

Reservasjon

1. Arbeidsgruppens arbeid	side 2
2. Faktagrunnlag	side 3
3. Tolkning av mandatet	side 3
a. Begrepsbruk	side 4
4. Konsentrat av status presens	side 5
a) Gjeldende rett og juridisk vurdering	side 5
b) Reservasjon i andre yrkesgrupper	side 5
c) Reservasjon i andre land	side 8
5. Hva gruppen enes om	side 9
6. Ulike synspunkter	side 11
(Morten Magelssen, Eivind Meland, Elisabeth Swensen og Reidun Førde)	
7. Mulige standpunkter til reservasjon	side 15
Vedlegg 1 Leger og reservasjon – juridisk vurdering	side 17
Vedlegg 2 Legeforeningens etiske regler – reservasjonsadgang i lys av § 6 annet ledd	side 24
Vedlegg 3 Andre sammenliknbare land	side 26
Vedlegg 4 Regulering av andre yrkesgrupper	side 31
Vedlegg 5 Helsedirektoratets kartlegging av samvittighetsbegrunnede reservasjoner	side 39

1. Arbeidsgruppens arbeid

Arbeidsgruppen har hatt fire møter, ett telefonmøte, ett halvdagsmøte og to heldagsmøter. Gruppen har bestått av fire deltagere oppnevnt av sentralstyret; Reidun Førde, Morten Magelssen, Eivind Meland og Elisabeth Swensen. Gruppen har hatt sekretariatsstøtte. Deler av arbeidsgruppen deltok også på «Nasjonalt møte om reservasjonsrett» i Stortinget 22. januar 2013. I tillegg har sekretariatet vært i møte med Jordmorforeningen og Presteforeningen for å drøfte hvordan reservasjon praktiseres i disse yrkesgruppene. I tillegg er det blitt sendt henvendelser til Sykepleierforbundet, Advokatforeningen, Forsvaret og Politiets fellesforbund. En kort oppsummering av møtene og/eller uttalelsene gjenfinnes i kapittel 4b. En større gjennomgang finnes i vedlegg 4.

Sekretariatet har også innhentet informasjon fra Legeforeningene i Sverige, Danmark, Island, Tyskland og Storbritannia om hvordan legers reservasjon er regulert i disse landene. I tillegg ba vi om informasjon om hvordan leger i disse landene generelt stiller seg til reservasjonsadgang, om det har vært noen debatt rundt temaet, og om legeforeningene i disse landene har tatt standpunkt i spørsmålet om reservasjon. En kort oppsummering presenteres i kapittel 4c. Tilbakemeldingene i sin helhet gjenfinnes i vedlegg 3. Helsedirektoratets kartlegging av samvittighetsbegrunnede reservasjoner presenteres i vedlegg 5.

Saksgangen og historikken i debatten om reservasjon har blitt brukt som et bakteppe i gruppens arbeid. Sekretariatet har bistått arbeidsgruppen med en oversikt over intern og ekstern saksgang, og sørget for at arbeidsgruppen har fått tilgang på relevante dokumenter. En oppsummering av gjeldende rett, reservasjon i lys av folkerett og menneskerettigheter samt gjeldene praksis, gjenfinnes i kapittel 4a. Arbeidsgruppen har også brukt noe tid på å gjennomgå og tolke mandatet. Dette presenteres i kapittel 3.

Arbeidsgruppen har brukt møtene til å drøfte seg gjennom problemområder. Gruppen har tatt for seg, og diskutert, ulike oppfatninger av reservasjonsadgang. Ett syn i arbeidsgruppen er at reservasjonsadgang fungerer som et rom som beskytter legens moralske integritet ved at legen ikke må handle i strid med dype overbevisninger. Motsatt kan reservasjon ses på som et amnesti fra etiske dilemmaer som oppstår når legens samvittighet kolliderer med rettigheter gitt pasienten av samfunnet gjennom lov- og forskriftsregulering. Disse synspunktene utdypes i kapittel 6 der hvert av medlemmene begrunner sitt syn på reservasjon. Arbeidsgruppen har også gjennomgått definisjoner og begrepsbruk. Dette presenteres i kapittel 3a.

I arbeidet med å nærme seg tematikken, har arbeidsgruppens medlemmer utarbeidet kasuistikker fra spesialisthelsetjenesten og fra fastlegen med utgangspunkt i situasjoner hvor reservasjon kan være, eller er, aktuelt. Disse eksemplene har deretter blitt drøftet i felleskap. Gruppen er enig i at det å være lege innebærer å måtte stå i vanskelige etiske dilemmaer og er verdibasert. Gruppen er enig om at pasienter aldri vil kunne få innfridd alle sine behov hos fastlegen til enhver tid. De i gruppen som argumenterer for en reservasjonsadgang presiserer at reservasjon kun må være rettet mot handlinger, aldri personer og grupper. En nærmere redegjørelse for viktigheten av kollegial støtte og fleksible ordninger presenteres i kapittel 5.

Arbeidsgruppen har brukt store deler av møtene på å diskutere begrepene «*alvorlig overbevisning*» og «*moralisk integritet*». Arbeidsgruppen har drøftet alvorlig overbevisning både i tilknytning til

religiøse/moralske og faglige samvittighetskonflikter. Det har vært enighet i gruppen om at pasientens lidelse er det prinsipielle utgangspunktet for all legevirksomhet, og at lidelse hos pasienter kan veie tyngre enn legens overbevisning. Leger må akseptere ubehag i toleransens navn. Dette beskrives nærmere i kapittel 5. Gruppens arbeid med moralsk integritet har basert seg på legens plikt til å stå opp mot urett, og at dette er en viktig bærebjelke i utøvelsen av legeprofesjonen.

Arbeidsgruppen har vært i kontakt med tidligere medlemmer av Rådet for legeetikk for å få en klargjøring av historikken og hensikten bak § 6. Det har imidlertid vært ulike oppfatninger om paragrafens opprinnelse og fortolkning, noe det også er i arbeidsgruppen. § 6 i Etske regler for leger omtales i vedlegg 2.

2. Faktagrunnlag

Arbeidsgruppen har merket seg at det er begrenset med faktakunnskap om temaet. I 2011 fikk Helsedirektoratet i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å undersøke omfanget av samvittighetsbegrunnede reservasjoner i kommune- og spesialisthelsetjenesten (vedlegg 5). Kartleggingen er imidlertid svært mangelfull. To fylker har ikke svart, enkelte fylkesmenn gir en generell tilbakemelding på at de ikke har kjennskap til noen reservasjonsordninger, og det er gjennomgående at mange kommuner ikke har svart fylkesmennene. Totalt sett viser tilbakemeldingene fra primærhelsetjenesten at det er 16 kjente tilfeller av samvittighetsbegrunnede reservasjoner mot å henvise til svangerskapsavbrudd og assistert befruktning. Kartleggingen av spesialisthelsetjenesten viser at det er til sammen 79 fritak fra oppgaver som er samvittighetsbegrunnede¹. Alle fritakene gjelder utelukkende svangerskapsavbrudd. Tilbakemeldingene viser også at det er et klart overtall av jordmødre som har fått fritak.

Det er også svært lite kunnskap om pasienters erfaringer med leger som reserverer seg. Landsforeningen for lesbiske, homofile, bifile og transepersoner (LLH) har fått henvendelser fra lesbiske par som ikke har fått henvisning til assistert befruktning av sin fastlege. I Helsedirektoratets kartlegging er det ingen av fylkesmennene som melder om at pasienter har problemer med å få den helsehjelpen de trenger. Det mangler imidlertid dokumentasjon på om reservasjon har medført krenkelser av pasienter som søker helsehjelp. Det er også grunn til å anta at det ikke er lett for pasienter å rapportere om slike krenkelser. Videre er det forsøkt å finne forskningsresultater om temaet, men det finnes svært lite. Det har med andre ord vært krevende å fundere arbeidet i et veldokumentert faktagrunnlag.

3. Tolkning av mandat

Arbeidsgruppen bes gi «en oversikt over hvilke helsetilbud som kan foranledige behov for reservasjon innenfor de ulike deler av helsetjenesten og hvilke reservasjonsordninger som finnes i dagens helsetjeneste for å imøtekomme legens behov.»

I arbeidsgruppens drøftinger og tolkning av første avsnitt av mandatet, har gruppen kommet frem til at det ikke vil være hensiktsmessig, ei heller mulig, å tilstrebe en uttømmende oversikt over helsetilbud som kan foranledige reservasjonsbehov. Gruppen har i sin beskrivelse av avgrensning tatt

¹ Tallene fra spesialisthelsetjenesten er justert etter at Helse Sør-Øst ga tilbakemelding. En artikkel fra nrk.no viser at det er totalt 186 som reserverer seg (<http://www.nrk.no/nyheter/norge/1.10881361>).

utgangspunkt i behov for høy moralsk og etisk bevissthet for å praktisere som lege, og at dette danner fundamentet i medisinsk virksomhet. Arbeidsgruppen tar også samlet utgangspunkt i at pasienten skal møtes av et åpent og fordomsfritt helsevesen. Gruppen vil beskrive avgrensninger for hva som kan være gjenstand for reservasjonsbehov ved å ta utgangspunkt i den enkeltes leges dype, grunnleggende og eksistensielle overbevisninger i tjenester som omhandler liv og død. Gruppen er enig om denne avgrensningen, og har i sin fortolkning lagt vekt på at avgrensningen er formålstjenlig for fortløpende og fremtidige endringer både i tjenestetilbud, kulturelt-, sosialt- og religiøst mangfold.

«En oversikt over hvordan spørsmål om reservasjonsadgang er håndtert i andre relevante yrkesgrupper i Norge, og hvordan spørsmål om reservasjonsadgang er håndtert i andre sammenlignbare land.»

Dette har gruppen besvart ved en kort sammenfatning i kapittel 4b og 4c, og ved at innspillene i sin helhet er lagt ved i rapportens vedlegg (vedlegg 3 og 4).

«Vurdering av ulike overbevisningsgrunner og hvordan disse kan balanseres mot vårt samfunns forventninger om blant annet likeverdighet, samt mot pasientens rettigheter til behandling i helsetjenesten.»

Arbeidsgruppen har her valgt å la hver av gruppens deltagere sammenfatte sine synspunkter i en artikkelsamling i kapittel 6 i rapporten.

«Vurdering av hvordan reservasjonsordninger kan innrettes og hvilke konsekvenser det også har for leger i ulike funksjoner, som konsekvenser for informasjonsansvar, konsekvenser for portnerrollen for fastlegene med mer. Det må tas hensyn til hva som må inngå i funksjonen som lege og hvilke tiltak det bør være anledning til å reservere seg mot.»

Gruppen er enig om at pasienten ikke kan forvente å få alle sine ønsker oppfylt hos sin fastlege til enhver tid, og at det må være muligheter for kollegial støtte og fleksible tilpasninger der man selv finner det nødvendig i en konkret situasjon. Dette utdypes delvis i kapittel 5, der det fremgår hva gruppen enes om, og delvis i kapittel 6, der det fremgår at arbeidsgruppen er delt i sine anbefalinger. De i arbeidsgruppen som støtter en formell reservasjonsadgang beskriver dette i detalj i kapittel 6.

«Vurdering av hvordan § 6 i Etiske regler for leger skal forstås.»

Dette omtaler gruppen ved redegjørelsen av Legeforeningens etiske regler i kapittel 4 - reservasjonsadgang i lys av § 6 annet ledd. Gruppen har etter drøftinger sett at de samme uenigheter som fremkommer i Rådet for legeetikk sin uttalelse av 15.03.12 gjenfinnes i denne arbeidsgruppen. De to ulike synspunktene fordeler seg likt i arbeidsgruppen. Dette utdypes i vedlegg 2. Arbeidsgruppen forutsetter i det videre at fortolkning av etiske regler tilligger Rådet for legeetikk.

a) Begrepsbruk

Debatten og diskusjonene i arbeidsgruppa har vist at man til dels legger ulik forståelse i begrepsbruken. Sentrale begreper er reservasjonsrett og reservasjonsmulighet/ reservasjonsadgang. Det finnes ikke entydige definisjoner av disse begrepene, og de har ikke nødvendigvis ulikt meningsinnhold. Som eksempel nevnes at dersom man anser at det finnes en adgang for legen til å avtale med sin avtalemotpart kommunen en mulighet for reservasjon mot bestemte oppgaver vil

dette best betegnes som en reservasjons*adgang*. Dersom slik avtale faktisk gjøres har legen en reservasjons*rett*, basert på avtalen. Samme rettsstilstand vil med andre ord åpne for begge begreper.

Gruppen har funnet det formålstjenlig å benytte begrepet reservasjons*adgang* i denne rapporten. Dette begrepet er best egnet til å få frem kjernen i diskusjonen – om det skal være *adgang* til å unnlate å utføre bestemte oppgaver under forutsetning av at dette er begrunnet i overbevisningsgrunner av en viss styrke og at pasienten blir ivaretatt av annet helsepersonell. Det henger sammen med at de fleste som tar til orde for en reservasjons*adgang* for fastleger, mener at den på forhånd bør være avtalt med kommunen. Det er ingen i arbeidsgruppa som har tatt til orde for en betingelsesløs og generell reservasjons*rett*.

4. Konsentrat av status presens

a) Gjeldende rett/juridisk vurdering

En del av debatten om reservasjons*adgangen* har vært av juridisk karakter – om i hvilken grad gjeldende rett åpner for at leger som er en del av den offentlige helsetjenesten skal kunne reservere seg mot å utføre oppgaver som ligger til denne tjenesten. Dette er komplekse juridiske spørsmål som i liten grad er omtalt i lovmotiver eller juridisk teori. Arbeidsgruppen har drøftet den juridiske betenkningen som ligger som vedlegg til rapporten og har gitt enstemmig tilslutning til den.

b) Reservasjon i andre yrkesgrupper

Reservasjonsrett er også aktuelt for andre grupper, både i og utenfor helsetjenesten. Her nevnes et utvalg:

Prester: Det finnes flere eksempler på samvittighetskonflikter både mellom prest og biskop, mellom prest og medlem av menigheten, og prester seg i mellom. Etter § 13 har en kirkelig vigsler beholdt friheten til å kunne nekte å vie en fraskilt dersom den tidligere ektefellen er i live. Det er også fastsatt i loven at en vigsler kan nekte å vie brudefolk av samme kjønn. I 2009 måtte fornyings- og kirkeministeren svare i Stortinget om prester skal kunne avvise å døpe barn fordi foreldrene er lesbiske. Ministeren uttalte at ingen barn skal nektes dåp, men at prester kan reservere seg mot å utføre kirkelige handlinger som dåp når samvittigheten krever det. Andre eksempler er prester som ikke ønsker tilsyn av biskoper som ikke deler deres syn i sentrale verdispørsmål, eller ikke vil samarbeide med kvinnelige prester og biskoper fordi de mener det strider mot deres overbevisning. Da det ble tillatt med kvinnelige prester, utarbeidet Presteforeningen retningslinjer som innebærer at «den med samvittighetskvaler må vike». Dette var ment for å beskytte kvinnelige prester i møte med mannlige kollegaer. I etterkant har enkelte prester oppfattet kjørereglene som rettigheter. På bakgrunn av dette, mener Presteforeningen at de som fagforening må opptre varsomt i håndteringen av slike spørsmål, slik at kjøreregler ikke oppfattes som nedfelte rettigheter med foreningens støtte i ryggen. Et annet eksempel er de såkalte «Carissimi-prestene». De ba om et alternativt tilsyn fordi de ikke delte biskopens liberale homofilisyn. Carissimi-prestene fikk tilslutt beskjed om å akseptere biskopens tilsyn, eller avslutte sin kirkelige tjeneste². Ti prester har i etterkant sagt opp sin stilling.

² «Støtter biskopen mot Carissimi-prestene». 10. mars 2011. Hentet 5.1.13 fra:
<http://www.vl.no/troogkirke/stotter-biskopen-mot-carissimi-prestene/>

Sett under ett, løser prester utfordringer med samvittighetskvaler kollegialt. Dersom en prest ikke ønsker å vie fraskilte, døpe barn av homofile eller andre lignende tilfeller, stiller en kollega opp. Presteforeningen er samtidig svært opptatt av sårheten enkelte mennesker kan oppleve i møte med prester som ikke utfører enkelte oppgaver av hensyn til sin personlige overbevisning. Presteforeningen er også opptatt av at man må respektere ulike behov, men samtidig unngå at enhver personalkonflikt gjøres til et teologisk spørsmål.

Jordmødre: I Jordmorforeningens etiske retningslinjer står det at *"jordmødre kan reservere seg mot å delta i aktiviteter som de har sterke etiske motforestillinger mot."* Videre presiseres det at *"vektleggingen av individuell samvittighet ikke bør frata kvinner deres nødvendige helsetjenester"*³. Jordmødre har på lik linje med leger en lovfestet rett til å reservere seg mot å delta i abortinngrep.

Jordmorforeningen mener det er viktig at jordmødre gis mulighet til å reservere seg, men presiserer at det samtidig er viktig at kvinner til en hver tid får det helsetilbudet de har krav på. Ifølge Jordmorforeningen er alle kvinner best tjent med å møte en jordmor som evner å være en god samtalepartner, og som ikke må utføre sine arbeidsoppgaver på tvers av personlige overbevisninger. Jordmorforeningen har også konkludert med at spørsmål om reservasjonsrett må kunne stilles i ansettelsesprosesser, av hensyn til pasientene.

Jordmorforeningen mener også at utfordringer knyttet til homofile og lesbiske par på fødestuen løses pragmatisk av teamet som er på vakt. God kommunikasjon og personlig kjemi mellom jordmor og kvinnen som skal føde, har stor betydning, og det er ikke uvanlig at jordmødre skiftes ut både før og underveis i fødselen. Deres holdning er at det vil være et bedre tilbud til den fødende og hennes partner om jordmor som bistår ikke må delta på tvers av sin samvittighet, så lenge det finnes andre muligheter. Jordmorforeningen er ikke kjent med at dette er, eller har vært, et problem.

Sykepleiere: I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere heter det at *"sykepleieren kan, av samvittighetsgrunner, be seg fritatt for plikter som hører inn under vedkommendes funksjonsområde der dette er hjemlet i lov eller skriftlig akseptert av arbeidsgiver"*⁴. Rådet for sykepleieetikk presiserer at paragrafen er ment for reservasjon fra deltakelse i selve abortinngrepet.

Rådet for sykepleieetikk mener at spørsmålet om reservasjonsmuligheter er økende også for sykepleiere, noe som gjenspeiler seg i henvendelsene de mottar. I noen av sakene har sykepleierne allerede vært i kontakt med arbeidsgiver og ikke fått medhold. I andre tilfeller undersøker de med Rådet før de kontakter arbeidsgiver. Enkelte sykepleiere har også fått "lokale ordninger" som de ikke har krav på, men som har latt seg praktisk ordne. Det finnes også eksempler på sykepleiere som har søkt seg til andre stillinger/arbeidsgivere for å komme bort fra problemet.

Advokater: Advokatforeningen oppgir at en advokat aldri er forpliktet til å påta seg et oppdrag. I regler for god advokatskikk heter det at *"advokaten avgjør selv om han/hun vil påta seg et oppdrag"*. En advokat står altså fritt til å avstå fra en jobb som innebærer å forsvare et standpunkt som strider mot ens personlige overbevisning eller grunnleggende livsholdning. Selv om det ofte vil være

³ Etiske retningslinjer. Hentet 11.11.12 fra <http://www.jordmorforeningen.no/jm/Hjem/Fag-og-forskning/Etiske-retningslinjer>

⁴ Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 11.11.12 fra https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

naturlig, har advokaten heller ingen plikt til å begrunne hvorfor vedkommende ikke vil påta seg oppdraget.

En advokat har altså stor frihet til å velge om han vil påta seg et oppdrag, men når advokaten først har påtatt seg oppdraget, er det begrensede muligheter til å frasi seg dette oppdraget igjen.

Politi: I 2010 uttalte Politiets Fellesforbund at det burde innføres et politi-fritak fra å fjerne demonstranter i en mulig Hardanger-aksjon. Uttalelsen foranlediget en bred debatt om hvorvidt polititjenestemenn skal kunne søke om fritak fra oppdrag som strider mot deres personlige overbevisning. Utspillet møtte sterk kritikk fra ledere i politiet og i det politiske miljøet, som mente at politibetjenter må ta sitt personlige engasjement privat.

Arne Johannessen, leder av Politiets fellesforbund, presiserte i etterkant at politiyrket ikke er et yrke som kan kombineres med egne ytringer i yrkesroller og i arbeidstiden. Samtidig understreker Politiets Fellesforbund at det kan være grunner til at også politifolk skal ha mulighet til å søke om fritak fra enkelte oppdrag. Dette skal imidlertid kun være unntaksvis. Videre presiserer forbundslederen at det må være arbeidsgiver som har enerett på å si ja eller nei. Dersom en politibetjent ikke kan leve med et nei, må personen finne seg et annet yrke. Arbeidsplasser med god personalpolitikk vi imidlertid løse spørsmål om fritak i dialog mellom arbeidsgiver og arbeidstaker.

Militære: I Norge og mange andre vesteuropeiske land med alminnelig verneplikt har man en lovfestet rett til fritak fra militærtjeneste av overbevisningsgrunner. Dette er imidlertid ingen ubetinget rett. I lovens § 1 heter det: "Er det grunn til å gå ut fra at en vernepliktig ikke kan gjøre militærtjeneste av noen art uten å komme i konflikt med sin alvorlige overbevisning, fritas han for slik tjeneste av vedkommende departement eller ved dom i samsvar med reglene i denne lov."

Fritak etter denne loven kan ikke gis av andre grunner, som f.eks. medisinske grunner eller velferdsgrunner. Søkeren må skrive en utfyllende søknad om hvorfor personen ikke kan gjøre sin verneplikt og spesifikt redegjøre for hvorfor man ikke kan gjøre militærtjeneste av noen art uten å komme i konflikt med din personlige overbevisning. Det er Justisdepartementet som avgjør søknaden.

Apotekere: Pave Benedikt XVI uttalte for noen år siden at katolske farmasøyter bør nekte å selge medisiner som fører til abort eller aktiv dødshjelp. Uttalelsen foranlediget behandling av spørsmålet om reservasjonsrett i etikkrådet for farmasøyter i Norge. Det ble konkludert med at "Norske farmasøyter har ingen reservasjonsrett og kan ikke ut fra overbevisningsgrunner nekte å selge legemidler som kan omsettes på lovlig vis."

Norges Farmaceutiske Forening (NFF) uttaler samtidig på sine nettsider at "Dersom farmasøyter av overbevisningsgrunner har problemer med å selge "dagen derpå-piller" eller legemidler som benyttes til abort, må de ta dette opp med arbeidsgiver. I mange tilfelle kan man komme til enighet om ordninger som begge parter kan leve med - ordninger som gjør det mulig for apoteket å ivareta sin leveringsplikt på en forsvarlig måte og som farmasøyten kan leve med." Man ser her for seg at på apotek der flere farmasøyter til enhver tid jobber sammen, vil en farmasøyt som har reservert seg kunne overlate til en kollega og utdele aktuelle legemidler. Der farmasøyter ikke kan belage seg på at det til enhver tid er en kollega som vil kunne bistå, vil farmasøyten imidlertid ikke kunne avslå fra å bistå kunden.

c) Reservasjon i andre sammenlignbare land:

Storbritannia: Legers mulighet til å reservere seg av samvittighetsgrunner i Storbritannia er regulert både gjennom lov og legenes eget tilsynsorgan, General Medical Council (GMC). I tillegg gir British Medical Association (BMA) veiledning til leger i spørsmål om reservasjon. BMAs veiledning er kun rådgivende. Lovbestemmelser som sikrer leger rett til å reservere seg av hensyn til sin personlige overbevisning, er hjemlet i lov om abort og fertilitetstjenester. GMC spesifiserer ikke hvilke behandlinger/inngrep leger kan, eller ikke kan, motsette seg. Leger kan i teorien motsette seg alle behandlinger/inngrep, men må samtidig sørge for at de ikke bryter diskrimineringsloven. BMA har en mer begrenset tilnærming til reservasjon enn GMC, og mener det bør begrenses til det som er nedfelt i loven – abort og enkelte fertilitetstjenester - og å avslutte livreddende behandling for pasienter som ikke er i stand til å ta dette valget på egenhånd. BMAs policy er å støtte legers rett til å reservere seg kun i disse tilfellene.

Sverige: Ifølge Den svenske legeforeningen finnes det ikke noen spesifikk lovgivning på reservasjonsrett som følge av samvittighetsgrunner. Den svenske Legeforeningen har ingen vedtatt politikk på området, men følgende synspunkter har blitt løftet frem i den interne diskusjonen: 1) Noen medisinske behandlinger/inngrep er så viktige at leger ikke kan nekte å utføre dem av hensyn til sin samvittighet. 2) Det kan også være vanskelig for en lege å få fullført spesialiseringen hvis vedkommende ikke ønsker å delta i visse elementer som inngår i spesialistutdanningen (for eksempel trening på abort som spesialist i obstetrikk og gynekologi). 3) Leger må ikke dømme pasientene. Legers samvittighet må heller ikke påvirke pasientbehandlingen. Hvis en lege av samvittighetsgrunner nekter å utføre en anerkjent del av behandlingen, må ikke dette få negative konsekvenser for pasienten, og legen må sørge for at pasienten umiddelbart får hjelp av en annen lege. 4) I krisesituasjoner kan ikke leger nekte å gi medisinsk hjelp av hensyn til personlige overbevisninger.

Danmark: Relevante lovbestemmelser i Danmark er Sundhedsloven § 24 ledd. 3, retten til å avstå fra behandling hvis pasienten nekter å motta blod eller blodprodukter, og Sundhedsloven § 102, der det er nedfelt at helsepersonell kan avstå fra å delta i abortinngrep dersom det strider mot deres personlige overbevisning. Den danske legeforening tolker det slik at en lege som av personlige årsaker er imot abort, er forpliktet til å informere pasienten om hvordan det kan gjennomføres og til å henvise pasienten videre. Det er ikke tilstrekkelig å informere at du er imot, og deretter avvise pasienten. I Danmark har man også diskutert om leger skal ha rett til å nekte å behandle pasienter som ikke ønsker å tilpasse seg situasjonen på legekontoret eller sykehuset. Som eksempel nevnes kvinner med burka som nekter å kle av seg foran en mannlig lege, og det ikke er noen kvinnelig lege som kan overta pasienten. De mener også at leger bør kunne nekte å bidra til omskjæring av gutter.

Finland: Den finske lovgivningen sier i dag ingenting om at leger kan reservere mot å delta i medisinske prosedyrer/inngrep av hensyn til sin personlige overbevisning. Den finske regjeringen (2011-2015) har programfestet at reservasjon skal utredes, men utredningen er fremdeles ikke påbegynt. Den finske legeforeningen gjennomførte høsten 2012 en spørreundersøkelse om reservasjon blant sine medlemmer, men svarene fra undersøkelsen var ikke ferdige da sekretariatet henvendte seg til foreningen. I deres etiske retningslinjer heter det at «Når en lege blir konfrontert med spørsmål knyttet til svangerskapsavbrudd, påvirkes legens holdning av ens egne etiske

prinsipper. Legens standpunkt skal imidlertid ikke gå på akkord med pasientens grunnleggende rettigheter. Om nødvendig, skal pasienten henvises til en annen lege".

Tyskland: På bakgrunn av legeprofesjonens uavhengige status i Tyskland, har leger en viss grad av frihet til å nekte å utføre enkelte behandlinger/inngrep. Dette er uttrykkelig uttalt i Art. 7 (2) i *Model Professional Code*: «Leger respekterer sine pasienters rett til å fritt kunne velge og bytte lege. På den annen side, leger står også fritt til å nekte pasienter behandling - bortsett fra i nødsituasjoner, eller der særlige juridiske forpliktelser gjelder. Leger bør på generelt grunnlag ikke nekte pasienter å oppsøke og/eller bli henvist til en annen lege». Selv om leger kan nekte å utføre enkelte inngrep, understreker *Model Professional Code* at leger ikke kan diskriminere pasienter på bakgrunn av nedsatt funksjonsevne, religion, nasjonalitet, rase, politisk tilhørighet eller sosial status⁵. Leger som arbeider innenfor det statlige helseforsikringssystemet, er også forpliktet til å behandle alle pasienter med forsikring. Ifølge Den tyske legeforeningens etiske retningslinjer om assistert befruktning, bør ikke assistert befruktning gis til enslige kvinner eller lesbiske par⁶. Dette har ført til en viss kontrovers i Tyskland, og i 2010 ble blant annet saken debattert i det tyske parlamentet. De konkluderte imidlertid at likestillingsloven ikke hindrer tyske leger å reservere seg mot å tilby lesbiske par assistert befruktning⁷.

World Medical Association: I en uttalelse fra World Medical Association (2006), heter det at «Hvis legens overbevisning ikke tillater ham eller henne å gi råd om, henvise til, eller utføre en abort, kan han eller hun få fritak. Legen må samtidig sikre kontinuitet i den medisinske behandlingen ved å sørge for at en kvalifisert kollega overtar pasienten».

5. Hva gruppen enes om

Gruppen har i sitt arbeid og sine drøftinger fått frem og synliggjort enighet om mange grunnleggende refleksjoner og verdier. De vil presenteres i dette kapittelet.

Samtidig har arbeidsprosessen tydeliggjort hvor medlemmene har ulike oppfatninger. Disse vil fremkomme i kapittel 6 – ulike synspunkter, der to av arbeidsgruppens medlemmer argumenterer for en formalisert reservasjonsadgang, og i kapittel 7, i kraft av ulike forslag til anbefalinger.

A. Pasientene skal ha tilgang til et åpent og fordomsfritt offentlig helsevesen.

Arbeidsgruppen tar samlet utgangspunkt i at pasienten skal møtes av et åpent, forutsigbart og fordomsfritt helsevesen. Videre at pasientens rett til forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp danner grunnlaget for tjenesteytelsen, og legens faglige normer og moralske overbevisning skal alltid vektes mot dette utgangspunkt.

Medisinsk praksis skal baseres på humanistiske verdier, med særlig ansvar for de svakeste. Det er viktig at helsepersonell har mot til å reagere mot handlinger som strider mot grunnleggende verdier,

⁵ http://baek.de/downloads/MBO_08_20111.pdf

⁶ <http://baek.de/page.asp?his=0.7.45.3261&all=true>

⁷ <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/042/1704297.pdf>

som for eksempel å ta liv, utføre helsetjenester som har til hensikt å skade, og å nekte å utføre helsetjenester uten medisinsk nytteverdi (klargjøring for tortur, dødsstraff ol.).

B. Toleranse

Medisinen er en sterkt verdiforankret virksomhet. Alt som gjøres, alle lege-pasientmøter er forbundet med verdivalg, og det er få andre fag som stiller så store krav til toleranse og forståelse for verdivurderinger som medisinen. Samtidig er det ikke noen klar grense mellom moralsk og faglig samvittighetskonflikt. I mange situasjoner må det balanseres mellom å respektere pasientens egne valg, faglige hensyn, hensyn til egen etikk og forpliktelser til å ivareta samfunnets interesser. Pasienten er utgangspunkt og sentrum for helsehjelpen og pasientens stilling er styrket gjennom lovfesting og forskrifter. Legen vil derfor kunne oppleve at pasientene gjør valg som kan være vanskelig å forstå og tolerere. Toleranse forutsetter respekt for pasientenes autonome valg. Det er først når viktige verdier og hensyn ikke kan oppfylles samtidig at toleranse og respekt og legens evne til etiske vurderinger settes på prøve.

Det er ikke akseptabelt at legers reservasjon påfører pasienten store byrder. Der legen likevel har dype etiske overbevisninger om liv og død-problematikk, må disse vike når spesielle omstendigheter og menneskelige hensyn taler for det.

C. Rom for oppgavenekt, faglig mangfold og kollegial støtte

Til legerollen hører rettigheter og plikter som bare i noen grad er nedfelt i formelle dokumenter. Mye av det vi kaller lege-pasient-forholdet hviler på en implisitt samforståelse av legen som den barmhjertige hjelper, med fagkunnskapen som verktøy. I den offentlige helsetjenesten forventer pasientene å bli møtt fordomsfritt og respektfullt.

Legens verdigrunnlag vil ofte bli utfordret av pasientens. Dette gjelder særlig leger i førstelinjen som blir rådspurt og konsultert i spørsmål som går langt ut over det rent medisinsk-faglige. Legens lojalitet forventes å være hos pasienten. Det er pasientens agenda som gir legen mandat, ikke omvendt. Om man ikke forstår eller deler pasientens begrunnelse for sine livsvalg, plikter man likevel som lege å hjelpe. Det betyr imidlertid ikke at det er pasienten som skal bestemme hva legen skal gjøre. Lidelse er ikke det samme som kompetanse. Leger verken kan, eller skal, etterkomme alle pasientens bestillinger. Det er også viktig å slå fast at legers fagutøvelse må baseres på klokskap, skjønn og skreddersøm, i tillegg til retningslinjer og faglige algoritmer. Mangfold er en egen verdi i legearbeidet.

Begrepet "reservasjon" er utydelig. Omsatt til aktuell praksis betyr det at legen nekter å utføre bestemte oppgaver eller prosedyrer basert på en prinsipiell holdning til disse. Opp mot en prinsipiell "reservasjon" kan man sette det vi vil kalle situasjonsbetinget kollegial hjelp og støtte. Det oppstår jevnlig situasjoner i et legekollegium der legene hjelper og avlaster hverandre med oppgaver som føles ekstra tyngende eller umulige, basert på en konkret, kontekstuell vurdering der og da. Når man ber sin kollega om hjelp kan det skyldes faglig tilkortkommenhet, personlige forhold hos legen som spiller inn slik at det skjærer seg i kommunikasjonen og evnen til å hjelpe en konkret pasient, eller at legen føler det uoverkommelig å etterkomme en bestilling som han eller hun likevel ser at pasienten faktisk har rett til å forvente utført. Å hjelpe hverandre med sånt som blir for vanskelig er en kollegial

og mellommenneskelig verdi som bidrar til å styrke ivaretagelsen av pasientene og sikre deres rettigheter.

Pasienten har rett til å bli møtt av en lege som kan sitt fag, har moralsk integritet og som respekterer norsk lov. Innenfor en slik fortolkning må det også være rom og forståelse for at leger må kunne be hverandre om hjelp i gitte, konkrete situasjoner, men aldri med det eksplisitte utgangspunktet at man ikke ønsker å møte, lytte til eller hjelpe alle sine pasienter.

Leger som navigerer med nestekjærlighet, toleranse og en klar forståelse av at deres lojalitet i prinsippet alltid må ligge hos pasienten, bør kunne møte alle pasienter med et åpent sinn og vilje til å hjelpe. Deretter må det være rom for å be om hjelp fra en kollega dersom man ikke kan utføre oppgaven.

6. Ulike synspunkter presentert av arbeidsgruppens medlemmer

a) Morten Magelssen: Hvorfor bør leger ha reservasjonsmulighet – og hvor omfattende bør den være?

Et tankeeksperiment: Hvis Norge tillot eutanasi som en rettighet for lidende pasienter, burde det da være anledning til å reservere seg mot å utføre eutanasi? Hvis du mener ja, mener du altså at adgang til reservasjon er et gode i noen situasjoner.

Siden medisinen er en moralsk aktivitet som krever finstemt skjønnsutøvelse, er legens egen *moralske integritet* viktig. Moralsk integritet beskyttes ved at legen slipper å handle mot sin samvittighet når en dyp overbevisning står på spill. Det er et stort gode for samfunnet at profesjonsutøverne har moralsk integritet. Men fra samfunnets perspektiv er også andre hensyn svært viktige, slik som pasientens rett til helsehjelp. Ofte kan hensynet til alle parter ivaretas – og derfor er hovedprinsippet:

Reservasjonsmulighet er etisk velbegrunnet når helsepersonellens moralske integritet virkelig står på spill, og kan ivaretas uten uakseptable byrder for pasienter, arbeidsgivere og kolleger.

Noen eksempler: En lege vil ikke utføre abort fordi hun ser på det som et uakseptabelt drap. Her står en dyp overbevisning, om menneskelivets ukrenkelighet, på spill. Siden kolleger kan overta denne arbeidsoppgaven, bør legen ha adgang til reservasjon.

En lege i akuttmottak vil ikke gi blodtransfusjon, av religiøse grunner. Dette kan sette pasienter i livsfare, og er derfor uakseptabelt. En lege vil ikke berøre pasienter av motsatt kjønn, under henvisning til religiøse renhetsregler. Dette utelukker i praksis halvparten av pasientene, og vil derfor være umulig å legge til rette for arbeidsgiver. Denne reservasjonen er derfor ikke velbegrunnet.

Hovedprinsippet over gjør at reservasjon ikke er akseptabelt “som sådan” – det må alltid sees i kontekst. Men hvis legen går inn for å redusere byrdene for pasientene, ved å kommunisere sin reservasjon med empati, og ved raskt å sende pasienten videre til en annen lege, kan reservasjon være akseptabelt. Typisk er det ulike syn på liv-død-problematikk som kan gi grunnlag for reservasjon: abort, fosterdiagnostikk, forskrivning av prevensjonsmidler som kan gi “tidlig-abort” (som kobberspiral), men også rituell omskjæring og assistert befruktning med kjønnscededonasjon (begrunnet i barns rett til oppvekst med biologisk mor og far).

Noen mener at det ikke bør være anledning til å reservere seg mot *henvisning*, for eksempel til abort. Men legene det gjelder regner henvisning som et betydningsfullt bidrag til at det blir utført abort, og ikke uten grunn. Ved henvisning inngår samtale, klinisk undersøkelse, og utforming av et brev som i praksis er en anmodning om at abort skal utføres. Legen deler derfor *intensjonen* om at abort skal finne sted. (For eksempel regner Den katolske kirke slik “formell medvirkning” til abort som en alvorlig synd.) Fastlegene som vil reservere seg mot aborthenvisning kan følgelig gi en god begrunnelse for at deres samvittighet og dype overbevisning står på spill. Slik reservasjon bør derfor respekteres, så lenge byrdene for pasientene holdes minimale. Og dette synes da også å ha fungert godt de siste 30 år.

Oppsummert er reservasjonsadgang altså velbegrunnet så lenge det kan skje på en måte som ivaretar pasienten og andre involvertes rettigheter og interesser. *Og det har vist seg at det faktisk lar seg gjøre!* Derfor er det *intolerant* å forby velbegrunnet reservasjon. Av de skisserte alternativene i kapittel 7 anbefaler jeg derfor D som et velbegrunnet og godt kompromiss. Jeg utdyper min argumentasjon i: “Menneskeverd i klinikk og politikk”, Lunde forlag 2013, kap. 8; Jørgensen, Magelssen & Cemet: “Samvittighetsfrihet og fastlegers reservasjonsrett”, Skaperkraft/Civita 2012; Magelssen & Fredheim: “Når bør leger ha reservasjonsrett?”, Tidsskr nor legeforen 2011; 131: 2518-9.

b) Eivind Meland: Fagutøvelse som moralsk virksomhet

Medisinsk fagutøvelse er en moralsk virksomhet som handler om å hjelpe lidende. Medisinsk teknikk og intervensjon er en viktig del av denne virksomheten. Menneskelig lidelse handler imidlertid om noe mer. Vi møter mennesker og menneskelige fellesskap som fortolker sykdom og symptomer. For å kunne hjelpe må legen ha evnen til å forstå og interessere seg for slike fortolkninger, og ta hensyn til dem i utredning og behandling. Derfor er ansvarlighet og bærekraft i medisinen avhengig av en profesjonalitet der dialog og relasjon er viktige elementer i yrkesutøvelsen.

Dette stiller krav til at legen ikke bare har menneskekunnskap, gjør seg kjent med sine pasienter og har evne til empati. Det stiller også krav til selvforståelse og trygghet i forhold til egne verdier. Vi er avhengige av leger som motiveres av egen personlige overbevisning og medmenneskelig engasjement. En profesjonsutøvelse som preges av automatisk rettighetsbefordring og en distansert tilnærming til pasientene utgjør en trussel mot evnen til å hjelpe. En tilsvarende trussel, men med motsatt fortegn, består i å mangle evnen til nødvendig profesjonell distanse slik at pasientmøtet besmittes av legens behov for bekreftelse av egne livssynsmessige eller personlige anti- og sympatier.

I situasjoner hvor pasienten har behov for tjenester som rører ved dype og eksistensielle spørsmål eller verdier, må legen forventes å forholde seg til dette profesjonelt. Legen må bistå pasienten på best mulig måte, både medisinskfaglig og medmenneskelig. Det gjelder også i tilfeller der legen stiller seg til disposisjon når pasienten har behov for drøfting og refleksjon rundt vanskelige valg i livet.

Hvis legen erkjenner at han eller hun ikke klarer å tilby tjenester som bryter med dype eksistensielle overbevisninger, må det allikevel være akseptabelt at legen er åpen om slike og sørger for at pasienten får hjelp til helsetjenester som hun eller han har rettmessig krav på, på alternative måter. I slike situasjoner er det viktig at legen evner å gjennomføre en omsorgsfull dialog slik at pasienten kan føle seg ivaretatt. Vi står imidlertid overfor et ekte dilemma ved at muligheten for krenkelser er til

stede på begge sider. Det er det som gjør det så nødvendig å stole på at den gjensidige tillit og toleranse kan bære situasjonen.

Vi trenger leger med samvittighetsfrihet og frimodighet i sin yrkesutøvelse. I et åpent demokrati er vi derfor avhengig av institusjoner og normer for å håndtere situasjoner der den individuelle samvittighet kommer i konflikt med flertallsavgjørelser. Slike situasjoner kan noen ganger oppfordre til sosialt mot og "sivil ulydighet". Det er imidlertid ikke bærekraftig at et demokrati bare skal kunne tilby "heroisme", eksklusjon eller underkastelse for sine dissidenter. Et tolerant demokrati må kunne utvikle muligheter for reservasjon i de situasjoner der den enkeltes dype samvittighetsgrunner kommer i konflikt med flertallet. Mitt prinsipale forslag er alternativ D i kapittel 7, men jeg går subsidiært inn for alternativene B og C.

Jeg vil avgrense meg mot en praksis hvor det går "inflasjon" i samvittighetskvaler. Jeg vil også avgrense meg mot en praksis preget av liberal likegyldighet mot andres samvittighetsgrunner. I et demokrati må alle parter tåle å bli utsatt for en utfordrende dialog der samvittighet og personlig overbevisning settes på prøve i respektfulle dialoger der vi forventer redegjørelse og begrunnelse hos alle involverte.

c) Elisabeth Swensen: Reservasjonsretten: Legevirkksomhet, moralsk integritet og handlingsalternativer

Legers kjernevirksomhet er å redusere lidelse ved hjelp av medisinsk fagkunnskap. Det vil føre for langt her å drøfte definisjoner og avgrensninger av begrepet "medisinsk fagkunnskap", men jeg legger til grunn at faget bygger på naturvitenskapelig evidens og et humanistisk verdigrunnlag der empati og respekt for individets autonomi er bærebjelker. Legerollen i vår tid er også tillagt funksjoner der legen opptrer som sakkyndig, forvalter av velferdsgoder og premissleverandør for avgjørelser av stor betydning for enkeltmennesker og for samfunnet.

Leger har makt, formell og uformell. Maktutøvelse i lege-pasientrelasjonen forutsetter erkjennelse av det hierarkiske forholdet mellom hjelper og hjelpetrequende. Legens gode vilje gir ikke i seg selv hjemmel for tiltak som pasienten ikke har bedt om eller gitt tillatelse til. Det finnes etter hvert et omfattende lovverk som skal sikre at den antatt svake part, pasienten, blir ivaretatt og som i sin konsekvens begrenser eller legger føringer for legers handlingsrom (eller sagt i et annet språk: utøvelse av legemakt).

Med makt følger ansvar. Legerollen forutsetter en høy grad av moralsk bevissthet, altså at legen er konsistent og tro mot et verdigrunnlag som han/hun kan redegjøre for og ta konsekvensene av. Erkjennelsen av verdigrunnlaget, evnen til å redegjøre for det og viljen til å ta konsekvensene av sine verdivalg er sentrale elementer i det jeg oppfatter som moralsk integritet.

Legene utøver sitt fag i et multivers av verdier, i økende grad etter hvert som Norge blir preget av ulike kulturer og trosretninger. Disse preger både legene og pasientene. Jeg legger til grunn at Norge er et liberalt demokrati der loven må antas å være det sterkeste uttrykket for felles verdier. Noen få prosedyrer/tiltak som leger i dag forvalter er lovfestede, eksempelvis rett til selvbestemt abort og rett til assistert befruktning til lesbiske ektepar. Mange leger vil i ulik grad ha verdisyn som ikke deles av flertallet og som kan komme i konflikt med lovfestede pasientrettigheter. I fremtiden kan man se for seg at eksempelvis retten til eutanasi kan bli lovfestet. Det er også sannsynlig at

reproduksjonsteknologien vil kunne åpne for lovfestede rettigheter til ulike former for barneproduksjon.

Leger i den offentlige helsetjenesten har en juridisk og økonomisk kontrakt der stat/kommune kjøper tjenester etter en kravspesifikasjon som forplikter begge parter. Leger som finner at deres moralske integritet kommer i konflikt med oppdraget har tre alternativer:

1) Si opp kontrakten fordi den oppleves moralsk feil/uverdig/umulig å etterleve. Dette er ikke yrkesforbud da det ikke kan sies å være en menneskerettighet å inngå kontrakter man ikke kan eller vil oppfylle.

2) Nekte å utføre oppgaver som strider mot legens moralske overbevisning, sivil ulydighet. Dette vil kunne føre til ubehagelige konsekvenser for legen. Evne og vilje til å ta konsekvensene av sine standpunkter må kunne sies å være en lakmustest på en persons moralske integritet. Å søke amnesti fra konsekvenser – i form av en formalisert reservasjonsrett - kan knapt ses som eksempel på moralsk integritet.

3) Forsøke etter beste evne å avverge/begrense uønskede/umoralske handlinger ved å påvirke pasienten til å avstå fra nevnte handlinger, men gjennomføre/ekspedere tiltaket/bestillingen dersom pasienten velger dette og anses samtykkekompetent og informert. En slik løsning vil mange mene er i tråd med en moralsk integritet der legen kjemper for sitt syn åpent og redelig, men respekterer at det er pasienten som har støtte i loven og derved den endelige definisjonsmakten.

d) Reidun Førde: Pasientrettigheter, respekt og toleranse

Ingen er tjent med leger som ukritisk følger pasienters ønsker eller som blir lydige utførere av pålegg utenfra. Profesjonsetikk handler om å balansere mellom hensyn til samfunnsinteresser og pasientens interesser rammet inn av eldgamle idealer; ikke skade, velgjørenhet og at alle pasienter skal møtes med omsorg og respekt. Disse idealene må også styre hvor langt individuelle legers reservasjonsønsker kan respekteres.

Samfunnet har plikt til å sørge for at pasienter får oppfylt sin rett til helsehjelp. Det er et gode at leger ikke presses til handlinger som de opplever som moralsk feil. At kolleger på en smidig måte løser problemer for hverandre, ivaretar også den verdien det er at det på en arbeidsplass finnes kolleger med mange ulike livssyn og verdioppfatninger. Dette gjelder i høyeste grad i dag når pasientene blir stadig mer ulike, kulturelt og religiøst.

Toleranse og respekt er sentrale idealer i et sekulært samfunn. Men det er først når viktige verdier og hensyn ikke kan oppfylles samtidig, at toleranse og respekt og legens evne til etiske vurderinger og prioriteringer settes på prøve. Det å stå i moralsk ladete valgsituasjoner er en del av den moderne legens hverdag. I hvor stor grad legen deltar i, og står ansvarlig for, en handling han opplever som etisk problematisk, må alltid veies opp mot pasientens hjelpebehov og sårbarhet. Fordi reservasjonsmuligheten er viktig, må det også stilles krav til legene og til at det kun er i de virkelig alvorlige spørsmålene og handlingene at reservasjon tas i bruk. Ubehag og uenighet i valget er ikke nok, reservasjonsretten må begrenses til intervensjoner der legen har ansvar for handlingen (ex provosert abort) eller der det å handle eller ikke handle får alvorlige konsekvenser for pasienten. Det er også viktig å være klar over at mange moralske overbevisninger er kulturelt, mer enn religiøst fundert (for eksempel endringer i synet på kvinnelige prester og homofili).

I henvisning til abort ligger beslutningen hos kvinnen selv. I de fleste tilfeller deltar fastlegen som en administrator for handlinger der alle kort er lagt. For de fleste kvinner er abort en alvorlig beslutning. Fastlegen er i mange tilfeller en naturlig samtalepartner i forkant og etterkant av abortinngrepet. Det samme gjelder henvisning til kunstig befruktning. Her er ofte fastlegens viktigste oppgave å være samtalepartner og støtte. Jeg kan vanskelig se at denne rollen er i strid med legeetiske idealer og at samfunnet kan frita legen for oppgaven. Noe annet er at det bør oppfordres til smidige løsninger på arbeidsplassene som ivaretar pasientenes behov og som kollegene kan leve med.

7. Mulige standpunkter til reservasjon

Nedenfor skisseres ulike standpunkt som gruppas medlemmer mener Den norske legeforening kan innta og arbeide for gjennomslag for. Rekkefølgen alternativene presenteres i er ikke ut i fra prioritet, arbeidsgruppen er snarere innbyrdes uenig om hvilke alternativer som er de beste. Alternativ A ligger nærmest opp til dagens situasjon etter rundskrivet fra departementet, mens det som innebærer den sterkeste hjemlingen av reservasjonsadgang, presenteres som alternativ D.

Standpunkt A – Ingen reservasjonsadgang:

Alle leger i den offentlige helsetjenesten må praktisere i henhold til gjeldende lover og forskrifter. Det gis ingen adgang for den enkelte lege til å avstå fra oppgaver som pasienter har en lovfestet rett til å få utført. Dette innebærer en betingelsesløs handleplikt. Kommuner gis ikke adgang til å inngå lokale avtaler/ ordninger om reservasjon for sine fastleger. Det forutsettes at personlige avtaler mellom fastleger og kommuner, inngått før rundskrivet skal videreføres og at rundskrivet med presisering av gjeldende lovverk, ikke gis tilbakevirkende kraft.

Standpunkt B – bortfall av henvisningsplikt:

I merknadene til abortforskriftens § 1 gis abortsøkende rett til å henvende seg direkte til sykehusavdeling. En mulighet er at fastleger som ønsker å reservere seg unnlater å henvise, men kun informerer pasientene om deres rett til å henvende seg direkte til sykehuset. Dette vil gjøre en formell reservasjonsrett overflødig. En slik praksis krever ingen lov- eller regelendring, siden abortsøkende allerede har rett til å kontakte gynekologisk avdeling direkte for svangerskapsavbrudd. Forslaget vil kun kreve at helsemyndighetene bekrefter at dette er en akseptert praksis. En slik ordning kan også gjøres gjeldende i andre tilfeller der dype samvittighetsgrunner berøres.

Standpunkt C – endring av rundskrivet av oktober 2011:

Et rundskriv er et uttrykk for myndighetenes tolkning av gjeldende rett. Det kan argumenteres for at det finnes åpninger for reservasjon i gjeldende rett, og at fastlegen i samarbeid med kommune og kolleger kan finne løsninger som ivaretar pasientens rett til helsetjenester slik at det også er rom for legens reservasjon. Slike situasjoner har vært løst gjennom mange år ved

fleksible lokale ordninger, og svært få klager kan tyde på at dette har fungert. Det foreslås at Legeforeningen arbeider overfor departementet for å gjenopprette den forståelsen og praksisen som har vært gjeldende før rundskrivet – det vil si aksept for lokale avtaler om reservasjon, uten at dette er lov- eller forskriftsfestet. Målet vil være at en slik forståelse formuleres i et presiserende rundskriv fra departementet.

Standpunkt D – adgang til reservasjon i "liv-død-problematikk":

Det utarbeides en lov- eller forskriftsfestet adgang til reservasjon der dype overbevisninger står på spill, og der reservasjon kan finne sted uten uakseptable byrder for pasienter, kolleger og arbeidsgivere. Reservasjonsadgangen begrenses til å gjelde henvisning til eller gjennomføring av medisinsk behandling som kan avslutte eller skape liv. Videre forutsettes at fastleger som reserverer seg har orientert sin kommune som kontraktspart, og at det foreligger en avtale med annen lege som kan bistå pasienter der hvor adgang til reservasjon brukes. Fastleger som vil benytte adgang til å reservere seg må informere om dette på fastlegevirksomhetens nettsider.

Prinsipper for reservasjon

Alternativ C og D innebærer adgang til reservasjon på visse vilkår. Ved en eventuell reservasjon, må følgende supplerende prinsipper ligge til grunn:

1. Legen som reserverer seg må aktivt forsøke å minimere byrdene for pasienter, kolleger og arbeidsgivere.
2. Reservasjonen må ikke føre til tidstap av betydning eller utgifter for pasienten.
3. Reservasjonen må ikke være til hinder for at pasienten får oppfylt sin rett til helsehjelp.
4. Legen kan ikke reservere seg mot å gi *informasjon* om helsehjelp.
5. Situasjoner der den gravide er alvorlig krenket ved vold eller seksuelt misbruk, er særtilfeller hvor påberopelse av reservasjon vanskelig kan aksepteres.
6. Informasjon om leger som reserverer seg må være åpen og offentlig. Kommuner må kunne spørre om reservasjon ved tildeling av fastlegeavtale.

Vedlegg 1

Leger og reservasjon – juridisk vurdering

Innledning

Spørsmål om reservasjonsrett oppstår jevnlig knyttet til legers yrkesutøvelse, og i det følgende drøftes rettslige grunnlag for og problemstillinger knyttet til leger og reservasjon.

Det vil oftest være innenfor det offentlige helsevesenet at spørsmålet om reservasjonsadgang kan komme på spissen. Leger som jobber utenfor det offentlige systemet⁸ – helprivate tilbydere – vil i regelen stå mer fritt til å vurdere om og hvilke tjenester de ønsker å tilby enn leger som jobber i det offentlige. Videre kan spørsmålet lettere tenkes å bli satt på spissen blant leger som jobber alene eller i mindre virksomheter, typisk fastleger i solo praksiser, der utøvelse av en reservasjonsrett kan medføre at pasienten berøres direkte. Prinsipielt sett kan imidlertid spørsmål om reservasjonsrett for leger være aktuelle på alle nivåer og områder i helsetjenesten, og drøftelsen nedenfor er generell der ikke annet særlig fremgår.

Folkerett og menneskerettigheter

For reservasjonsretten er prinsipper om at alle har krav på å bli respektert for sine kulturelle, moralske og religiøse verdier av betydning⁹, og at enhver har rett til tankefrihet, samvittighetsfrihet og religionsfrihet¹⁰. Dette er sentrale menneskerettigheter og anerkjennes som et viktig grunnlag for utøvelsen av legeyrket, også av dem som har et restriktivt syn på legers rett til å reservere seg.

Samtidig må det foretas avveininger mot andre grunnleggende prinsipper, som at ingen skal bli diskriminert mot.

Det gjelder et alminnelig folkerettslig og alminnelig prinsipp om at enhver må ta ansvar for ikke å krenke andre menneskers integritet.

Helsepersonell har så vel en rett og en plikt til ikke å skade andre. Av dette følger blant annet at en lege må kunne reserverer seg mot å delta i dødsstraff på mennesker og andre former for tortur.

Helsepersonell har videre en rett – og plikt – til å reservere seg mot instruksjoner om å yte helsehjelp som innebærer uforsvarlighet og risiko for pasienter. Dette kan være instruksjoner fra arbeidsgiver eller fra overordnet helsepersonell. Verken leger eller annet helsepersonell kan i ettertid unngå rettslig ansvar ved å vise til at de fulgte instruksjoner, hvis de ut fra egne faglige kvalifikasjoner skjønnte eller

⁸ Vi sikter her til leger som ikke har noe offentlig ansettelsesforhold og som jobber uten refusjonsrett/ikke for trygdens regning – såkalt helprivate tilbydere.

⁹ Se menneskerettighetserklæringen art. 18: *"Enhver har rett til tanke-, samvittighets- og religionsfrihet. Denne rett omfatter frihet til å skifte religion eller tro, og frihet til enten alene eller sammen med andre, og offentlig eller privat, å gi uttrykk for sin religion eller tro gjennom undervisning, utøvelse, tilbedelse og ritualer"*.

¹⁰ Se Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen art 9

burde ha skjønt at disse var til skade for pasienten. Disse prinsippene er blant annet uttrykkelig fastslått i oppgjørene som fant sted etter andre verdenskrig. Dette anses også å følge av forsvarlighetskravet i dagens helselovgivning, jf helsepersonelloven § 4.

Det foreligger en resolusjon om retten til reservasjon innen medisinsk helsehjelp fra Europarådet (Council of Europe) - The right to conscientious objection in lawful medical care¹¹. Her presiseres at ingen person, sykehus eller institusjon skal tvinges, være ansvarlig for eller på noen annen måte diskrimineres utifra en motstand mot å utføre, medvirke til eller akseptere aborter. Samtidig fastslås den enkelte stats ansvar for å sørge for at alle får den helsehjelp de har rett på, blir ivarettatt. Det uttrykkes en bekymring for at den ulovfestede utøvelse av reserverasjoner skal svekke enkeltgruppers rettigheter, især kvinner. Resolusjonen oppfordrer til at klare retningslinjer for reserverasjonsadgang blir utformet i den enkelte stats lovgivning, som hensyntar:

- det enkelte helsepersonells rett til å reservere seg fra å delta i medisinske prosedyrer knyttet til abort eller dødshjelp "eller noen handling som kunne føre til døden for et menneskelig foster eller et embryo»;
- at pasienten kan få informasjon om eventuelle reserverasjoner i rimelig tid og bli henvist til en annen behandler; og
- at pasienten sikres adekvat behandling, spesielt i øyeblikkelig hjelp situasjoner.

Lovfestet reserverasjonsrett

Norsk lovgivning inneholder ingen bestemmelser av generell karakter om legers reserverasjonsadgang. Spørsmål om dette er dessuten i liten grad omhandlet i lovforarbeider og juridisk litteratur.

Ved abortinngrep gjelder en lovfestet rett for helsepersonell til å reservere seg mot selve inngrepet. Abortloven §14 bestemmer at:

"Regionale helseforetak skal organisere sykehustjenesten slik at kvinnen innen helseregionen til enhver tid kan få utført svangerskapsavbrudd, jf. lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a. Ved organiseringen skal det tas hensyn til helsepersonell som av samvittighetsgrunner ikke ønsker å utføre eller assistere ved slike inngrep."

Rettigheten utdypes i abortforskriften § 15, som lyder:

"§ 15. Fritak av samvittighetsgrunner

Helsepersonell som av samvittighetsgrunner ønsker det, skal fritas fra å utføre eller assistere ved svangerskapsavbrudd. Retten til fritak gjelder ikke for helsepersonell som gir kvinnen stell og pleie før, under og etter svangerskapsavbruddet.

Fritaket må gjøres generelt og gjelde for alle former for svangerskapsavbrudd.

Ved medikamentell abort gjelder retten til fritak for helsepersonell som assisterer ved eller utfører avbruddet, herunder forskriver eller administrerer medikamenter i forbindelse med svangerskapsavbruddet. Dette gjelder selv om kvinnen selv inntar medikamentene."

¹¹ The right to conscientious objection in lawful medical care, Resolution 1763 (2010) from the Parliamentary Assembly on the Council of Europe

Bestemmelsen gir ikke adgang til å reservere seg mot henvisning eller helsehjelp i forbindelse med abortinngrepet. Reservasjonsretten er knyttet til deltakelsen under inngrepet.

Etter forskriftens § 16 plikter sykehus og institusjoner som er godkjent for å utføre svangerskapsavbrudd å ha en oversikt over antall personer som er gitt fritak, og over hvor mange som står til rådighet for utførelse av svangerskapsinngrep.

I lov om transplantasjon, sykehusobduksjon og avgivelse av lik m.m. er det gitt en bestemmelse i § 8h som fastslår at helsepersonell som av samvittighetsgrunner ikke ønsker å delta i forskningsprosjekter der fostervev benyttes eller som ikke ønsker å utføre eller assistere ved transplantasjon av fostervev har adgang til å reservere seg. Med fostervev forstås her celler og vev fra provosertaborterte fostre. Reservasjonsretten gjelder kun deltakelse under selve transplantasjonsinngrepet og ikke for- og etterbehandling av pasienten, vanlig stell og pleie eller andre oppgaver i forbindelse med pasientens behandling. Bestemmelsen i transplantasjonsloven hviler på de samme hensyn som abortlovens bestemmelse om reservasjonsrett, og bestemmelsene er de eneste bestemmelsene i norsk rett som uttrykkelig lovfester en reservasjonsrett for helsepersonell. For øvrig vil den generelle bestemmelsen i helsepersonelloven § 4 gi visse føringer.

Reservasjonsadgang utenfor lovfestede områder?

Der det ikke foreligger lovregulerte unntak er det som hovedregel ingen reservasjonsadgang. I regelen må leger tilsatt i det offentlige helsevesenet tilby de tjenester som følger av stillingen, og som er fastsatt å være en del av det offentlige tilbudet.

Et spørsmål er like fullt om det utenfor lovfestede områder er åpning for reservasjonsadgang, og i så tilfelle på hvilke vilkår.

Et standpunkt er at når lovgiver har funnet det nødvendig å eksplisitt forskriftsfeste legenes rett til å reservere seg fra å utføre eller assistere ved abortinngrep samt mot bruk av fostervev, er dette fordi legene uten uttrykkelig hjemmel ikke har anledning til å reservere seg (utover der det følger av folkerettslige prinsipper).

Det er imidlertid ikke holdepunkter for at lovgiver har tilsiktet at en slik såkalt antitetisk fortolkning skal legges til grunn i spørsmålet. Konsekvensen av en slik fortolkning ville være at man fikk en uodynamisk rettstilstand, med store og kanskje utilsiktede konsekvenser for enkeltindivider.

Når lovgiver har funnet grunn til å fastsette en uttrykkelig reservasjonsadgang på de aktuelle områdene, har dette vært ut fra en erkjennelse av behovet for tydeliggjøring av retten i et spørsmål som ellers ville vært meget kontroversielt. Det kan ikke ut fra dette fastslås at lovgiver samtidig har ment å ekskludere muligheten av reservasjonsadgang på ethvert annet område, med mindre noe annet uttrykkelig lovfestes. Det kan tvert om argumenteres at når lovgiver har erkjent et behov for reservasjonsadgang for helsepersonell i disse spørsmålene, er det naturlig at en slik rett også må gjelde i spørsmål av tilsvarende eller nært beslektet karakter.

Med en slik tilnærming vil det kunne åpnes for en reservasjonsadgang for leger utover saker som gjelder abort/forskning og bruk av fostervev. Men basert på dette resonnementet - bare i saker som

innenfor våre kulturs rammer er å anse av tilsvarende dyptgripende karakter, knyttet til liv/død-problematikk. Jo mindre etiske og moralske likhetstrekk en sak har med abort/liv og død-problematikken, desto mer avledet vil det fremstå å begrunne en reservasjonsadgang med denne rettslige tilnærmingen.

Særlig om fastlegers reservasjonsadgang

Det er ikke gitt noen lov- eller forskriftsbestemmelser som eksplisitt omhandler reservasjonsadgang innenfor den allmennmedisinske helsetjenesten.

I helse- og omsorgstjenesteloven, fastlegeforskriften og avtaleverket ligger at befolkningen har rett på et tilbud hos fastlegene. Dette innebærer at befolkningen vil ha visse forventninger til de tjenester fastlegen skal yte, til forutsigbarhet rundt dette og til å oppleve en likebehandling innenfor ordningen.

Det fremgår av Helse- og omsorgsdepartementets *Rundskriv 1-4/2011* at departementet anser at det å ha en avtale i det offentlige systemet, medfører at fastlegen er forpliktet til å tilby de helsetjenestene som er fastsatt å skulle inngå i det offentlige tilbudet, på lik linje til alle.

Rundskrivet behandler spørsmålet om leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har rett til å reservere seg mot å utføre bestemte oppgaver av samvittighetsgrunner. Som aktuelle oppgaver nevnes uttrykkelig det å tilby prevensjon og prevensjonsveiledning, henvise til spesialisthelsetjenesten for utføring av abort, eller henvise lesbiske par til spesialisthelsetjenesten til utredning for assistert befruktning. I rundskrivet presiseres det at:

- Rundskrivet er ment som en klargjøring av rettstilstanden.
- Allmennleger og fastleger i den kommunale helsetjenesten har ikke noen lov- eller forskriftsfestet rett til å reservere seg av samvittighetsgrunner.
- Leger i fastlegeordningen har heller ingen mulighet til å reservere seg. Dette begrunnes i det ansvaret som fastlegene har etter fastlegeforskriften § 7 for allmennlegetilbudet til sine pasienter. Pasientens behov for henvisning skal være styrende for fastlegen.
- Leger som ikke er tilknyttet fastlegeordningen, men som arbeider med andre allmennmedisinske oppgaver i kommunen, for eksempel sykehjem og helsestasjon, vil på gitte vilkår kunne gis mulighet til å reservere seg.

I debatten rundt rundskrivet har det vært hevdet at det er formuleringer her som legger til grunn at leger alltid skal innrette seg uansett hva som måtte komme av påbud fra staten. Dette har gitt grunnlag for påstander om at rundskrivet er totalitært.

I en rettsstat vil det nødvendigvis være slik at man må forholde seg til hva den lovgivende myndighet beslutter. Påstander om at rundskrivet er totalitært kan møtes med at det ikke er noen plikt for leger om å inngå avtale med det offentlige om å utøve sin virksomhet innenfor det offentlige helsevesenet. Videre må det fremheves at det grunnleggende prinsippet om at helsepersonell har en rett – og plikt – til å reservere seg mot instruks om å yte helsehjelp som innebærer uforsvarlighet og risiko for pasienter, naturligvis må gjelde også fastlegene – og slik representerer en absolutt skranke. I samsvar med vår drøfting i foregående punkt om reservasjonsadgang utenfor lovfestede områder,

kan det dessuten anføres at spørsmålet om reservasjonsadgang ikke kan anses låst en gang for alle – ei heller gjennom et rundskriv. Det må være rom for konkrete vurderinger i lys av både den samfunnsmessige og medisinske utviklingen. Sett at for eksempel lovgivningen skulle åpne for eutanasi, på en måte som forutsetter fastlegers medvirkning. Det er ganske sikkert at reservasjonsadgang for fastlegen i et slikt tilfelle ville være høyst relevant å vurdere. (Trolig ville en slik lovendring følges av en uttrykkelig lovfesting av fastlegens reservasjonsrett. Men også uten en slik hjemmel, vil det være gode grunner for å hevde at legen måtte kunne reservere seg, jf drøftelsen i foregående punkt om ulovfestet reservasjonsadgang. Ut fra en etisk og religiøs betraktning er det i reservasjonsspørsmålet neppe naturlig å se det å avslutte et menneskeliv ved lidelse som vesensforskjellig fra det å avslutte et fosterliv. I den gamle Hippokratiske ed er abort og aktiv dødshjelp sidestilt.)

Et spørsmål som også har stått sentralt i debatten om rundskrivet, er om dette endrer en allerede etablert myndighetspraksis. Det er blitt hevdet at man i Norge har hatt en etablert praksis som aksepterer at leger kan avstå fra å henvise til abort av overbevisningsgrunner etter avtale med den enkelte kommune.

I spørsmålet om henvisning til abort skriver professor Aslak Syse¹² i 1993 om legeaksjoner mot abortloven at *«Blant distriktsleger har det hele tiden vært enkelte som ikke har oppfylt de plikter loven pålegger den lege som kvinnen oppsøker. Imidlertid fastslo Sosialdepartementet (St.meld. nr 17 (1982-83) s 17) at disse representerer et fåtall (under 30), og at det i alle distrikter fantes leger som ikke bryter denne tjenesteplikten. Helsedirektoratet har nøydt seg med å påpeke overfor de sivilt ulydige hvilke plikter loven pålegger dem, «uten noen form for sanksjoner». På denne måten har det vært mulig å få til en myk overgang fra en situasjon der den legen kvinner oppsøkte, helt kunne nekte å søke abort for kvinnen (kvinnen hadde ikke selvstendig søknadsrett etter loven av 1960), og fram til dagens lov, som pålegger den oppsøkte lege å videreformidle en søknad eller begjæring om abort, uten at større deler av yrkesgruppen har reagert».*

Her fremgår at legene har en plikt til å henvise til abort. Samtidig beskrives en situasjon der myndighetene overfor sivilt ulydige leger kun har påpekt hvilke forpliktelser de hadde å forholde seg til, uten å sanksjonere overfor legene.

Heller ikke etter innføringen av fastlegeordningen finner vi at det er blitt sanksjonert fra myndighetenes side mot leger som utøver reservasjonsadgang. Det er derimot flere eksempler på at fastleger har tilkjennegitt sitt behov for reservasjonsadgang til kommuneoverlegen/kommuneadministrasjonen og i forståelse med dem organisert tilbudet til pasientene på en måte som kommunene har akseptert.

Det er i debatten også blitt fremhevet at Helsetilsynet i sin praksis har vist aksept for at reservasjon blant fastleger i noen grad er blitt utøvd.

¹² Aslak Syse, Abortloven juss og verdier, Ad notam Gyldendal 1993 s.233

Det er blant annet vist til rundskriv som gjaldt før fastlegeordningen¹³. Disse er imidlertid ikke lenger tilgjengelige, og kan vanskelig tillegges noen større betydning.

I 1994 kom spørsmålet på spissen i en sak i Finnmark der begge legene på stedet nektet å assistere pasienter med henvisning til abort og utskrivning av prevensjon. Kommunelegen anbefalte kvinnene sterilisering eller seksuell avholdenhet. Det ble konkludert med at legene ikke hadde anledning til å reservere seg. Lasse A Warberg, forsker ved Institutt for retts sosiologi og kriminologi, UiO har kommentert saken, og stilte spørsmål om legen på samvittighetsgrunnlag er fritatt for å assistere kvinnene i de aktuelle situasjonene¹⁴. Warberg uttaler at *"Svaret på dette spørsmålet er ganske klart nei. Abortlovens inneholder riktignok hjemmel for at helsearbeidere kan nekte å assistere ved utførelsen av abort. [...] Men denne reservasjonsretten – som omfatter leger og sykepleiere – må sannsynligvis antas å gjelde den direkte utførelse av abortinngrepet. Syse¹⁵ peker på at retten gjelder den som utfører eller assisterer ved selve inngrepet, men ikke den som gir kvinnen stell, pleie, skriver journal, tar blodprøve mv. Enda mindre kan man da operere med noen reservasjonsrett i forbindelse med legens henvisningsplikter."*

Helsetilsynet behandlet en sak om reservasjonsrett i 2004¹⁶. En pasient hadde klaget på at legen ikke ville henvise henne til svangerskapsavbrudd. I denne saken fant Helsetilsynet at det ikke var *uforsvarlig* at legen ikke henviste en kvinne til svangerskapsavbrudd, dersom det var andre leger i kommunen/distriktet som kan henvise, og kvinnen ikke blir påført praktiske ulemper ved å måtte oppsøke en annen lege. Helsetilsynet kom derimot til at legen hadde handlet i strid med plikten til å yte omsorgsfull hjelp fordi han først hadde stilt spørsmål og veiledet kvinnen, før han dernest likevel hadde gjort det klart for henne at han ikke ville hjelpe.

Fra Statens helsetilsyn har vi fått oppgitt at det ikke er flere saker som er behandlet i helsetilsynet om reservasjonsadgangen.

Ettersom Helsetilsynet kun ved en enkelt anledning har behandlet spørsmål om en leges reservasjonsadgang innenfor fastlegeordningen kan det vanskelig legges til grunn at det foreligger noen fast og etablert praksis fra dette organet i spørsmålet.

Det kan på den annen side fremheves at saken fra Helsetilsynet må sees i sammenheng med ulike myndighetsuttalelser i blant annet rundskriv og brev form¹⁷. Ut fra dette totalbildet kan det argumenteres for at myndighetene har forholdt seg til at leger i primærhelsetjenesten på visse vilkår har en reservasjonsadgang.

I debatten om reservasjonsadgangen i fastlegeordningen er det kommet frem at det i flere kommuner er inngått avtaler med fastleger om at den enkelte lege skal ha anledning til å reservere seg. Det finnes ingen offisiell oversikt over slike avtaler, og det er således ikke mulig å si noe om

¹³ Herunder Rundskriv IK-24/95, der Statens helsetilsyn ga uttrykk for at det er legitimt at helsepersonell reserverer seg i visse saker ut fra samvittighetsgrunner.

¹⁴ Lasse A. Warberg, Norsk helserett TANO 1995 s. 58

¹⁵ Prof. Aslak Syse, Abortloven juss og verdier Notam Gyldendal 1993 s. 232

¹⁶ Helsetilsynets saksnr 04/1385

¹⁷ Se særlig brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 24.2.2009 til Rådet for legeetikk

antall/utbredelse. Det at generell informasjon om avtalene ikke er tilgjengelig, taler kanskje mot at det foreligger en fast og etablert forvaltningspraksis, som eventuelt kunne hevdes å hjemle en rett for leger til å kreve denne type avtaler. All stund ansvarlige myndigheter stiller seg avvisende til disse ordningene, vil det uansett være krevende å vinne frem med en anførsel om at slik rett foreligger.

Der en kommune har inngått en avtale med en fastlege om at vedkommende lege skal kunne reservere seg, vil like fullt fastlegen ha innrettet seg etter avtalen. Fastlegen må anses å være i god tro om at kommunen, som en statlig og profesjonell part, har hatt anledning til å inngå denne type avtaler. I praksis er det heller ikke blitt sanksjonert mot legenes reservering. Det kan således være grunnlag for å anføre at fastleger som har innrettet seg etter slike avtaler, skal holdes skadesløse. Det kan argumenteres for at det overfor disse fastlegene må etableres en overgangsordning, som gir disse legene anledning til å opprettholde de avtalte ordninger så lenge det er aktuelt å virke som fastlege i kommunen. Forutsetningen vil være at ordningen kan opprettholdes på en måte som ivaretar pasienttilbudet på en forsvarlig måte.

Sammenfatning

Lovgivningen inneholder bare i begrenset grad bestemmelser om reservasjonsadgang.

Ut fra de bestemmelser som er gitt om reservasjonsrett på enkelte klart avgrensede områder, kan man ikke kategorisk konkludere at reservasjonsadgang for leger for øvrig er utelukket. Det kan tvert om argumenteres at der samvittighetsgrunner av tilsvarende karakter som i de uttrykkelig lovregulerte tilfellene vil gjøre seg gjeldende, må en reservasjonsadgang etter omstendighetene kunne foreligge.

Spørsmålet om reservasjonsrett må vurderes konkret. Nye metoder kan bli aktuelle og befolkningens forventninger endres i takt med samfunnsutviklingen. En åpen og prinsipiell debatt rundt grunnleggende spørsmål om reservasjonsrett må føres – man kan ikke konkludere på spørsmål om reservasjonsadgang "en gang for alle".

Vedlegg 2.

Legeforeningens etiske regler – reservasjonsadgang i lys av § 6 annet ledd

Legeforeningens etiske regler oppstiller prinsipper som Legeforeningens medlemmer er forpliktet til å overholde som konsekvens av medlemskapet. Reglene har ikke status som norsk lov. I praksis vil det likevel kunne være relevant å se hen til denne type regelsett ved fortolkning av rettstilstanden der bakgrunnsretten ikke gir klare anvisninger. Dette særlig fordi lovgivningen innenfor helsetjenester i stor grad er en lovfesting (kodifisering) av profesjonsetikken.

I de etiske reglenes kapittel I – Alminnelige bestemmelser heter det at: "*En lege skal verne menneskets helse. Legen skal helbrede, lindre og trøste. Legen skal hjelpe syke til å gjenvinne sin helse friske til å bevare den*".

I § 2 heter det: "*Legen skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet. Pasienten skal behandles med barmhjertighet, omsorg og respekt....*".

I de etiske reglenes § 6 fastslås det at:

"Når en pasient trenger rask og nødvendig legehjelp, skal denne ytes så snart som mulig. Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp bortfaller dersom legen har sikret seg at annen lege yter hjelp.

En lege kan avslå å ta en pasient under behandling, såfremt denne har rimelig anledning til å få hjelp av en annen lege."

Det er et spørsmål om bestemmelsen i § 6 annet ledd kan leses som en ren hjemmel for reservasjonsadgang, eller om bestemmelsens ordlyd må fortolkes innskrenkende.

Spørsmålet er særlig kommet opp på bakgrunn av uttalelser fra Rådet for legeetikk i de seneste års debatt om legers reservasjonsadgang. Helse- og omsorgsdepartementet har på bakgrunn av Rådets uttalelser utfordret Legeforeningen sentralt til å redegjøre for innholdet i bestemmelsen og betydningen av denne.

Rådet for legeetikk har til bestemmelsen bemerket at § 6 ikke gir føringer på hva slags kriterier som kan legges til grunn for at leger skal kunne avslå å ta en pasient i behandling. Rådet for legeetikk er av den oppfatning at leger må kunne reservere seg mot å utføre oppgaver som de av alvorlige overbevisningsgrunner er mot. Dette kan dreie seg om oppgaver som assistert befruktning til lesbiske, provosert abort eller det å avslutte hensiktsløs behandling (f.eks. kople ut pacemaker).

De etiske regler for leger ble vedtatt av Legeforeningens landsstyre i 1961. Den gang var nåværende § 6 regulert som § 3 og § 4, som lød:

"§ 3 Når en læge kalles til en syk, og han etter de foreliggende opplysninger har grunn til å anta at snarlig lægehjelp er nødvendig, skal han yte hjelp hjalp så snart råd er. Han fritas herfor hvis han har forvisset seg om at hjelpen blir gitt av annen læge."

§ 4 Når unntas de tilfelle som er nevnt foran, har en læge adgang til å avslå å ta en pasient under lægebehandling såfremt denne har rimelig adgang til å få hjelp av annen læge”

En gjennomgang av tilgjengelige referater fra Landsstyrets tidligere behandling av etiske regler viser at bestemmelsen i liten grad er drøftet av styret, og vi har ikke funnet uttalelser som belyser hvordan annet ledd er tilsiktet forstått.

Den opprinnelige inndelingen av bestemmelsen underbygger at bestemmelsen i nåværende § 6 annet ledd sikter til tilfellene utenom hastesituasjonene; sistnevnte tilfeller synes uttømmende regulert i første ledd.

Etter dette kan § 6 annet ledd, dersom en legger til grunn en ren ordlydsfortolkning, forstås slik at en lege står nærmest fritt til å avstå fra å behandle en pasient all stund denne kan få hjelp av annen lege.

En slik fortolkning gir imidlertid anvisning på en langt videre forståelse av legers reservasjonsadgang enn hva som alminnelig er lagt til grunn.

Trolig må bestemmelsen forstås i lys av situasjonen da den ble vedtatt. Mange av de problemstillinger vi i dag drøfter i forbindelse med spørsmålet om legers reservasjonsadgang, var ikke relevante på det tidspunkt bestemmelsen første gang ble vedtatt. Intensjonen bak bestemmelsen kan mer ha vært å klargjøre legens rett til å avstå fra å behandle en pasient i et pasientforhold der tillit mellom lege og pasient er brutt, og relasjonen så vanskelig at legen vanskelig kunne forventes å bistå så lenge pasienten har rimelig tilgang til å få hjelp av en annen lege. Denne forståelsen underbygges av formuleringen i annet ledd som retter seg mot en leges adgang til å avslå å *”ta en pasient under behandling”*. Det synes her å være en konkret situasjonen overfor en enkeltpasient som omhandles – ikke for eksempel en reservasjonsadgang mot en gruppe pasienter eller mot en type behandling.

Etter dette kan det argumenteres for at bestemmelsen i etiske regler § 6 annet ledd ikke omhandler legers reservasjonsadgang, i den forstand reservasjonsadgang i foreliggende rapport drøftes.

Ordlyden i bestemmelsen åpner imidlertid for ulike forståelser, og man har eksempler fra Rådet for legeetikks praksis der det er vist til bestemmelsen nettopp i spørsmål der legers reservasjonsadgang ut fra samvittighetsgrunner har vært drøftet.

På denne bakgrunn er det grunn til å se nærmere på formuleringene og på hvordan Legeforeningen mener at bestemmelsen skal forstås.

Vedlegg 3.

Sekretariatet har bedt legeföreningene i Storbritannia, Sverige, Danmark, Finland, Island og Tyskland redegjøre for om, og eventuelt hvordan, legers reservasjonsrett er regulert, og om foreningene har tatt stilling til spørsmålet. Svarene gjengis nedenfor.

Storbritannia BMA:

Legers mulighet til å reservere seg av samvittighetsgrunner er regulert både gjennom lov og legenes eget tilsynsorgan, General Medical Council (GMC). I tillegg gir British Medical Association (BMA) veiledning til leger i spørsmål om reservasjon. BMAs veiledning er kun rådgivende.

Lovbestemmelser som sikrer leger rett til å reservere seg av hensyn til sin personlige overbevisning, er hjemlet i lov om abort og fertilitetstjenester. GMC spesifiserer ikke hvilke behandlinger/inngrep leger kan, eller ikke kan, motsette seg. Leger kan i teorien motsette seg alle behandlinger/inngrep, men må samtidig sørge for at de ikke bryter diskrimineringsloven. Leger som ønsker å reservere seg, må forsikre seg om at pasienten ikke utsettes for noen negative følger. Dersom en lege har reservert seg mot å utføre abort, og en pasient ønsker svangerskapsavbrudd, må legen informere pasienten om at hun har rett til å oppsøke en annen lege for å få utført inngrepet. Legen må også sikre at pasienten har tilstrekkelig informasjon om sine rettigheter.

Ifølge BMA hender det at medisinstudenter i Storbritannia søker om fritak fra deler av medisinstudiet av hensyn til personlige overbevisninger. For eksempel har studenter signalisert at de ikke ønsker å undersøke pasienter av det motsatte kjønn. Andre ønsker ikke å behandle pasienter som sliter med alkohol- og/eller stoffmisbruk. GMC gjør det klart at medisinstudenter ikke får fullføre medisinstudiet med mindre de oppfyller alle krav i læreplanen. Dette innebærer undersøkelser av pasienter av begge kjønn og grunnleggende forståelse for medisinske tilstander som følge av en usunn livsstil. Medisinstudenters mulighet til å reservere seg av samvittighetsgrunner er således mindre enn for praktiserende leger.

BMA har en mer begrenset tilnærming til reservasjon enn GMC, og mener det bør begrenses til det som er nedfelt i loven – abort og enkelte fertilitetstjenester - og å avslutte livreddende behandling for pasienter som ikke er i stand til å ta dette valget på egenhånd. Et utdrag fra den nye utgaven av BMAs håndbok for medisinsk etikk og jus, Medical Ethics Today er gjengitt nedenfor:

”Pasienter har rett på medisinsk behandling av høy kvalitet, uten å bli forhånds dømt. Leger har rett til å reservere seg mot enkelte behandlinger/inngrep som er nedfelt i loven, så lenge det ikke skader pasienten. I nødssituasjoner kan ikke leger nekte å gi medisinsk hjelp på bakgrunn av personlige overbevisninger».

I 2008 utstedte GMC en veiledning om personlig tro og medisinsk praksis. Denne har som mål å balansere legens rett til å velge bort enkelte behandlinger/inngrep, mot pasienters rett til å motta helsehjelp. Veilederen viste et økende antall henvendelser med spørsmål om grensedragning med hensyn til legers reservasjonsadgang, også i saker som ikke gjelder fertilitetstjenester og abortinngrep. Som et resultat av dette vedtok BMA på sitt årsmøte i 2008 en policy som gikk utover

GMC s uttalelser. Selv om BMAs uttalelser ikke er bindende på samme måte som rådene til GMC, mener BMA at leger kun kan kreve reservasjonsrett i inngrep som er hjemlet i lov (abort og fertilitetstjenester), samt avslutting av livsforlengende behandling. BMAs policy er å støtte legers rett til å reservere seg kun i disse tilfellene. På samme måte som GMC, understreker BMA at reservasjon ikke kan påberopes i nødssituasjoner. BMA råder også alle leger til å umiddelbart gjøre det klart for pasienten at de har reservert seg, og informere pasienten om sin rett til å se en annen lege. De bør sørge for at pasienten har tilstrekkelig informasjon om muligheter til å motta råd og hjelp andre steder. Hvis pasienten ønsker å overføres til et annet sykehus, men ikke er i stand til å ordne dette på egenhånd, må legen legge til rette for at en annen lege kan overta pasienten. Dette skal skje så smertefritt så mulig slik at det ikke påvirker pasienten på en negativ måte.

Sverige:

Ifølge Den svenske legeforeningen finnes det ikke noen spesifikk lovgivning på reservasjon som følge av samvittighetsgrunner. Saken har vært diskutert i den svenske legeforeningen ved et par anledninger de siste årene. Først i forbindelse med CPME, som forsøkte å utvikle politikk på temaet, men uten hell, og i forbindelse med at parlamentet i Europarådet for noen år siden la frem resolusjonen *The right to conscientious objection in lawful medical practice*. Den svenske Legeforeningen har imidlertid ikke noen vedtatt politikk på området, men følgende synspunkter har blitt løftet frem i den interne diskusjonen:

- Noen medisinske behandlinger/inngrep er så viktige at leger ikke kan nekte å utføre dem av hensyn til sin samvittighet.
- Det kan også være vanskelig for en lege å få fullført spesialiseringen hvis vedkommende ikke ønsker å delta i visse elementer som inngår i spesialistutdanningen (for eksempel trening på abort som spesialist i obstetikk og gynekologi).
- Leger må ikke dømme pasientene. Legers samvittighet må heller ikke påvirke pasientbehandlingen. Hvis en lege av samvittighetsgrunner nekter å utføre en anerkjent del av behandlingen, må ikke dette få negative konsekvenser for pasienten, og legen må sørge for at pasienten umiddelbart får hjelp av en annen lege.
- I krisesituasjoner kan ikke leger nekte å gi medisinsk hjelp av hensyn til personlige overbevisninger.

Danmark:

I sitt svar til sekretariatet understreker Den danske legeforening prinsippet om at pasienter ikke har rett til å bli behandlet med mindre det er et medisinsk behov for det. Det vil derfor være situasjoner der en lege med hensyn til sin personlige overbevisning kan velge å ikke behandle en pasient. Samtidig understreker de at leger ikke kan nekte å gi medisinsk hjelp i akutte tilfeller.

Videre mener de man kan vurdere om leger skal ha rett til å nekte å behandle pasienter som ikke ønsker å tilpasse seg situasjonen på klinikken eller sykehuset. Som eksempel nevnes kvinner med burka som nekter å kle av seg foran en mannlig lege, og det ikke er noen kvinnelig lege som kan overta pasienten. Det nevnes også at leger bør kunne nekte å bidra til omskjæring av gutter. Det danske helsetilsynets veiledning om mannlig omskjæring sier ingenting om at leger kan nekte å delta

i omskjæring¹⁸:

Relevante lovbestemmelser i Danmark er Sundhedsloven § 24 ledd. 3, retten til å avstå fra behandling hvis pasienten nekter å motta blod eller blodprodukter, og Sundhedsloven § 102, der det er nedfelt at helsepersonell kan avstå fra å delta i abortinngrep dersom det strider mot deres personlige overbevisning.

Det er tidligere poengtert at avdelinger som av religiøse og/eller andre grunner, ikke vil utføre svangerskapsavbrudd, har plikt til å henvise pasienter til andre institusjoner/avdelinger som ikke har reservert seg. Den danske legeforening tolker det slik at en lege som av personlige årsaker er imot abort, er forpliktet til å informere pasienten om hvordan det kan gjennomføres, og til å henvise pasienten videre. Det er ikke tilstrekkelig å informere at du er imot, og deretter avvise pasienten.

I tillegg nevnes det at leger, praktiserende, så vel som andre, som bruker såkalte alternative behandlingsformer, har en plikt til å informere pasienten om at dokumentasjonen for behandlingen er mangelfull. Det har inntil nå ikke vært et krav at leger må offentliggjøre sine moralske, etiske eller religiøse innvendinger.

Finland:

Den finske lovgivningen sier i dag ingenting om at leger kan reservere mot å delta i medisinske prosedyrer/inngrep av hensyn til sin personlige overbevisning. Den finske regjeringen (2011-2015) har programfestet at reservasjon skal utredes, etter ønske fra det Kristen demokratiske partiet og innenriksministeren, som selv er lege. Den finske legeforeningen er ikke kjent med at dette arbeidet er påbegynt.

Den finske legeforeningen gjennomførte i høst en spørreundersøkelse blant sine medlemmer der de bl.a. spurte om noen har møtt på situasjoner hvor det har vært behov for å reservere seg. Resultatene fra undersøkelsen var ikke ferdige da sekretariatet henvendte seg til foreningen i oktober.

De etiske retningslinjene¹⁹ til Den finske legeforening er sammenfattet i en felles veileder. Her blir reservasjonsadgang kun omtalt i kapittelet som omhandler abortspørsmålet (side 62). Der står det følgende:

«Når en lege blir konfrontert med spørsmål knyttet til svangerskapsavbrudd, påvirkes legens holdning av ens egne etiske prinsipper. Legens standpunkt skal imidlertid ikke gå på akkord med pasientens grunnleggende rettigheter. Om nødvendig, skal pasienten henvises til en annen lege».

Finnene er i gang med å oppdatere veilederen, og den nye utgaven skal etter planen publiseres i slutten av februar 2013. De opplyser imidlertid til sekretariatet at deres syn på reservasjon vil forbli uendret.

I spørsmålet om eutanasi, uttaler Den finske legeforeningen at eutanasi strider mot legeetikken, og

¹⁸ http://www.sst.dk/publ/publ2005/KOT/Vejl_omskaering_drenge/Vejledning_omskaering_drenge_2.pdf

¹⁹ http://www.laakariliitto.fi/files/Med_etik06.pdf (på svensk).

de forholder seg negativt til forslag som åpner for å legalisere dødshjelp. De viser også til World Medical Association (WMA) som oppfordrer alle leger om å avstå fra aktiv dødshjelp selv om loven skulle åpne for det.

Tyskland:

På bakgrunn av legeprofesjonens uavhengige status i Tyskland, har leger en viss grad av frihet til å nekte å utføre enkelte behandlinger/inngrep. Dette er uttrykkelig uttalt i Art. 7 (2) i *Model Professional Code*:

«Leger respekterer sine pasienters rett til å fritt kunne velge og bytte lege. På den annen side, leger står også fritt til å nekte pasienter behandling - bortsett fra i nødsituasjoner, eller der særlige juridiske forpliktelser gjelder. Leger bør på generelt grunnlag ikke nekte pasienter å oppsøke og/eller bli henvist til en annen lege».

Selv om leger kan nekte å utføre enkelte inngrep, understreker *Model Professional Code* at leger ikke kan diskriminere pasienter på bakgrunn av nedsatt funksjonsevne, religion, nasjonalitet, rase, politisk tilhørighet eller sosial status²⁰. Leger som arbeider innenfor det statlige helseforsikringssystemet, er også forpliktet til å behandle alle pasienter med forsikring. Leger kan imidlertid nekte pasienter behandling dersom de har en saklig grunn, for eksempel hvis tillitsforholdet mellom legen og pasienten har blitt brutt, eller hvis legen er overarbeidet. Disse unntakene gjelder ikke i nødssituasjoner²¹.

Ifølge Den tyske legeforenings etiske retningslinjer om assistert befruktning, bør ikke assistert befruktning gis til enslige kvinner eller lesbiske par²². Dette har ført til en viss kontrovers i Tyskland, og i 2010 ble blant annet saken debattert i det tyske parlamentet. De konkluderte imidlertid at likestillingsloven ikke hindrer tyske leger å reservere seg mot å tilby lesbiske par assistert befruktning²³.

Ifølge lov om forebygging og håndtering av graviditetsrelaterte konflikter²⁴, kan leger og annet helsepersonell nekte å ta del i et svangerskapsavbrudd basert på deres moralske overbevisninger. Loven gjelder ikke hvis kvinnens liv eller helse står i fare. Loven gjelder heller ikke ved forberedende undersøkelser, eller under stell og omsorg av pasienten etter inngrepet.

Veiledning om legeassistert selvmord er omtalt i prinsippene «Omsorg ved livets slutt», som understreker at assistert selvmord ikke er en oppgave for leger²⁵. I 2011 vedtok den tyske legeforeningen enstemmig en revidert versjon av artikkel 16, «Hjelp til å dø», som nå eksplisitt forbyr leger å hjelpe pasienter å begå selvmord²⁶.

I 2010 utførte den Tyske legeforeningen en spørreundersøkelse om legeassistert selvmord blant sine medlemmer. Av 527 leger svarte 61 % at de alltid vil nekte å hjelpe pasienter å begå selvmord,

²⁰ http://baek.de/downloads/MBO_08_20111.pdf

²¹ <http://www.kv-thueringen.de/mitglieder/recht/information/ablehnung/index.html>

²² <http://baek.de/page.asp?his=0.7.45.3261&all=true>

²³ <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/042/1704297.pdf>

²⁴ <http://www.gesetze-im-internet.de/beratungsg/>

²⁵ http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf

²⁶ http://baek.de/downloads/MBO_08_20111.pdf

uavhengig av situasjonen. 37 % sa at de ville være forberedt på å delta i assistert selvmord under visse omstendigheter. 80 % var mot en eksplisitt legalisering av assistert selvmord²⁷.

Island

Har ikke svart.

²⁷ <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/42031?s=sterbebegleitung+umfrage>

Vedlegg 4

Regulering av andre yrkesgrupper

Reservasjonsrett er også aktuelt for andre grupper, både i og utenfor helsetjenesten. Her nevnes et utvalg:

Prester

Etter ekteskapsloven av 1918 hadde prester en generell rett til å nekte å foreta vielser på kirkelig måte. Med ekteskapsloven av 1991 ble adgangen for en kirkelig vigsler til å nekte å vie ektefeller begrenset til tilfeller der visse objektive vilkår er oppfylt. Etter § 13 har en kirkelig vigsler beholdt friheten til å kunne nekte å vie en fraskilt dersom den tidligere ektefellen er i live. Det er også fastsatt i loven at en vigsler kan nekte å vie brudefolk av samme kjønn.

Det finnes flere eksempler på samvittighetskonflikter både mellom prest og biskop, mellom prest og bruker, og prester seg i mellom. I 2009 måtte fornyings- og kirkeministeren svare i Stortinget om prester skal kunne avvise å døpe barn fordi foreldrene er lesbiske. Ministeren uttalte at ingen barn skal nektes dåp, men at prester kan reservere seg mot å utføre kirkelige handlinger som dåp når samvittigheten krever det. I den konkrete saken som foranlediget at problemstillingen kom opp, ble barnet døpt, men av en annen prest enn den som opprinnelig ble forespurt.

Som prest svarer du formelt til biskopen innenfor ditt bispedømme. Ved oppnevnelser av nye biskoper, kan enkelte prester finne det vanskelig å svare til og operere på vegne av biskopen, bl.a. fordi presten ikke deler biskopens syn i sentrale verdispørsmål. Da Rosemarie Køhn ble utnevnt som den første kvinnelige biskopen i 1993, var det enkelte mannlige prester som ønsket alternativt tilsyn. De godtok ikke at en kvinne skulle føre tilsyn med menigheten deres. Dette ble løst pragmatisk ved at Rosmarie Køhn sendte en erstatter i tilsynet med menighetene.

Tilsvarende episoder forekom også etter at kirkeloven åpnet opp for kvinnelige prester. Enkelte mannlige prester ønsket ikke å jobbe med kvinnelige kollegaer. I dette konkrete spørsmålet utarbeidet Presteforeningen retningslinjer for hvordan slike situasjoner kunne løses. Her heter det at «den med samvittighetskvaler må vike». Det innebærer at mannlige prester som synes det er vanskelig å jobbe med kvinnelige kollegaer, ikke kan be kvinnelige kollegaer om å trekke seg fra oppdrag av hensyn til sine mannlige kollegaers samvittighetskvaler. I så fall er det mannen som må vike. Reglene var ment som retningslinjer som skulle skjerme kvinnene i møte med mannlige kollegaer, men uten lovhjemmel eller pålegg. Etter hvert har enkelte prester oppfattet disse kjørereglene som rettigheter og krevd å få slippe å jobbe med kvinnelige prester. På bakgrunn av dette, mener Presteforeningen at de som fagforening må opptre varsomt i håndteringen av slike spørsmål, slik at kjøreregler ikke oppfattes som nedfelte rettigheter med foreningens støtte i ryggen.

Et annet godt eksempel, er de mye omtalte «Carissimi-prestene». Carissimi-prestene er en gruppe med prester som ønsket å frasi seg tilsynet fra biskop Pettersen i Stavanger bispedømme, på grunn av hans liberale homofilisyn. Carissimi-prestene mener bibelen forbyr samliv mellom homofile, og hevdet Biskopen bidro til å splitte den norske kirke. De ønsket seg et alternativt tilsyn, og nektet å delta på nattverd med biskop Pettersen som de mente drev med vranglære. De ønsker også å avstå

fra gudstjeneste- og alterfellesskap med biskoper og prester som offentlig fremmet dette synet. I et leserinnlegg i Stavanger Aftenblad svarer Biskop Pettersen at Carissimis kommunikasjonsbrudd ikke bare bryter med Den norske kirkes ordninger, men også Den norske kirkes tro på hva kirkefellesskapet er. Biskopen mener Carissimi-prestene møter en grense, der konsekvensen av samvittighetsfrihet ikke er at Carissimi kan gå utenom Kirkens organer og kreve ordninger som gir rom for et kirke- og nattverdsyn som er fremmed for kirken. «Konsekvensen av samvittighetsfriheten ville være at Carissimi fritt kunne velge hvordan de vil forholde seg den den Kirken de har bekjent seg til», skriver han. Han understreker også at det ikke er den Norske kirke som støter Carissimi ut, men at Carissimi selv plasserer seg utenfor Den norske kirke²⁸. Biskopen fikk støtte for sitt syn av Stavanger bispedømmeråd og Kirkerådets leder.

Biskopen og Carissimi-prestene førte i ett år en dialog, men til slutt fikk Carissimi-prestene beskjed om å akseptere biskopens tilsyn, eller avslutte sin kirkelige tjeneste²⁹. Ti prester har i etterkant sagt opp sin stilling. De mente det var umulig å møte krav som ikke tok hensyn til deres samvittighetsfrihet. I slike spørsmål har Presteforeningen besluttet at dette er et anliggende mellom den aktuelle prest og arbeidsgiveren. Presteforeningen kan støtte en prest ut i fra arbeidsrettslige anliggende, men blander seg ikke inn i spesifikke spørsmål om samvittighetskvaler. Sett under ett, løser prester utfordringer med samvittighetskvaler kollegialt. Dersom en prest ikke ønsker å vie fraskilte, døpe barn av homofile eller andre lignende tilfeller, stiller en kollega opp. Presteforeningen er samtidig svært opptatt av sårheten enkelte mennesker opplever i møte med prester som ikke utfører enkelte oppgaver av hensyn til sin personlige overbevisning. Presteforeningen er også opptatt av at man må respektere ulike behov, men samtidig unngå at enhver personalkonflikt gjøres til et teologisk spørsmål.

Apotekere

Pave Benedikt XVI uttalte for noen år siden at katolske farmasøyter bør nekte å selge medisiner som fører til abort eller aktiv dødshjelp. Uttalelsen foranlediget behandling av spørsmålet om reservasjonsrett i etikkrådet for farmasøyter i Norge. Det ble konkludert med at "Norske farmasøyter har ingen reservasjonsrett og kan ikke ut fra overbevisningsgrunner nekte å selge legemidler som kan omsettes på lovlig vis."

Norges Farmaceutiske Forening (NFF) uttaler samtidig på sine nettsider at "Dersom farmasøyter av overbevisningsgrunner har problemer med å selge "dagen derpå-piller" eller legemidler som benyttes til abort, må de ta dette opp med arbeidsgiver. I mange tilfelle kan man komme til enighet om ordninger som begge parter kan leve med - ordninger som gjør det mulig for apoteket å ivareta sin leveringsplikt på en forsvarlig måte og som farmasøyten kan leve med." Man ser her for seg at på apotek der flere farmasøyter til enhver tid jobber sammen, vil en farmasøyt som har reservert seg kunne overlate til en kollega og utdele aktuelle legemidler. Der farmasøyter ikke kan belage seg på at det til enhver tid er en kollega som vil kunne bistå, vil farmasøyten imidlertid ikke kunne avslå fra å bistå kunden. Lederen i NFF opplyser til sekretariatet at hun ikke kjennet til saker der problemstillinger rundt reservasjonsrett er kommet på spissen.

²⁸ <http://www.carissimi.nu/SA20110308.pdf>

²⁹ <http://www.vl.no/troogkirke/stotter-biskopen-mot-carissimi-prestene/>

Om problemstillinger knyttet til eutanasi har etikkrådet uttalt at man på prinsipielt grunnlag er imot legeassistert selvmord³⁰.

Militære

I Norge og mange andre vesteuropeiske land med alminnelig verneplikt har man en lovfestet rett til fritak fra militærtjeneste av overbevisningsgrunner. Dette er imidlertid ingen ubetinget rett. I lovens § 1 heter det:

”Er det grunn til å gå ut fra at en vernepliktig ikke kan gjøre militærtjeneste av noen art uten å komme i konflikt med sin alvorlige overbevisning, herunder at han derved tvinges til å bryte verdier som for han er av fundamental betydning og som er knyttet til bruk av masseødeleggelsesvåpen slik de kan påregnes brukt i dagens forsvar, fritas han for slik tjeneste av vedkommende departement eller ved dom i samsvar med reglene i denne lov.”

Fritak etter denne loven kan ikke gis av andre grunner, som f.eks. medisinske grunner eller velferdsgrunner. Søkeren må skrive en utfyllende søknad om hvorfor personen ikke kan gjøre sin verneplikt. Man må spesifikt redegjøre for hvorfor man ikke kan gjøre militærtjeneste av noen art uten å komme i konflikt med din personlige overbevisning. Det er Justisdepartementet som avgjør søknaden. Nektingsgrunnlaget underlegges nøye vurdering ved behandling av søknader om fritak fra militærtjenesten, både hva gjelder innhold og kvalitet.

Politi

I 2010 uttalte Politiets Fellesforbund at det burde innføres et politi-fritak fra å fjerne demonstranter i en mulig Hardanger-aksjon. Uttalelsen foranlediget en bred debatt om hvorvidt polititjenestemenn skal kunne søke om fritak fra oppdrag som strider mot deres personlige overbevisning.

Utsillet møtte sterk kritikk fra ledere i politiet og i det politiske miljøet. Daværende politidirektør var avvisende og uttalte at personer som går inn i politiyrket i et demokrati, vet at man er forpliktet til å håndheve lover og bidra til å gjennomføre politiske vedtak. Det innebærer at man må ta sitt personlige engasjement privat. Flere politikere mente man ikke kan ha en rettsstat hvor polititjenestemenn skal kunne be om fritak etter egen overbevisning. De presiserte at maktapparatet står til tjeneste for staten og for samfunnet³¹. Det ble også argumentert fra politisk hold at politibetjenter ikke kan skille mellom jobber de er enige eller uenige i. I etterkant uttalte lederen av Politiets fellesforbund, Arne Johannessen, at saken hadde kommet skjevt ut. I et debattinnlegg understreker han at politifolk har plikt til å håndtere alle saker som kommer fra lovlig fattede vedtak, uavhengig av hva den enkelte selv måtte mene om saken. I debattinnlegget skriver han bl.a. at når en politibetjent har politiuniformen på, er man et nøytralt redskap for myndighetene. Det presiseres at politiyrket ikke er et yrke som kan kombineres med egne ytringer i yrkesroller og i arbeidstider. Han argumenterer også for at nøytraliteten blir viktigere og viktigere ettersom politiet, som resten av samfunnet, blir stadig mer sammensatt. Ulike religioner, ulike livssyn og ulike kulturer kan gi grobunn for variert syn på hva slags oppdrag man påtar seg og hva man ikke ønsker å blande seg inn i.

³⁰ Brev fra Etikkrådet for farmasøyter i Norge til Norges Farmaceutiske forening av 14. desember 2010. http://www.nfs.no/nfs/vedlegg/brev_legeassistert_selvmord-til-hjemmesiden.pdf

³¹ PF møter motstand om fritak. Hentet 7.11.12 fra <http://www.pf.no/id/18321>

Samtidig understreker Politiets Fellesforbund at det kan være grunner til at også politifolk skal ha mulighet til å søke om fritak fra enkelte oppdrag. Dette skal imidlertid kun være unntaksvis. Videre presiserer forbundslederen at det må være arbeidsgiver som har enerett på å si ja eller nei. Dersom en politibetjent ikke kan leve med et nei, må personen finne seg et annet yrke. Ifølge Johannessen vil arbeidsplasser med god personalpolitikk løse spørsmål om fritak i dialog mellom arbeidsgiver og arbeidstaker³².

Jordmødre

I Jordmorforeningens etiske retningslinjer, står det at *”jordmødre kan reservere seg mot å delta i aktiviteter som de har sterke etiske motforestillinger mot.”* Videre presiseres det at *”vektleggingen av individuell samvittighet ikke bør frata kvinner deres nødvendige helsetjenester”*³³. Jordmødre har på lik linje med leger en lovfestet rett til å reservere seg mot å delta i abortinngrep.

Jordmorforeningen mener det er viktig at jordmødre gis mulighet til å reservere seg, men presiserer at det samtidig er viktig at kvinner til en hver tid får det helsetilbudet de har krav på. Ifølge Jordmorforeningen er alle kvinner best tjent med å møte en jordmor som evner å være en god samtalepartner, og som ikke må utføre sine arbeidsoppgaver på tvers av personlige overbevisninger.

Videre mener Jordmorforeningen at arbeidsgiver må respektere helsepersonells rett til å nekte bistå ved svangerskapsavbrudd. Samtidig er arbeidsgiver pliktet til å ha en forsvarlig organisert virksomhet. Det innebærer å ha tilstrekkelig med personell som kan bidra ved denne type inngrep. Derfor har Jordmorforeningen også konkludert med at spørsmål om reservasjonsrett må kunne stilles i ansettelsesprosesser, av hensyn til pasientene. Samtidig mener de det kan være problematisk, både for den enkelte jordmors karrieremuligheter og under lønnsforhandlinger, dersom reservasjonsrett blir tillagt for stor vekt i ansettelsesprosesser.

I møte med sekretariatet forklarer Jordmorforeningen at flere jordmødre benytter seg av reservasjonsretten. Bakgrunnen for dette skal ikke være religiøse overbevisninger, men først og fremst av hensyn til belastninger i arbeidssituasjonen. Vanlig praksis i dag er at aborter før 12. uke utføres på poliklinikker, der sykepleiere bistår legen, mens senaborter hovedsakelig utføres på fødeavdelinger med bistand fra jordmødre. Å jobbe tett på hendelser knyttet til liv og død, kan være krevende. Dette ble spesielt tydelig da Rikshospitalet i 2010 ble pålagt å utføre alle aborter som Klagenemnda for senaborter sier ja til. Dette medførte at ansatte på fødeavdelingen opplevde en uforholdsmessig stor belastning i sin arbeidshverdag. Ifølge jordmødrene var det spesielt belastende fordi fødeavdelingen på Rikshospitalet også har landets største aktivitet for mottak av tidlig fødte. Fødeavdelingen har også ansvar for et betydelig antall aborter etter påviste alvorlige misdannelser. Dette aksepteres, men belastningen for de ansatte kan bli stor³⁴.

32 Leserinnlegg av Arne Johannessen. Hentet 7.11.12 fra <http://www.pf.no/id/18325>

33 <http://www.jordmorforeningen.no/jm/Hjem/Fag-og-forskning/Etiske-retningslinjer>

34 Brev fra Helsedirektoratet til Helsedepartementet. Hentet 7.1.2012 fra http://www.regjeringen.no/pages/37872722/brev_helsedir_050512.pdf

Kort tid etter at Rikshospitalet ble tildelt dette ansvaret, varslet to jordmødre ledelsen ved sykehuset om det de opplevde som ulovlig praksis³⁵. I et brev til ledelsen fortalte jordmødrene at de hadde abortert et friskt foster som var nesten seks måneder gammelt. I mai 2011 ble også Helsedirektoratet varslet av ansatte som var bekymret for praksisen. Ifølge jordmødrene ble det i løpet 2011 abortert over ti fostre som det ikke var noe galt med. Noen av fostrene var like store som de nyfødte barna sykehuset gjør alt for å redde. Helsedirektoratet satte i gang et arbeid med å undersøke praksis og avklare problemstillinger knyttet til lovfortolkningen. Ett år etter at jordmødrene meldte fra for første gang, kom den endelige konklusjonen: Klagemennda tolket loven feil. I uttalelsen fra Helsedirektoratet heter det at *Sentral abortklagenemnd har i enkelte tilfeller innvilget abort etter 22. uke på feil grunnlag. Etter Helsedirektoratets presisering av hvordan loven skal fortolkes, er det ikke lenger anledning til å videreføre denne praksisen*³⁶. Jordmorforeningen mener det har blitt ryddet i praksisen, og at saken på Rikshospitalet representerer et unntak.

Selv om Jordmorforeningen støtter reservasjonsretten, ser de utfordringene som kan oppstå dersom et økende antall jordmødre velger å reservere seg. Jordmorforeningen mener dette også kan endre seg etter hvert som teknologien åpner opp for nye muligheter, for eksempel ved innføring av tidlig ultralyd.

Foreningen er ikke kjent med at jordmødre ønsker å reservere seg mot å jobbe med spørsmål knyttet til prevensjon og sex og samliv. De antar dette henger sammen med at personer som synes disse temaområdene er vanskelig, sjeldent velger jordmoryrket. De vil også i sjelden søke jobber på eksempelvis helsestasjon for ungdom, der samtaler om slike temaer er en sentral oppgave.

Jordmorforeningen mener også at utfordringer knyttet til homofile og lesbiske par på fødestuen løses pragmatisk av teamet som er på vakt. God kommunikasjon og personlig kjemi mellom jordmor og kvinnen som skal føde har stor betydning, og det er ikke uvanlig at jordmødre skiftes ut både før og underveis i fødselen. Uavhengig av parets seksuelle legning, vil man alltid forsøke å finne løsninger som ivaretar kvinnen og mannens/partnerens behov. Deres holdning er at det vil være et bedre tilbud til den fødende og hennes partner om jordmor som bistår ikke må delta på tvers av sin samvittighet, så lenge det finnes andre muligheter. Jordmorforeningen er ikke kjent med at dette er, eller har vært, et problem.

Sykepleiere

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, heter det at *"sykepleieren kan, av samvittighetsgrunner, be seg fritatt for plikter som hører inn under vedkommendes funksjonsområde der dette er hjemlet i lov eller skriftlig akseptert av arbeidsgiver"*³⁷. Rådet for sykepleieretikk presiserer at paragrafen er ment for reservasjon fra deltakelse i selve abortinngrepet.

³⁵ Nr.no: "Aborterte fostre levde i over en time før hjertet hadde sluttet å slå". Publisert 10.5.2012. Hentet 7.5.12 fra http://m.nrk.no/m/artikkel.jsp?art_id=18128542

³⁶ Uttalelse fra Helsedirektoratet. Publisert 7.5.12. Hentet 7.1.12 fra <http://www.helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/senaborter-etter-22-uke.aspx>

³⁷ Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 11.11.12 fra https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Det er som regel anestesisykepleiere og operasjonssykepleiere som deltar i selve prosedyren. Rådet forklarer at reservasjonen må være kjent for arbeidsgiver. Reservasjonsretten praktiseres stort sett slik at i det du starter et arbeidsforhold der deltagelse i abortinngrep kan være aktuelt, må du melde fra om du vil reservere deg. En arbeidsgiver som ikke hører noe, tar for gitt at sykepleieren kan bistå ved svangerskapsavbrudd. Rådet har ingen erfaring med at dette får konsekvenser under ansettelsesprosesser. De har heller ingen tall på hvor mange sykepleiere det gjelder, men vet at det er mange.

Rådet for sykepleieretikk ser helt klart at spørsmålet om reservasjonsmuligheter er økende også for sykepleiere. Som eksempler på spørsmål som omhandler reservasjon har de fått tilsendt flere saker. Noen eksempler på slike er:

- sykepleiere som ikke ønsker å delta i LAR-behandling
- sykepleiere som ikke ønsker å gi Subutex til gravide rusmisbrukere
- sykepleiere som ikke ønsker å delta i HPV- vaksinasjon
- sykepleiere som ikke ønsker å gi Opiater iv. i store doser til hjemmeboende pasienter som er blitt avhengige av medikamenter
- sykepleiere som ikke ønsker og "tvinge mat" i pasienter som de mener er "mett av dage", men der pårørende ønsker at mat skal bli gitt.
- Sykepleiere som ikke ønsker å gi informasjon om den nye ekteskapsloven fordi de personlig er imot den.

I noen av sakene har sykepleierne allerede vært i kontakt med arbeidsgiver og ikke fått medhold. I andre tilfeller undersøker de med Rådet før de kontakter arbeidsgiver. Enkelte sykepleiere har også fått "lokale ordninger" som de ikke har krav på, men som har latt seg praktisk ordne. Det finnes også eksempler på sykepleiere som har søkt seg til andre stillinger/arbeidsgivere for å komme bort fra problemet. Rådet er også kjent med situasjoner der sykepleiere ikke vil delta i en behandling fordi det oppfattes som faglig uforsvarlig. Et eksempel er administrering av Morfin iv.x 8 i så store doser (letal dose) at pasienten hadde gjentatte respirasjonsstans.

Rådet for sykepleieretikk er av den oppfatning at helsepersonell oftere i dag ønsker å reservere seg. De tror årsakene er mange, men trekker frem medias søkelys på heletjenesten som en mulig forklaring. De tror mediene bidrar til økende bekymring for å bistå i behandlinger og inngrep som er etisk vanskelige. Videre nevnes den teknologisk utviklingen - nye løsninger tas i bruk uten at etikken er gjennomdrøftet. Kravet om autonomi løftes også frem som en mulig forklaring. Autonomien er blitt sterkere og mulighetene mange. Dette gjelder for både pasienter og ansatte. Sykepleiere er personlig ansvarlig for egen praksis og faglig forsvarlighet. Ifølge rådet kan det se ut som at kravet om å "få bestemme over eget liv", og ikke bare utføre det en blir pålagt, blir viktigere.

Psykologer

Sekretariatet har spurt Psykologforeningen om reservasjonsadgang er relevant for deres yrkesgruppe. De har ikke noen kjennskap til at dette har vært en aktuell problemstilling, og har derfor heller ikke utformet noen politikk på området.

Advokater

”Regler for god advokatskikk” (RGA), regulerer advokaters opptreden og klargjør hva som er god advokatskikk. Regelverket er hjemlet i forskrift til domstolloven, og alle advokater er forpliktet til å følge regelverket. Regelverket inneholder også etiske retningslinjer som en advokat skal følge ved sin utøvelse av advokatvirksomhet³⁸.

Advokatforeningen oppgir at en advokat aldri er forpliktet til å påta seg et oppdrag. I regler for god advokatskikk heter det at *”advokaten avgjør selv om han/hun vil påta seg et oppdrag”*. En advokat står altså fritt til å avstå fra en jobb som innebærer å forsvare et standpunkt som strider mot ens personlige overbevisning eller grunnleggende livsholdning. Selv om det ofte vil være naturlig, har advokaten heller ingen plikt til å begrunne hvorfor vedkommende ikke vil påta seg oppdraget.

Også i retningslinjer for forsvarere fremgår det at det er advokaten selv som avgjør om han/hun vil påta seg oppdraget. Videre heter det at advokaten ikke skal påta seg forsvareroppgaver i strid med klientens ønske. Unntak gjelder advokater som jobber som fast offentlig forsvarer. En advokat med fast forsvareroppgave må påta seg de oppdrag vedkommende blir tildelt av retten, med mindre *særlige forhold* tilsier at han ikke kan påta seg oppdraget. Advokatforeningen visste ikke om noen eksempler på «særlige forhold», og antar at det vil variere fra domstol til domstol hvordan dette praktiseres. De antar at dersom en advokat skulle si nei til et oppdrag, vil sannsynligvis oppdraget bli tildelt en annen fast forsvarer.

Videre er det i praksis godtatt at en fast forsvarer reserverer seg mot å ta oppdrag som offentlig advokat for mistenkte i saker som er nevnt i straffeprosessloven § 100a første ledd.

Har en advokat først påtatt seg et oppdrag, står ikke advokaten fritt til å frasi seg oppdraget. Det følger av Regler for god advokatskikk at en advokat plikter å fullføre oppdraget hvis klienten ønsker dette³⁹. I retningslinjer for bistandsadvokater gjelder samme regel. Bare i enkelte unntakstilfeller kan en advokat frasi seg et oppdrag. Advokater kan frasi seg et oppdrag i følgende tilfeller:

- Advokaten har fått feilaktig eller ufullstendige opplysninger
- Klienten vil ikke følge advokatens råd i saken
- Klienten ikke på anmodning betaler å konto regning for utført arbeid og/eller påløpte omkostninger
- Klienten foranlediger eller medvirker til offentliggjørelse i strid med advokatens anmodning om å avstå fra slik offentliggjørelse
- Det inntreffer slike omstendigheter at det ikke rimeligvis kan forlanges at advokaten fortsetter oppdraget

Før en advokat frasier seg et oppdrag, plikter vedkommende å sørge for at klientens interesser ivaretas. En klient skal ikke utsettes for rettstap ved at en advokat fratrer sitt oppdrag. Klientens interesser må altså sikres før en advokat kan frasi seg oppdraget.

³⁸ <http://www.lovdata.no/for/sf/jd/xd-19961220-1161.html#map026>.

³⁹ Regler for god advokatskikk, punkt 3.1.6

I Retningslinjer for forsvarere punkt 6.1 finnes en tilsvarende regel. Her fremgår det at forsvareren er forpliktet til å fullføre oppdraget med mindre klienten ønsker at advokaten skal fratre, eller det oppstår en situasjon som gjør at forsvareren ikke finner å kunne ivareta oppdraget på en forsvarlig måte. Dersom klienten erkjenner skyld bare overfor forsvareren, kan forsvareren frasi seg oppdraget. En viktig forutsetning er at dette skjer uten at klientens interesser skades. Dersom forsvareren unntaksvis trekker seg fra oppdraget uten klientens ønske, må forsvarerens fratreden skje på en slik måte at det ikke skader klienten.

Det sentrale i en advokats reservasjonsmulighet er altså at en advokat har stor frihet til å velge om han vil påta seg et oppdrag, men når advokaten først har påtatt seg oppdraget, er det begrensede mulighetene til å frasi seg oppdraget.