

Fastlegers reservasjonsadgang – hyklersk eller velbegrunnet?

Morten Magelssen¹ og Gard Olav Langeland²

¹ Senter for medisinsk etikk, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo
magelssen@gmail.com

² Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen
Gard.Langeland@igs.uib.no

I debatten om fastlegers adgang til reservasjon mot henvisning til abort hevdet noen at reservasjonslegenes ønske er selvmotsigende og utilstrekkelig begrunnet. Det ble hevdet at reservasjonslegenes foreslåtte balansegang – å nekte henvisning til abort, men i stedet legge til rette for at en kollega henviser («kollegahenvisning») – er etisk inkonsistent og innebærer et særegent etisk hyklteri, som har blitt kalt «de rene henders etikk». Ved nærmere ettersyn viser det seg at denne viktige kritikken har brodd mot noen måter å praktisere reservasjon på, men ikke mot alle. Selv om den konkrete saken fikk en løsning som ikke innebærer reservasjonsadgang, er anklagen om «de rene henders etikk» prinsipielt interessant og kan anspore en diskusjon om samvittighetsfrihetens og toleransens grenser, et tema som vil vende tilbake til offentlighetens søkelys i stadig nye former.

Nøkkelord: medisinsk etikk, naturrett, reservasjonsrett, samvittighetsfrihet

English summary: Conscientious objection for general practitioners – hypocritical or well-justified?

In the Norwegian debate about General Practitioners' (GP) right to conscientious objection to referrals for abortion, some claimed that the GPs' request was self-contradictory and inadequately justified. It was claimed that the GPs' suggested balancing act, that is, refusing referral for abortion, while instead facilitating referral by a colleague, is ethically inconsistent and implies a particular kind of ethical hypocrisy, termed 'the ethics of clean hands'. Upon closer inspection, however, it turns out that this important critique applies to some ways of practicing conscientious refusal, but not to all. Even though this particular case was resolved in a way that does not involve toleration of conscientious objection, the charge of 'ethics of clean hands' is fundamentally interesting, and may spur a discussion of freedom of conscience and the limits of tolerance, a topic that will be recurring in the public square in ever new shapes.

Keywords: medical ethics, natural law, conscientious objection, freedom of conscience

Innledning

Abortloven av 1978 innførte rett til reservasjon mot å utføre og assistere ved provosert abort, men omtaler ikke aborthenvisning. Siden loven ble innført, har noen allmennleger unnlatt å henvisne til abort. Det er uvisst hvor mange det gjelder – Helsedirektoratets kartlegging fant 16 tilfeller, men denne undersøkelsen var ufullstendig (Helsedirektoratet 2012). Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) uttalte i et rundskriv (2011) at slik reservasjon ikke var lovhjemlet og ikke skulle finne sted. Etter regjeringsskiftet høsten 2013 sendte HOD til høring et lovforslag (2014a) som ville åpne for reservasjon mot henvisning til abort under visse betingelser. En fastlege som reserverer seg, skulle være ansvarlig for at pasienten blir mottatt og henvist av en kollega.

Før høringsfristen var over, slo regjeringen retrett. Forslaget ble trukket tilbake, og i stedet ble det foreslått en løsning der kravet om at fastlegene skal henvisne, bortfaller (Helse- og omsorgsdepartementet 2014b). Pasienter skal kunne velge mellom å ta kontakt direkte med sykehuset eller å gå via fastlege. Det blir ikke anledning til reservasjon for fastleger i andre situasjoner, slik som forskrivning av prevensjon eller henvisning til assistert befruktning. Responsen på forslaget har i hovedsak vært at det er et godt kompromiss. Vi finner like fullt at viktige detaljer i forslaget er problematiske, noe vi gjør rede for nedenfor.

Debatten om reservasjonsadgang

Selv om saken altså ser ut til å få en løsning der reservasjonslegenes samvittighetsfrihet ivaretas uten noen reservasjonsordning, har det offentlige ordskiftet etter vårt syn slett ikke vært forgjeves, av to grunner. For det første tror vi fremtiden kommer til å bringe mange samvittighets- og reservasjonsspørsmål i helsetjenesten. Bør kirurger for eksempel kunne nekte å utføre rituell omskjæring av guttebarn under henvisning til at det er et inngrep som innebærer risiko og som står uten medisinsk begrunnelse? Hvis fosterdiagnostisk analyse av fosterets DNA gjennom blodprøve av mor (NIPT) blir et tilbud som blir tillagt første svangerskapskontroll, hvordan vil fastleger som er kritisk innstilt til fosterdiagnostisk screening, forholde seg? (Hofmann 2014) Debatten om reservasjonsrett i helsetjenesten har fremvist viktige argumenter som vil bli sentrale også i slike fremtidige saker.

For det andre har diskusjonen belyst prinsipielle spørsmål om moralsk medansvar for andres beslutninger og handlinger. Få er enige i alle handlinger og tilbud som samfunn og stat sanksjonerer, men hva skal til for at våre handlinger gjør oss moralsk medskyldige i en problematisk praksis? Dette vil blant annet bli et helt sentralt diskusjonstema for den varslede offentlige utredningen om samvittighetsfrihet i arbeidslivet generelt. Vår artikkel kan leses som et bidrag til denne viktige samfunnsdebatten.

De ulike politiske vedtakene i reservasjonssaken ledet til en svært omfattende debatt, ofte med høy temperatur. Mange argumenter for og imot reservasjonsadgang ble fremmet. Vår artikkel analyserer ikke debatten i sin fulle bredde, men fokuserer på et argument som etter vårt syn både er spesielt interessant, komplekst og potensielt viktig, nemlig kritikken av fastlegers reservasjon som *selvmotsigende*. Flere har hevdet at reserva-

sjonslegenes foretrukne balansegang der de ikke vil henwise til abort, men derimot aksepterer å «henwise» til en kollega som så utfører henvisningen, ikke kan forsvares ut fra reservasjonslegenes egne etiske overbevisninger. En av de som har fremmet dette argumentet, er kommunelege Elisabeth Swensen:

Kva med dei samvitsfulle legane som er mot abort? Bles dei til omkamp for det ufødde liv? Erklærer dei seg sivilt ulydige og utfordrar staten? Nei. Dei skriv brev til statsministeren der dei bed fint om ein forskriftsfesta rett til å reservere seg individuelt. Til gjengjeld lovar dei staten at oppdraget skal bli utført. Den gravide kvinna skal bli omsorgsfullt vist vidare til ein annan lege som set namnet sitt på abortpapira. Eg har nytta omgrepet «dei reine henders etikk» om ein slik hestehandel. Den vekker ubehagelege assosiasjonar. Eg har liten respekt for ein etisk posisjon som salderer med andre sitt samvit for at ein sjølv skal gå fri. Som teologisk interessert ateist trur eg Vårherre gjennomskodar kvitvaskinga. (Swensen 2012)

I Swensens analyse bedriver reservasjonslegene en særegen form for hykleri. Om enn reservasjonslegenes prinsipielle abortmotstand er et syn som kan begrunnes og bør tolereres, fremstår deres praktiske løsning på henvisningsdilemmaet som selvmotsigende og utilstrekkelig begrunnet. Dette undergraver disse legenes krav om reservasjonsadgang. Hvis anklagen om «de rene henders etikk» holder, faller begrunnelsen for reservasjonsadgang sammen. Derfor er det av spesielt stor betydning å analysere denne kritikken nærmere. Vi skal vise at kritikken rammer noen, men ikke alle måter å praktisere reservasjon på. Kritikken er like fullt viktig: Den peker i retning av generelle kriterier som må være oppfylt for at samfunnet skal innrømme reservasjonsadgang.

Vår artikkel tar ikke stilling til spørsmålet om fastlegers reservasjonsadgang i sin fulle bredde. For å kunne analysere anklagen om «de rene henders etikk» i tilstrekkelig dybde har vi her unnlatt å drøfte en rekke andre, potensielt viktige, argumenter i debatten.

«De rene henders etikk»

Anklagen om at reservasjonslegene bedriver en selvmotsigende praksis, eksemplifisert ved sitatet fra Swensen over, tolker vi til å bestå av tre sentrale påstander:

- 1 Fastlegens medvirkning gjennom henvisning utgjør ikke etisk relevant medvirkning til abort.
- 2 Handlingene reservasjonslegene utfører fremfor å henwise (å sørge for at en kollega overtar konsultasjonen – «kollegahenvisning»), innebærer omtrent samme grad av etisk relevant medvirkning som en vanlig henvisning. Hvis henvisning er etisk uakseptabelt, er derfor kollegahenvisning det også.
- 3 De eneste handlingsalternativer forenlig med reservasjonslegenes syn på abort er å slutte som fastlege eller utøve sivil ulydighet i tjenesten; det å reservere seg blir en moralsk uforsvarlig – hyklersk – mellomvariant.

I det følgende analyserer vi påstandene nærmere og vurderer deres holdbarhet.

Reservasjonsadgang, moralsk integritet og velformet samvittighet

Vi vil kort gjøre rede for fire prinsipper vi legger til grunn i analysen. Disse har en av oss (MM) behandlet mer inngående i tidligere tekster. Av plasshensyn nøyer vi oss denne gang med å skissere hvordan prinsippene kan begrunnes.

- a. Når det vurderes om et ønske om reservasjon skal tolereres, er det samfunnets eget perspektiv, ikke den enkelte helsearbeiders, som må anlegges. Selv om helsearbeideren finner å måtte avvise en oppgave av etiske eller religiøse grunner, kan han eller hun ikke uten videre kreve samfunnets toleranse. Det avgjørende spørsmålet er ikke om helsearbeideren har grunner til å reservere seg ut fra sitt eget etiske eller religiøse verdensbilde, men om *samfunnet* har grunner til å tolerere reservasjonen – grunner som veier tyngre enn hensynene som taler *mot* toleranse (Magelssen 2012; Magelssen & Folstad 2011).
- b. Moralsk integritet er evnen til å ha et mer eller mindre sammenhengende sett av etiske oppfatninger, og evnen til å leve i tråd med disse oppfatningene (Magelssen 2012). Moralsk integritet er et stort gode for individet, og sekundært også et stort samfunns-gode, ved at samfunnet styrkes av at borgerne har moralsk integritet. Ved å respektere borgernes dype samvittighetsoverbevisninger beskyttes deres moralske integritet. Hensynet til borgernes moralske integritet kan hevdes å være den mest fundamentale begrunnelsen for samvittighetsfrihet som menneskerettighet (Magelssen 2013: 141–142).
- c. Bør samfunnet respektere enhver oppfatning som hevdes å være en dyp samvittighets-overbevisning? Åpenbart ikke, og et viktig tolkningsprinsipp her er kravet om at samvittigheten skal være «velformet». En dyp overbevisning som springer ut av en velformet samvittighet, er typisk grundig overveid, sentral i personens normsett og etterleves konsistent i personens liv. Et eksempel kan klargjøre hvordan samvittighetsoverbevisninger kan sies å være «ikke velformede»: Noen leger og farmasøyter, blant annet i USA, har ønsket å reservere seg mot å forskrive eller dele ut nødprevensjon («angrepille»), fordi denne er antatt å kunne hindre et allerede befruktet egg i å utvikle seg videre. Helsepersonellet det gjelder, har etisk sett ansett dette for å være en «tidligabort». Men nylig har det kommet vitenskapelige studier som tyder på at angrepillen likevel ikke har den problematiske effekten (FIGO 2011). Hvis disse funnene i fremtiden bekreftes ut over rimelig tvil, smuldrer begrunnelsen for reservasjonsønsket bort. Helsepersonell som i så fall fortsetter å kreve reservasjon i dette tilfellet, kan ikke lenger sies å ha en velformet samvittighetsoverbevisning, fordi de ikke har latt sitt syn bli utfordret og korrigert av vår beste tilgjengelige kunnskap. Hvis et reservasjonsønske begrunnes i en påviselig feiloppfatning (for eksempel om medisinske forhold), eller i et selvmotsigende etisk resonnement (slik reservasjonslegene her anklages for), er samvittigheten altså ikke velformet. I slike tilfeller står personens moralske integritet heller ikke på spill (Magelssen 2012).
- d. Resonnementene i a, b og c leder oss til et prinsipp om reservasjonsadgang: «Reservasjonsadgang er etisk velbegrunnet når helsepersonellets moralske integritet virkelig står på spill, og kan ivaretas uten uakseptable byrder for pasienter, arbeidsgivere og

kolleger.» (Magelssen 2013: 143) Prinsippet viser til den fundamentale avveiningen som må gjøres fra samfunnets perspektiv: Hvor mye står på spill for helsepersonellet? Hvilke byrder og ulemper – om noen – vil reservasjonen innebære for øvrige involverte parter?

Er fastlegens medvirkning etisk relevant?

Fosterets moralske status er et metafysisk spørsmål med flere rimelige svar ut fra ulike verdensbilder (Magelssen 2011). For reservasjonslegene oppleves bidrag til svangerskapsavbrudd som problematisk, fordi svangerskapsavbrudd bevirker fosterets død. Men er bidraget av en slik art at det virkelig er etisk problematisk? Flere har svart nei, begrunnet i at det er pasienten selv som begjærer abort. Legen har bare å etterkomme forespørselen (Thornhill 2014; Eriksen 2014). Noen hevder i tillegg at det i praksis er pasienten som henviser seg selv, mens legen kun attesterer at pasienten har fått nødvendig informasjon.

Dette gjør det nødvendig å se på hva som helt konkret finner sted ved aborthenvisning etter dagens praksis. Ifølge *Norsk Elektronisk Legehåndbok* (2013) skal legen samle informasjon om den gravide ved anamneseopptak, gjøre gynekologisk samt generell klinisk undersøkelse, ta graviditetstest og klamydiaprøve, informere om abortprosedyren, tilby og formidle informasjon om rådgivningstjenester og offentlige støtteordninger for gravide og mødre, diskutere beslutningen med pasienten hvis hun ønsker dette, og signere på skjemaet for begjæring av svangerskapsavbrudd. Endelig skal fastlegen utforme og signere et skriftlig henvisningsbrev i fritekst, der det går frem at pasienten ønsker provosert abort. Selv om enkeltelementer utelates i konkrete situasjoner, fremgår det klart av dette at det blir feil å si at pasienten «henviser seg selv». Fastlegens involvering er betydelig, og den som utfører disse forberedende handlingene, medvirker i årsakskjeden som fører frem til fosterets død. Trond Markestad (2013) skriver: «Etisk sett er det rimelig å mene at henvisende lege er like delaktig i abortprosessen som kollegaen på sykehuset fordi det er der kvinnen tar det endelige valget etter en konsultasjon som omfatter mye mer enn å skrive abortbegjæringen.»

Swensen og andre avviser eller nedtoner den moralske betydningen av denne medvirkningen. Men her kommer et viktig tolkningsprinsipp til anvendelse: Det avgjørende er ikke hva en utenforståendes vurdering av det moralske alvoret tilsier, men hva helsearbeiderens egen samvittighet tilsier. Denne samvittigheten må tillegges vekt hvis den er *velformet* og det står en *dyp overbevisning* på spill. Dermed blir spørsmålet om reservasjonsønsket kan underbygges av en *plausibel handlingsanalyse* som kan begrunne at aborthenvisning er galt. Hvorvidt det finnes *andre* handlingsanalyser som tilsier at henvisning ikke er etisk problematisk, er mindre relevant. For det er førstnevnte handlingsanalyse reservasjonslegens overbevisning bygger på. Hvis vedkommende blir tvunget til å handle mot denne overbevisningen, skades den moralske integriteten, uavhengig av hva andre måtte mene om dilemmaet.

Det er verdt å dvele litt ved dette poenget: Komplekse etiske spørsmål har gjerne ikke entydige og beviselige fasitsvar. Den etiske tvilen dette innebærer, kommer her reserva-

sjonslegen til gode som et «etisk spillerom». Er abort galt, og er fastlegens aborthenvisning en etisk betydningsfull medvirkning? Også den som vil dømme motsatt av reservasjonslegen i disse to spørsmålene, må medgi at noe av betydning står på spill for vedkommende: Det er problematisk å presse reservasjonslegen til å handle mot sin overbevisning så lenge dennes *eget* syn på de avgjørende spørsmålene ikke uten videre kan tilbakevises; det vil si, så lenge reservasjonslegens oppfatning i abortspørsmålet og etiske analyse av henvisningshandlingen er plausible og uten selvmotsigelser.

En slik plausibel handlingsanalyse som reservasjonslegen kan vise til, kan bygge på naturrettstenkningens prinsipper for etisk vurdering av bidrag til uetiske handlinger (Sulmasy 2008; Finnis et al. 2001). Her trekker man et etisk fundamentalt skille mellom intensjonal og materiell medvirkning (eng.: «formal and material cooperation»). Grunntanken er at det er et etisk relevant skille mellom de konsekvenser av ens handling man har *intendert*, og de man ikke har intendert, men kun forutsett som «bivirkninger». Dette skillet ligger blant annet under prinsippet om *dobbelteffekten*, som står sentralt i mange versjoner av ikke-konsekvensialistisk etikk. I medisinsk etikk begrunner dobbelteffekten blant annet skillet mellom behandlingsbegrensning og eutanasi: Ved behandlingsbegrensning intenderes at plagsom og nytteløs behandling skal opphøre, mens døden kommer som en ikke-intendert bivirkning. Ved eutanasi, derimot, intenderes pasientens død. Det er nettopp dette som gjør behandlingsbegrensning og eutanasi vesensforskjellige etisk sett.

En intensjon er en mental tilstand, en plan for handling, som resulterer i faktiske handlinger. Det du intenderer i en handling, er det du faktisk velger. Dermed gir du din frie viljestilslutning og «binder deg» til planen du iverksetter. Denne «planen» inkluderer det endelige formålet du søker å oppnå, samt midlene du velger for å oppnå det. Derfor tilligger det den handlende et langt sterkere ansvar for de intenderte konsekvensene av handlingene enn de ikke-intenderte bivirkningene. Ifølge tradisjonen er det derfor uetisk å medvirke til en uetisk handling med intensjon («intensjonal medvirkning»); dette innebærer å gi din viljestilslutning til en uetisk handlingsrekke. Slik intensjonal medvirkning til en uetisk handling er alltid galt.

Annerledes forholder det seg med handlingers ikke-intenderte konsekvenser. Handlinger har typisk tallrike konsekvenser, hvorav noen kan forutses med en viss sikkerhet, andre ikke. Naturrettstradisjonen anerkjenner at en handlende har ansvar også for konsekvenser som ikke er en del av intensjonen. Men dette ansvaret er av en lavere grad, og bestemmes av dobbelteffektens prinsipp om proporsjonalitet; kort sagt: ved tilstrekkelig gode grunner kan negative konsekvenser aksepteres, så lenge den handlende ikke har villet disse, men snarere intendert et betydningsfullt gode. Når ikke-intenderte konsekvenser av din handling bidrar til uetiske handlingsrekker, kaller tradisjonen det «materiell medvirkning». Dette bør også unngås, men menneskets vilkår er slik at det aldri er mulig helt å fri seg fra materiell medvirkning til uetiske handlinger (Sulmasy 2008). Ved aborthenvisning vil en med rimelighet kunne hevde at henviseren intenderer provosert abort, i det minste som middel til et mål. Det er provosert abort henvisningen *leder hen mot* og *iverksetter*. Å henvise til provosert abort er å *velge* abort. Som moralteologen Germain Grisez (1983) skriver: «Physicians who refer for abortion are directing that it be done. Abortion is included in the choice they make, and so, morally, it is what they do.»

Gynekologene Bjørn Backe og Rolf Kirschner skriver: «'Henvi­sing' betyr at hen­vi­sende lege er enig. En henvisning innebærer at det som det henvises til, er medisinsk nød­vendig. Henvisning til abort betyr at legen har stilt seg bak pasientens ønske, altså at legen er enig i at abort bør foretas.» (Backe & Kirschner 2014). Etter vårt syn er det ikke helt presist å si at å henvise innebærer at henviseren er «enig». Man kan godt se for seg en fast­lege som henviser til abort, som personlig er uenig i at abort er det rette valget, men som likevel henviser for å etterkomme pasientens ønske. Derimot har Backe og Kirschner rett i at henvisning er å stille seg bak pasientens ønske i etisk relevant forstand – å henvise til abort er helt konkret å velge abort, og derfor å intendere abort, uavhengig av ens ønsker og oppfatninger for øvrig.

Et eksempel kan vise dette enda klarere: I Bernard Williams' kjente tenkte eksempel kommer Jim til en fangevokter som står klar til å henrette 20 uskyldige indianere (Williams i Smart & Williams 1973: 98–99). Fangevokteren gir Jim et valg: Hvis han skyter og dreper én av indianerne, skal de øvrige 19 få gå fri. Hvis han avstår, dør alle 20. Hvis Jim nå velger å skyte indianeren, intenderer han i og med skuddet dennes død. Dette er et objektivt faktum ved Jims handling, selv om han altså ikke er «enig» i at indianeren skal dø.

Denne analysen gir derfor et teoretisk forsvar for hvorfor reser­vasjonsleger kan opp­leve aborthenvisning som tilnærmet like etisk betydningsfullt som det å utføre selve abor­ten: Det å henvise og det å utføre innebærer begge deler intensjon om abort. Den første påstanden i «de rene hendes etikk»-anklagen er dermed tilbakevist: Aborthenvisning kan gis en plausibel handlingsanalyse som innebærer at fastlegens medvirkning er etisk relevant.

Analysen vi har gitt, lar oss også peke på en svakhet i HODs foreslåtte løsning i reser­vasjonsspørsmålet (Helse- og omsorgsdepartementet 2014b). Her heter det at fastlegen i stedet for å henvise skal «sette opp en skriftlig sammenfatning av kliniske funn og andre relevante og nødvendige helseopplysninger og sende sammenfatningen til sykehuset eller institusjonen sammen med kvinnens begjæring». Problemet med dette er at det virker å være en fortsatt plikt til å henvise, bare under et nytt navn. Den skriftlige sammenfatningen som beskrives, er nettopp henvisningsbrevet som reser­vasjonslegene kvier seg for å skrive og signere. Det at dette ikke lenger kalles «henvisning», endrer ikke noe på etikken: Sammenfatningen synes å være et henvisningbrev, og det å utforme, signere og sende dette kan da tolkes som intensjonal medvirkning til abort. Det synes for oss som at reser­vasjonslegene av hensyn til etisk konsistens ikke kan gå med den skisserte ordningen. Hvis de viser seg å gjøre det, kan anklagen om etisk hykleri få ny kraft.

Er «kollegahenvisning» etisk forskjellig fra henvisning?

Flere har påpekt det tilsynelatende selvmotsigende i at reser­vasjonslegene ikke vil henvise pasienter til kollegene på sykehuset, mens de derimot ikke har noe imot å henvise til kol­legaen på nabokontoret («kollegahenvisning»). Det å vise pasienten til en kollega som du så forventer vil henvise, kan tyde på at dine egne moralske kvaler er svake og overfladiske.

Reservasjonslegene er her i et dilemma: Hvis de nekter å henvise til abort, men aksepterer kollegahenvisning, fremstår deres praksis selvmotsigende. Men hvis de for å være konsistente også nekter kollegahenvisning, vil deres praksis kunne hindre abortsøkende pasienter tilgang til abort, noe som gjør praksisen uakseptabel fra samfunnets perspektiv. Reservasjonslegene har valgt dilemmaets første horn, og må derfor vise hvorfor selvmot-sigelsen bare er tilsynelatende: De må gi en plausibel handlingsanalyse som forklarer hvorfor kollegahenvisning likevel er akseptabelt, selv om full henvisning ikke er det. For noen debattanter har dette vært et helt avgjørende punkt. Eksempelvis skriver Nils August Andersen (2014) at det avgjørende for ham er at «jeg oppfatter hele det [tilgrunn-liggende] prinsippet som for ulogisk fra et moralfilosofisk ståsted til at staten kan støtte det». Samtidig åpner han for å revurdere denne konklusjonen: Han skulle «gjærne hørt argumentene for skillet mellom henvisning og henvisning til henvisning presentert i sin best mulige form».

Igjen må vi se på hva som faktisk finner sted på legekantorene etter dagens praksis. Hva innebærer kollegahenvisning i praksis? En kvalitativ intervjustudie der sju reserva-sjonsleger deltok, identifiserte tre ulike fremgangsmåter (Nordberg et al. 2014). Felles for disse var at man på forhånd hadde avtalt med én eller flere kolleger som var villige til å overta henvisningsarbeidet. For det første sørget noen reservasjonsleger for at flest mulig abortkonsultasjoner ble sluset direkte til kollegaen. Når pasienter oppga kontaktårsak overfor sekretæren, ville disse få timeavtale direkte hos kollegaen. På denne måten ble reservasjonslegen ikke involvert i direkte kontakt med pasienten. Blant disse reserva-sjonslegene var det også noen som hadde informert hele pasientpopulasjonen om reser-vasjonen. For det andre, der problemstillingen kom opp under konsultasjonen, ville reservasjonslegen med én gang avbryte konsultasjonen og be sekretæren finne en time til pasienten hos kollegaen. Som et tredje alternativ gjennomførte noen reservasjonsleger konsultasjonen med pasienten, men overlot så til en kollega å stå for papirarbeidet, inklu-dert selve henvisningen.

Reservasjonslegene har etter vårt syn to mulige strategier for å begrunne et etisk rele-vant skille mellom henvisning og kollegahenvisning. Den første strategien er å appellere til en naturrettslig handlingsanalyse.

Mens henvisning både er et bidrag til årsakskjeden til abort samt er intensjonal med-virkning til abort, er de to første fremgangsmåtene for kollegahenvisning beskrevet her, kun bidrag til årsakskjeden, ikke intensjonal medvirkning. Ved kollegahenvisning inten-derer reservasjonslegen ikke at abort skal finne sted, men at en pasient med uønsket gra-viditet skal håndteres av en kollega, fordi det kan komme til en situasjon (aborthenvis-ning) som reservasjonslegen selv ikke kan håndtere. Reservasjonslegen sørger for at pasi-enten blir ivaretatt av en kollega, men *velger* her ikke selv abort. Reservasjonslegen trekker seg ut av prosessen på tidligst mulige stadium. Men like fullt bidrar reservasjonslegens *system* for kollegahenvisning til at pasienten til slutt får utført abort – det er et bidrag til årsakskjeden.

I naturretststerminologien er kollegahenvisningen dermed materielt samarbeid med en uetisk plan (abort). Det er i utgangspunktet problematisk å bidra til noe som er galt. Men det er som nevnt urimelig å hevde at alle handlinger som bidrar til noe galt, er util-

latelige. Det ville kreve et liv i total isolasjon. Da ville det eksempelvis være utillatelig for en pasifist å betale skatt og derigjennom finansiere militært forsvar. Tilsvarende utillatelig ville det være for en abortmotstander å leve i et samfunn med offentlig finansierte svangerskapsavbrudd. En rimelig kritikk av kollegahenvisning kan derfor ikke utelukkende påpeke at dette utgjør materielt samarbeid, et bidrag til årsakskjeden som leder frem til abort. Ettersom en grad av materiell medvirkning til uetiske handlinger er uunngåelig for mennesker, aksepterer naturrettstradisjonen materiell medvirkning som etisk akseptabelt så lenge det kan gis gode grunner for hvorfor et slikt kompromiss er nødvendig (Sulmasy 2008).

Den tredje fremgangsmåten over, der reservasjonslegen gjennomfører hele konsultasjonen frem til selve den skriftlige henvisningen, kan trolig ikke rettferdiggjøres som skisert over. Her synes intensjonen å måtte være at kollegaen skal henwise til abort. Ut fra naturrettsanalysen er derfor denne fremgangsmåten problematisk. Det ser ut som at den ligger for tett opp til «full henvisning» til at den kan skilles etisk fra denne. I så fall rammes den av kritikken om «de rene hendes etikk».

Skillet mellom grader av medvirkning, som her har blitt karakterisert med begrepsparet *intensjonal* og *materiell medvirkning*, finner gjenklang i allmennmoralen. Da striden om selvbestemt abort ble utkjempet på 1970-tallet, ble gynekologer som utfører og helsepersonell som assisterer ved aborter, innrømmet reservasjonsrett. Men det var flere grupper som ønsket reservasjonsrett. Blant annet ønsket noen renholdere reservasjonsrett mot å rengjøre operasjonsstuer etter abortingrep (Magne Roland, personlig meddelelse). De fleste vil mene at det ikke er grunnlag for å innrømme en slik reservasjonsrett. Allmennmoralens intuisjoner tilsier at renholderens bidrag til at abort finner sted, er av et helt annet moralsk alvor enn bidraget til helsepersonellets som er direkte involvert i utførelsen. Naturrettens begrepspar er med på å forklare slike intuisjoner: Helsepersonellets medvirkning er intensjonal fordi den har abort som siktemål, mens renholderens medvirkning kun er materiell.

Den andre strategien for begrunnelse beror ikke på filosofiske distinksjoner, men peker på konkrete forskjeller mellom henvisning og kollegahenvisning og hevder at forskjellene til sammen rettferdiggjør at man anser handlingene som etisk ulike. For det første utsetter kollegahenvisning den prosessen aborthenvisning driver fremover. Det innfører et nytt ledd i årsakskjeden og bringer ikke prosessen nærmere utførelsen av abort. For det andre tar kollegahenvisning mindre tid og innebærer langt mindre – iblant ingen – interaksjon med pasienten. For det tredje er aborthenvisning mye mer synlig for pasienten og sender et sterkere signal om at prosessen er moralsk legitim. Til sist medfører ikke kollegahenvisning med nødvendighet at pasienten blir henvist til abort – det er for reservasjonslegen et åpent spørsmål.

Det avgjørende poenget er at selv om man skulle mene at kollegahenvisning også er etisk problematisk, er det nå gitt to alternative, plausible handlingsanalyser som tilsier at det er *etisk relevant forskjell* på aborthenvisning og kollegahenvisning. Igjen er det legens egen samvittighet som her står i sentrum; når den er velformet, gjør den krav på respekt. Det er ikke hyklersk eller selvmotsigende å hevde at ens samvittighet forteller en at aborthenvisning er «over streken» for hva man opplever at man kan være med på – mens

kollegahenvi­sing er «under streken», et kompromiss man kan leve med, og som også innebærer et nødvendig minimum av ivaretagelse av pasienten.

Dermed synes det som at også den andre tesen i anklagen om «de rene henders etikk» kan tilbakevises: Det kan være etisk relevant forskjell på henvisning til sykehusavdeling og kollegahenvi­sing. Men etter vårt syn kan man neppe gå fra å hevde at kollegahenvi­sing er *mindre* problematisk til å hevde at det er *helt uproblematisk*. Kollegahenvi­sing vil nødvendigvis innebære et etisk kompromiss.

Fordrer abortmotstand sivil ulydighet eller bytte av spesialitet?

Det kan synes påfallende at enkelte vil trekke grensen for akseptabel delaktighet slik at de kan forbli i trygge, godt betalte jobber. Man kan i utgangspunktet forstå Swensens og andres beskyldning om hykleri. Swensen hevder at abortmotstanderne, for å være etisk konsistente, burde opponere mot samfunnets abortpraksis ved å nekte enhver befatning med abort. Dette innebærer sivil ulydighet eller å bytte til en spesialitet som ikke har med abort å gjøre. Hun fremhever også at hun selv ville valgt sivil ulydighet som protestform i fall eutanasi skulle bli tillatt – og videre, slik vi tolker henne, at en tenkt «reservasjon mot eutanasi» viser hvor etisk slapt og utilstrekkelig en slik respons er i spørsmål om liv eller død – slik både abort og eutanasi er – hvis reservasjonslegene skal ta sin egen etikk på alvor (Swensen 2012).

Men både prinsipielle og mer pragmatiske argumenter kan anføres mot denne tesen. Først de prinsipielle. For det første, som vist over kan reservasjonslegenes praksis analyseres som etisk konsistent og akseptabel. Det vil være ulike, og velbegrunnede, oppfatninger av i hvilken grad kollegahenvi­sing er etisk problematisk som materiell medvirkning til abort. For det andre, i etikken skilles gjerne mellom handlinger som er moralsk påkrevd, og handlinger som er spesielt moralsk prisverdige. Det kan hevdes at reservasjon (fra reservasjonslegens perspektiv) er moralsk akseptabelt, mens sivil ulydighet, med større kostnad og risiko for en selv, kan anses som spesielt moralsk prisverdig men ikke obligatorisk.

Blant de pragmatiske argumentene vil vi trekke frem at møtet med abortsøkende pasienter ikke er eneste – eller best egnede – arena for en fastlege å arbeide i tråd med prinsipiell abortmotstand på. Reservasjonslegenes kompromiss betyr ikke at de fornekter alvor­et i abortspørsmålet. Eksempelvis reserverte en av legene som på 1970-tallet var med på å stifte rådgivningstjenesten Alternativ til abort og arbeidet tallrike gratistimer her, seg selv mot aborthenvi­sing (Rognum 2013). Videre kan det å bytte spesialitet ha store omkostninger på mange plan, spesielt for en fastlege med veletablert praksis. Kompetanse og opparbeidede relasjoner går til spille, for å nevne noe. Ikke bare fastlegen selv, men også pasientene, kan bli skadelidende. Til sist er det betydelige forskjeller mellom abort og Swensens eksempel eutanasi. Hvis eller når eutanasi blir innført, vil det være et helt nytt og høyst kontroversielt tilbud. Sivil ulydighet vil da potensielt være langt mer kraftfullt som yringsform enn i abortspørsmålet, der det er sosial konsensus og samling om gjeldende abortlov (Hagen et al. 2011; Nordstrand et al. 2014). Også abortmotstandere

må avfinne seg med at det for tiden ikke er politisk mulig å endre abortloven. Abortmotstandere må akseptere visse kompromisser – slik som at skattepenger går til å finansiere aborter – for å ta del i samfunnet.

Derfor mener vi det ikke er påvist at reservasjonslegenes praksis nødvendigvis er etisk inkonsistent, og at bytte av spesialitet eller sivil ulydighet er eneste akseptable valg. Også den tredje tesen i anklagen om «de rene henders etikk» faller.

Et etisk akseptabelt kompromiss?

Vi har sett at anklagen om at praksisen til fastleger som reserverer seg mot å henvise til abort, nødvendigvis er inkonsistent og hyklersk, bygger på tre premisser. Ved nærmere analyse er alle tre premisser problematiske. Følgelig mener vi å ha tilbakevist anklagen om at reservasjonlegene nødvendigvis bedriver en særegen form for hykleri, «de rene henders etikk». Vi mener vår analyse er et viktig tilskudd til den offentlige debatt om reservasjonsadgang, for hvis anklagen hadde vært gyldig, ville hele rasjonalet for reservasjonsadgang falt sammen.

Men debatten er ikke med dette avgjort i reservasjonslegens favør: Som presisert innledningsvis er vår artikkel med vilje innsnevret til å gjelde anklagen om «de rene henders etikk». Det finnes en rekke andre viktige argumenter (hensynet til moralsk integritet og samvittighetsfrihet, Norges forpliktelse på internasjonale konvensjoner, potensialet for opplevd krenkelse i møte med reservasjonslegen og pasientens rett til helsehjelp, for å nevne noe) både for og imot reservasjonsadgang som vi ikke har drøftet her. Dette vil si at det er fullt mulig å gi sin tilslutning til vår tilbakevisning av anklagen om «de rene henders etikk», men like fullt ende opp med å avvise fastlegers reservasjonsadgang etter å ha veiet disse øvrige argumentene opp mot hverandre.

Selv om Swensens og andres påstand om etisk inkonsistens er tilbakevist, er disse argumentasjonsrekkene av stor verdi for debatten: Påstanden og diskusjonen har latt oss belyse en rekke vilkår som må være oppfylt for at reservasjon generelt – uavhengig av den konkrete saken med aborthenvisninger – kan fortjene samfunnets toleranse. Anklagen har for det første synliggjort at reservasjonsønsker må være fundert på en plausibel begrunnelse som er fri for selvmotsigelser. For det andre peker den på at det ikke er likegyldig hvordan overføringen av oppgaver (her: «kollegahenvisning») foregår. Jo mer reservasjonslegen selv aktivt involverer seg i prosessen som leder frem til henvisning og abort, jo mindre plausibelt blir det å sette et etisk skille mellom dette og «full henvisning» – og jo mindre velbegrunnet blir da reservasjonsønsket. For at det skal være grunn til å tolerere reservasjonslegenes praksis må deres alternativ til henvisning ha etisk relevante ulikheter fra det de vil reservere seg mot. Vi har argumentert for at én praktisk fremgangsmåte, nemlig det å gjennomføre konsultasjonen med den abortsøkende, for så å sette bort kun selve henvisningsarbeidet til en kollega, faller gjennom på dette punktet: Anklagen om «de rene henders etikk» har her kraft. For det tredje tvinger anklagen reservasjonstilhengerne til å tenke gjennom og artikulere presist hva det er som gjør henvisning – og ikke bare utførelse – etisk problematisk. Og til sist belyser anklagen alternativene til reser-

vasjon: bytte av jobb, og en mer konfronterende sivil ulydighet – og avkrever reservasjonslegene en begrunnelse for hvorfor de ikke i stedet går disse veiene. Disse prinsippene og lærdommene kan, vil vi hevde, overføres til andre spørsmål om samvittighetsfrihet og toleransens grenser som vil oppstå i og utenfor helsetjenesten.

Litteratur

- Andersen, N.A. (2014) En historisk bagatell. *Minervanett*, 30.1. Hentet fra <http://www.minervanett.no/en-historisk-bagatell/>
- Backe, B. & Kirschner, R. (2014) Fjern henvisningskravet. *Aftenposten*, 2.4.
- Eriksen, A. (2014) Tvilsom begrunnelse for reservasjonsmulighet. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 134, s. 505–506.
- FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) (2011) *How do levonorgestrel-only emergency contraceptive pills (LNG ECPs) prevent pregnancy?* Hentet fra http://www.figo.org/sites/default/files/uploads/MOA_FINAL_2011_ENG.pdf
- Finnis, J., Grisez, G. & Boyle, J. (2001) “Direct” and “indirect”: A reply to critics of our action theory. *The Thomist*, 65 (1), s. 1–44.
- Grisez, G.G. (1983) *The Way of the Lord Jesus: Christian moral principles*. Chicago: Franciscan Herald Press.
- Hagen G.H., Hage, C.Ø., Magelssen, M. & Nortvedt, P. (2011) Medisinstudenters holdninger til selvbestemt abort. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131 (18), s. 1768–1771.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011) *Om reservasjon for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Rundskriv I-04-11)*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2011/i-42-011-adgang-for-leger-i-den-kommunale.html?id=661801>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014a) *Høringsnotat – reservasjonsmuligheten*. Hentet fra http://www.regjeringen.no/pages/38601964/horingsnotat_reservasjonsordning_fastleger_210114.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014b) *Høringsnotat. Forslag om å fjerne henvisning fra fastlegen når kvinner begjærer svangerskapsavbrudd*. Hentet fra http://www.regjeringen.no/pages/38745253/Hoeringsnotat_fjerne_henvisning.pdf
- Helsedirektoratet (2012) *Bestilling – Undersøkelse av omfang av samvittighetsbegrunnede reservasjoner mot å utføre oppgaver i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Brev fra Helsedirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet, 1.6.2012*. Hentet fra http://helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Documents/samvittighetsbegrunnede_%20reservasjoner.pdf
- Hofmann, B. (2014) Ethiske utfordringer med non-invasive prenatale tester (NIPT). *Etikk i praksis*, 8 (1), s. 67–87.
- Magelssen, M. (2011) To teorier om fosterets moralske status. *Norsk filosofisk tidsskrift*, 46 (3), s. 199–211.
- Magelssen, M. (2012) When should conscientious objection be accepted? *Journal of Medical Ethics*, 38 (1), s. 18–21.
- Magelssen, M. (2013) *Menneskeverd i klinikk og politikk. Bioetikk i lys av kristen tro*. Oslo: Lunde Forlag.
- Magelssen, M. & Folstad, T. (2011) Bør leger ha reservasjonsrett ved assistert befruktning? *Etikk i praksis*, 5 (2), s. 7–22.
- Markestad, T. (2013) Skal bli møtt med respekt. *Aftenposten*, 2.12.

- Nordberg, E.M.K., Skirbekk, H. & Magelssen, M. (2014) Conscientious objection to referrals for abortion: pragmatic solution or threat to women's rights? *BMC Medical Ethics*, 15, artikkel 15.
- Nordstrand, S.J., Nordstrand, M.A., Nortvedt, P. & Magelssen, M. (2014) Medical students' attitudes towards conscientious objection: a survey. *Journal of Medical Ethics*, 40 (9), s. 609–612.
- Norsk elektronisk legehåndbok* (2013) Abort, provosert. Hentet fra <http://legehandboka.no/gynekologi/tilstander-og-sykdommer/abort/abort-provosert-1431.html>
- Rognum, T.O. (2013) Hjelp abortsøkende kvinner. *Vårt Land*, 05.12.
- Smart, J.J.C. & Williams, B. (1973) *Utilitarianism; For and Against*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sulmasy, D. (2008) What is conscience and why is respect for it so important? *Theoretical Medicine and Bioethics*, 29 (3), s. 135–149.
- Swensen, E. (2012) Det viktigaste er at fastlegen kjem til himmelen. *Dag og Tid*, 2.3.
- Thornhill, H.F. (2014) Høies paradokser. *VG Nett*, 27.1. Hentet fra <http://www.vg.no/nyheter/meninger/artikkel.php?artid=10121144>