

# Bør leger ha reservasjonsrett ved assistert befruktning?

Morten Magelssen & Torbjørn Folstad

*Omfanget av helsepersonells reservasjonsrett har nylig vært gjenstand for debatt i Norge. Vi spør om leger bør ha reservasjonsrett ved utførelse og henvisning til assistert befruktning, og drøfter argumenter for og imot ved hjelp av et rammeverk med sju kriterier for vurdering av reservasjon. Reservasjonsrettens grunnleggende dilemma er hvordan to viktige hensyn, henholdsvis pasientens rett til behandling og hensynet til helsepersonellens moralske integritet, best kan ivaretas. Det argumenteres for at leger bør ha rett til å reservere seg mot å utføre, assistere ved og henvide til assistert befruktning generelt hvis begrunnelsen er hensynet til befruktede eggs moralske verdi. Videre finner vi at leger også kan ha en moralsk rett til reservasjon mot å utføre, assistere ved og henvide til assistert befruktning for likekjønnede, men da på nærmere spesifiserte vilkår.*

Morten Magelssen,  
Senter for medisinsk  
etikk, Universitetet i  
Oslo,  
magelssen@  
gmail.com

Torbjørn Folstad,  
Sykehuset Innlandet  
HF Hamar,  
torbjornfolstad@  
gmail.com

**Nøkkelord:** reservasjonsrett, assistert befruktning, samvittighet, moralsk integritet

## **English summary: Should physicians have the right to conscientiously object to assisted reproduction?**

*The extent of the healthcare worker's right to conscientious objection has recently been debated in Norway. This article asks whether physicians should have a right to conscientious objection to the performance of, and referral for, assisted reproduction, and discusses arguments for and against the same, utilizing a framework of seven criteria for the evaluation of conscientious objection. The fundamental dilemma of conscientious objection is how two important considerations can be reconciled: the patient's right to treatment, and the protection of the healthcare worker's moral integrity. It is argued that physicians should have the right to object to performing, assisting with, and referring for assisted reproduction generally when the objection is grounded in the*

*moral value of the embryo. Furthermore, physicians may also have a moral right to object to performing, assisting with, and referring for assisted reproduction for same-sex couples, but only on conditions that are further specified.*

**Keywords:** conscientious objection, assisted reproduction, conscience, moral integrity

## Innledning

*Reservasjonsretten* er helsepersonells moralske rett til å nekte å delta i medisinsk praksis som strider mot deres dype overbevisning. Omfanget av denne rettigheten er høyst omstridt. Våren 2011 ble temaet debattert i flere norske medier, med spesielt søkelys på legers reservasjonsrett ved assistert befruktning.<sup>1</sup> I denne artikkelen spør vi om leger bør ha reservasjonsrett ved assistert befruktning, hvordan retten kan begrunnes, hvor omfattende den bør være, og hvordan den bør gjennomføres i praksis. Vi mener det spesielt er tre grunner til at spørsmålet bør interessere. For det første er legers reservasjonsrett ved assistert befruktning et aktuelt og omstridt tema i vårt samfunn. For det andre er den tradisjonelle reservasjonsretten, som ved abort, fundert i oppfatninger om det tidlige menneskelivets verdi, mens den påståtte reservasjonsretten ved assistert befruktning for lesbiske begrunnes ganske annerledes, nemlig i barns rettigheter. Det er derfor av prinsipiell interesse hvorvidt denne reservasjonsretten er velfundert. For det tredje er spørsmål om helsepersonells reservasjonsrett et spesialtilfelle av et mer generelt tema av den største relevans i vår tid, nemlig hvordan moderne liberale samfunn bør behandle sine moralske og livssynsmessige minoriteter, inkludert spørsmålet om toleransens grunnelse og grense.

## Assistert befruktning

Assistert reproduksjon er anvendelsen av bioteknologiske teknikker for å oppnå graviditet. Her inngår assistert befruktning (in vitro-fertilisering (IVF), spermieinjeksjon (ICSI) kombinert med IVF, samt inseminasjon). I Norge tilbys assistert befruktning til gifte og samboende kvinner (herunder også, fra 2009, kvinner i likekjønnede parforhold), men ikke til enslige eller mannlige likekjønnede par.<sup>2</sup> Helsedirektoratets rapport i forbindelse med evalueringen av bioteknologiloven gir oppdatert statistikk på feltet (Helsedirektoratet 2011). Behandlingen regnes som en «lavt prioritert helsetjeneste» (prioriteringsgruppe III), men det er likevel bestemt at den skal tilbys i alle helseregionene. I Norge tilbys assistert befruktning ved seks offentlige sykehus og fire private klinikker. I 2008 ble 2249 barn født etter assistert befruktning, tilsvarende 3,7 prosent av alle fødte i 2008. Når det

gjelder behandling i utlandet, er det trolig den danske Stork-klinikken som utfører flertallet av behandlingssykluser. I 2008 ble det her utført 441 inseminasjoner til norske lesbiske par og 435 til norske enslige kvinner. Kjønnscelledonasjon kan være aktuelt ved sykdom hos den ene i paret eller for likekjønnede par. I Norge er sæddonasjon, men ikke eggdonasjon, tillatt.

## Helsepersonells juridiske reservasjonsrett

Den eneste situasjonen der norsk helsepersonell har en lovfestet reservasjonsrett, er ved utførelse og assistanse ved provosert abort. Retten er hjemlet i abortloven § 14 og abortforskriften § 15.

Når det gjelder assistert befruktning, er Stortingets anmodningsvedtak nr. 614 fra 2008 av betydning. Der heter det at «Stortinget ber Regjeringen sørge for at det legges til rette for at helsepersonell som av samvittighetsgrunner ønsker det i enkelttilfeller, skal kunne fritas fra å utføre eller assistere ved assistert befruktning». Fastlegers henvisning er ikke nevnt.

Rådet for legeetikk foreslo i et brev til Helse- og omsorgsdepartementet 1. desember 2008 at fastleger også burde få reservere seg mot å henvise lesbiske par til assistert befruktning. Departementet svarte 24. februar 2009 at det «er intet rettslig i veien for at legen kan gis en reservasjonsrett dersom kommunen legger til rette for at det lesbiske paret kan få samme hjelp av en annen lege».

## Legers reservasjon ved assistert befruktning

Det foreligger ingen oversikt over hvor utbredt legers reservasjon ved assistert befruktning er. Vi er ikke kjent med saker der leger har reservert seg mot assistert befruktning generelt, men det ville kunne være et plausibelt standpunkt for de legene som tillegger befruktete egg fullt menneskeverd. Helsetilsynet har akseptert reservasjon ved en beslektet problemstilling, nemlig forskrivning av prevensjonsmidler som kan skade et befruktet egg (Statens Helsetilsyn 1995). Derimot har det nylig vært tilfeller av at fastleger har reservert seg mot å henvise lesbiske par til assistert befruktning (LLH 2010). Dette ga våren 2011 opphav til en debatt om legers reservasjonsrett i flere medier. I det følgende undersøker vi om leger bør ha en moralsk reservasjonsrett i forbindelse med assistert befruktning.

## Reservasjonsrettens dilemma

I en nylig publisert artikkel argumenterer en av oss for at spørsmål om reservasjonsrett bør ses på som et dilemma der to viktige hensyn står mot hverandre: På den ene siden pasientens rett til behandling, på den andre siden hen-

synet til legens moralske integritet (Magelssen 2011). Den som evner å handle i tråd med sine grunnleggende moralske overbevisninger, prinsipper eller dyder, har moralsk integritet. I så måte er både helsepersonells personlige prinsipper og de som følger av yrkesrollen, viktige. Empiriske studier av helsepersonell tyder på at det å bli tvunget til å handle på tvers av dype overbevisninger leder til utbrenthet og emosjonell utmattelse (Bischoff et al. 1999; Meltzer & Huckabay 2004). Pasientens rett til behandling er lovfestet, og samfunnet har dermed forpliktet seg på å tilby denne. Men samfunnet har også interesse av å beskytte helsepersonellens moralske integritet, særlig fordi helsetjenesten trenger profesjonsutøvere med høye moralske standarder (Magelssen 2011; Birchley 2011). Disse to hensynene må derfor veies mot hverandre i hver enkelt vurdering av legers ønske om reservasjon.

Til dette formålet ble det argumentert for et sett av sju kriterier som reservasjonsønsker må vurderes opp mot (Boks 1) (Magelssen 2011). Vi benytter her dette rammeverket av kriterier for å strukturere diskusjonen av faktorer som taler for og imot reservasjonsrett ved assistert befruktning. I situasjoner der de fem første kriteriene er oppfylt, er den moralske reservasjonsretten velfundert og bør respekteres. Reservasjonsønsker styrkes når kriterium seks og sju er oppfylt.

#### *Boks 1 Kriterier for vurdering av reservasjonsønsker*

Reservasjonsønsket bør respekteres når de følgende kriteriene er oppfylt:

- 1 Å yte helsehjelpen vil skade legens moralske integritet ved å
  - a. utgjøre en alvorlig krenkelse...
  - b. ... av en dyp overbevisning
- 2 Reservasjonsønsket har et plausibelt religiøst eller moralsk rasjonale
- 3 Helsehjelpen anses ikke som en helt sentral del av legens arbeidsoppgaver
- 4 Byrdene for pasienten er på et akseptabelt lavt nivå
  - a. Pasientens tilstand er ikke livstruende
  - b. Reservasjonen fører ikke til at pasienten ikke får helsehjelpen, eller til uakseptable tidstap eller utgifter
  - c. Legen har aktivt forsøkt å minimere byrdene for pasienten
- 5 Byrdene for kolleger og arbeidsgivere er på et akseptabelt lavt nivå

I tillegg styrkes reservasjonsønsket hvis:

- 6 Reservasjonsønsket er fundert i sentrale medisinske normer
- 7 Den aktuelle helsehjelpen er ny eller spesielt moralsk omstridt

## Reservasjon mot henvisning

Hvorvidt reservasjonsretten også skal dekke henvisning til behandling, er omstridt. Etter vårt syn må det skilles mellom to former for henvisning. En klassisk skriftlig henvisning innebærer at legen bidrar til årsakskjeden som leder fram til den moralsk omstridte behandlingen (her: assistert befruktning), og går god for at behandlingen bør utføres. Det å utforme og signere en slik henvisning er handlinger som nødvendigvis innebærer en *intensjon* om at den omstridte behandlingen skal finne sted. For en lege som er dypt overbevist om at behandlingen er moralsk uakseptabel, kan dette medføre en alvorlig krenkelse av moralsk integritet. Reservasjon mot henvisning oppfyller derfor kriterium 1 og bør respekteres hvis de andre kriteriene også er oppfylt.

I tillegg har man «henvisning» i form av at legen avtaler med kolleger at disse tar over ansvaret for aktuelle pasientgrupper, eller at legen forsikrer seg om at pasienter han ikke vil henwise, vet hvor de kan henvende seg for å få oppfylt sin rett til helsehjelp. Slike handlinger utgjør ikke nødvendigvis noe betydelig bidrag til årsakskjeden som leder fram til behandlingen. Handlingen uttrykker et nødvendig minimum av respekt for pasientens autonomi og forutsetter, slik vi tolker det, ikke at legen deler pasientens intensjon om at behandlingen skal finne sted. Det samme gjelder å gi informasjon om et moralsk omstridt behandlingstilbud. Vi mener derfor at legen ikke kan fraskrive seg ansvar for «henvisning» i denne andre betydningen, ei heller å gi informasjon om behandlingen.

## Reservasjon mot assistert befruktning generelt

Som nevnt kan noen leger tenkes å ville avvise assistert befruktning som sådan av overbevisningsgrunner. Et ønske om reservasjonsrett ville kun for tjene samfunnets toleranse (og ville trolig kun bli fremmet) hvis det å skulle bidra til å yte behandlingen ville *utgjøre en alvorlig krenkelse* av legens *dype overbevisning* (kriterium 1). Grunnen er at det kun er når en handler på tvers av en dyp overbevisning at ens moralske integritet blir krenket. Hvorvidt dette er tilfelle kan igjen kun avgjøres ut fra *begrunnelsen* for reservasjonsønsket (kriterium 2). Merk at krenkelsens grad både kan og må bedømmes fra et observatørperspektiv. Det er den objektive krenkelsen, ikke den subjektivt opplevde, som er relevant for dette spørsmålet. Dette poenget kommer vi tilbake til. I den medisinsk-etiske litteraturen om assistert befruktning drøftes flere argumenter mot assistert befruktning generelt (O'Donovan 1984), men vi antar her at kun én begrunnelse vil kunne inngå i en sterk overbevisning hos helsepersonell: Hensynet til befruktete egg.<sup>3</sup>

Hvis befruktete egg tillegges fullt menneskeverd, er assistert befruktning slik det praktiseres de fleste steder i verden, etisk problematisk

(Schmidt 2010: 52–53; Schenker 2005). Grunnen er at flere av teknikkene innebærer dannelsen av «overtallige» befruktete egg som til sist blir destruert. I tillegg har mange befruktete egg gått til grunne i forsknings- og utviklingsarbeid som har ledet fram til dagens behandlingsteknikker. En lege som har en dyp overbevisning om at befruktete egg har fullt menneskeverd, kan tenkes å få krenket sin moralske integritet ved å måtte bidra ved assistert befruktning.

Leger kan ikke forvente respekt for sin reservasjon i tilfeller der den aktuelle behandlingen er en sentral del av legens arbeidsoppgaver (kriterium 3).<sup>4</sup> Leger som legger befruktete egg menneskeverd, søker seg ikke til fertilitetsklinikker. Hvis så hadde skjedd, burde legens ønske om reservasjon ikke respekteres. For fastleger er derimot henvisning til assistert befruktning en sjeldent forekommende arbeidsoppgave, så kriteriet om at arbeidsoppgavene ikke er sentrale, er oppfylt for disse.

Videre må byrdene for pasienten, kolleger og arbeidsgivere være akseptabelt lave (kriterium 4 og 5). Ved infertilitet og ønske om assistert befruktning er tidsfaktoren ikke essensiell. Pasientene risikerer ikke liv og helse ved at fastlegen reserverer seg mot å henvise. Henvisning kan lett utføres av en annen lege. Vi drøfter spørsmålet om akseptable byrder nærmere i avsnittet om assistert befruktning for likekjønnede.

Kriterium 6 er oppfylt ettersom legens reservasjon er begrunnet i medisinsens sentrale norm om ikke å ta liv. Derimot er kriterium 7 ikke oppfylt. Assisert befruktning er et behandlingstilbud med bred allmenn aksept. I en undersøkelse fra 2010 mente kun 8 prosent i den generelle befolkningen at assistert befruktning ikke burde være et tilgjengelig tilbud (Helse- direktoratet 2010).

Oppsummert ser vi at de fem hovedkriteriene og ett av tilleggs-kriteriene er oppfylt. Reservasjonsrett for henvisning til alle former for assistert befruktning begrunnet i befruktete eggs moralske status er velfundert og bør respekteres.

## **Reservasjon mot assistert befruktning for likekjønnede par**

Som nevnt har det siden det ble åpnet for assistert befruktning for lesbiske, vært flere tilfeller av at fastleger har avslått å henvise lesbiske par til assistert befruktning. Det var i forbindelse med at assistert befruktning ble tillatt også for lesbiske par at Stortinget vedtok en reservasjonsrett for utførelse og assistanse ved assistert befruktning for personell på fertilitetsklinikker. I hvilken grad denne retten har blitt benyttet, vet vi ikke. Er den moralske reservasjonsretten for henholdsvis henvisning og utførelse/assistanse velfundert i disse situasjonene?

Vi ser for oss tre mulige begrunnelser for reservasjon mot assistert befruktning for likekjønnede par: Motstand mot pasientenes livsstil, at assistert befruktning for likekjønnede par går ut over medisins grenser, og barnets rettigheter.

Religiøs eller moralsk begrunnet motstand mot pasienters livsstil er ikke en aktverdig reservasjonsgrunn. Legen kan ha en dyp overbevisning om at pasientens livsstil ikke er moralsk akseptabel, men det å yte helsehjelp til pasienten innebærer ikke noe *alvorlig brudd* med denne overbevisningen (kriterium 1a). Det å fremme pasientens interesser gjennom å yte helsehjelp innebærer ikke å handle på tvers av en overbevisning om at sider ved pasientens livsførsel er moralsk problematiske. Hvis en lege eksempelvis yter helsehjelp til en politisk meningsmotstander, har han ikke handlet mot sin overbevisning, slik han derimot hadde gjort ved å stemme på denne i et politisk valg. Det er også et viktig prinsipp at helsehjelp skal gis uavhengig av pasienters livsstil og ansvar for sin helsetilstand (Cappelen & Norheim 2005; World Medical Association 2006).

Det er omdiskutert hvorvidt ufrivillig barnløshet er å regne som en sykdom hos heterofile par. Hos enslige og likekjønnede par er barnløshet uansett ingen sykdom, men snarere en naturlig følge av livsstilen. Assistert befruktning for disse gruppene blir derfor ikke sykdomsbehandling. Det må sies å være en behandlingsform utenfor medisins kjernevirksomhet. Men innvendingen mot denne begrunnelsen er at det ikke nødvendigvis er galt å drive virksomhet i medisins randsoner som ikke er sykdomsbehandling. Selv om en behandling ikke er nødvendig etter medisinskfaglige kriterier, kan den være allment anerkjent som et gode som helsetjenesten bør tilby. Det gjelder for eksempel ulike typer plastisk kirurgi og helseundersøkelser av friske. Vi er kjent med at noen leger hevder at assistert befruktning faller utenfor det medisinen bør befatte seg med, og påberoper seg krenkelse når de må bidra til slik behandling. Vi mener derimot at en slik oppfatning om medisins grenser ikke kan være en dyp overbevisning av den typen som er med på å konstituere ens identitet (kriterium 1b). Å måtte bidra til behandling i medisins randsoner kan derfor ikke i seg selv sies å medføre en *alvorlig* krenkelse av helsepersonellens integritet.

Den tredje mulige begrunnelsen er barnets rettigheter. Vi tror at oppfatninger om barns rettigheter ofte utgjør et *sett* som igjen funderes i et mer omfattende menneskesyn og verdensbilde. Sentralt i dette settet er oppfatningen om at barn har en moralsk rett til å bli oppdratt av sine biologiske foreldre så langt det lar seg gjøre, og så langt ikke svært viktige forhold taler imot (slik som omsorgssvikt). Foreldrene har en korresponderende *plikt* til å yte omsorg for sine barn med mindre svært viktige grunner taler imot. En viktig beslektet oppfatning er at barn har rett til å vokse opp med en far og en mor. Denne påståtte retten synes dels å springe ut av retten til biologiske foreldre: Hva er det som gjør at barnet bør vokse opp hos en far og en mor?

Jo, at nettopp *den* faren og *den* moren er barnets biologiske foreldre. To nært beslektede oppfatninger er at foreldre bør være av begge kjønn, og at barn, så langt det er mulig, bør ha to foreldre. Dette settet med oppfatninger kaller vi i det følgende «barns rettigheter».

For å ta stilling til om oppfatningen om barns rettigheter er av typen som kan underbygge reservasjonsrett, må vi også vurdere oppfatningens begrunnelse (kriterium 2). Det vil si at oppfatningen må ha et nødvendig *minimum av plausibilitet*. Dette blir uunngåelig delvis et skjønnsspørsmål, men to nødvendige betingelser er at oppfatningen ikke er basert på påviselige faktafeil, samt at den er koherent med legens øvrige sentrale oppfatninger og verdensbilde (Magelssen 2011).

Vi ser for oss to måter å begrunne oppfatningen på: Appell til empiri, og menneskesyn og verdensbilde. Appellen til empiri møter problemer ved at forskningsdataene slett ikke viser at det går bedre med barn som vokser opp hos biologiske foreldre enn hos likekjønnede foreldre. Snarere tyder forskningen nokså entydig på at oppvekst med disse ulike foreldrekonstellasjonene er like god (Stiklestad 2009). Tilhengeren av barns rettigheter kan hevde at empirien ikke er av tilstrekkelig god kvalitet til at vi med sikkerhet kan si at det går like bra med barn som vokser opp hos likekjønnede foreldre (Nock 2000). Et føre-var-perspektiv kunne da tilsi at vi ikke bør legge til rette for at likekjønnede par får barn ved assistert befruktning, inntil kunnskapsgrunnlaget er sikrere. Men dette er en marginal posisjon blant forskerne på feltet som igjen forutsetter et krav til vitenskapelig metodikk som vil diskvalifisere mye av samfunnsvitenskapelig forskning (Stiklestad 2009). Det er derfor etter vårt syn tvilsomt om appellen til (manglende) empiri kan utgjøre en plausibel begrunnelse for oppfatningen om barns rettigheter.

En mer lovende tilnærming er å fundere oppfatningen om barns rettigheter i et menneskesyn og et verdensbilde. I et tradisjonelt kristent menneskesyn, for eksempel, er forskjellene mellom kjønnene skapt av Gud. Mor og far utfyller hverandre i oppdragerrollen. De biologiske realitetene vitner om Guds plan for mennesket: Det er meningen at barn skal vokse opp hos sine biologiske foreldre. Et viktig tolkningsprinsipp her er *naturrettstanken*: Menneskenaturen er normativ for mennesket, og overveielser om menneskets natur kan gi innsikt i moralske normer. «[N]aturens orden [kan avleses] i den biologiske forbindelse mellom mor, far og barn. Denne forbindelsen har en naturlig videreføring i en sosial enhet som best ivaretar barns behov for trygghet og omsorg» (Schmidt 2010: 56). Det er naturlig og gunstig for barnets identitetsutvikling å vokse opp med og kjenne sitt biologiske opphav. Det er galt å bidra til tilblivelsen av et barn der man på forhånd har bestemt at det ikke skal få en oppvekst i tråd med naturens orden. Naturrettstanken kan altså lede oss til å slutte fra betraktninger om menneskets natur til moralske normer. Slik kan også oppfatningene som inngår i settet vi har kalt «barns rettigheter», begrunnes.



Naturrettstankegang har appell også løsrevet fra et religiøst verdensbilde (Murphy 2008; Finnis 1980). I FNs barnekonvensjon artikkel 7 heter det: «Barnet [...] [har], så langt det er mulig, rett til å kjenne sine foreldre og få omsorg fra dem.» Nøyaktig hvordan barnekonvensjonen skal tolkes, har vært omstridt, men den blir ofte oppfattet å uttrykke at barnet har visse rettigheter når det gjelder oppvekstvilkår som verken springer ut av lovgivers autoritet eller konsekvensetisk tenkning om hva som er til barns beste, men som er naturgitte.

Mange vil ikke dele dette menneskesynet eller tanken om naturgitte rettigheter. Men oppfatningen om barns rettigheter er likevel *plausibel* i den forstand vi skisserte over (kriterium 2): Det kan gis argumenter til støtte for oppfatningen som ikke er basert på påviselige faktafeil. Kan den så sies å være *dyp* (kriterium 1b)? En dyp oppfatning har to egenskaper som gjør at den har betydning for personens moralske integritet. For det første er den *epistemologisk godt forankret*, det vil si at den spiller en viktig rolle i personens totale sett av oppfatninger. Hvis en dyp oppfatning A erstattes med negasjonen ikke-A, synker koherensen i personens sett med oppfatninger drastisk. Dette er tilfellet med oppfatningene om barns rettigheter når de er forankret i et større verdensbilde og menneskesyn. For det andre er dype oppfatninger i vår forstand *moralsk betydningsfulle*. Det er her naturlig å sammenligne oppfatningen om barns rettigheter med en mer paradigmatisk reservasjonsgrunn. Ovenfor fant vi at respekten for befruktete eggs menneskeverd kunne utgjøre en dyp overbevisning. Denne knyttes an mot den sentrale normen om ikke å skade uskyldig menneskeliv og vil derfor være svært viktig for den som holder den. Barns rettigheter dreier seg derimot om barns oppvekstvilkår, betydningen av biologiske bånd, kjernefamiliens plass i samfunnet og, for noen, normen om å overholde guddommelige bud. Denne oppfatningen er trolig ikke like essensiell for den som holder den, som respekten for befruktete eggs menneskeverd er for den som holder denne, men vil likevel være klart betydningsfull i moralsk forstand. Vi konkluderer med at oppfatninger om barns rettigheter kan utgjøre dype oppfatninger.

Dernest er det interessant å se på relasjonen mellom oppfatningene i settet vi har kalt «barns rettigheter», og deres betydning. Oppfatningene får ulike konsekvenser for i hvilke situasjoner assistert befruktning er akseptabelt. Assistert befruktning kan utføres med ulike konstellasjoner av sosiale og genetiske foreldre. Det er ikke bare assistert befruktning for lesbiske som vil frambringe et barn som ikke vokser opp med begge biologiske foreldre. Det samme vil gjelde alle andre situasjoner der kjønnseller eller befruktete egg doneres, og der genetisk og sosialt foreldreskap følgelig ikke blir sammenfallende. *Retten til å vokse opp med biologiske foreldre* vil derfor ikke være oppfylt for barn født etter assistert befruktning for likekjønnede par, for enslige eller for foreldre som benytter kjønnselle- eller embryodona-

sjon. *Retten til å vokse opp med en far og en mor* er derimot oppfylt for barn født etter kjønnscele- og embryodonasjon for et ulikekjønnet foreldrepar. For barn av likekjønnede par og enslige er heller ikke denne retten oppfylt.

Sæddonasjon i forbindelse med assistert befruktning har lenge vært tillatt. Vi merker oss at det (så vidt oss bekjent) ikke har vært tilfeller av at leger vil reservere seg mot å bidra til assistert befruktning i slike situasjoner. Dette skjer selv om retten til å vokse opp med biologiske foreldre ikke oppfylles i denne situasjonen. Derimot er det de senere årene – når likekjønnede har adgang til assistert befruktning, noe som leder til at barnet ikke vokser opp med en far og en mor – kommet tilfeller av reservasjon og offentlig interesse for problemstillingen. Dette krever en forklaring, og to muligheter trer fram: For det første kan det være at *retten til far og mor* er den dypeste og viktigste oppfatningen i settet, og at det først er når denne krenkes at leger opplever behov for reservasjon. Men ovenfor hevdet vi at retten til far og mor er delvis *sekundær* til, og derfor ikke dypere enn, retten til biologiske foreldre. Dette taler imot denne tolkningen. For det andre kan det være at det først er når *begge* de nevnte rettighetene går uoppfylt at uretten oppfattes som moralsk alvorlig nok til at leger vil reservere seg. Det er når *verken* retten til å vokse opp med en far og en mor *eller* retten til å vokse opp med biologiske foreldre blir oppfylt at leger ikke har villet etterkomme pasientens ønske av samvittighetsgrunner.

Å skulle bidra til at et barn som ikke får oppfylt sine rettigheter, blir til, kan oppfattes som en alvorlig krenkelse av denne overbevisningen (kriterium 1a). Dette vil gjelde både å utføre assistert befruktning og å hen vise, men ikke å informere pasientene om tilbudet eller vise dem til en kollega som kan hen vise, slik vi argumenterte for over. Bioteknologiloven § 2–6 krever at legen gjør en psykososial vurdering av paret der det «skal legges vekt på parets omsorgsevne og hensynet til barnets beste». Dette er i størst grad behandlende leges oppgave, men heller ikke henvisende lege kan unndra seg ansvaret for å gjøre en slik vurdering av parets egnethet. En henvisning til assistert befruktning innebærer derfor implisitt at henvisende lege går god for at paret bør få bli foreldre ved medisinsens hjelp, og deler parets intensjon om dette.

Vi bør nå vurdere et viktig argument mot reservasjon, som blant annet har blitt fremmet av tidligere president i Den norske legeförening Torunn Janbu. I et intervju stilte hun seg negativ

til at det etableres formelle muligheter for å reservere seg mot å hen vise en gruppe i befolkningen. Dette er noe annet enn å etablere en reservasjonsrett mot å benytte en metode som for eksempel selve behandlingen med assistert befruktning. (Dommerud 2009)

Janbus argument er viktig, og det viser til at innføringen av reservasjonsrett kan lede til en ytterligere byrde for den aktuelle gruppen, nemlig stigmati-

sering og indirekte moralsk fordømmelse qua gruppe. Denne moralske fordømmelsen av en *gruppe* er en større byrde og mindre akseptabel enn den indirekte fordømmelsen av *handlinger* som for eksempel følger av legers reservasjon i forbindelse med abort. Men hvis legens reservasjon begrunnes i barns rett til oppvekst med biologiske foreldre og/eller med en far og en mor, og ikke direkte i motstand mot at homofile blir foreldre, mister Janbus innvending noe av sin kraft. For legen reserverer seg i så fall ikke mot å behandle eller henvise den utsatte gruppen, men mot all assistert befruktning som frambringer barn som ikke vil få oppfylt sine rettigheter.

Assistert befruktning for likekjønnede vil kunne utgjøre en ikke ubetydelig del av arbeidet for leger på fertilitetsklinikker – anslagsvis en sjettedel av alle behandlinger hvis de behandlingene som hittil har blitt utført i Danmark, heretter gjøres i Norge. Likevel vil det ikke utgjøre en så essensiell del av legens oppgaver at arbeidsgiver ikke greit kan legge til rette for at de som vil reservere seg, fritas. Kriterium 3 er således oppfylt for leger på fertilitetsklinikker. For fastleger vil denne problemstillingen utgjøre en svært liten del av de totale oppgaver: I 2008 var det 4588 fastleger (Den Norske Legeforening 2011). Hvis vi antar at behovet for assistert befruktning for lesbiske er 500 behandlingssykluser årlig, og at samtlige av disse forutsetter henvisning fra fastlege, vil hver fastlege få befatning med problemstillingen i snitt én gang hvert niende år. Hvilken rolle spiller det for vår vurdering av reservasjonsønsket at henvisning til assistert befruktning for likekjønnede forekommer såpass sjelden? På den ene siden kan man si at leger burde innpasse seg og utvise toleranse når problemstillingen en sjelden gang oppstår. På den andre siden kan man si at det totalt burde skape små praktiske problemer og byrder for pasientene å la leger få følge sin samvittighet når slike sjeldne situasjoner dukker opp. At problemstillingen forekommer sjelden, taler derfor verken for eller imot en reservasjonsrett.

I hvilken grad vil legens reservasjon medføre uakseptable byrder for pasientene (kriterium 4)? Generelt kan reservasjon tenkes å medføre fire typer byrder for pasientene: Tidstap og økonomiske utgifter, redusert tilgang til helsetilbudet, mangel på viktig informasjon og en opplevelse av moralsk fordømmelse av livsstil og valg (Magelssen 2011). Legens reservasjon mot assistert befruktning påfører vanligvis ikke pasientene utgifter, men det kan gi et tidstap ved at pasientene må oppsøke en annen lege for å bli henvist. I tilfellet assistert befruktning vil tidstapet ikke ha betydning for utfallet av behandlingen, og det kan også unngås hvis legen er forutseende og reserverer seg på en smidig måte, noe vi diskuterer nærmere nedenfor.

Reservasjon vil ut fra erfaringene ikke bli så utbredt at det ikke vil finnes andre leger som kan henholdsvis henvise til og utføre assistert befruktning. Videre kan leger ut fra hva vi har argumentert for ovenfor, ikke reservere seg mot å informere om eksistensen av helsetilbudet.

Pasientens opplevelse av legens moralske fordømmelse nevnes vanligvis ikke blant relevante byrder for pasienten i den akademiske litteraturen om reservasjonsrett, men dette er blitt framhevet som en av de viktigste innvendingerne mot en slik rett i den norske offentlige debatten. Leder i Landsforeningen for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (LLH), Bård Nylund, uttalte at

[f]olk tar kontakt med oss for å få råd om hvilke leger de bør gå til, for å unngå å bli avvist. Slik situasjonen er i dag kan en lege i møte med pasienten nekte å henvise, og vi kjenner til folk som har blitt utsatt for dette. En slik avvisning oppleves som en enorm krenkelse for den det gjelder. (LLH 2011)

Lesbiske par har altså opplevd legers reservasjon som en krenkelse og en implisitt moralsk fordømmelse av deres livsstil og ønske om å få barn ved medisinsens hjelp. Siden homofile er en gruppe som også på andre samfunnsarenaer opplever nedvurdering og misbilligelse, kan man tenke seg at de er ekstra sårbare for avvisning og implisitt moralsk kritikk under legekonsultasjonen. Det er også av betydning at avvisningen kan komme fra en fastlege som pasienten har bygget opp en tillitsrelasjon til over tid.

Tidligere leder i LLH, Karen Pinholt, hevder at

[reservasjonsretten må] praktiseres slik at lesbiske pasienter ikke risikerer den krenkelsen det er å få vite av legen eller annet helsepersonell at man ikke bør bli foreldre. Helsepersonell må altså reservere seg mot å hjelpe lesbiske før møtet med pasienten. Slikt helsepersonell kan ikke ha arbeidsoppgaver som gjør at de risikerer å møte lesbiske pasienter i en situasjon hvor de vil avstå fra å hjelpe. (LLH 2010)

I reservasjonsrettens dilemma må altså legens behov for ikke å handle på tvers av dype overbevisninger vurderes opp mot byrdene reservasjonen medfører for pasienten. Vårt kriterium 4 krever at disse byrdene er på et akseptabelt lavt nivå. Samtidig bør ikke pasientens påberopte krenkelse alene bli den avgjørende faktoren som bestemmer om legens reservasjon er akseptabel. Krenkelsen har en subjektivt opplevd komponent som ikke er direkte kvantifiserbar. Hvem skal bestemme at krenkelsen ved et tilfelle av reservasjon er uakseptabelt stor? Det er dessuten uunngåelig at moralsk uenighet kommer til overflaten i vår omgang med andre samfunnsborgere; krenkelse bør ikke her påberopes som et trumfkort i debatten. Vi må derfor konsentrere oss om de objektive sidene av handlingen som medfører den subjektivt opplevde krenkelsen. For at reservasjon mot henvisning av lesbiske til assistert befruktning skal være akseptabelt, må legen derfor gjøre det han kan for å *redusere potensielle byrder* for pasienten, inkludert *potensialet for subjektivt opplevd krenkelse*. Dette vil i tillegg demonstrere at legen også har pasientens interesser for øye.

Legen kan først og fremst redusere byrdene ved at pasienten blir gjort oppmerksom på legens standpunkt i forkant av selve konsultasjonen. Opp-

lysninger om hvilke behandlingsformer legen reserverer seg mot, kan gis i forbindelse med valg av fastlege, på legekantorets internettsider, ved et oppslag på venteværelset, samt ved at sekretærene informerer om dette når pasientene vil avtale konsultasjon for en av de aktuelle problemstillingene. Leger som arbeider i flerlegepraksis, vil vanligvis kunne inngå en avtale med en av kollegene om at denne overtar de aktuelle konsultasjonene. Leger i solopraksis bør kunne gjøre avtaler med kolleger andre steder i kommunen.

Til tross for disse foranstaltningene er det sannsynlig at noen av de aktuelle pasientene ikke vil bli fanget opp på forhånd, men vil bli meddelt legens reservasjonsstandpunkt under selve konsultasjonen. Legen kan fortsatt gjøre mye for å minimere pasientens subjektivt opplevde avvisning ved å formidle sitt standpunkt på en empatisk og ikke-konfronterende måte og ved å være behjelpelig med å formidle kontakt med en kollega.

I litteraturen om reservasjonsrett er det flere som hevder at legen plikter å gjøre nøye rede for begrunnelsen for sin reservasjon (Davis 2004). Vi er uenige i dette og mener snarere at legen kun kortfattet bør opplyse om at han reserverer seg, nettopp for å redusere potensialet for opplevelse av moralsk fordømmelse. Formålet med reservasjonsretten er at legen skal få anledning til å beskytte sin moralske integritet, ikke å være moraliserende overfor pasienten.

Samlet sett tror vi at legen ved aktivt å forsøke å redusere potensialet for opplevelse av krenkelse på disse måtene vil kunne redusere byrdene for pasienten til et akseptabelt nivå, slik at reservasjonen oppfyller kriterium 4.

Vi har påpekt at reservasjonen til leger på fertilitetsklinikker neppe medfører større praktiske problemer – likekjønnede par som søker behandling kan tildeles leger som ikke reserverer seg. Men hvis et stort flertall av legene skulle ønske å bruke reservasjonsretten, vil dette kunne skape problemer for klinikkens organisering av tilbudet (kriterium 5). Fertilitetsklinikker bør i slike tilfeller ha rett til å foretrekke jobbsøkere som ikke ønsker å reservere seg, tilsvarende den retten gynekologiske avdelinger har når det gjelder provosert abort, jf. abortforskriften § 17.

Legers reservasjon mot assistert befruktning begrunnet i barns rettigheter kan ikke styrkes ved appell til noen medisinsk kjerneverdi. For de aktuelle rettighetene, om de enn regnes av mange som sentrale, er ikke knyttet til medisinske kjerneverdier (kriterium 6). Derimot styrkes reservasjonsønsket i dette tilfellet ved at assistert befruktning for lesbiske par er en behandling som både er ny og omstridt (kriterium 7). I den refererte holdningsundersøkelsen var det kun 40 prosent både blant den generelle befolkningen og blant faggrupper som mente at lesbiske par burde ha tilgang til assistert befruktning (Helsedirektoratet 2010). Som Markestad og Hytten skriver, er det

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 lovfor-

slaget om ny ekteskapslov og gjennom entydig motstand fra alle religiøse institusjoner og organisasjoner som den gang kom med høringsuttalelser. (Markestad & Hytten 2010)

At dette helsetilbudet er så moralsk omstridt, taler for at de legene som er uenige i den vedtatte praksisen, skal få følge sin samvittighet ved å reservere seg.

Oppsummert ser vi at de fem hovedkriteriene og ett tilleggskriterium kan være oppfylt. Vi mener å ha identifisert to oppfatninger som begge kan være dype i relevant forstand, og som dermed kan begrunne reservasjon. Den ene, barns rett til oppvekst med en mor og en far, synes å være dels avledet av den andre, nemlig barns rett til oppvekst med biologiske foreldre. Å bli tvunget til å handle mot begge oppfatningene vil krenke legens moralske integritet mer enn å handle mot kun én. Vi har også sett at oppfatninger som knyttes til normen mot å ta menneskeliv, er sterkere, og de utgjør mer robuste begrunnelser for reservasjon. Ettersom begrunnelsen for reservasjon mot assistert befruktning for lesbiske altså er svakere, bør grensen for akseptable byrder for pasientene være lavere. Vi har argumentert for at disse byrdene kan forsøkes minimert i en slik grad at reservasjon mot å utføre og henviser til assistert befruktning for lesbiske vil kunne være akseptabelt. Argumentasjonen ville være den samme ved assistert befruktning for mannlige homofile par, samt for enslige: I disse tilfellene ville verken retten til oppvekst med biologiske foreldre eller retten til en mor og en far vært oppfylt, og reservasjon kan derfor være akseptabelt.

## Konklusjon

Vi har undersøkt spørsmålet om hvorvidt leger bør ha en moralsk reservasjonsrett i forbindelse med assistert befruktning. Vi har argumentert for at legers reservasjonsrett ved assistert befruktning generelt, begrunnet i hensynet til befruktede eggs menneskeverd, er velfundert og bør respekteres. Videre har vi argumentert for at denne retten omfatter både utførelse av, assistanse ved og henvisning til assistert befruktning.

Legers reservasjonsrett ved assistert befruktning for lesbiske par er ikke like sterkt fundert, men er etter vår mening velbegrunnet på visse vilkår. Kun henvisning til barns rettigheter utgjør tilstrekkelig begrunnelse for reservasjon. Andre begrunnelser, inkludert de som kan føres tilbake til en generell motstand mot homoseksuell livsstil, er ikke tilstrekkelige. Legen bør etter vårt syn også kunne reservere seg mot assistert befruktning med kjønnscededonasjon, men denne retten er dårligere fundert ettersom retten til oppvekst med en far og en mor her er ivarettatt. Videre er det nødvendig at legen gjør det han kan for å redusere byrdene for pasientene. Spesielt må

han sørge for å redusere potensialet for krenkelse i forbindelse med reservasjonen.

Spørsmålet om hvorvidt og eventuelt hvordan denne moralske reservasjonsretten bør gjenspeiles i lovverket, har vi ikke tatt stilling til her. Her har bare de moralske utfordringene vært drøftet.

## Takk

Forfatterne vil takke Olav Magnus S. Fredheim, Bjørn M. Hofmann og Carl Fredrik Knobloch, samt redaksjonen og to anonyme kommentatorer for nyttige innspill til teksten.

## Noter

- <sup>1</sup> Se for eksempel «Legar vil utvide reservasjonsretten», Vårt Land 26.3.2011, «Kritisk til ny reservasjonsrett for leger», Vårt Land 30.3.2011, «Leger krever rett til å avvise lesbiske», «Vil ikke ha liste», «Legene som nekter å skape» og «– Ubehagelig opplevelse», alle fra Fædrelandsvennen 2.4.2001, «Staten: Leger uten rett til å nekte henvisning», «Glad for avklaring», «Ikke et praktisk problem» og «Fastholder rett til reservasjon», alle fra Vårt Land 6.4.2011, samt «Lege nekter å skrive ut prevensjon til kvinner», nrk.no 5.4.2011 (<http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/ostafjells/telemark/1.7579995>).
- <sup>2</sup> Dette feltet reguleres av bioteknologiloven kap. 2.
- <sup>3</sup> Hva med motstand mot å løsrive forplantning fra seksualakten som begrunnelse for reservasjon? Vi er ikke kjent med at reservasjonsønsker har blitt fremsatt på dette grunnlaget. Begrunnelsen ville være del av et religiøst verdensbilde. Etter vår mening bør begrunnelser fra religiøs moral være like tungtveiende som allmenneriske begrunnelser i spørsmål om reservasjonsrett siden å handle mot begge typer normer skader ens moralske integritet. Men vi stiller oss tvilende til om det å måtte henvise et par til en behandlingsform der forplantning finner sted uavhengig av seksualakten, virkelig utgjør en *dyp krenkelse* av legens overbevisning. Er ikke et religiøst forbud mot forplantning uavhengig av seksualakten en norm som religionsutøveren hovedsakelig vil regne som gyldig i eget liv? Mens det ikke er maktpåliggende for legen å sørge for at de som har et annet verdensbilde og uansett ikke lever i tråd med legens etikk på andre områder, overholder dette religiøse forbudet? Vi tror derfor at de fleste leger som holder dette synet, ikke ville regne henvisning til assistert befruktning som en *dyp krenkelse* av sin overbevisning.
- <sup>4</sup> «Sentral del» bør forstås både normativt (hvor viktig det å yte slik helsehjelp er i den aktuelle legens stilling) og kvantitativt (hvor hyppig forekommende problemstillingen er). For at reservasjon mot helsehjelpen skal være akseptabel, bør helsehjelpen ikke være sentral i noen av disse betydningene.

## Litteratur

- Birchley, G. (2011) A clear case for conscience in healthcare practice. *Journal of Medical Ethics*, doi:10.1136/jme.2011.043 653
- Bischoff, S., Detienne, K. & Quick, B. (1999) Effects of ethics stress on employee burnout and fatigue: an empirical investigation. *Journal of health and human services administration*, 21(4), s. 512.
- Cappelen, A.W. & Norheim, O.F. (2005) Responsibility in health care: a liberal egalitarian approach. *Journal of Medical Ethics*, 31 (8), s. 476–480.
- Davis, J.K. (2004) Conscientious refusal and a doctors's right to quit. *Journal of Medicine and Philosophy*, 29 (1), s. 75.
- Den Norske Legeforening (2011) Statistikk om yrkesaktive leger i Norge.
- Dommerud, T. (2009) Janbu lite fornøyd med reservasjonsretten. *Dagens medisin*, 7/2009.
- Finnis, J. (1980) *Natural Law and Natural Rights*. Oxford: Clarendon Press.
- Helsedirektoratet (2010) *Bioteknologiloven. Undersøkelse om holdninger til etiske problemstillinger*.
- Helsedirektoratet (2011) Evaluering av bioteknologiloven.
- LLH (2010) Brev til helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen 23.09.2010. Lastet ned 28. juni 2011 fra <http://www.llh.no/?module=Files;action=File.getFile;ID=886>
- LLH (2011) Legers reservasjonsrett er diskriminering av lesbiske. Lastet ned 28. juni 2011 fra [http://www.llh.no/nor/hvem\\_er\\_vi/nyheter\\_fra\\_llh/Legers+reservasjonsrett+er+diskriminering+av+lesbiske.b7C\\_wlZ1m.ips](http://www.llh.no/nor/hvem_er_vi/nyheter_fra_llh/Legers+reservasjonsrett+er+diskriminering+av+lesbiske.b7C_wlZ1m.ips)
- Magelssen, M. (2011) When should conscientious objection be accepted? *Journal of Medical Ethics*, doi:10.1136/jme.2011.043 646
- Markestad, T. & Hytten, K. (2010) Hvor går grensen for reservasjonsretten? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 130, s. 1844–1845.
- Meltzer, L.S. & Huckabay, L.M. (2004) Critical Care Nurses' Perceptions of Futile Care and Its Effect on Burnout. *American Journal of Critical Care*, 13 (3), s. 202.
- Murphy, M. (2008) The Natural Law Tradition in Ethics. I *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, red. E.N. Zalta, <http://plato.stanford.edu/archives/fall2008/entries/natural-law-ethics/>
- Nock, S.L. (2000) *Affidavit of Steven Lowell Nock*. Ontario. Superior Court Of Justice (Divisional Court). Court File No. 684/00. Canada.
- O'Donovan, O. (1984) *Begotten or made?* Oxford: Oxford University Press.
- Schenker, J.G. (2005) Assisted reproduction practice: religious perspectives. *Reproductive biomedicine online*, 10 (3), s. 310–319.
- Schmidt, U. (2010) Bioetikk i kristendommen. I *Bioetikk i verdensreligionene*, red. K.A. Jacobsen, s. 24–106. Oslo: Abstrakt forlag.
- Statens Helsetilsyn (1995) Rundskriv IK-24/95. Oslo.
- Stiklestad, S.S. (2009) På sviktende kunnskapsgrunnlag? Assistert befruktning for lesbiske par. *Etikk i praksis*, 3 (2), s. 65–84.
- World Medical Association (2006) WMA Declaration of Geneva. Lastet ned 23. august 2011 fra <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/g1/>.