunne bli oppdaget når en ung kvinne oppsøker en annen lege enn den legen hun vanligvis går til, spesielt om hennes fastlege er en reservasjonslege. Taushetsplikten er ikke ivaretatt her heller.

Innvandrerkvinner, kvinner med lav kompetanse i IT, og kvinner som er lite ressurssterke, spesielt i møte med det formelle, vil med fastlegers reservasjoner møte

ekstra utfordringer, og for noen av disse kan reservasjons-adgangen være en reell begrensning i å få utført den aborten de selv ønsker.

Tilsyn:

Det foreslås at Fylkeslegen skal innberettes om de skriftlige avtalene reservasjons-legene inngår med kommunen. Men dette skal ikke utløse noen automatisk tilsynsplikt. Når flere Fylkesleger i dag klare på ressurs-knapphet, og har sagt at de i dag ikke kan prioritere tilsyn og ettersyn med resevasjons-praksis, er det sterkt tvilsomt om fastlegers reservasjons-mulighet vil få det ettersynet det trenger.

Reservasjon mot også å undersøke og informere kvinnen:

Ett punkt i høringsnotatet er spesielt problematisk, og viser alvorligheten ved fastlegers reservasjons-adgang.

Det foreslås at fastleger skal kunne reservere seg mot å gi informasjon og mot å «fastsette svangerskapets varighet», noe som innebærer å undersøke kvinnen - i tillegg til å reservere seg mot å underskrive selve abortbegjæringen.

Å skulle nekte å undersøke og informere en pasient, strider mot alle internasjonale etiske retningslinjer for helsepersonell. Plikten til alltid å hjelpe, er et svært sterkt imperativ for helsepersonell, og kan nærmest kun overgå dersom helsepersonellet opplever akutt fare for egen sikkerhet.

På den andre siden blir abortsøkende utsatt for synspunkt og alt annet enn nøytral informasjon, dersom reservasjons-leger *ikke* får anledning til å reservere seg mot også å undersøke og informere sine pasienter.

Det fins ingen gode pragmatiske løsninger på denne utfordringen innenfor en reservasjons-adgang.

Den eneste løsningen må være at de legene som vet at de ikke klarer å skrive under på abortbegjæringer, anerkjenner at de i slike helsespørsmål er uegnet til å være gode leger for sine abortsøkende pasienter, og dermed tar andre lege-stillinger innen helsevesenet.

Likeens må kommunene og staten sikre at pasientene til enhver til får den helsehjelpen de har krav på, innbefattet aborthenvisninger, og sørge for at leger som ikke kan henvise til abort, ikke får arbeide som offentlig ansatte fastleger.

Uansett om en anser de pragmatiske løsningene å være til «urimelig» eller «rimelig» byrde for pasienten, *skal* det ikke være slik i helsevesenet at pasienten bærer byrden for at legen skal få beholde arbeidet sitt.

Legen skal hjelpe pasienten med den byrden pasienten bærer, ikke omvendt. Helsevesenet er ikke til for legene, men for pasientene. "

Mvh,

Therese K. B. Utgård.