

Hvor går grensen for reservasjonsretten?

Alle leger har moralske oppfatninger som påvirker deres praksis. Noen overbevisninger kan innebære et ønske om å reservere seg mot eller fraråde bestemte medisinske prosedyrer. I paternalistisk medisin vil leger tendere mot å gi egne moralske verdier stor vekt. Reservasjonsretten kan være viktig for legers helse, idet det å handle på tvers av dyp overbevisning er en stor belastning. Og respekt for legers autonomi er i seg selv viktig. På den annen side kan legers rett til å reservere seg føre til ulikhet, ineffektivitet og diskriminering og være i strid med plikten leger har til å gi medisinsk bistand til dem som trenger det.

Trond Markestad

trond.markestad@helse-bergen.no

Karsten Hytten

Rådet for legeetikk

Den norske legeforening

Postboks 1152 Sentrum

0107 Oslo

Temaet er omdiskutert, både nasjonalt og internasjonalt. Det kan illustreres ved at World Medical Association overhodet ikke nevner det i en fersk resolusjon om legers rett til profesjonell autonomi (1), selv om det er behandlet i et bakgrunnsdokument (2). Forskjellig kultur og religiøs bakgrunn blant legene og i befolkningen for øvrig, nye lovbestemte rettigheter som bryter med gamle normer og nye muligheter for medisinsk behandling bidrar til at spørsmålet om å kunne reservere seg blir mer konfliktfylt og aktuelt. I et notat fra etikktutvalget i The British Medical Association fortelles det blant annet at legestudenter ikke vil delta i undervisning om medisinske effekter av alkohol og at leger nekter å behandle homofile og barn av enslige mødre. Omfanget av slik vegring er ikke kjent.

Leger har, som alle andre, krav på å bli respektert for sine kulturelle, moralske og religiøse verdier. Dette er sentrale menneskerettigheter og anerkjennes som et viktig grunnlag for utøvelsen av yrket, også av dem som har et restriktivt syn på legers rett til å reservere seg (3). Dette er også nedfelt som et premiss i nylig publiserte retningslinjer for legers reservasjonsrett vedtatt av General Medical Council (GMC) i Storbritannia, et organ som tilsvarende Statens helseilsyn her i landet (4).

Lovbestemt rett

Både i Storbritannia, Norge og mange andre land er det en lovbestemt rett til å kunne reservere seg mot å delta i utførelse av

abort (4, 5) og assistert befruktning (4). General Medical Council går imidlertid langt i å akseptere reservasjonsrett av samvittighetsgrunner utover den lovbestemte såfremt legen viser respekt for pasientens ønsker, valg og livssyn og ikke forsøker å påvirke avgjørelsen ut fra eget livssyn eller holdning, ikke holder tilbake informasjon om muligheter og rettigheter som er nødvendig for at pasienten kan ta et reelt informert valg, ikke diskriminerer ut fra etnisk bakgrunn, livssyn, kjønn, sivil og sosial status og seksuell orientering og sørger for at pasienten får nødvendig hjelp av annen lege (4).

Oppfatningen som er nedfelt i General Medical Councils retningslinjer harmonerer, etter Rådet for legeetikks syn, med det som er praksis i Norge. Britene skiller ikke eksplisitt mellom det å henvise og det å utføre en prosedyre. I Norge har leger ingen lovbestemt rett til å reservere seg mot å henvise for abort, men både Helsetilsynet og Rådet for legeetikk aksepterer at leger kan avstå fra henvisning av overbevisningsgrunner dersom de oppfyller kravene som tilsvarende dem som er nedfelt av General Medical Council (6, 7). I tillegg til henvisning for abort har rådet uttalt at det også er akseptabelt å reservere seg mot å utføre rituell omskjæring av gutter (8) og å avslutte livsforlengende behandling, for eksempel ved å slå av en pacemaker (9). Rådet er også kjent med at Helsetilsynet har akseptert at leger reserverer seg mot å forskrive prevensjon (7). Men for rådet er det en forutsetning at legene oppfyller forutsetningene som er nevnt i forrige avsnitt ved lovbestemte rettigheter eller tillatt behandling som kan være nyttig for en pasient.

Assistert befruktning for lesbiske

Rådet har ikke opplevd at håndtering av ønsker om å reservere seg har skapt vesentlig diskusjon i de senere år – inntil debatten om hvorvidt lesbiske par skulle få

samme rett til assistert befruktning som heterofile ble reist i 2008 (10, 11). Rådet fikk da henvendelse fra leger som ut fra religiøs overbevisning ikke kunne akseptere at de måtte henvise lesbiske par.

Rådet uttalte at fastleger burde ha anledning til å reservere seg dersom de fulgte retningslinjer som tilsvarende dem som er vedtatt av General Medical Council (12). Vi er klar over at det kan hevdes at en slik reservasjonsrett virker diskriminerende overfor en bestemt gruppe og derfor er i strid med diskrimineringsloven og FNs menneskerettighetserklæring pkt. 6: «Ethvert menneske har krav på likhet for loven.» I så måte ville anledningen til å reservere seg være mindre problematisk dersom leger reserverte seg mot å henvise så vel heterofile som homofile. Imidlertid registrerte rådet at det ut fra religiøs overbevisning er dyp splittelse i det norske folk i synet på assistert befruktning, spesielt utenom stabile heterofile parforhold. Dette kom blant annet frem i Stortingets behandling av lovforslaget om ny ekteskapslov og gjennom entydig motstand fra alle religiøse institusjoner og organisasjoner som den gang kom med høringsuttalelser. Det var videre flertall i Stortinget for at leger skulle kunne reservere seg mot å utføre behandlingen.

Rådet mener man bør akseptere at det delte synet i samfunnet på assistert befruktning også reflekteres i legers grunnleggende holdninger, og at det er urimelig å pålegge fastlegene henvisningsplikt, siden det ikke dreier seg om behandling av sykdom eller er en situasjon som krever rask avklaring. Dersom legen oppfyller informasjonsplikten og har avtale med annen lege som er villig til å henvise, kan ikke rådet se at lesbiske par risikerer å fratras en lovbestemt rettighet. En lovbestemt henvisningsplikt vil i ytterste konsekvens kunne bety et yrkesforbud som fastlege for den som av dyp overbevisning ikke ser seg i stand til å henvise.

Henvisning og utførelse

Det er også forståelse for at mange leger mener det ikke er noen prinsipiell forskjell mellom det å henvide og det å utføre en kontroversiell prosedyre. For utførende offentlige institusjoner er saken relativt enkel – de har en lovbestemt plikt til å sørge for at tjenesten ytes og må ansette helsepersonell ut fra det. Fastlegen blir derfor en utøvende part ved at han setter i verk prosessen og eventuelt står for nødvendig forberedende medisinsk og sosial utredning.

Rådet for legeetikikk har henvendt seg til Helse- og omsorgsdepartementet, der man aksepterer rådets syn. Departementet tok utgangspunkt i at det er kommunens plikt å sørge for at paret får tjenesten de har lovbestemt rett til, og at en lege som ønsker å reservere seg, må avklare dette med kommunen og finne frem til en akseptabel alternativ løsning (13). Dette er i tråd med et rundskriv fra Statens helsetilsyn til kommunene om henvisning for abort og prevensjonstilbud (7) og innebærer en praktisk ordning som rådet støtter.

Det må stå fast at leger ikke skal kunne reservere seg mot å forebygge, undersøke og behandle sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse hos enkeltpersoner eller grupper av

mennesker. Dette gjelder også for tilstander som kan oppstå etter en behandling som legen i utgangspunkt reserverer seg mot, for eksempel oppfølging etter svangerskapsavbrudd og behandling av barn av lesbiske. Et annet eksempel er at leger ikke kan skille mellom grupper når det gjelder å tilby prevensjon.

Med den biomedisinske utvikling og holdningsendringer i samfunnet er det grunn til å tro at kontroversielle helsetilbud etter hvert vil bli *rettigheter*, og at legers ønske om å reservere seg mot å gi enkelte tilbud vil bli et vanskelig tema i årene som kommer. Et spørsmål som allerede er kommet opp, er om enslige kvinner bør få samme rett til assistert befruktning som lesbiske par, noe som er gjennomført i flere av våre naboland. Andre temaer er genetisk modifisering, eggdonasjon, bruk av surrogatmor og legeassistert selvmord.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

- World Medical Association 2009. www.wma.net/en/30publications/10policies/r4/index.html [6.6.2010].
- Blackmer J. Professionalism and the medical association. Ferney-Voltaire: WMA, 2007. www.wma.net/en/30publications/40background_docs/White_Paper.pdf [6.6.2010].
- Savulescu J. Conscientious objection in medicine. *BMJ* 2006; 332: 294–7.
- Personal beliefs and medical practice. London: General Medical Council, 2008. www.gmc-uk.org/guidance/ethical_guidance/personal_beliefs.asp [6.6.2010].
- Lov om svangerskapsavbrudd. www.lovdatabank.no/all/hl-19750613-050.html [6.6.2010].
- Rådet for legeetikikk. Beretning 1.7.1999–30.6.2000, pkt. 5.10 Lov om svangerskapsavbrudd – reservasjonsrett. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2963–70.
- Statens helsetilsyn. Rundskriv IK-24/95. Oslo: Statens helsetilsyn, 1995.
- Gulbrandsen P. Rituell omskjæring av gutter. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 2994.
- Hotvedt R. Deaktivering av pacemaker hos terminalt syke pasienter. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2008; 128: 1680.
- Lov om ekteskap. www.lovdatabank.no/all/nl-19910704-047.html [6.6.2010].
- Lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven). www.lovdatabank.no/all/tl-20031205-100-002.html [6.6.2010].
- Rådet for legeetikikk. Årsberetning for 2008, pkt 1.1.6. Rett til assistert befruktning for lesbiske par – reservasjonsrett for legers medvirkning www.legeforeningen.no/asset/45687/1/45687_1.pdf [6.6.2010].
- Spørsmål angående reservasjonsrett for leger. Ref 200805256. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2009.

Manuskriptet ble mottatt 6.6. 2010 og godkjent 27.7. 2010. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.