

Arbeids- og sosialdepartementet
Arbeidsmiljø- og sikkerhetsavdelingen
No/2518465

Att.: Marianne Foldøy Byberg

Vår referanse
16/10249-2/TODA
Oppgis ved henvendelse

Deres referanse
16/3386

Arkiv
008

Dato
15.03.2017

Svar - Høring – NOU 2016: 13 Samvittighetsfrihet i arbeidslivet

Høringsuttalelse fra Klinisk Etikkomite ved St. Olavs Hospital

Klinisk Etikkomite (KEK) ved St. Olavs hospital har lest Samvittighetsutvalgets NOU2016:13 med stor interesse og diskutert temaet inngående. NOU-en representerer et dypdykk inn i samvittighetens rolle i våre liv og inneholder mange spennende tanker. I denne høringsuttalelsen vil vi primært se nærmere på reservasjonsspørsmålet i *helsevesenet*. Til tross for at vi mener NOU-en totalt sett gir en meget god innføring og oversikt over temaet samvittighetsfrihet, har vi like fullt en del kritiske kommentarer til det utvalget lander på. Vår kritikk retter seg mot tre ulike aspekter av rapporten: Premissene, kriteriene og konklusjonen.

Premissene: Samvittighet og frihet

Utvalget starter med å stille spørsmålet om hva samvittighet er, og om samvittigheten automatisk gjør oss god. Det slås fast at så enkelt er det ikke - samvittigheten er ikke en garantist for at man gjør gode handlinger. Det trekkes også frem – med referanse til Ibsens Brand – at for høye krav om integritet ikke alltid er av det gode. Men når disse motforestillingerne er nevnt, synes utvalget likevel å samle seg om et svært positivt syn på samvittighetsfrihet. I en kronikk publisert i forbindelse med lanseringen av NOU-en, sier to av utvalgsmedlemmene at «samvittighetsfrihet er dypest sett retten til å få være den man er. Går vi på tvers av viktige overbevisninger, vil vi ha problem med å «se oss selv i øynene» (Aftenposten 5/9-2016)

Akkurat denne tesen problematiseres ikke. Men i allmennmoralen og ikke minst i språket vårt, er vi kjent med uttrykk som «å spille på dårlig samvittighet». Samvittighet kan være nettopp det som i mange sammenhenger hindrer oss i å være frie mennesker. Det er et maktspekt ved samvittighet som kan hindre oss i å utfolde oss og å være frie. Alt fra totalitære styresett, til autoritære foreldre til undertrykkende ideologier og religioner har til alle tider brukt samvittigheten for å kontrollere andre mennesker.

Forholdet mellom samvittighet og frihet er altså komplekst. Det er ikke slik at jo mer samvittighetsfrihet vi legger til rette for i arbeidslivet desto bedre. Samvittigheten kan stenge for

frihet, og den kan også stenge for utvikling. Å være menneske handler ikke bare om å være *den man er*, det handler alltså også om hvem man *bør bli*. Samvittighetsfrihet vil i den sammenheng ofte fungere *konserverende*, ved at den hindrer oss i å utvikle oss.

Utvalget innrømmer at ved innvilgelse av reservasjonsadgang så aksepterer man implisitt at ønsket til den som reserverer seg er akseptabelt å ha. Toleranse for mindretallsvurderinger kan bli sett på som en aksept av undertrykkende holdninger (jfr utvalgets diskusjon om «symboleffekt»). Men utvalget mener at et visst monn av ubehag er noe vi må tåle i et liberalt demokrati. Det utvalget ikke tematiserer er at reservasjons-ønsker som aksepteres, samtidig kan ha en stor symboleffekt innad i en gruppe ved at de sementerer f.eks. en konservativ fortolkning av en religion.

Å handle i strid med sin religion, vil for mange være et alvorlig samvittighetsproblem. Men hva sier nå egentlig religionen? Kan en god muslim drikke alkohol? Kan en god kristen være tilhenger av den norske abortloven? Viser en lege som vil reservere seg mot å sette inn spiral, høyverdig moralsk integritet etter kristen målestokk? Hvordan vi legger til rette for samvittighetsfrihet i helsevesenet (og i arbeidslivet generelt) blander seg selvsagt inn i en pågående fortolkningsstrid innad i ulike religioner om den rette lære. Samvittighetsfrihet og reservasjonsadgang har i denne sammenheng et maktspekt ved seg som vi mener utvalget ikke har tematisert utfyllende. Det er neppe tilfeldig at enkelte politiske partier og grupperinger er sterke tilhengere av økt reservasjonsadgang mens andre er mot. Denne politiske dimensjonen er fraværende i utvalgets rapport.

Å leve i et liberalt demokrati er å akseptere at andre mener og tror på noe annet enn en selv. Dette er tankefriheten, samvittighetsfriheten og religionsfriheten som utvalget snakker mye om. Men om et liberalt demokrati skal overleve, så forutsetter det også at borgerne *tror* på at vi kan diskutere oss frem til de beste løsningene, at andre mennesker kan vise seg å ha mer rett enn oss selv og at vi erkjenner at vi i prinsippet alltid kan ta feil, også i våre grunnleggende overbevisninger. Økt tilrettelegging av samvittighetsfritak i arbeidslivet kan synes å stå i motstrid til en liberal identitet.

Kriteriene: Glemte utvalget *rimelig uenighet*?

Utvalget skriver godt og nyansert om reservasjon i helsevesenet. En rekke kjente case drøftes inngående. Utvalget kommer med tre kriterier som et reservasjonsønske bør vurderes opp imot;

- «1.Bygger arbeidstakers ønske om reservasjon mot å utføre bestemte arbeidsoppgaver på en dyp og viktig samvittighetsoverbevisning?
2. Kan reservasjon finne sted uten at det er inngripende for tredjepart?
3. Er reservasjon gjennomførbart i praksis uten for store ulemper for arbeidsgiver og kollegaer?»

Klinisk Etikkomite savner en større vektlegging av om reservasjonsønsket gjenspeiler *rimelig uenighet* innad i samfunnet vårt. Selv om dette diskuteres en rekke steder i NOU'en, kommer det ikke frem i konklusjoner og anbefalinger. Trolig har utvalget utelatt dette fordi hva som fremstår som «rimelig» i en majoritetsoppfatning, ikke sammenfaller med en minoritetsoppfatning.

Her ser det imidlertid ut som utvalget møter seg selv i døren. Hele utvalget står nemlig samlet i å påpeke hvor viktig det vil være med lovfestet reservasjonsrett dersom aktiv dødshjelp skulle bli vedtatt som pasientrettighet. Det er vanskelig å unngå å tolke denne enigheten i utvalget annerledes enn at utvalget mener reservasjon i dette spørsmålet er *svært rimelig*. Men følger man kriteriene som utvalget selv har foreslått, så er det ingen krav til rimelighet der. Det innebærer også at dersom for eksempel en mannlig lege vil insistere på å slippe å måtte håndhilde på kvinnelige

pasienter (utfra en viktig samvittighetsoverbevisning), så mener utvalget at dette ikke kan avises på basis av *urimelighet* i den kultur og kontekst vi lever i (muligens kan kriterium 2 bli et motargument). Klinisk Etikkomite mener *rimelighet* burde ha vært lagt større vekt på for å kunne forankre samvittighetsnekt i allmenmoralen.

Klinisk Etikkomite mener også at utvalget møter seg selv i døren når det gjelder kriterium 2 og 3. For igjen å ta eksemplet med aktiv dødshjelp: Dersom dette en dag skulle bli en pasientrettighet, så er det på nåværende tidspunkt rimelig å anta at en betydelig andel av norske leger ville reservere seg. Det betyr at reservasjon vanskelig kunne finne sted uten at det var inngripende for tredjepart, og uten at det bød på problemer for arbeidsgiver. Dette er en situasjon som vi allerede kjenner med rituell omskjæring. Det har her vært betydelige utfordringer for arbeidsgiver rundt om i helseforetakene med å kunne etablere et pasienttilbud. Av de foreslåtte kriteriene synes det da å følge at man ikke burde kunne få innvilget reservasjon i slike saker.

Utvalgets kriterier treffer altså ikke godt på «åpenbare» reservasjonssaker. I de sakene hvor det synes rimelig at folk ønsker å reservere seg, vil nettopp konsekvenser for arbeidsgiver eller tredje part forhindre en fra å etterkomme reservasjonsønsket. Det leder til den paradoksale situasjon at bare reservasjonssaker som for de fleste fremstår som svært urimelig, vil oppfylle utvalgets tre kriterier. Vi risikerer å få en situasjon hvor arbeidstakere med svært sære og aparte samvittighetsoverbevisninger innvilges fritak fra bestemte arbeidsoppgaver, mens arbeidstakere med sterke og rimelige mindretalls samvittighetsoverbevisninger ikke kan innvilges fritak pga uheldige konsekvenser.

Utvalgets konklusjoner: Aktiv dødshjelp vs rituell omskjæring

Det er kun på ett område utvalget ser behov for å lovfeste ny reservasjonsrett, og det er ved aktiv dødshjelp dersom det skulle bli en pasientrettighet. Utvalget mener at «det ikke i noen av tilfellene [er] tvil om at dødshjelp er en så alvorlig handling at det er forståelig at dette kan stride mot dype moralske oppfatninger hos helsearbeidere.»

Om rituell omskjæring av guttebarn mener utvalget at det er «plausibelt» at motstand kan bygge på en dyp samvittighetsoverbevisning. Samtidig antyder man at det kanskje er en god ide å oppheve den lovmessige reservasjonsmuligheten som finnes der, til fordel for «lokalt skjønn» og «smidige løsninger». Spørsmålet om aktiv dødshjelp synes altså å være et mer åpenbart reservasjons-spørsmål for utvalget enn rituell omskjæring av guttebarn. Forklaringen fra utvalgets side er at «samvittighetsspørsmål som involverer 'liv og død'-spørsmål påkaller spesiell beskyttelse».

Klinisk Etikkomite ved St. Olav har vært dypt involvert i spørsmålet rundt rituell omskjæring av guttebarn, og blant annet arrangert et dialogseminar i 2016 med alle relevante kliniske disipliner samt ulike trossamfunn. Det er vår oppfatning at de samvittighetsoverbevisninger en del helsepersonell uttrykker i denne saken, ikke står noe tilbake for overbevisningene i «liv-død-spørsmål» verken når det gjelder dybde, viktighet eller intensitet. Kanskje heller tvert imot. Denne erfaringen klarer ikke samvittighetsutvalget å gi mening til.

Etter vår mening, er det ikke gitt at et spørsmål om liv og død er nærmere knyttet til samvittigheten enn enkelte andre spørsmål. Kanskje handler samvittighetsspørsmål vel så mye om at det aktuelle tilbudet strider mot fundamentale prinsipper og verdier i den praksisen man er en del av. Utvalget selv er inne på denne tanken, men fullfører den ikke. Typiske verdier eller prinsipper for vårt helsevesen er påbudet om å gjøre godt, ikke skade, å handle rettferdig og sist men ikke minst, å

respektere selvbestemmelse. For mange leger vil rituell omskjæring av guttebarn stå i skarp kontrast til *samtlig*e av disse prinsippene man er forpliktet på, og i særdeleshet det siste av dem – autonomiprinsippet.¹

Samvittighetsfrihet er viktig i et *liberalt demokrati* sier utvalget. Men da burde det være forståelig at kanskje et av de dypeste samvittighetsspørsmålene en helsearbeider i et slikt system kan oppleve, handler om å bli satt til å utføre helseintervensjoner som for dem synes å stride mot kjerneverdiene i et *liberalt* helsevesen. Liv-død-spørsmål står ikke i en særstilling.

Legge til rette for mer eller mindre reservasjon i helsevesenet?

Slik Klinisk Etikkomite ved St. Olav leser utvalget foreslår man snarere mindre lovfesting av reservasjonsrett enn mer (bortsett fra ved evt legalisering av aktiv dødshjelp). Samtidig foreslås det økt vektlegging av hensynet til samvittighetsfrihet i arbeidslivet, med lokale løsninger, smidighet og fleksibilitet som stikkord. Sannsynligvis vil dette lede til flere ønsker om reservasjon for ulike oppgaver basert på argumentet om samvittighetsfrihet.

KEK er skeptisk til tanken om å legge til rette for *mer* reservasjon. Vi mener samvittighetsutvalget i spørsmålet om samvittighetsfrihet har lagt for mye trykk på samvittigheten og for lite på friheten. Av og til behøver vi mennesker å komme fri fra samvittigheten. Toleranse som sådan trives best i en verden med aksept for moralsk «urenhet» fremfor moralsk «renhet». Vi behøver også å få øye på at jo mer vi vektlegger viktigheten av samvittighetsfritak desto mindre tiltro uttrykker vi til det liberale, diskuterende fellesskapet.

Klinisk Etikkomite (KEK) er likevel ikke avvisende til verdien av samvittighetsfritak i enkelte saker i et liberalt demokrati. Men vi mener at utvalget bommer når de hevder at «liv-død»-spørsmål (som f.eks. kan fortolkes som innsetting av spiral), påkaller mer beskyttelse enn andre spørsmål. Vi mener også at utvalgets kriterier ikke treffer optimalt for å identifisere kandidater for samvittighetsfritak. *Rimelighet* burde ha fått en mer sentral plass i utvalgets rapport.

Dette er en høringsuttalelse som nettopp diskuterer rimeligheten av Samvittighetsutvalgets standpunkter. Vi kommer aldri utenom en diskusjon av *rimelighet*, selv ikke ved samvittighetsfritak.

På vegne av Klinisk Etikkomite St. Olavs hospital,

Torbjørn Dahl, leder
Berge Solberg, sekretær

¹ Selvsagt foreligger det jo et samtykke fra foreldre til rituell omskjæring av guttebarn. Men for medisinske inngrep på barn gjelder jo generelt prinsippet om at foreldre bare kan samtykke til det som er å forstå som til barnets beste, slik at vi dermed kan *anta* et samtykke også fra barnet. Det er her mye helsepersonell i Norge sliter med å få øye på at vi kan legge et antatt samtykke til grunn for denne praksisen.

