



Norges Kristelige
Legeforening

Utredning om helsepersonells reservasjonsrett

Norges kristelige legeforenings etikkutvalg 2011

Utredning om helsepersonells reservasjonsrett

Norges kristelige legeforenings etikkutvalg

Innhold

Forord	3
1. Innledning: Helsepersonells reservasjonsrett	4
2. Provosert abort	10
3. Assistert reproduksjon	11
4. Prevensjon	15
5. Eutanasi og legeassistert selvmord	17
6. Andre grunner til reservasjon	18
7. Etikkutvalgets forslag til vedtak på NKLFs generalforsamling	20

Forord

Denne utredningen er skrevet av etikkutvalget i Norges kristelige legeforening. Hensikten har vært å danne grunnlag for at foreningen formelt kan ta standpunkt i spørsmål knyttet til helsepersonells reservasjonsrett. Konklusjonene i dette dokumentet vil bli behandlet på foreningens generalforsamling i mars 2011.

Kapitlene innledes med en punktvis oppsummering av de viktigste konklusjonene.

20. januar 2011

Torbjørn Folstad (leder)
Lege i spesialisering, Kir. avd., Hamar

Solveig Breien Johansen
Spesialist i allmennmedisin, Hamar

Carl Fredrik Knobloch
Lege i spesialisering, Kir. avd., Narvik

Morten Magelssen
Lege, Ph.d.-kandidat, Lovisenberg diak. sykehus og
Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo

1. Innledning: Helsepersonells reservasjonsrett

- Etikkutvalget mener at helsepersonell bør ha en omfattende rett til å reservere seg mot medisinsk praksis som strider mot deres dype overbevisning.
- Helsepersonells reservasjonsrett er særlig begrunnet i hensynet til moralsk integritet. Ønsker om reservasjon som oppfyller visse kriterier (som vi gjennomgår i detalj) bør respekteres av samfunnet.
- Etikkutvalget mener reservasjonsretten ikke nødvendigvis må lovfestes så lenge den respekteres av arbeidsgivere, tilsynsmyndigheter, politikere og pasienter i praksis.

Retten til å nekte å handle mot sin etiske eller religiøse overbevisning står sentralt i demokratier, og nevnes i FNs Menneskerettserklæring art. 18. Helsepersonell har en tilsvarende rett til å nekte å delta i medisinsk praksis som strider mot deres overbevisning – reservasjonsretten. Hvor omfattende denne retten skal være, hvilke behandlingsformer den skal inkludere og hvordan den skal utøves i praksis, er viktige og vanskelige spørsmål. Det faktum at Norge er blitt et multikulturelt samfunn, med økende grad av moralsk pluralisme, gjør det ekstra viktig å diskutere dette temaet. I denne innledningen argumenterer vi for at helsepersonell har en *moralsk* reservasjonsrett. Vi diskuterer også hvordan denne moralske retten bør avspeiles i lovverket (*juridisk* reservasjonsrett). Vi argumenterer for et sett av kriterier som, når det er oppfylt, gjør at samfunnet bør respektere helsepersonellens reservasjon.

Reservasjonsrettens grunnleggende dilemma

Leger som vil benytte den moralske retten til reservasjon, vil typisk hevde et moralsk mindretallssyn. Abort kan tjene som eksempel. Legen som reserverer seg fra å utføre abort gjør det ut fra et syn på abort som moralsk galt. Hvis legens syn hadde vært majoritetens, ville abortloven bli endret, slik at leger ikke lenger ble forventet å utføre abortinngrep. Det ligger derfor i dilemmaets natur at legen som reserverer seg må bære et syn som avviker fra flertallets syn. Han reserverer seg fra å yte en behandling som pasienten ifølge helselovgivningen har rett til.

Det grunnleggende spørsmålet er da hvorfor samfunnet skal vise spesiell respekt for legens moralske oppfatning. Det kan hevdes at samfunnet viser legens oppfatning et akseptabelt minimum av respekt ved å ikke straffe ham for å holde den, og ved å tillate at han kjemper for gjennomslag for sitt syn gjennom de allmenne politiske kanaler. Reservasjonsretten, retten til å nekte å yte helsehjelpen, krever derfor en sterk begrunnelse.

Reservasjonsretten beskytter moralsk integritet

Den avgjørende begrunnelsen for hvorfor legers reservasjonsrett bør respekteres, er hensynet til legens moralske integritet. Når legen vil reservere seg fra å yte en viss behandling, er det fordi det å yte behandlingen strider mot legens dyptfølte etiske eller religiøs-etiske oppfatninger. Vi har alle slike dyptfølte oppfatninger, som vi regner som svært viktige for oss, og som utgjør en sentral del av hvem vi er, vårt selvilde. Moralsk integritet er tett knyttet til det å vise troskap mot disse dyptfølte oppfatningene. Moralsk integritet innebærer å ha et sett med moralske grunnoppfatninger uten innbyrdes motsetninger, og være i stand til å leve i tråd med disse. Hvis du må handle mot dine dyptfølte oppfatninger, er det ikke lenger samsvar mellom prinsipper og handlinger, mellom liv og lære, og din moralske integritet skades dermed. Et ønske om å reservere seg mot å delta i en gitt behandling kan derfor anses som et forsøk på å bevare ens moralske integritet. Å skulle yte behandlingen på tross av sin overbevisning ville føre til en opplevelse av selvbedrag, som igjen fører til tap av selvrespekt: ”Jeg ville ikke kunne leve med meg selv hvis jeg gjorde det ...”.

Moralsk integritet i kristendommen

I kristendommen, i likhet med i jødedommen, islam og en rekke andre religioner, står moralsk integritet høyt i kurs. Det bibelske ordspråket ”Bevar ditt hjerte framfor alt du bevarer, for livet går ut fra det” (Ordsp 4,23) tolkes gjerne som et uttrykk for betydningen av menneskets moralske og religiøse integritet. Guds bud, som uttrykker Guds vilje for mennesket, er gjort kjent for oss, og står ”skrevet i hjertet” (Rom 2,15). Vi har moralsk integritet når vi handler i tråd med disse budene. Moralsk gode handlinger er ikke nøkkelen til frelse, men utvikling av en moralsk god karakter og moralsk integritet er likevel et mål. Videre er det en spesifikk kristen tanke at det å handle mot sin samvittighet, i strid med sin moralske integritet, på sikt ødelegger ens evne til å skille rett fra galt og å handle moralsk.

Handlinger og identitet

Når vi velger moralske eller umoralske handlingsalternativer, velger vi også å bli en viss type person: Hvis jeg velger å stjele et gullsmykke, velger jeg samtidig å bli en type person som stjeler andres eiendom for egen vinning. Når du handler anerkjenner du samtidig prinsippet som ligger til grunn for handlingen, hva enten det er ”det er rett å stjele hvis det gavner meg”, eller ”rettferdighet går foran alt annet”. Vi lar vår vilje bli formet av prinsippet. Moralske valg har derfor en varig effekt på vår karakter. Moralsk betydningsfulle valg gjør oss til de personene vi er på godt og ondt. Og slike effekter av våre valg på vår personlighet er noe vi ikke kan fri oss fra.

Det å få gjøre det din samvittighet, din dyptfølte moralske overbevisning, sier i betydningsfulle valgsituasjoner, er avgjørende for at du skal bevare din moralske integritet. Og vi har nå sett hvorfor dette er så viktig: Å handle ut fra et handlingsprinsipp du regner som umoralsk gjør deg til en annen person – en person der sammenhengen mellom moralske grunnprinsipper og konkrete handlinger, mellom liv og lære, er brutt. Hvis du konkluderer med at noe må gjøres, og deretter gjør det, er handlingen et uttrykk for den personen du er og vil være. Å ikke handle i tråd med denne konklusjonen ville være hyklersk. Å handle mot din overbevisning i valgsituasjoner av stor betydning vil skade din identitet, med psykologiske og emosjonelle følger. Moralsk

integritet er et grunnleggende gode for mennesket, og den moralske reservasjonsretten springer ut av hensynet til dette godet.

Når skal samfunnet akseptere reservasjon?

Leger har rett til reservasjon av hensyn til sin moralske integritet. Men mot retten til reservasjon står pasientens juridiske rett til behandling. Disse to hensynene må veies mot hverandre i hvert tilfelle. Dilemmaet fremstår i ulikt lys for helsearbeideren og for staten eller samfunnet som sådan. Etiklutvalget er spesielt opptatt av å definere i hvilke situasjoner samfunnet bør respektere reservasjon. I det følgende argumenterer vi derfor for et sett av kriterier for når samfunnet bør respektere at helsepersonellet avstår fra å yte helsehjelp. I de påfølgende kapitlene anvender vi disse kriteriene på de situasjonene der reservasjonsrett frem til nå har vært mest aktuelt.

Utgangspunktet er at moralsk integritet er et gode også for samfunnet, av to grunner: Samfunn og stat skal legge til rette for det gode liv, og moralsk integritet er en viktig *forutsetning for og ingrediens i* hver innbyggers gode liv. I tillegg er det *instrumentelt* viktig for samfunnet at hver enkelt innbygger og profesjonsutøver har moralsk integritet: Det fremmer tillit og gode moralske valg som kommer fellesskapet til gode. Samfunnet har derfor grunn til å beskytte borgernes moralske integritet, helsepersonells inkludert.

Det vil ikke være rett å akseptere enhver appell til reservasjonsrett. La oss se for oss en lege som på religiøst grunnlag nekter å behandle pasienter som tilhører en annen religion. Vil vi innrømme denne legen reservasjonsrett i dette tilfellet? Nei, reservasjon er i dette tilfellet urimelig og uetisk. Hva kjennetegner så aktverdige grunner for å kunne reservere seg mot en gitt medisinsk praksis?

Dyptfølt overbevisning

En appell til reservasjonsrett må være tuftet på en dyptfølt overbevisning. Som vi har sett er det handlinger som strider mot slike dype overbevisninger som skader legens moralske integritet. Handlinger som legen bare føler en motvilje mot, og som ikke strider mot prinsipper som konstituerer hans oppfatning av hvem han er, kan han ikke reservere seg mot. En lege som synes dokumentasjonskravene i helsetjenesten har gått for langt, og vil reservere seg mot journalføring, har ingen rett til dette: Ingen dyp overbevisning står på spill. Jo mer sentral overbevisningen er for legen, jo sterkere er grunnen til å respektere den. Videre må legens overbevisning være vedvarende, og konsistent med hans øvrige oppfatninger. Overbevisningen kan heller ikke være basert på påviselige faktafeil.

Klart brudd med overbevisningen

Å yte den aktuelle behandlingen må medføre et klart brudd med legens dype overbevisning. For å kunne kreve reservasjon må legens handling være et viktig bidrag til årsakskjeden som leder fram til den påstått uetiske behandlingen.

Overbevisning med plausibelt rasjonale

Det kan hende at legen, når han blir utfordret, gir en spesielt plausibel og god etisk begrunnelse for sitt standpunkt. Hvis legen kan gi en slik begrunnelse for sitt ønske om reservasjon, bør ønsket respekteres. En gjennomtenkt, detaljert og plausibel begrunnelse viser også at overbevisningen er dyptfølt og springer ut av legens identitet. Å ikke respektere en slik velbegrunnet overbevisning skader legens moralske integritet.

Her kommer vi også inn på hvilken betydning religiøse begrunnelser for overbevisningene skal ha. I vårt samfunn er noen negative til religiøse begrunnelser av politiske og moralske standpunkt. I den vitenskapelige litteraturen om reservasjonsrett hevdes det iblant at appeller til religion ikke bør respekteres, men at legens handlinger må rettferdiggjøres med allmenntiske premisser. La oss utforske dette viktige spørsmålet ved hjelp av et eksempel. Hvis en kristen gynekolog reserverer seg mot å utføre aborter, hva er da hennes begrunnelse for dette? Hun kan appellere til at Gud har skapt fosteret i sitt bilde, og at å ta liv går imot Guds bud. Dette er en religiøs-etisk begrunnelse. Hun kan også si at det er en anerkjent moralregel i vestlige samfunn at det er galt å ta livet av uskyldige mennesker; og fosteret er et uskyldig menneske. Dette er en allmenntisk begrunnelse. Hun kan så eventuelt føye til at allmenntikken får sin kraft og ultimate begrunnelse fra Gud. Om hun argumenterer på den ene eller den andre eller begge måter, synes det klart at hennes oppfatning er fundert i dype overbevisninger om rett og galt. Både allmenntiske og religiøse overbevisninger kan være dype på denne måten, og begge må derfor respekteres. Å handle mot en overbevisning fundert i religiøs moral er like skadelig for personlig og moralsk integritet som å handle mot en ikke-religiøs etisk overbevisning. Den religiøse begrunnelsen for reservasjon må inngå i et sammenhengende totalt verdensbilde. Overbevisningen må altså kunne gis et plausibelt rasjonale, men om dette rasjonale bygger på allmenne eller religiøse premisser kan ikke gjøre noen forskjell for om overbevisningen har krav på vår respekt.

Overbevisning i tråd med medisinenes egen etikk

En appell til dyp overbevisning har større vekt hvis overbevisningen springer ut av legens oppfatning av seg selv som en lege som lever opp til de profesjonsetiske standarder. Mange leger vil for eksempel se eutanasi som uforenlig med legerollen: leger skal helbrede, lindre og trøste, aldri ta liv.

Overbevisning i tråd med tradisjonelle etiske normer

Visse nye helsetilbud kan bryte radikalt med samfunnets tradisjonelle, anerkjente og utbredte etiske normer. I slike situasjoner bør samfunnet strekke seg langt for å respektere reservasjon mot slike helsetilbud. Grunner er at slik reservasjon vil være begrunnet i tradisjonelle moraloppfatninger som har ligget til grunn for fremveksten av dagens samfunn.

Ikke livsviktig behandling eller komplikasjoner

Legen bør ikke kunne reservere seg fra å gi behandling som er livsnødvendig for pasienten, spesielt ikke i situasjoner der ingen annen lege står klar til å ta over pasientansvaret og gi samme behandling.

Legen har ikke tilstrekkelig god grunn til å kunne avstå fra å behandle komplikasjoner til en behandling han vil reservere seg mot å utføre. Ved å behandle slike komplikasjoner bidrar han ikke til den antatt uetiske behandlingen.

Kriteriene oppsummert

Av hensyn til helsepersonellens moralske integritet har samfunnet grunn til å respektere reservasjon som finner sted der:

- å yte helsehjelp ville medføre brudd med en dyptfølt overbevisning
- dette bruddet ville være klart/alvorlig
- overbevisningen kan gis et plausibelt allmenntisk eller religiøst rasjonale
- den aktuelle helsehjelpen ikke er livsviktig behandling

I tillegg styrker det reservasjonens krav på respekt når:

- overbevisningen er fundert i medisinens egen etikk
- overbevisningen er i tråd med samfunnets tradisjonelle etiske normer

Når kriteriene er tilfredsstillende har samfunnet gode grunner, *fra sitt eget perspektiv*, til å tolerere helsepersonellens moralske mindretallssyn og reservasjon. Etikkutvalget har ønsket å legge stor vekt på dette samfunnsperspektivet for å få fram at reservasjonsrett ikke bare er et gode for dem som reserverer seg, men også et gode for samfunnet. På dette grunnlaget kan man argumentere i det offentlige rom for at helsepersonell skal ha reservasjonsrett, og at den skal være omfattende.

Lovfestet reservasjonsrett?

Helsepersonells rett til å reservere seg mot å utføre og assistere ved abortinngrep er hjemlet ved lov. Trengs det nye lovbestemmelser som hjemler reservasjonsrett i andre situasjoner, eller alternativt en generell lovbestemmelse om at helsepersonells reservasjonsrett skal respekteres? Etikkutvalget mener at slik lovregulering ikke er nødvendig nå, men at behovet kan oppstå i fremtiden. Generelt er det grunn til å være skeptisk til juridisk gjennomregulering av helseområdet. Når lovens detaljstyring rykker inn, fordufter ofte partenes naturlige og gjensidige tillit. Det beste er hvis helsepersonell, administratorer og ledere, pasienter, politikere og tilsynsmyndigheter kan ha tillit til hverandre og møte hverandre med respekt, raushet og smidighet. Helsetilsynet og Rådet for legetikk har gjennom uttalelser vist at de innser viktigheten av at helsepersonell skal få følge sine sterke overbevisninger. Men hvis denne vinden snur, og intoleranse og synet på legen som en funksjonær som kun har å gjøre sin plikt får fotfeste, vil det kunne bli behov for et sterkere juridisk fundament for reservasjonsretten.

Reservasjon som lovbrudd

Vi har satt opp kriterier for når samfunnet bør akseptere et ønske om reservasjon. Men fra helsepersonellens perspektiv kan situasjonen se annerledes ut. Samfunnet må balansere hensynet til helsepersonellens moralske integritet opp mot pasientens lovbestemte rett til å få behandling. Helsepersonellet selv, derimot, kan oppleve at samvittighetskonflikten er så sterk at det eneste man kan leve med er å følge sin samvittighet og avstå fra å yte helsehjelpen, selv om det

innebærer et lov- eller regelbrudd. Slike handlinger kan være moralsk prisverdige, men de koster – og de må koste. Alle mennesker som ønsker å bevare sin integritet vil støte på situasjoner i løpet av livet der det å gjøre det rette vil være personlig kostbart.

2. Provosert abort

- Etiklutvalget mener at helsepersonell bør ha rett til å reservere seg mot å utføre, delta ved og henwise til abortinngrep.

Det foretas ca. 16.000 aborter i Norge årlig. I det følgende bruker vi ”abortinngrep” til å betegne både medisinske og kirurgiske provoserte aborter. En ikke ubetydelig andel leger og annet helsepersonell har moralske innvendinger mot vårt samfunns abortpraksis. Helse Sør-Øst oppga i 2009 at 15 leger ikke ville delta i provosert abort. Oppdatert landsomfattende statistikk finnes ikke. Vi tror at mange helsepersonell har unngått å arbeide på gynekologiske avdelinger for å slippe befatning med abortspørsmålet. Vi tror også at mange som har moralske kvaler har latt seg presse til å utføre og henwise til abortinngrep. En ny norsk spørreundersøkelse blant medisinstudenter fant at hele 27% av studentene kunne tenke seg å bruke reservasjonsretten når de ble ferdige leger. Retten til reservasjon mot å utføre og assistere ved abortinngrep er hjemlet i abortloven §14 og abortforskriften §15. Retten omfatter ikke henvisning til abort og pleie i forbindelse med abortinngrepet.

Helsepersonell som reserverer seg mot befatning med abortinngrep, gjør det vanligvis fordi de har en dyp overbevisning om at abort (i typiske tilfeller) er uetisk. Det er galt å drepe uskyldige mennesker; fosteret er et uskyldig menneske; derfor er det galt å drepe fosteret ved abort. Å skulle utføre abort innebærer et klart brudd med denne overbevisningen. Aborten er i typiske tilfeller ikke livsviktig for den abortsøkende. De fleste helsepersonell som vil reservere seg mot abortinngrep, er villige til å gjøre unntak i de sjeldne situasjoner der mors liv står i fare, eventuelt også etter voldtekt og incest. Livets ukrenkelighet, som det appelleres til i begrunnelse, er en medisinsk kjerneverdi. Vi ser at begrunnelsen for en moralsk rett til å reservere seg mot å delta i abortinngrep er sterk.

Å skulle henwise til abortinngrep innebærer også å delta i årsakskjeden som leder fram til abort. Selv om legens medvirkning ved henvisning ikke er avgjørende, er det likevel en handling med abortinngrep som endelig mål. Noen leger finner derfor at henvisning er uetisk, og et klart brudd med sin dype overbevisning. Etiklutvalget mener derfor at reservasjonsretten også må omfatte henvisning til abort. Per i dag aksepterer Helsetilsynet og Rådet for legeetikk også slike reservasjonsønsker, og vi ser derfor ikke behov for at lov og forskrifter endres.

Anestesipersonell og andre som bidrar ved abortinngrepet, spiller også en betydelig rolle i årsakskjeden, og må ha anledning til å reservere seg. Når det gjelder forundersøkelse før abort er meningene delte. Det kan hevdes at dette ikke er noe betydelig bidrag til årsakskjeden som leder fram til abort, men de som opplever det slik, må ha rett til reservasjon.

Abortforskriften §17 gir sykehusene rett til å foretrekke jobbsøkere som ikke reserverer seg mot å delta i abortinngrep. Så lenge samfunnet opprettholder retten til abort og sykehusenes tilsvarende plikt til å utføre abort, må sykehusene ha denne retten. Men det er viktig at sykehusavdelingene ikke misbruker denne retten, slik at helsepersonell som reserverer seg i praksis får yrkesforbud etter arbeidsgivers forgodtbefinnende.

3. Assistert reproduksjon

- Etiklutvalget mener at helsepersonell bør ha rett til å reservere seg mot å utføre, delta ved eller henvise til behandling med teknikker innen assistert reproduksjon som skader ufødt menneskeliv.
- Etiklutvalget mener at helsepersonell bør ha rett til å reservere seg mot å utføre, delta ved eller henvise til assistert reproduksjon for enslige og homoseksuelle par hvis begrunnelsen er en sterk overbevisning om hva som er til barns beste.

Assistert reproduksjon er et samlebegrep for alle medisinske teknikker som kan benyttes for å avhjelpe barnløshet. Det dreier seg om inseminasjon med kjent eller ukjent donor, IVF (in vitro fertilisering), ICSI ("intracytoplasmatic sperm injection"), GIFT ("gamete intrafallopian transfer"), eggdonasjon og bruk av surrogatmor.

I Norge var assistert reproduksjon inntil nylig forbeholdt heterofile par, men fra 2009 har lesbiske kvinner "i stabile, ekteskapsliknende forhold" hatt rett til inseminasjon. Mannlige homofile par og enslige har pr. 2011 ikke tilbud om assistert reproduksjon.

I Stortingets anmodningsvedtak nr. 614, 19.06.08, heter det at "Stortinget ber Regjeringen sørge for at det legges til rette for at helsepersonell som av samvittighetsgrunner ønsker det i enkelttilfeller, skal kunne fritas fra å utføre eller assistere ved assistert befruktning." Henvisning til slik behandling er ikke nevnt. De regionale helseforetakene plikter å legge til rette for reservasjon. Rådet for legetikk hevder i en epost til Helse- og omsorgsdepartementet 01.12.08 at leger også bør få reservere seg mot å henvise lesbiske par til assistert befruktning. Departementet svarer 24.02.09 at det "er intet rettslig i veien for at legen kan gis en reservasjonsrett dersom kommunen legger til rette for at det lesbiske paret kan få samme hjelp av en annen lege".

De ulike teknikkene som brukes har ulike konsekvenser for hensynet til menneskeverd fra livets begynnelse og retten til å kjenne sitt opphav. Det kan derfor hende at enkelte leger vil reservere seg mot å utføre eller henvise til behandling med teknikker som de mener er uetiske. NKLF har tidligere gjort en etisk vurdering av de ulike teknikkene som benyttes ved assistert reproduksjon (NKLFs etiklutvalg: "Etisk betenkning om bioteknologi og assistert reproduksjon", 2010). I tillegg vil noen helsepersonell ønske å reservere seg mot å utføre eller henvise visse pasientgrupper til en behandling som man regner som etisk akseptabel i seg selv. Et aktuelt eksempel på dette er allmennpraktikere som ikke ønsker å henvise lesbiske par til kunstig inseminasjon.

Den generelle trenden på dette feltet av medisinen, i Norge og i resten av verden, er økende liberalisering. Det betyr at vi sannsynligvis vil se stadig flere teknikker innen assistert reproduksjon, samtidig som dette blir tillatt for stadig flere grupper mennesker. Det er derfor sannsynlig at helsepersonell i fremtiden vil fremsette flere ønsker om reservasjon.

Vi skal vurdere grundig om ulike begrunnelser for reservasjon holder mål. Ved reservasjon mot å utføre eller henvise til assistert reproduksjon er et fellestrekk for flere av begrunnelsene ønsket om å ta vare på de minste i samfunnet – enten det gjelder befruktete egg og embryoer, eller barn. Vi ser for oss fem mulige begrunnelser for reservasjon:

1. *Motstand mot pasientens livsstil.* Religiøs eller etisk begrunnet motstand mot pasientens livsstil kan med én gang avvises som begrunnelse for reservasjonsrett. Helsepersonell har rett til å mene hva de vil om pasientenes livsstil, men det følger ikke av dette at de har rett til å "straffe" pasientene ved å nekte dem livsutfoldelse gjennom å få barn ved hjelp av medisinske teknikker.
2. *Assistert reproduksjon for enslige og homofile går ut over medisins grenser.* Det strides om hvorvidt ufrivillig barnløshet er å regne som en sykdom hos heterofile par. Hos enslige og homofile par er barnløshet uansett ingen sykdom, men snarere en naturlig følge av livsstilen. Assistert befruktning for disse gruppene blir derfor ikke sykdomsbehandling, og en behandlingsform svært langt fra medisins kjernevirksomhet. Innvendingen mot denne begrunnelsen er at det ikke nødvendigvis er galt å drive virksomhet i medisins randsoner som ikke er sykdomsbehandling. Selv om behandlingen ikke har medisinsk indikasjon, er den allment anerkjent som et gode som helsetjenesten bør tilby. Å praktisere slik medisin kan ikke sies å medføre en alvorlig trussel mot helsepersonellens integritet.
3. *Befruktede eggs menneskeverd.* Menneskelivet begynner ved befruktningen, og det er en utbredt oppfatning, ikke minst blant kristent helsepersonell, at alt menneskeliv har fullt menneskeverd og krav på beskyttelse helt fra unnfangelsen. Dette vil gjøre visse teknikker innen assistert reproduksjon uakseptable ved at de medfører destruksjon av en rekke befruktete egg. Slik IVF praktiseres de fleste steder, befruktes langt flere egg enn det antall barn paret ønsker. De overtallige befruktete eggene blir ofte destruert. Selv om intensjonen med IVF er å skape liv, blir én av konsekvensene dermed ofte at liv også går tapt.

Oppfatninger om befruktete eggs menneskeverd vil gjerne være dyptfølte overbevisninger. Det å skulle henvise et par til for eksempel IVF, vil kunne utgjøre et klart brudd på denne overbevisningen på linje med å henvise til abort. Selv om hensikten med behandlingen er å legge til rette for at et barn blir til, vil konsekvensen i de aller fleste tilfeller være at befruktete egg og embryoer kastes. Overbevisningen har et *plausibelt allmenntisk rasjonale*, som i tillegg er *i tråd med medisins egen etikk* slik den har vært formulert både i den hippokratiske ed og i prinsippet om "primum non nocere" (ikke skade).

Et ønske om reservasjon mot å utføre eller henvise til behandling med visse teknikker innen assistert reproduksjon med den begrunnelse at teknikkene skader ufødt menneskeliv, bør derfor respekteres.

4. *Barnets rett til å kjenne sitt opphav.* Man kan også henvise til at det er bra for barn å kjenne sitt opphav. Ved sæddonasjon var det tidligere total anonymitet for giveren. Med den nye bioteknologiloven (2003) ble imidlertid anonymiteten opphevet og barnet fikk rett til å vite hvem den genetiske faren var ved fylte 18 år. Barnet vil gå like fullt gjennom viktige barne- og ungdomsår uten å kjenne sitt genetiske opphav, og det er mulig at det innebærer

en belastning for barnet på linje med det som gjelder adoptivbarn. Denne begrunnelsen behandler vi sammen med den neste.

5. *Barnets rett til far og mor.* Dette argumentet har to komponenter: Man kan postulere at barn har en naturgitt og gudegitt *rett* til å vokse opp med sine biologiske foreldre såfremt dette er mulig. Denne rettigheten anerkjennes i FNs barnekonvensjon art. 7. For det andre kan man hevde at det er overveiende sannsynlig at barn har bedre oppvekstvilkår hos sine biologiske foreldre. Barn som vokser opp utenfor denne rammen tar skade av det, og å legge til rette for det er uetisk. Derfor er assistert reproduksjon for enslige og for likekjønnede par problematisk.

De to siste begrunnelsene handler begge om hva som er ideelle oppvekstvilkår for barn. Overbevisningen om de ideelle oppvekstvilkår kan finne støtte i religiøst menneskesyn, allmenntetisk naturrettsstankegang, eller i empirisk forskning.

Det følgende taler *for* en rett til reservasjon i dette tilfellet:

- Tanken om mor-far-barn som den naturlige og gudegitte konstellasjonen, og barnets rett til å vokse opp med sine biologiske foreldre, kan oppleves som en *dyptfølt moralsk og/eller religiøs overbevisning*.
- Selv om mange barn vokser opp utenfor denne rammen har vi et spesielt ansvar i forbindelse med assistert reproduksjon. Da er det vi mennesker som under kontrollerte betingelser lager et nytt individ. Dermed har vi et spesielt ansvar for at ikke dette barnet får dårlige betingelser for liv og oppvekst. Det er forståelig at helsepersonell ikke vil delta i en slik prosess hvis de opplever at det nye livet ikke får gode nok oppvekstvilkår.
- Empiriske data om hvordan det går med barn som vokser i opp ulike familiekonstellasjoner er i utgangspunktet viktige, men per i dag er slike data få og ofte av dårlig kvalitet. Det kan hevdes at samfunnet bør innta en "føre var"-posisjon inntil bedre empiriske data foreligger.
- Den aktuelle helsehjelpen er *verken livsviktig eller påkrevd for å bedre pasientens helse*. Behandlingen ligger i randsonen av det helsetjenesten bedriver. Selv om dette ble avvist som eneste begrunnelse for reservasjon ovenfor, er det et tilleggsmoment av betydning her. For det kan hevdes at pasientens rett til behandling som verken er direkte viktig for helsen eller hører til medisinenes kjernevirksomhet, er svakere fundert og dermed et mindre tungtveiende hensyn.
- Det er også moralsk relevant at assistert befruktning for enslige og lesbiske er et nytt behandlingstilbud som innebærer et *brudd med tradisjonelle etiske normer* i vårt samfunn. Dette var en ukjent problemstilling da helsepersonell gikk inn på sin utdanning og startet sin praksis. Det er derfor ikke del av den kontrakten med samfunnet helsepersonellet implisitt har godtatt når man har startet sin virksomhet. Dermed har samfunnet en sterkere forpliktelse til å legge til rette for reservasjon, som vi argumenterte for i innledningen.
- Reservasjon vil som regel kunne skje smidig uten at pasienten blir skadelidende.

Det følgende taler *mot* en rett til reservasjon:

- Reservasjonsønsket kan ikke styrkes ved appell til medisinske kjerneverdier, for hensynet til barns oppvekstvilkår, om enn meget viktig, er *ikke en medisinsk kjerneverdi* (slik som hensynet til livet er).

- Barnet som blir til ved assistert befruktning, og som vokser opp under angivelig suboptimale forhold, blir ikke skadelidende av legens behandling eller henvisning – for alternativet var å ikke bli til.
- Hvis legen handler mot sin overbevisning og henviser til eller utfører behandlingen, skader dette virkelig hans moralske integritet? Det kan nemlig stilles spørsmål ved *hvor alvorlig bruddet med legens overbevisning er*. Ved for eksempel abort handler reservasjon om å ikke være delaktig i et drap på ufødt menneskeliv. Ved assistert reproduksjon for enslige eller likekjønnede handler reservasjon om å ikke være delaktig i tilblivelsen til et barn som får suboptimale oppvekstvilkår ved at det ikke får vokse opp med begge biologiske foreldre, slik mange mener det har en naturgitt rett til.
- Det å gjøre en beregning av barns muligheter for gode oppvekstvilkår hos voksne som søker assistert reproduksjon kan være en vanskelig vei å gå inn på. Hvordan skal man vurdere faktorer som vi vet påvirker barnets oppvekstvilkår negativt, som alkoholmisbruk, psykiatrisk sykdom i familien, lave inntekter, lavt utdanningsnivå, og så videre? Hvis vi som helsepersonell skal ha ansvar for å sikre det blivende barnet optimale oppvekstvilkår, vil svært mange søkere kunne bli vurdert som uegnet. Hvor skal grensen gå for hvem man kan reservere seg mot å henviser til assistert befruktning?

Når vi veier disse momentene opp mot hverandre finner vi at retten til å reservere seg mot å henviser enslige og likekjønnede par til assistert reproduksjon, selv om den ikke er innlysende, er velfundert og bør respekteres av samfunnet.

Noen hevder at å reservere seg mot å henviser enslige og lesbiske til assistert reproduksjon er problematisk fordi det implisitt innebærer en nedvurdering og fordømmelse av pasientens livsstil. Reservasjonsønsket kan ganske riktig implisere at man regner pasienten for ikke å være en optimal forelder på grunn av sin livsstil. Men formålet med reservasjonen er å gjøre det som er rett og beskytte sin egen moralske integritet, ikke å kommunisere et moralsk standpunkt til pasienten. Så lenge reservasjonen kan skje smidig og med sensitivitet overfor pasienten mener vi at denne innvendingen derfor ikke er viktig. For legen innebærer reservasjon begrunnet forskjellsbehandling, ikke diskriminering (ubegrunnet forskjellsbehandling) av grupper.

Siden reservasjonen kan oppfattes som en fordømmelse av pasientens livsstil, bør reservasjon i dette tilfelle finne sted med spesiell sensitivitet og smidighet. Når en enslig eller homofil først har fått assistert reproduktiv behandling har legen ingen god grunn for å skulle reservere seg mot videre medisinsk oppfølging av svangerskapet.

4. Prevensjon

- Etikktutvalget mener at helsepersonell bør ha rett til å reservere seg mot å forskrive prevensjonsmidler som kan skade et befruktet egg.
- Helsepersonell bør ikke ha rett til å reservere seg mot å forskrive prevensjonsmidler som sådan.
- Helsepersonell bør ikke ha rett til å reservere seg mot å forskrive prevensjon til pasienter med seksuelle preferanser eller en livsstil som man har moralske innvendinger mot.

Dagens prevensjonsmidler har forskjellig bruksmåte, virkningsmekanisme og effekt. Noen leger og helsesøstre opplever det problematisk å skulle formidle prevensjonsmidler som kan skade et befruktet egg. Det er ingen hjemmel i dagens lovverk for å reservere seg mot å ha med disse prevensjonsmidlene å gjøre, men reglene har vært praktisert slik at leger som ikke ønsker å formidle disse medikamentene kan slippe å gjøre det, så lenge de legger til rette for at pasienten kan få dette hos en annen lege uten stor ulempe for pasienten.

De prevensjonsmidlene noen leger oppfatter problematisk er særlig kobberspiral og midler som kun inneholder gestagen (bl.a. minipiller). Det er omstridt om hormonspiral også skal regnes med blant de problematiske midlene. Den typiske begrunnelsen for å ønske å reservere seg mot å forskrive disse midlene er at de ikke er pålitelige i å hindre befruktning, men kan hindre et befruktet egg i å feste seg i livmorveggen. Slik fremkaller de en "tidlig abort". Leger som mener det befruktede egget har menneskeverd kan finne dette moralsk uakseptabelt.

Legens ønske om reservasjon mot å forskrive slike prevensjonsmidler er *basert på en dyp overbevisning* om befruktede eggs verdi. Ved å skrive ut de aktuelle midlene bidrar legen til årsakskjeden som kan ende med en "tidlig abort", og å gjøre dette vil derfor *utgjøre et klart brudd med overbevisningen*. Overbevisningen har *et plausibelt etisk rasjonale, fundert i medisinsens sentrale verdi om å bevare liv*. Dersom en lege ønsker å reservere seg mot enkelte prevensjonsmidler bør legen formidle dette til pasienten på et tidlig tidspunkt, og legge til rette for at pasienten kan få kontakt med en annen lege som ikke har reservert seg mot slik behandling.

Vi mener derfor at ønsket om å reservere seg mot å skrive ut visse prevensjonsmidler er velbegrunnet og bør respekteres. Vi er glade for at regelverket per i dag praktiseres slik at dette reservasjonsønsket respekteres.

Noen leger kan tenkes å ville reservere seg mot å forskrive prevensjonsmidler som sådan. Begrunnelsen ville da være hentet fra religiøs seksualetikk, slik som katolsk seksualetikk, som avviser all bruk av prevensjonsmidler. Vi er ikke kjent med at norske leger har fremmet et slikt ønske om reservasjon, men for fullstendighetens skyld vil vi kort omtale det her. I dette tilfellet

er det vanskelig å se at begrunnelsen for reservasjon er sterk. Legen skader sin moralske integritet ved selv å bruke prevensjonsmidler, men skader han den ved å *etterkomme pasienters ønske* om å få bruke prevensjon? Dette er pasienter som typisk uansett ikke deler legens spesifikke religion og religiøse etikk. Pasienten blir ikke alvorlig skadelidende av å bryte (ytterligere et) religiøst bud, heller ikke fra legens perspektiv. Vi finner derfor at et slikt reservasjonsønske ikke bør respekteres.

Endelig kan noen leger og helsesøstre ønske å reservere seg mot å gi prevensjonsmidler til visse grupper av pasienter. Dette ønsket vil da være begrunnet i en etisk eller religiøs-etisk oppfatning om at pasienten *ikke bør ha seksuelt samkvem*, typisk på grunn av alder, livsstil eller seksuelle preferanser. I det tilfellet der pasienten er under seksuell lavalder, har helsepersonellet loven på sin side. Det blir et spørsmål om skjønn og praktisk klokskap hvorvidt pasienten bør få prevensjonsmidler. Den moralske reservasjonsretten kommer ikke til anvendelse. I det tilfellet der legen har moralske innsigelser mot pasientens livsstil og seksuelle preferanser, er begrunnelsen for reservasjon ikke sterk nok til at den bør respekteres. Vår begrunnelse for dette er analog med resonnementet i avsnittet over.

5. Eutanasi og legeassistert selvmord

- Etiklutvalget mener at helsepersonell bør ha rett til å reservere seg mot å delta i eutanasi og legeassistert selvmord.

Eutanasi og legeassistert selvmord er forbudt i Norge i dag, men spørreundersøkelser viser at mange er positive til å innføre dette i Norge, både blant helsepersonell og enda mer blant den generelle befolkningen. Nederland, Belgia og Luxembourg tillater eutanasi og legeassistert selvmord. Noen amerikanske delstater tillater legeassistert selvmord i sine lover. I fremtiden kan dette bli en realitet også i Norge.

Alle landene som har åpnet for eutanasi og legeassistert selvmord, har gitt mulighet for reservasjon for leger mot å gi slik "behandling". Å skulle avslutte, eller hjelpe til å avslutte et liv, bryter med en helt grunnleggende verdi; livets ukrenkelighet. Den hippokratiske ed for leger uttrykker tydelig å at være lege handler om å forsøke å bevare liv. Det er derfor innlysende at dersom norsk lov i fremtiden åpner for eutanasi og legeassistert selvmord skal det være mulighet for å reservere seg mot å gi, samt henviser til, denne type "behandling".

Praktisk vil det trolig være uproblematisk å reservere seg mot å delta i eutanasi og legeassistert selvmord, da etterspørselen etter dette vil være liten.

6. Andre grunner til reservasjon

I tillegg til de fire reservasjonsgrunnene vi har omtalt ovenfor kan det tenkes en rekke andre situasjoner der leger kan komme til å ønske å reservere seg mot å yte helsehjelp. Slike reservasjonsønsker er per i dag enten ikke særlig utbredt, eller enkle å ta stilling til, og vil derfor bli behandlet mer summarisk her.

Avslutning av livsforlengende behandling

En døende pasient har en lovfestet rett til å nekte livsforlengende behandling. Det er en utbredt oppfatning at overbehandling i livets siste fase er et langt mer utbredt problem enn underbehandling. Likevel kan det tenkes situasjoner der pasienten og eventuelt pårørende ønsker at livsforlengende behandling skal opphøre, men at helsepersonell er uenig. Dette vil være i situasjoner der fortsatt behandling kan føre til forlengelse av et liv med en viss livskvalitet. Helsepersonellet kan mene at å avslutte behandling i slike tilfeller i etisk forstand er å ligne med et selvmord. Helsepersonell har per i dag ingen eksplisitt hjemlet rett til reservasjon i slike tilfeller. Denne situasjonen er ikke omtalt i Nasjonal veileder for beslutningsprosesser for begrenset av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende.

Helsepersonellens reservasjonsønske er i denne situasjonen basert på en dyp overbevisning, å delta i prosessen med avslutning av behandling utgjør et klart brudd med overbevisningen. Overbevisningen har et plausibelt etisk rasjonale, fundert i medisinen sentrale verdi om å bevare liv. Det vil vanligvis greit la seg gjøre å la kolleger overta ansvaret for behandlingen. Derimot vil legen ikke sjelden ha opparbeidet en tett relasjon til pasient og pårørende, og det er til ulempe for pasienten hvis denne brytes.

Vi finner at et slikt reservasjonsønske bør respekteres. Rent praktisk vil dette best la seg gjøre ved at helsepersonellet helt fraskrives ansvar for behandling av pasienten, og at kolleger overtar.

Sterilisering

Det finnes anekdoter om katolske sykehus i USA som har nektet å utføre sterilisering i forbindelse med akutt keisersnitt. Pasienten ble dermed nødt til å gjennomgå ytterligere et abdominalinngrep for å få utført dette. Vi kjenner ikke til at norske leger har ønsket å reservere seg mot sterilisering. Den eneste begrunnelsen vi kan tenke oss vil være fundert i katolsk seksualmoral. I en slik tankegang vil det være en etisk relevant forskjell mellom å få seg selv sterilisert – som er det seksualmoralen fordømmer – og utføre kirurgisk sterilisering av pasienter. Det er ikke klart at det sistnevnte vil skade legens moralske integritet. Vi finner derfor at begrunnelsen for reservasjon ved sterilisering er relativt svak. Likevel vil det gjerne praktisk enkelt la seg gjøre å overlata slike inngrep til kolleger.

Genmodifisering

Denne teknologien er foreløpig lite utviklet. Det er uklart hvordan den vil komme til anvendelse i medisinen, og i hvilke situasjoner reservasjonsønsker kan bli aktuelle. Det er utvilsomt potensial for store etiske utfordringer med denne teknologien, for eksempel knyttet til endring av individers egenskaper.

Eggdonasjon og bruk av surrogatmor

Ettersom de tillatte bruksområdene for assistert reproduksjon utvides, kan det tenkes at helsepersonell på fertilitetsklinikker vil ønske å reservere seg mot visse prosedyrer i visse situasjoner. Når det gjelder donasjon av kjønnsceller samt bruk av surrogatmor mener vi at helsepersonell bør ha rett til å reservere seg mot å utføre eller henvise til slike inngrep, med henvisning til barnets rett til å vokse opp med sine biologiske foreldre, jfr. kapittel 3.

Rituell omskjæring av guttebarn

Rituell omskjæring er et kirurgisk inngrep uten medisinsk indikasjon. Som alle inngrep medfører det en viss risiko, og har potensielle negative sider uten noen medisinsk gevinst som veier opp for dette. Helsepersonell kan derfor legitimt reservere seg mot å delta ved rituell omskjæring, men da ved appell til profesjonsetikkens prinsipper om å ikke skade, snarere enn til den moralske reservasjonsretten.

Å ikke ville behandle visse pasientgrupper

Det finnes anekdoter om muslimske britiske medisinstudenter som ikke ønsker å behandle alenemødre, barn født utenfor ekteskap, eller homofile. For kompletthetens skyld kan vi også tenke oss helsepersonell som avviser å behandle pasienter som tilhører visse religiøse eller politiske retninger. I slike tilfeller vil man reservere seg ikke mot behandling som sådan, men mot pasienten. De aktuelle oppfatningene kan være dype og religiøst fundert: visse livsstiler fordømmes av noen religioner. Men det følger ikke av dette at det er moralsk galt å yte medisinsk behandling til personer som enten har en slik livsstil, eller er blitt til som en konsekvens av andres livsvalg (barn født utenfor ekteskap). Slik behandling innebærer ikke et klart brudd med helsepersonellens religiøse oppfatninger. Vi ser ingen grunn til å respektere slike reservasjonsønsker.

7. Etikkutvalgets forslag til vedtak på NKLFs generalforsamling

- Helsepersonell har en moralsk rett til å reservere seg mot medisinsk praksis som strider mot deres dype overbevisning.
- Reservasjonsretten må ikke nødvendigvis lovfestes så lenge den respekteres av arbeidsgivere, tilsynsmyndigheter, politikere og pasienter i praksis.
- Helsepersonell bør ha rett til å reservere seg mot å utføre, delta ved og henvise til abortingrep.
- Helsepersonell bør ha rett til å reservere seg mot å utføre, delta ved eller henvise til behandling med teknikker innen assistert reproduksjon som skader ufødt menneskeliv.
- Helsepersonell bør ha rett til å reservere seg mot å utføre, delta ved eller henvise til assistert reproduksjon for enslige og homoseksuelle par hvis begrunnelsen er en sterk overbevisning om hva som er til barns beste.
- Helsepersonell bør ha rett til å reservere seg mot å forskrive prevensjonsmidler som kan skade et befruktet egg.
- Helsepersonell bør ha rett til å reservere seg mot å delta i eutanasi og legeassistert selvmord.
- Helsepersonell bør ikke ha rett til å reservere seg mot å yte medisinsk nødvendig behandling på grunnlag av pasientens etnisitet, politiske holdninger, seksuelle preferanser eller livsstil.
- Helsepersonell bør ikke ha rett til å nekte å gi informasjon om eller behandle komplikasjoner av moralsk omstridte behandlingsformer.