

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

**Deres ref:**

**Vår ref:**

2017/2302 - 52048/2017

**Saksbehandler:**

Heidi Frances Thornhill

**Dato:**

24.05.2017

## Høringsuttalelse - endring i abortforskriften

Vedlagt følger høringsuttalelse fra Kvinneklinikken, Haukeland universitetssykehus, med forslag til endring i abortforskriften mv. (reduksjon av antall primærnemnder).

Vennlig hilsen



Heidi Frances Thornhill  
kst. klinikkoverlege

Vedlegg

## HØRINGSUTTALELSE

### Ved abortnemnd Haukeland universitetssykehus. Forslag til endring i abortforskriften mv. (reduksjon av antall primærnemnder)

Jeg uttaler meg angående saken som leder av abortnemnda i Bergen. De øvrige medlemmer utnevnt av avdelingsoverlegen har fått anledning til å uttale seg og gir sin tilslutning. Jeg ble utnevnt til leder av abortnemnda med virkning fra januar 2017.

Vi er imot tiltaket, våre argumenter følger herved.

#### 1. Høringsnotatets hovedinnhold.

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår å fjerne kravet i abortforskriften § 11 om at det skal være primærnemnd ved alle sykehus som utfører svangerskapsavbrudd etter utgangen av tolvte svangerskapsuke. HODs argumentasjon går i all hovedsak ut på at økning i antall saker vil føre til bedre kvalitet. Ulempen dette medfører ved lang reisevei vil HOD løse ved videokonferanser og ved fritak fra betaling av egenandel etter pasientreiseforskriften.

Angående videokonferanser har vi uttalt oss om dette ved en tidligere anledning og dette notatet legges ved. ( vedlegg 1)

Vil en reduksjon av primærnemnder føre til flere saker per medlem? HOD synes å ta dette for gitt, vi er imidlertid tvilende til dette. Det er viktig å se på hvordan nemndarbeidet organiseres ved de ulike sykehusene før en trekker denne slutningen. Ved små sykehus vil det grunnet pasientgrunnet være færre nemnder enn på større sykehus. Små sykehus, med få saker, vil nemnda ofte bestå av ett medlem og et varamedlem fra gynekologiskavdeling og tilsvarende utnevnt av Fylkeslegen. Dersom disse, og i hovedsak medlemmet og ikke varamedlemmet, behandler hoveddelen av nemndene vil de kanskje behandle flere saker per år enn tilsvarende medlemmer på større sykehus. På større sykehus vil nemnda ofte bestå av flere medlemmer og varamedlemmer, derfor vil ikke hvert enkelt medlem nødvendigvis behandle et stort antall saker i året. Det blir i Høringsnotatet lagt stor vekt på antallet saker behandlet per primærnemnder. Vi mener at antallet saker per nemndmedlem er et mye mer relevant *evalueringsmål enn antallet saker per primærnemnd.*

Vi tror den forlengede reiseveien og fritak fra egenandel for reiser vil føre til relativt stor kostnadsøkning. Prioritering av resurser, menneskelig og økonomiske, er en viktig oppgave for helsepolitikkerne og bør selvsagt forankres i det helsefaglige miljøet. Vi er ikke enig i denne prioriteringen av våre resurser.

Når det gjelder videokonferanser i forbindelse med abortnemnder viser vi til tidligere uttalelse. I denne beskriver vi at videokonferanser kan virke konstruerte og føre til

større belastning for noen kvinner og at en bør fokusere på at nemndbehandlingen har en form som sikrer at søkeren får belyst sin situasjon på best mulig måte.

## 2. Bakgrunn

### 2.1 Anbefaling fra ekspertgruppe.

Det ble nedsatt en uavhengig ekspert gruppe i 2012 for å se på regelverk og praksis etter utgangen av 18 svangerskapsuke. Gruppen fant at primærnemndenes praksis på flere områder ikke samsvarte med lovgivningen og at arbeidet i nemndene ikke ble tilstrekkelig prioritert. Ekspertgruppen anbefalte en reduksjon av antall abortnemnder fra 34-17.

Dette punktet er ikke helt korrekt, ekspertgruppen så, slik vi leser deres rapport, også på nemndbehandling mellom uke 12 og 18.

Vi ser på det som helt åpenbart at de som er satt til å forvalte lovverket forholder seg til loven på en korrekt måte. Selvsagt skal kvinnen slippe å møte i nemnd to ganger, men møte begge nemndmedlemmene samtidig. Dette for å gjøre situasjonen minst mulig belastende for kvinnen og samtidig sikre at nemndmedlemmene har det samme beslutningsgrunnlaget og mulighet for diskusjon seg i mellom. I Høringsnotatet fremkommer det ikke hvilke primærnemnder som hadde mangelfulle rutiner rundt dette arbeidet. Det er for oss ikke opplagt at primærnemnder med mange saker per år har bedre rutiner for dette arbeidet enn de primærnemndene med få. Opplysninger om dette burde har vært med i høringsnotatet.

Vi er ikke enige i ekspertutvalgets anbefaling.

Vi finner det ikke gitt at kvantitet alltid medfører kvalitet denne typen arbeid. Dere bygger hele deres argumentasjon opp rundt dette, men vi finner ingen dokumentasjon på at denne påstanden medfører riktighet. Imidlertid er vi helt enige med ekspertutvalget om at kvaliteten på nemndbehandlingen bør styrkes. Vi foreslår undervisning lokalt i primærnemndene og at arbeidet rundt de årlige seminarer for primærnemndmedlemmene styrkes. Kanskje burde deltakelse på disse seminarer være obligatoriske for alle medlemmer og varamedlemmer.

### 2.2 Vurderinger og anbefalinger fra Helsedirektoratet.

I september 2013 fikk Helsedirektoratet i oppdrag av departementet å gå i dialog med helseforetakene for å følge opp ekspertgruppens forslag.

I 2014 innkalte Helsedirektoratet fagdirektørene i helseforetakene til møte for å diskutere forslaget om reduksjonen i antallet primærnemnder. Det var enighet om reduksjon i antallet primærnemnder for å øke volumet.

Det ble nedsatt en arbeidsgruppe med nemndsmedlemmer som drøftet med Helsedirektoratet hvilke kriterier som bør være oppfylt for kvalitetsmessig god nemndbehandling. Det ble gjennomført en spørreundersøkelse i primærnemndene.

På bakgrunn av dette anbefalte Helsedirektoratet en reduksjon av antall primærnemnder fra 35 til 15.

Arbeidsgruppen fra de regionale helseforetakene foreslo reduksjon av antallet primærnemnder til 12.

Arbeidet rundt denne prosessen virker å være godt gjennomført. Vi ser på det som relevant og viktig at vi abortnemndmedlemmer ble invitert aktivt med inn i denne viktige prosessen. Men vi er uenige i konklusjonen. Vårt hovedargument er at det i hele prosessen legges til grunn at mange saker gir bedre behandling uten at dette er dokumentert.

### 2.3 Gjeldende rett.

#### 2.3.1 Abortforskriften § 11.

Dersom de regionale helseforetakene skal kunne redusere antall primærnemnder uten samtidig å redusere antall sykehus som utfører svangerskapsavbrudd etter utgangen av tolvte svangerskapsuke, må forskriftens § 11 endres.

Vi er kritisk til denne arbeidsfordelingen.

Nemnda skal slik det blir foreslått foregå ved et sykehus og selve inngrepet kan bli ved et annet.

Dersom et sykehus ikke vurderes å ha kompetanse til å behandle en primærnemnd har det da kompetanse til å gjennomføre inngrepet?

Vi tror det kan bli mange fagfolk å forholde seg til for kvinnen. Hun søker abort, møter da mulig fastlegen, deretter sykepleier og lege ved gynekologisk poliklinikk ved sitt nærmeste sykehus. Hun reiser til neste sykehus for nemndbehandling, så tilbake til det første for gjennomføring av avbruddet. Slik vi ser det kan dette medfører ulempe for kvinner som er uønsket gravide etter tolvte svangerskaps uke. Det bør legges vekt på at behandlingen medfører minst mulig ulempe for kvinnen som allerede er i en uønsket situasjon. Primærnemnds behandling ved ett sykehus og deretter behandling ved et annet sykehus kan oppleves som en strafferunde for kvinnen. Det kan mulig oppleves som tvungen betenkningstid hvilket lov om svangerskapsavbrudd ikke gir rom for.

Dersom det vedtas reduksjon av antallet primærnemnder, hvilket vi er imot, vil vi oppfordre til at det legges vekt på frivillighet og kontinuitet når det gjelder hvor selve inngrepet skal foregå.

#### 2.3.2. Dekning av utgifter til reise til nemndsbehandling.

I § 24 andre ledd er det gjort unntak for kravet om egenandel for en del pasientreiser, men dette omfatter ikke for reise til behandling i primærnemnd eller sentral klagenemnd etter abortloven.

Vi støtter et slikt fritak fra egenandel både til primær- og klagenemnd.

### 3. Departementets vurderinger og forslag.

Det blir slått fast som et problem at mange nemnder har få saker, dette er vi som sagt uenig i. Vi må jobbe for bedre kvalitet, men at det nødvendigvis skal gå gjennom økt volum ser vi ikke som en selvfølge.

Det blir pekt på at det bør settes av fast møtetid for primærnemndene. Dette ser vi på som et godt forslag. Vi praktiserer det delvis slik ved vårt sykehus nå, men vi ser fordeler ved at dette formaliseres enda mer. Det kommer jeg som nemndleder til å jobbe for lokalt, uansett utfallet av denne høringsrunden.

Dere peker på at den største ulempen blir lang reisevei. Vi har også pekt på ulemper som mangel på kontinuitet og sannsynligvis lengre behandlingstid.

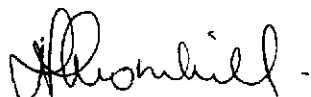
Tidligere tiltak med en sentral klagenemnd sikrer likebehandling på en tilfredsstillende måte slik vi ser det. Vi mener ikke at det er et mål å få ned andelen av begjæringer som behandles i klagenemnd. Målet er en god og riktig behandling av begjæringene.

Vi har tidligere vært inne på verdien av seminarene Helsedirektoratet arrangerer for primærnemndmedlemmene. Disse seminarene er svært verdifulle og vi ber Helsedirektoratet vurdere å gjøre dem obligatoriske. Håndbok for abortnemndarbeid er også et svært nyttig arbeidsverktøy.

Dersom det blir slik at antallet primærnemnder skal reduseres mener vi at det er det regionale helseforetaket som skal vurdere hvilke nemnder som skal nedlegges. Det er på regionsnivå en kjenner de lokale forhold best, og har godt grunnlag for å bedømme hvor nemndene skal være lokalisert.

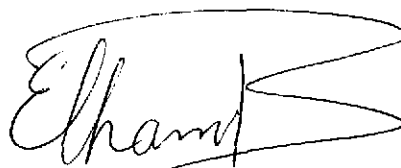
Kravet om fritak for egenandel etter reiseforskriften støttes.

Bergen, 23.05.17



Heidi Thornhill

konst klinikkoverlege  
Kvinneklinikken  
Haukeland Universitetssykehus



Grete Iversen

overlege  
Leder av abortnemnda  
Haukeland Universitetssykehus

Helse- og omsorgsdepartementet  
Spesialisthelsetjenesteavdelingen/Seksjon for helsefag

Deres ref.:

Vår ref.:

Bergen, 24.05.2017

### **UTTALELSE I FORBINDELSE MED UTREDNING AV TELEMEDISINSKE ABORTNEMNDER**

Det er bedt om uttalelse angående telemedisinske abortnemnder.

Sentralisering av abortnemnder kan føre til logistiske utfordringer. Telemedisinske løsninger kan være fordelaktige av praktiske grunner. Søkeren kan unngå lange reiser som kan være kostbare og tidkrevende. I enkelte tilfeller kan det haste å gjennomføre nemndbehandlingen, men i de fleste tilfeller kan en vel anta at det er relativt god kommunikasjon mellom lokalsykehus og sykehuset der nemnda skal foregå.

Nemndbehandling av aborter kan oppleves belastende for søkeren. Kvinnen er i disse tilfellene i en uønsket situasjon. Hun begjærer svangerskapsavbrudd og svangerskapet har passert 12 uker. I abortnemnda legges det stor vekt på hvordan kvinnen selv opplever sin situasjon. Søkeren møter alene, med følge og har også anledning til å uttale seg på andre måter. Det legges opp til en dialog der kvinnen får belyst sin situasjon.

Dersom en velger å bruke telemedisinske løsninger vil kvinnen kunne oppleve å bli distansert fra nemndmedlemmene. Muligens vil noen kvinner kunne oppleve dette som fordelaktig og mindre belastende enn et direkte møte. Noen kvinner vil kanskje også oppleve situasjonen som konstruert og dermed en større belastning.

Nemndmedlemmene kan også oppleve at telemedisinske løsninger gir kommunikasjonsmessige utfordringer. Det er absolutt en fordel med også visuell kommunikasjon. Telemedisinske løsninger bør derfor innebære videooverføring.

Videokonferanser brukes i helsevesenet på flere områder. Utstyret er sannsynligvis allerede eksisterende ved de fleste aktuelle sykehus. For vårt vedkommende i Helse Bergen har vi slikt utstyr som benyttes til regionale MDT-møter.

Det viktigste når det gjelder nemndbehandlingen er at søkeren får belyst sin situasjon på best mulig måte.

Med vennlig hilsen

Heidi Thornhill  
Konst klinikkoverlege

Grete Alræk Iversen  
Leder abortnemnd