

Samvittighetsfrihet og reservasjonsadgang i helsetjenesten: En undersøkelse av befolkningens holdninger



25.01.18

Prosjektoppgave av: Åse Elise Landsverk og Astrid Haaland Barlaup
Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo
Veileder: Morten Magelssen

ABSTRACT

Objective: Conscientious objection has been a topic of public debate in Norway, caused by the government's proposal to allow doctors to conscientiously object to certain procedures. The debate has shown that public opinion may influence the legislation. The purpose of this study was therefore to explore the attitudes of the public concerning «freedom of conscience» and conscientious objection in the health care system.

Methods: Questionnaires were distributed to Norwegian citizens through a web-based panel. Two variations of an introduction to the survey were employed. The respondents were randomized to receive one of two introductions, as well as a case with different variables.

Results/discussion: One thousand six hundred and fifteen responses to the questionnaire were received. The results of the questionnaire revealed that there was greatest resistance to conscientious objection regarding abortion and moderate resistance to euthanasia. The respondents were positive to conscientious objection to ritual circumcision. We found that the respondents' attitude concerning the procedure itself to a high degree predicted the attitude to conscientious objection to the same procedure. There was more resistance to conscientious objection to abortion referral compared to conscientious objection to performing abortion. The public is more tolerant to conditional conscientious objection compared to unconditional conscientious objection. The respondents are more positive regarding conscientious objection to performing abortion if the doctor is male and without known religious background, and less positive when the doctor is a Muslim female.

INNLEDNING

Bakgrunn for oppgaven

Høsten 2013 oppstod det i Norge en stor offentlig debatt vedrørende reservasjonsrett. Bakgrunnen for dette var at noen partier etter regjeringsskiftet ville åpne for at fastleger skulle ha mulighet til å reservere seg mot henvisning til abort. Debatten som fulgte, tydeliggjorde at samvittighetsfrihet og reservasjonsadgang i helsetjenesten er et tema som ikke bare engasjerer profesjonen selv, men hele befolkningen. Videre illustrerte den at i vårt demokratiske samfunn er befolkningens meninger av betydelig relevans for lovgivning: stor folkelig motstand mot fastlegers reservasjonsadgang førte til at forslaget ble skrinlagt. Dette er bakgrunnen for at vi i vår prosjektoppgave ønsket å undersøke nettopp befolkningens holdninger til samvittighetsfrihet og reservasjonsadgang i helsetjenesten.

Samvittighetsfrihet, reservasjonsadgang og reservasjonsrett

En samvittighetsoverbevisning er en moralsk overbevisning som har framkommet etter at personen har gjort grundig bruk av sin samvittighet (1). Samvittighetsfrihet er retten til å handle i samsvar med denne samvittighetsoverbevisningen. Prinsippet om samvittighetsfrihet ansees å være en naturgitt rettighet som anerkjennes både i FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter artikkel 18 (2) og den europeiske menneskerettskonvensjon artikkel 9 (3), følgelig er samvittighetsfrihet en fundamental verdi i demokratiske samfunn. Samvittighetsfrihet omfatter retten til «såvel offentlig som privat å gi uttrykk for sin religion eller overbevisning, ved tilbedelse, undervisning, praksis og etterlevelse» (3; vår kursivering).

Hva skjer når denne retten kommer i konflikt med plikter vi har som samfunnsborgere og i arbeidslivet? I visse tilfeller kan man som yrkesutøver pålegges oppgaver som strider mot ens samvittighet, dette betegnes som en samvittighetskonflikt. Når en arbeidstaker opplever en slik konflikt, kan det gi opphav til et såkalt reservasjonsønske, et ønske om å avstå fra en pålagt arbeidsoppgave på bakgrunn av en samvittighetsoverbevisning. Et reservasjonsønske kan være personlig betinget og/eller faglig betinget (1). Innen helsetjenesten kan eksempelvis et faglig eller profesjonsetisk betinget reservasjonsønske begrunnes i nedskrevne profesjonsspesifikke, etiske retningslinjer som *Etiske regler for leger*, eller ha opphav i en større felles oppfatning som at en lege skal handle etter de fire prinsippene om velgjørenhet, ikke skade, rettferdighet og respekten for selvbestemmelse. Det kan for eksempel dreie seg om at en lege avviser å bidra til en behandling som regnes som faglig forsvarlig, fordi han eller hun vurderer det annerledes, for eksempel ved å fremholde at avveiningen mellom potensiell gevinst og potensiell skade er ugunstig. En personlig begrunnelse for reservasjon kan ha opphav i en religiøs eller moralsk overbevisning som ikke er fagrelatert. Et personlig betinget reservasjonsønske ved aktiv dødshjelp kan for eksempel ha rot i Bibelens 5. bud, buddhismens ikkevold- prinsipp eller komme som følge av individuell refleksjon.

Når et slikt reservasjonsønske presenteres, må det gjøres en vurdering av hvorvidt ønsket skal innvilges, dernest om det skal være snakk om en reservasjonsadgang eller en reservasjonsrett. Reservasjonsadgang vil si at arbeidstakeren har *mulighet* til å avstå fra arbeidsoppgavene, følgelig er det ikke ulovlig for arbeidstakeren å reservere seg. I praksis vil dette ofte bety at en arbeidstaker kan få fritak fra oppgaven som medfører samvittighetskonflikt dersom oppgavene blir ivaretatt av andre, og det er praktisk gjennomførbart. Med begrepet reservasjonsrett menes at arbeidstakeren har en (ofte lovfestet) rett til å la være å utføre oppgaven. Selv om sondringen mellom reservasjonsadgang og reservasjonsrett ikke er helt presis, vil en reservasjonsrett typisk gi en sterkere rettighet for arbeidstaker, en rettighet som også kan prøves i rettssystemet.

Reservasjonsdebatten

Reservasjonsadgang ble en særlig aktuell problemstilling under debatten i 2013/2014. Helsepersonell hadde per da rett til å avstå fra å utføre eller assistere ved abortinngrep, men etter et rundskriv fra oktober 2011 ikke lenger reservasjonsadgang mot henvisning til abort (4). Som følge av regjeringsforhandlingene høsten 2013 sendte Helse- og omsorgsdepartementet i januar 2014 ut et høringsnotat som åpnet for at fastleger skulle ha mulighet til å reservere seg ved samvittighetskvaler knyttet til liv og død. Dette innebar blant annet at fastleger skulle ha reservasjonsadgang mot å henwise til abort, samt ved aktiv dødshjelp dersom det skulle bli tillatt. Det ble i høringsnotatet poengtert at en forutsetning for reservasjonsmuligheten var at det skulle tas stort hensyn til pasientene, og at reservasjonen i praksis ikke skulle være til belastning for kvinnen. Videre skulle det være opp til kommunene om de ønsket å inngå reservasjonsavtaler eller ikke. Med andre ord var det snakk om en reservasjonsadgang fremfor en reservasjonsrett. (5)

Sentralt i debatten som fulgte høringsforslaget, var om vedtaket ville være praktisk gjennomførbart eller ikke. Etter FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter artikkel 18 skal *«friheten til å utøve en religion eller tro ikke være gjenstand for andre begrensninger enn slike som er foreskrevet i lov og som er nødvendig for å beskytte den offentlige sikkerhet, orden, helse eller moral, eller andres grunnleggende rettigheter og friheter.»* (2) Når er en begrensning av samvittighetsfriheten nødvendig? Er det nødvendig å begrense fastlegers adgang til reservasjon for at pasienters rettigheter og interesser skal ivaretas? Motstanderne av reservasjonsretten la i dette spørsmålet vekt på at et møte med en reservasjonslege kunne virke fordømmende og ydmykende på pasienten, samt at hensynet til pasienten skulle veie tyngre enn hensynet til den ansatte/legen. Et annet argument var at arbeidsoppgaver i strid med samvittigheten ikke kunne regnes som tvang, da ingen tvinges til å være fastlege. De som forsvarte reservasjonsretten, argumenterte med at samvittighetsfrihet er et viktig liberalt prinsipp og menneskerett, samt at yrkesetikken kan svekkes dersom kritiske røster fjernes (6). Et sentralt spørsmål var hvorvidt medvirkning gjennom henvisning kan ansees som etisk problematisk. Reservasjonsmotstanderne argumenterte med at resultatet uansett ville bli det samme. I boken «Menneskeverd i klinikk og politikk» argumenterer Magelssen på den andre siden at *«henvisning til omstridt behandling (f.eks. abort) er en del av handlingskjeden med den samme intensjonen om at behandlingen skal finne sted. En slik henvisning kan innebære en alvorlig krenkelse av en dyp overbevisning hos legen på lik linje med å utføre selve handlingen. Henvisningen kan medføre alvorlige samvittighetskvaler for en del leger.»* (7) Følgelig kan et reservasjonsønske mot henvisning til abort regnes som etisk velbegrunnet uten selvmotsigelser.

Reservasjon ved aktiv dødshjelp og rituell omskjæring

Et annet argument fra forsvarerne av reservasjonsretten var at dersom man ikke tillot reservasjon i tilfelle med henvisning til abort, er det grunn til å tro at det heller ikke vil tillates for andre omstridte tilfeller i fremtiden, som blant annet aktiv dødshjelp. Aktiv dødshjelp er per i dag ulovlig i Norge, men er tillatt i blant annet Nederland og Sveits. Begrepet aktiv dødshjelp omfatter både legeassistert selvmord og eutanasi. Tradisjonelt har idéen om å innføre aktiv dødshjelp møtt mye motstand blant leger (og politikere), dog har man sett en mer positiv holdning på befolkningsnivå. Dersom aktiv dødshjelp innføres i Norge, skal man da ha lov til å reservere seg mot henvisning og utførelse? Reservasjonsønske ved aktiv dødshjelp kan begrunnes både profesjonsetisk og personlig. Eksempler på slike reservasjonsbegrunnelser kan være ikke-skade-prinsippet, at det er galt å ta liv, videre at aktiv dødshjelp kan oppleves som et press for syke og eldre som er redd for å være en byrde for samfunnet. Av disse grunner vil mange si at reservasjonsadgang ved aktiv dødshjelp er

ønskverdig om ikke helt selvfølgelig.

Fra januar 2015 ble rituell omskjæring av gutter et lovfestet offentlig helsetilbud i Norge. (8) Man ønsket gjennom dette å minske risikoen for komplikasjoner, hovedbegrunnelsen var med andre ord skadereduksjon (1). Når det gjelder reservasjon, står det i lov om rituell omskjæring § 4 at: «I den grad det ikke hindrer et forsvarlig tilbud, skal det tas hensyn til helsepersonell som av samvittighetsgrunner ikke ønsker å utføre eller assistere ved slike inngrep.» (8) Det kan hevdes at det således var snakk om en reservasjonsadgang fremfor en reservasjonsrett, da adgangen var begrenset av forutsetningen om at reservasjon ikke skulle svekke tilbudet.

Samvittighetsutvalget

Regjeringens løsning på reservasjonsdebatten ble å fjerne fastlegers henvisningsplikt til abort. Fastleger pliktet heretter å ha konsultasjonen med abortsøkende kvinner, men skulle ikke lenger henvise. Forslaget ble satt i verk i januar 2015 og innebar også at fastlegene ikke kunne reservere seg mot å henvise til assistert befruktning eller forskrive/innsette prevensjonsmiddel (1). Bortfallet av henvisningsplikten gjorde at debatten la seg, men besvarte ikke det mer grunnleggende spørsmålet om hvorvidt samvittighetskvaler skal kunne gi reservasjonsadgang fra å utføre pålagte arbeidsoppgaver. 13. mars 2015 oppnevnte regjeringen Samvittighetsutvalget. Utvalget fikk i mandat å utrede nettopp forhold omkring yrkesutøveres samvittighetskvaler og samvittighetsfrihet i arbeidslivet og utførelse av arbeidsoppgaver (1).

Samvittighetsutvalget kom i sin utredning frem til at det ved vurdering av fritak ved samvittighetskonflikter i arbeidslivet bør stilles tre spørsmål:

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?»*

Videre skriver de «at det første kriteriet alltid må være oppfylt for at det i det hele tatt skal gi mening å vurdere samvittighetsbasert reservasjon. Kravet om reservasjon står sterkere dersom flere kriterier er oppfylt. Dersom alle de tre kriteriene er oppfylt, mener utvalget det bør legges til rette for reservasjon.» (1).

Tidligere forskning på temaet

Det er fra tidligere lite norsk forskning på holdningene til reservasjonsadgang og reservasjonsrett. En spørreundersøkelse gjort i 2013 blant 531 medisinstudenter på femte og sjette året viste at 53 % av medisinstudentene var for reservasjonsadgang ved utførelse av abort, 10,2 % var for reservasjonsadgang ved henvisning til abort. Videre aksepterte 89,3 % reservasjon mot aktiv dødshjelp og 71,9% reservasjon mot rituell omskjæring, 20,8 % aksepterte reservasjonsadgang ved samvittighetskvaler generelt (9).

I forbindelse med reservasjonsdebatten ble det utført noen enkle undersøkelser i befolkningen. I en spørreundersøkelse utført av Aftenposten januar 2014 svarte 67 % nei og 25 % ja på spørsmål om fastleger burde ha tilgang til å reservere seg mot henvisning til abort (10). I en tilsvarende undersøkelse utført av VG februar 2014 svarte 21,6 % ja og 66,2 % nei på samme spørsmål (11).

NOBAS (Norwegian Bioethics Attitude Survey) 2015 og 2017

Vi undersøkte befolkningens holdning til samvittighetsfrihet gjennom et spørsmålsett distribuert til befolkningen. Spørsmålsettet var en del av en større spørreundersøkelse kalt NOBAS 2017. Formålet til NOBAS (Norwegian Bioethics Attitude Survey) er å se på

befolkningens holdninger til bioetikk og medisinsk etikk, og samtidig se på spørsmål omkring spørreskjemametodologi. I 2015 ble holdninger til tema rundt begynnelsen og slutten av livet kartlagt. I 2017 var hovedfokus holdninger til klinisk etikk, med fire hovedtema: 1. Samvittighetsfrihet og reservasjonsadgang. 2. Fosterdiagnostikk. 3. «Religiøs framing». 4. Pasienter og pårørendes medvirkning i medisinske beslutninger (12).

Framing-effekt og spørreskjemaundersøkelser

Noe av det vi ønsket å undersøke i studien var betydningen av framing. «Framing» er et begrep som beskriver hvordan fremstilling og kontekstualisering av et emne kan gi utslag på hva respondenter svarer på holdningsspørsmål i spørreskjemaundersøkelser. «Framing-effekt» i spørreskjemaundersøkelser er velkjent og godt dokumentert i sosialpsykologi. (13)

På grunn av den subjektive karakteren til holdningsspørsmål viser det seg å være en utfordring å verifisere disse spørsmålene i spørreskjemaundersøkelser. Svar på holdningsspørsmål kan være påvirket av generelle verdier og ideologisk predisposisjon. Luker (1984) argumenterer for at holdninger mot abort stammer fra grunnleggende holdninger/syn på religion, kvinners rolle og seksuell frihet (13). Wilson og Hodges utarbeidet «The file drawer model», om hvordan folk flest billedlig talt oppsøker en mental fil med deres evaluering når de får spørsmål om holdning til et hvilket som helst tema, alt fra legalisering av aktiv dødshjelp til ananas på pizza. Med dette mente de at holdninger ofte er pre-eksisterende og stabile vurderinger rundt et emne, og at evalueringen ikke oppdateres før ny informasjon tvinger det frem (13). Det viser seg imidlertid at det ikke alltid er slik. Holdninger blir derimot ofte til *når* spørsmålet stilles, og det er nettopp det spørreskjemaeksperiment utnytter gjennom framing.

Chong og Druckman mener at framing skjer når endringer i presentasjonen av et emne eller en hendelse kan gi relativt betydelig endring i holdning/mening. De skriver «*The major premise of framing theory is that an issue can be viewed from a variety of perspectives and be construed as having implications for multiple values or considerations. Framing refers to the process by which people develop a particular conceptualization of an issue or reorient their thinking about the issue.*» (14)

Svar på holdningsspørsmål kan påvirkes av for eksempel ordbruk. Det er gjort flere studier på denne «ordbruks-effekten». Det er for eksempel større støtte i allmennheten for bruk av offentlige midler til «å stoppe den stigende kriminalitetsraten» enn på «rettshåndhevelse», større støtte til å bruke penger på «hjelp til de fattige» enn «trygd». Tourangeau et al. peker på at den enkleste forklaring på dette er at respondenter uten bestemte tanker om et relativt snevert emne utleder svar på grunnlag av generelle verdier. De skriver «*Part of the reason why answers to attitude questions can shift so dramatically in response to seemingly minor changes in question wording or context is that these changes can alter how respondents apply their general values in answering the questions*» (13). Ulik terminologi kan gi forskjellige tolkninger, assosiasjoner og følelser hos respondenten. Det er også flere studier som indikerer at konteksten har effekt på svarene, spesielt spørsmålet rett før. Det kan være en følge av at tanker og følelser som er blitt trigget av sammenhengen, føres over og påvirker responsen til de resterende spørsmålene.

Ifølge Magelssen et. al. har spørreskjemaeksperimentet og framing-effekt fått liten oppmerksomhet innen bioetikk og –politikk. Dette er påfallende med tanke på medias interesse av å kartlegge holdninger til helsepersonell og befolkningen generelt rundt kontroversielle bioetiske tema via spørreskjema. Resultatene blir brukt i den offentlige debatten rundt disse temaene. Magelssen peker på at bidragsytere til debatten i ulike bioetiske

spørsmål må være klar over denne potensielle framende effekten som kan påvirke spørreskjemaresultater, og tolke resultatene i lys av dette (15).

METODE

Som en del av NOBAS-undersøkelsen 2017, formulerte vi seks hypoteser om befolkningens holdninger til samvittighetsfrihet og reservasjonsadgang. Ut fra disse hypotesene ble det utarbeidet to spørsmålssett, med tematikk rundt tre sentrale reservasjons-problemstillinger: aktiv dødshjelp, rituell omskjæring og abort.

Hypotese 1

Den første hypotesen vi utformet var *«Befolkningens holdninger til reservasjon avhenger av hva slags prosedyre det er snakk om å reservere seg mot; andelen som er hhv. positiv og negativ til reservasjon, er ikke konstant, men varierer fra prosedyre til prosedyre.»* Dette forsøkte vi å påvise gjennom det første spørsmålssettet. Påstandene/spørsmålene omhandler reservasjonsadgang generelt og reservasjonsadgang knyttet til spesifikke prosedyrer som aktiv dødshjelp, rituell omskjæring og abort.

Hypotese 2

Vår andre hypotese var *«Respondentenes moralske vurdering av selve prosedyren man vil reservere seg mot, påvirker synet på reservasjon på en slik måte at høyere grad av støtte til prosedyren korrelerer med lavere grad av støtte til reservasjon, og vice versa.»* Med denne hypotesen ønsket vi å finne ut om respondentens holdninger rundt selve prosedyren, i dette tilfelle abort og aktiv dødshjelp, påvirker respondentens syn på legers mulighet til å reservere seg mot den aktuelle prosedyren. For å undersøke vår hypotese ble våre resultat sammenlignet med delundersøkelse 3 av NOBAS 2017, hvor spørsmålene omhandlet respondentens syn på abort og aktiv dødshjelp.

Hypotese 3

«Befolkningens responser er påvirkelige av hvordan temaet «frames» (framstilles og kontekstualiseres). Nøkkelord som «menneskerettigheter» og «toleranse» leder til økt aksept for reservasjonsadgang; begrep som «reservasjonsrett», «nekte å utføre arbeidsoppgaver» fører til redusert aksept.» Denne hypotesen ble testet ved at de to randomiserte gruppene fikk ulike versjoner av en innledende tekst med en framende effekt før spørsmålssettene. Den første gruppen fikk en innledning med vektlegging av toleranse og samvittighetsfrihet som et ideal og grunnleggende menneskerettighet, ment til å ha en positiv-framende effekt. Den andre gruppen fikk innledning med negativ-framende effekt, ved bruk av begrep som reservasjonsrett og nekte å utføre arbeidsoppgaver. Dernest var vi opptatt av den påvirkning disse innledningene kunne ha på resultatene av de påfølgende spørsmålssettene.

Hypotese 4 og 5

Hypotese 4 og 5 lyder respektivt: *«Befolkningen er mer positiv til reservasjon mot å utføre en omstridt prosedyre enn til reservasjon mot henvisning til samme prosedyre.»* og *«Temaet reservasjonsadgang vekker følelser, og noen respondenters svar vil bli påvirket av aspekter ved situasjonsbeskrivelser som vanligvis ikke tillegges moralsk betydning, slik som kjønn og religiøs tilhørighet.»* For å teste disse hypotesene ble en «case» presentert til respondentene. Halvparten fikk en case som omhandlet reservasjon mot henvisning til abort, andre halvparten fikk en tilsvarende case om reservasjon mot utførelse av abort (hypotese 4). Videre ble respondentene randomisert til ulike variabler knyttet til legen for å teste effekten av faktorer som vanligvis ikke tillegges moralsk betydning, slik som kjønn og religion (hypotese 5). Respondentene skulle så ta stilling til hvorvidt de ønsket å innvilge reservasjonsadgang og

reservasjonsrett til den aktuelle legen.

Hypotese 6

«Befolkningen er mer positiv til lokalt avtalt reservasjonsadgang enn til lovfestet reservasjonsrett.» I spørsmål 1-2 testes denne hypotesen ved direkte spørsmål om reservasjonsadgang skal være en lovfestet rett, og om helsepersonell skal kunne avstå fra arbeidsoppgaver gjennom lokale avtaler, både generelt og i tilknytning til aktiv dødshjelp og rituell omskjæring. I spørsmål 5-6 blir lignende spørsmål stilt etter en kort case om reservasjon mot henvisning eller utførelse av abort.

Som tidligere nevnt, fikk respondentene tilfeldig tildelt én av to mulige innledninger, etterfulgt av seks spørsmål fordelt på to spørsmålssett. Som beskrevet under hypotese 3, var tanken bak de to ulike innledningene å undersøke hvilken grad respondentene ble påvirket av hvordan temaet ble fremstilt. Innledning 1 var: «*Samvittighetsfrihet er retten til å handle i samsvar med egen samvittighet. Samvittighetsfrihet regnes som en grunnleggende menneskerettighet. I hvilken grad skal vi som samfunn vise toleranse? Bør arbeidstakere ha rett til å si nei til visse arbeidsoppgaver av samvittighetsgrunner?*». Innledning 2 lød: «*Iblant nekter arbeidstakere å utføre visse arbeidsoppgaver av samvittighetsgrunner. Hvor bør samfunnet sette grensen? Bør arbeidstakere ha reservasjonsrett mot visse arbeidsoppgaver?*»

Det første spørsmålssettet bestod av fire påstander. De første to påstandene omhandlet generelt reservasjonsadgang og reservasjonsrett. Tredje påstand omhandlet reservasjon mot å utføre omskjæring av gutterbarn, og fjerde påstand reservasjon mot utførelse av aktiv dødshjelp. Som tidligere nevnt, ble andre spørsmålssett innledet med en case bestående av ulike variabler rundt legens profil og selve prosedyren legen vil reservere seg mot. Respondentene ble randomisert til de ulike variablene. Legens profil varierte mellom muslimsk kvinne, muslimsk mann, kristen kvinne, kristen mann, mann (uten å omtale religion/livssyn) og kvinne (uten å omtale religion/livssyn). Selve prosedyren legen reserverer seg mot, var enten å utføre abort eller henvisne til abort. Casen ble etterfulgt av to påstander respondentene skulle svare på. Første påstand omhandlet reservasjonsadgang hvor pasient blir ivaretatt av en kollega, og andre påstand om lovfestet reservasjonsrett. Respondentene hadde 5 svaralternativer ved alle 6 spørsmål: helt uenig, litt uenig, verken enig eller uenig, litt enig og helt enig.

	Første spørsmålssett: Ta stilling til påstandene
1.	Generelt bør helsepersonell kunne avstå fra arbeidsoppgaver av samvittighetsgrunner, gjennom lokale avtaler som sikrer pasienten hjelp av en kollega.
2.	Generelt bør helsepersonell ha lovfestet rett til å avstå fra arbeidsoppgaver av samvittighetsgrunner.
3.	Leger bør kunne avstå fra å utføre rituell omskjæring av gutterbarn.
4.	Hvis aktiv dødshjelp blir tillatt i Norge, bør leger kunne avstå fra å utføre dette.

	Andre spørsmålssett
	En kvinnelig lege vil avstå fra å utføre abort . Legen er muslim . (Variabler: kvinnelig – mannlig; utføre abort – henvisne til abort; Legen er muslim – Legen er kristen – <ingenting>.)
	Ta stilling til påstandene:
5.	Legens ønske om å avstå bør respekteres, så lenge det kan legges til rette for i praksis og pasienten er sikret hjelp av en kollega.
6.	Leger bør ha en lovfestet rett til reservasjon i slike tilfeller.

Undersøkelsen ble utført i februar 2017. Respons Analyse, et kommersielt firma som blant annet utfører spørreundersøkelser, ble benyttet til å distribuere spørreskjemaet til befolkningen gjennom deres nasjonalt representative web-panel. Respondentene ble informert om undersøkelsen via e-post, inklusjonskriteriene var at respondenten måtte være over 16 år, videre måtte samtlige spørsmål besvares for at svarene skulle registreres. Deltakelsen var frivillig og anonym.

Analysene ble gjort etter vektning. En del av resultatene er oppgitt som gjennomsnittstall på en 5-poengs Likert skala (graderingsskala) der 1 tilsvarer helt uenig, 2 = litt uenig, 3 = verken enig eller uenig, 4 = litt enig og 5 tilsvarer helt enig.

MANOVA, kort for «multivariate analysis of variance», er en statistisk metode brukt for å sammenligne flere avhengige variabler. Innhentet data ble analysert med MANOVA for å finne signifikante forskjeller i respondentenes svar ut fra respondentenes demografiske subgrupper (alder, kjønn, utdanning og livssyn).

RESULTAT

Totalt ble 18976 respondenter invitert til å delta på undersøkelsen, av disse ble 6 stykker ansett å være utenfor målgruppen. Av 1926 påbegynte besvarelser falt 309 fra underveis. Vi stod da igjen med 1615 utfylte spørreskjemaer hvilket tilsvarer en responsrate på 8,5 %. Tabell 1 viser den demografiske fordelingen av respondentene. I forkant av analysene ble det foretatt vektning for at respondentene bedre skulle gjenspeile befolkningens demografi (etter tall hentet fra ssb.no)

Tabell 1 Respondentenes demografiske karakteristika.

Karakteristika		N (vektet)	% (vektet)	N (%) (uvektet)
Kjønn	Kvinne	804	49,7	811 (50,2)
	Mann	813	50,3	806 (49,8)
Alder	18-24	193	11,9	110 (6,8)
	25-34	282	17,5	233(14,4)
	35-44	289	17,9	254 (15,7)
	45-54	287	17,7	308 (19,0)
	55+	567	35,0	712 (44,0)
Utdanningsnivå	Grunnskole	74	4,6	74 (4,6)
	Videregående skole	430	26,7	396 (24,5)
	Universitet/høyskole ≤3 år	443	27,5	460 (28,5)
	Universitet/høyskole >3 år	647	40,2	658 (40,7)
	Ubesvart	15	0,9	18 (1,1)
Religion/livssyn	Ikke troende	753	46,7	728 (45,0)
	Kristen	685	42,5	710 (43,9)
	Muslim	2	0,01	3 (0,02)
	Annen religion	24	1,5	23 (1,4)
	Ubesvart	149	9,2	148 (9,2)

Befolkningens syn på samvittighetsfrihet og reservasjonsrett

På spørsmål om helsepersonell bør ha reservasjonsadgang ved samvittighetskvaler, svarer 22,1 % at de er helt uenig, 20,6 % litt uenig, 12,7 % verken enig eller uenig, 29,4 % litt enig og 15,2 % helt enig. En mer motvillig holdning sees når det er snakk om reservasjonsrett, 31,8 % svarer at de er helt uenig, 22,5 % litt uenig, 13,7% verken enig eller uenig, 19,6 % litt enig og 12,3 % helt enig.

Særlig positiv er befolkningen til reservasjon når omskjæring er problemstillingen. På dette spørsmålet svarer 5,5 % at de er helt uenig, 5,5 % litt uenig, 9,2 % verken enig eller uenig, 20,4 % litt enig og hele 59,9 % sier de er helt enige. En positiv holdning sees også til reservasjon ved aktiv dødshjelp, 8,7 % er helt uenig, 10,2 % litt uenig, 12,0 % verken enig eller uenig, 24,6 % litt enig og 44,5 % er helt enig.

Tabell 2 Befolkningens syn på reservasjonsrett og reservasjonsadgang.

	Spørsmål 1 (Reservasjon akseptabelt ved lokale avtaler)	Spørsmål 2 (Reservasjon akseptabelt – lovfestet rettighet)	Spørsmål 3 (Reservasjon mot rituell omskjæring)	Spørsmål 4 (Reservasjon mot aktiv dødshjelp)
Helt uenig	22,1 %	31,8 %	5,5 %	8,7 %
Litt uenig	20,6 %	22,5 %	5,5 %	10,2 %
Verken enig eller uenig	12,7 %	13,7 %	9,2 %	12,0 %
Litt enig	29,4 %	19,6 %	20,4 %	24,6%
Helt enig	15,2 %	12,3 %	59,9 %	44,5 %

Tabell 3 viser befolkningens holdning til reservasjonsadgang (spørsmål 5) og reservasjonsrett (spørsmål 6) for utførelse og henvisning til abort. Oppsummert er befolkningen mer positiv til reservasjonsadgang enn reservasjonsrett, og mer positiv til reservasjon mot utførelse av abort enn mot aborthenvisning. Respondentene har en svak positiv holdning til reservasjonsadgang mot å utføre abort. Resultatene varierer fra 3,12 til 3,52 på Likert skala (etter variasjon i legens profil) som tilsvarende «verken enig eller uenig» i retning «litt enig». For reservasjonsadgang ved henvisning til abort er motstanden større, resultatet varierer fra 2,44 til 2,90, som vil tilsvare «verken enig eller uenig» i retning «litt uenig».

Spørsmål 6 undersøkte det samme, men da var problemstillingen rett til reservasjon fremfor adgang til reservasjon. For spørsmålet om leger skulle ha *rett* til å reservere seg mot å utføre abort varierte resultatet fra 2,90 til 3,19, altså et gjennomsnitt tilsvarende «verken enig eller uenig». Størst motstand er det når spørsmålet er om leger skal ha reservasjonsrett mot henvisning til abort med en variasjon fra 2,47 til 2,67, altså ligger gjennomsnittet mellom «litt uenig» og «verken enig eller uenig».

Tabell 3 Holdninger til reservasjonsadgang og reservasjonsrett. Effekt av variasjon i legens profil (kjønn og livssyn) på 5-poengs skala (standardavvik i parentes).

Reservasjonens innhold og legens profil	Spørsmål 5 Reservasjonsadgang	Spørsmål 6 Reservasjonsrett	
Utføre abort	Muslimsk kvinne	3,12 (1,53) ^{a,c,d}	2,44 (1,52) ^{a,c}
	Muslimsk mann	3,19 (1,52) ^b	2,76 (1,51)

	Kristen kvinne	3,34 (1,50)	2,68 (1,47)
	Kristen mann	3,46 (1,47)	2,76 (1,53)
	Kvinne	3,41 (1,44)	2,64 (1,51)
	Mann	3,52 (1,50)	2,90 (1,55)
Henviser til abort	Muslimsk kvinne	2,96 (1,59)	2,67 (1,52)
	Muslimsk mann	3,16 (1,53)	2,67 (1,51)
	Kristen kvinne	2,90 (1,59)	2,48 (1,51)
	Kristen mann	3,13 (1,53)	2,48 (1,54)
	Kvinne	3,19 (1,59)	2,63 (1,63)
	Mann	3,15 (1,59)	2,47 (1,55)

^a = Signifikant lavere skår enn for mannlige leger (mann), $p < 0,05$

^b = Signifikant lavere skår enn for mannlige leger (mann), $p < 0,10$

^c = Signifikant lavere skår enn for kristne mannlige leger, $p < 0,10$

^d = Signifikant lavere skår enn for kvinnelige leger (kvinne), $p < 0,10$

Betydning av reservasjonens innhold

Av resultatene over kan vi lese at holdningen til reservasjon varierer etter hvilken prosedyre det er snakk om. Størst motstand er det mot reservasjon når problemstillingen er abort, mest positiv til reservasjon er befolkningen i tilfellet med omskjæring, mellom disse to kommer reservasjon mot å utføre aktiv dødshjelp. Videre ser vi at det er større motstand til reservasjonsadgang og reservasjonsrett for leger ved henvisning til abort enn ved reservasjon fra å utføre aborten. Folket er mer positiv til reservasjonsadgang fremfor reservasjonsrett både hva gjelder generelt ønske om reservasjon ved samvittighetskvaler (spm 1 vs spm 2) og når problemstillingen er abort (spm 5 vs spm 6).

Effekt av framing

Som det fremgår av tabell 4 finner vi få signifikante framing-effekter. Framing-effekten er kun signifikant for spørsmål 2, altså når problemstillingen er en generell rett til reservasjon ved samvittighetskvaler (2,48 vs 2,66, $p < 0,05$). Videre merker vi oss at denne effekten er motsatt av hva framingen skulle tilsi; gruppen som fikk den positivt framede innledningen, er mest negativ til reservasjon. For spørsmål 1, 3 og 4 er det ingen signifikant forskjell på de to gruppene.

Som det fremgår av tabell 5, har menn en signifikant lavere skår enn kvinner for spørsmål 1 og 2 for innledning 1, altså har kvinner en mer positiv holdning til reservasjonsadgang og reservasjonsrett enn menn. Denne effekten finner vi ikke for innledning 2.

Tabell 4 Analyse av innledningens innvirkning på åtte spørsmål om reservasjon ved samvittighetskvaler (Mean Likert-score fra MANOVA).

Variabler		Spørsmål 1 (Reservasjon akseptabelt ved lokale avtaler)	Spørsmål 2 (Reservasjon akseptabelt – lovfestet rettighet)	Spørsmål 3 (Reservasjon mot rituell omskjæring)	Spørsmål 4 (Reservasjon mot aktiv dødshjelp)
Totalt					
Introduksjons- versjoner	# 1 («positiv framing»)	2,885	2,479	4,209	3,827
	# 2 («negativ framing»)	2,976	2,657**	4,238	3,899

** = $p < .05$

Tabell 5 Effekt av framing og kjønn på resultatene (Mean Likert-score fra MANOVA).

Variabler		Spørsmål 1 (Reservasjon akseptabelt ved lokale avtaler)	Spørsmål 2 (Reservasjon akseptabelt – lovfestet rettighet)	Spørsmål 3 (Reservasjon mot rituell omskjæring)	Spørsmål 4 (Reservasjon mot aktiv dødshjelp)
Kjønn		Mann Kvinne	Mann Kvinne	Mann Kvinne	Mann Kvinne
Introduksjons- versjoner	# 1 («positiv framing»)	2,721 ^{ab} 3,050	2,308 ^{ab} 2,649	4,223 4,195	3,797 3,857
	# 2 («negativ framing»)	2,944 3,009	2,677 2,636	4,251 4,224	3,892 3,906

^a = menn skårer signifikant lavere enn kvinner, $p < 0,05$

^b = menn skårer signifikant lavere med introduksjon 1 sammenlignet med introduksjon 2, $p < 0,05$

Betydning av legens profil

Med det andre spørsmålssettet ønsket vi å se om variasjoner i situasjonsbeskrivelsen, som kjønn og religiøs tilhørighet, ville påvirke respondentenes svar. Tabell 3 viser betydningen av legens profil. Når problemstillingen er reservasjonsadgang mot å utføre abort, er det størst motstand når legen oppgis å være muslimsk kvinne (3,12), skåren er signifikant lavere enn for mannlige leger uten oppgitt religiøs tilhørighet (3,12 vs 3,52. $p < 0,05$), mannlige kristne leger (3,12 vs 3,46. $p < 0,1$) og kvinnelige leger uten religiøs tilhørighet (3,12 vs 3,41. $p < 0,1$). Det er ingen signifikant forskjell når legen er kristen kvinne. Videre ser vi at det er signifikant mer motstand mot reservasjonsadgang ved utførelse av abort når legen er muslimsk mann versus når legen er mann uten oppgitt religiøs tilhørighet (3,19 vs 3,52 $p < 0,1$). Liknende resultater finner vi for reservasjonsrett mot å utføre abort. Igjen finner vi størst motstand i befolkningen når legen er en kvinnelig muslim (2,44), skåren er signifikant lavere enn for mannlige leger uten oppgitt religiøs tilhørighet (2,44 vs 2,90. $p < 0,05$) og mannlige kristne leger (2,44 vs 2,68. $p < 0,1$). Når problemstillingen er reservasjonsadgang og reservasjonsrett ved henvisning til abort, er det ingen signifikante forskjeller i resultatene ved variasjon i legens

profil. Oppsummert er befolkningen mest positiv til innvilgning av reservasjon når legen er mann uten kjent religiøs tilhørighet, og mest negativ når legen er kvinnelig muslim.

Demografiske variabler

I tillegg til å undersøke effekten av legens profil ønsket vi å se i hvilken grad variasjon i respondentens demografiske data hadde noe å si for resultatene. Det fremgår av tabell 6 at den yngste aldersgruppen (18-24 år) er signifikant mer positiv til reservasjonsadgang (spørsmål 1) enn alle andre aldersgrupper og signifikant mer positiv til reservasjonsrett enn de to eldste aldersgruppene (45-54 år og 55+). De med mest utdanning (> 3 år høyere utdanning) er signifikant mer positiv til reservasjon ved aktiv dødshjelp (spørsmål 4). Kristne er signifikant mer positive til reservasjon enn ikke-religiøse for spørsmål 1,2, 5 og 6.

Til sist ønsket vi å se i hvilken grad respondentens eget syn på abort og aktiv dødshjelp forklarer/predikerer synet på reservasjon mot prosedyren. Vi undersøkte også andre variabler, som betydning av kjønn, alder, og *responstid*, det vil si hvor lang tid respondenten har brukt på å svare. Av regresjonsmodellene, tabell 7 og 8, kan vi lese at respondentens eget syn på de to prosedyrene i svært høy grad predikerer respondentens syn på reservasjon mot det samme, jo mer positiv respondenten er til prosedyren, jo mer negativ er han/hun til reservasjon mot det samme. For aktiv dødshjelp fant vi at syn på prosedyren hadde en høysignifikant effekt, alder hadde en moderat effekt ($p = 0,027$). Jo høyere alder, jo mer negativ holdning har respondenten til reservasjon. Kjønn og responstid hadde ingen signifikant forklaringsverdi. Effektstørrelsen for spørsmålet om reservasjon ved aktiv dødshjelp var 0,103 ($p < 0,001$). Det vil si at variablene kumulativt har 10,3 % forklaringsverdi på resultatet. For reservasjon ved utførelse av abort var synet på prosedyren en høysignifikant variabel for reservasjonsadgang og reservasjonsrett. Alder, kjønn og responstid hadde ikke signifikant effekt. Effektstørrelsen for spørsmålet om reservasjonsadgang var 0,072 og 0,159 ved reservasjonsrett. Det vil si at variablene forklarer henholdsvis 7,2 og 15,9 % av resultatet.

Vi valgte å se nærmere på reservasjonssynet til respondentene som svarte at de var *helt enig* eller *helt uenig* i prosedyrene abort og aktiv dødshjelp. Vi fant at de som var imot prosedyren i stor grad ville innvilge reservasjonsadgang mot samme prosedyre. Blant respondentene som anga å være *helt enig* i at det bør være tilgang til selvbestemt abort første 12 svangerskapsuker, svarte 43,7% at de var helt eller litt *uenig* i at det burde være reservasjonsadgang og 48,9 % at de var helt eller litt *enig*. Blant de som var helt *uenig* i at det burde være selvbestemt abort første 12 uker, var 12,5 % litt enig og 77,8 % helt enig i at det burde være reservasjonsadgang. I gruppen som var helt *enig* i at aktiv dødshjelp bør tillates for pasienter som er døende, svarte 31 % at de var helt eller litt *uenig* at det burde være mulig å reservere seg, 59,3% litt eller helt *enig*. Blant de som var helt *uenig* i at aktiv dødshjelp bør tillates for pasienter som er døende, svarte 4,1 % litt enig og 87,1 % helt enig i at det burde være tilgang til reservasjon.

Tabell 6

Variabler		Spm 1	Spm 2	Spm 3	Spm 4	Spm 5	Spm 6
Total							
Aldersgrupper	18-24	3,364 ^a	2,804 ^b	4,026	4,140	3,507	2,919
	25-34	3,172	2,729	4,042	3,938	3,230	2,905
	35-44	2,862	2,514	4,006	3,842	3,012	2,578

	45-54	2,870	2,371	4,064	3,846	3,052	2,668
	55+	2,938	2,421	3,884	3,901	3,163	2,712
Kjønn	Mann	2,974	2,531	4,023	3,948	3,232	2,802
	Kvinne	3,109	2,605	3,987	3,918	3,154	2,711
Utdanningsnivå	Grunnskole	3,152	2,489	4,212	3,871	3,449	3,192
	Videregående	3,172	2,776	4,083	3,967	3,400	2,912
	≤ 3 år høyere utdanning	2,982	2,548	4,039	3,865	3,183	2,704
	> 3 år høyere utdanning	3,224	2,686	3,870	4,111 ^c	3,300	2,743
	Livssyn	Ikke troende	2,651	2,276	4,226	3,685	2,867
	Kristen	3,140 ^d	2,821 ^d	4,311	4,012	3,421 ^d	3,027 ^d
	Muslim	4,254	3,225	2,659	4,692	3,700	3,721
	Annen religion	2,557	2,156	4,252	3,708	2,947	2,431

^a = Signifikant høyere skår enn for alle andre aldersgrupper, $p < 0,05$

^b = Signifikant høyere skår enn for de to eldste aldersgruppene, $p < 0,05$

^c = Signifikant høyere skår enn for gruppene med mindre enn 3 års høyere utdanning, $p < 0,05$

^d = Signifikant høyere skår enn for ikke troende, $p < 0,05$.

Tabell 7 Sammenheng mellom respondentens alder, kjønn, responstid, samt egne holdninger til aktiv dødshjelp, og holdninger til legens reservasjon mot deltakelse i prosedyrer i forbindelse med aktiv dødshjelp.

	Beta	t	Sig.
Holdninger til aktiv dødshjelp – hvis personen er døende	-0,209	-6,433	0,000
Holdninger til aktiv dødshjelp – hvis personen har en uhelbredelig, kronisk sykdom (men ikke døende).	-0,144	-4,444	0,000
Kjønn	0,024	1,150	0,251
Alder	-0,053	-2,212	0,027
Responstid	-0,013	-0,530	0,596
R ²	0,103***		

*** = $p < 0,001$

Tabell 8 Sammenheng mellom kjønn, alder, responstid, samt respondentens holdning til abort, og respondentens holdning til reservasjonsadgang og reservasjonsrett ved utførelse av abort.

	Holdning til reservasjonsadgang			Holdning til reservasjonsrett		
	Beta	t	Sig.	Beta	t	Sig.
Holdning til abort	-0,265	-6,433	0,000	-0,396	-17,268	0,000
Kjønn	0,028	1,148	0,251	0,012	0,513	0,608

Alder	0,012	0,482	0,630	0,025	1,089	0,276
Responstid	-0,009	-0,396	0,692	-0,015	-0,666	0,506
R ²	0,072***			0,159***		

*** = $p < 0,001$

Tabell 9 Sammenheng mellom synet på prosedyren (abort og aktiv dødshjelp) og reservasjon mot det samme.

		I de første 12 svangerskapsukene bør abort være selvbestemt		Aktiv dødshjelp bør tillates for pasienter som er døende	
		Helt uenig	Helt enig	Helt uenig	Helt enig
Det bør være reservasjonsadgang	Helt uenig	5,6 %	27,1 %	2,9 %	16,1 %
	Litt uenig	2,8 %	16,6 %	3,5 %	14,0 %
	Verken enig eller uenig	1,4 %	7,5%	2,4 %	10,7 %
	Litt enig	12,5 %	28,1%	4,1 %	26,0 %
	Helt enig	77,8 %	20,8%	87,1 %	33,3 %

DISKUSJON

Hypotese 1

Innledningsvis gjorde vi rede for en spørreundersøkelse gjort blant medisinstudenter (9). Denne viste at graden av aksept for reservasjon varierte med hvilken type prosedyre det var snakk om. Vi fant det plausibelt at dette funnet ville være overførbart til befolkningen som helhet, og postulerte følgende hypotese: *Befolkningens holdninger til reservasjon avhenger av hva slags prosedyre det er snakk om å reservere seg mot; andelen som er hhv. positiv og negativ til reservasjon varierer fra prosedyre til prosedyre.*

Undersøkelsen vår fant størst motstand til reservasjon når den aktuelle prosedyren var abort, noe mer tolerant var befolkningen ved aktiv dødshjelp. Særlig positiv var befolkningen til reservasjon ved rituell omskjæring. Dette resultatet bekrefter vår første hypotese.

Samvittighetsutvalget la til grunn for reservasjonsadgang at arbeidstakers ønske om reservasjon mot å utføre bestemte arbeidsoppgaver var begrunnet i en dyp og viktig samvittighetsoverbevisning (1). Vi fant at innholdet i dette reservasjonsønsket var av betydning for om befolkningen ville innvilge det. Når vi tar for oss ulike reservasjonsønsker, kan man se for seg en skala fra viktig til ikke så viktig, og fra i høy grad allment akseptert til i liten grad allment akseptert. Tradisjonelt sett har reservasjonsønsker i situasjoner som omhandler liv og død-spørsmål vært ansett som særlig viktige. For eksempel vil de fleste anse militærnekting på grunn av pasifisme som både uproblematisk og viktig (1). Imidlertid fant vi at befolkningen var mest positiv til reservasjon ved rituell omskjæring, det eneste spørsmålet som *ikke* omhandler liv og død.

Bakgrunnen for dette funnet er trolig at respondentens grunnholdning til prosedyren i stor grad predikerer hvorvidt de aksepterer reservasjon mot det samme (jf. hypotese 2). Når vi diskuterer bakgrunnen for respondentenes syn på *reservasjon*, vil det således være naturlig å diskutere bakgrunnen for respondentens syn på *prosedyren*. I dagens samfunn er fri abort i stor grad akseptert og ansett som lite kontroversielt, dette bekreftes i NOBAS 2017 hvor 84 % svarer at de er litt eller helt enig i at det bør være selvbestemt abort frem til 12. svangerskapsuke. Videre kan man tenke seg at da fri abort har vært ansett som en viktig sak i kampen for kvinners rettigheter, vil noen mene at tilgang til reservasjon er en trussel mot kvinnefrigjøring. Denne hypotesen støttes ved at «Forsvar abortloven - Nei til reservasjonsretten» var hovedparolen på kvinnedagen 2014 (16). Hva gjelder aktiv dødshjelp, fant NOBAS 2017 at 74,2 % var helt eller litt enig i at dette burde tillates for dødende pasienter, 50 % var helt enig eller litt enig i at aktiv dødshjelp burde tillates ved uhelbredelig, kronisk sykdom. Likevel fant vi at 69 % var litt enig eller helt enig i at det burde være tilgang til reservasjon. Dette kan skyldes at også de som er for aktiv dødshjelp, anerkjenner at dette er et vanskelig liv/død-spørsmål. Videre er aktiv dødshjelp fortsatt ikke tillatt i Norge og kan dermed ansees som mer kontroversielt enn for eksempel abort. Årsaken til at befolkningen er såpass positiv til reservasjon ved rituell omskjæring, kan være at dette er en relativt ny problemstilling i vestlige samfunn, samt at den religiøse begrunnelsen bak ønske om rituell omskjæring vil være lite tolerert i vårt sekulariserte samfunn. I tillegg til synet på prosedyren kan man tenke seg at *type* begrunnelse for reservasjonsønske er av betydning (jf. hypotese 5). Eksempel på begrunnelse for reservasjonsønske ved rituell omskjæring kan være at man ikke synes det er rett at en helsearbeider utfører prosedyrer som ikke har noen helsegevinst, men derimot potensielt kan skade barnet (ikke skade-prinsippet), særlig da barnet selv ikke har mulighet til å uttale seg. For mange (særlig ikke-religiøse) vil en slik faglig eller profesjonsetisk begrunnelse trolig være lettere å tolerere enn en personlig, religiøs begrunnelse (jf. hypotese 5).

Hypotese 2

Det har vært vårt inntrykk i spørsmål om reservasjon at ens egen grunnholdning til en prosedyre vil påvirke hvilket syn man har på reservasjon mot samme prosedyre. Dette gav opphav til vår andre hypotese: *Respondentens moralske vurdering av selve prosedyren man vil reservere seg mot, påvirker synet på reservasjon.*

Vi fant at for spørsmål om reservasjon mot utførelse av abort og aktiv dødshjelp ble synet på reservasjon i svært høy grad predikert av synet på prosedyren. Jo mer positiv respondenten er til aktiv dødshjelp og abort, jo mer negativ vil han/hun være til reservasjon mot det samme. Tilsvarende fant vi svært høy grad av aksept for reservasjon mot en prosedyre blant de som anga å være negative til prosedyren. Resultatene bekrefter hypotesen vår.

Det kan for mange kanskje virke intuitivt at dersom man selv er for en prosedyre vil det være mer eller mindre automatikk i at man vil være imot reservasjon mot det samme.

Dersom vi tar utgangspunkt i kriteriene til samvittighetsutvalget, kan man derimot argumentere at hvorvidt et reservasjonsønske bør innvilges, *ikke* er et spørsmål om i hvilken grad man selv tolererer prosedyren, men om det er «*forståelig for andre borgere at de grunnene som arbeidstaker oppgir for reservasjon er dypt forankret i vedkommendes samvittighet.*» (1). Begrunnelsen for reservasjonsønsket vil derfor være av betydning, vi har allerede diskutert at en faglig begrunnelse for reservasjon for mange vil være lettere å tolerere enn en personlig begrunnelse. Det vil i en befolkning naturlig være stor variasjon i ønske om reservasjon og grad av toleranse overfor dette. For å bevare livssynsminoriteters rettigheter i

samvittighetsspørsmål krever dette at minoriteten har plikt til å argumentere for sitt syn, samt majoritetens åpenhet og respekt for minoritetens opplevelse (1). Følgelig kunne bakgrunnen for funnene våre være at de som ønsker å reservere seg, i for liten grad har klart å gi uttrykk for/innblikk i hvorfor de ønsker det, eller manglende toleranse fra respondentenes side. Studien vår indikerer at en stor andel av befolkningen *ikke* resonnerer og begrunner sitt syn på reservasjon innenfor det nevnte rammeverket om toleranse for minoritetsoppfatninger som kan sies å ligge til grunn for bestemmelsene om samvittighetsfrihet i internasjonale erklæringer.

Hypotese 3

Et annet aspekt vi ville se på i befolkningsundersøkelsen, var hvordan reservasjonsadgang kan «frames» ved ulik fremstilling og kontekstualisering av temaet. Den tredje hypotesen vi utformet, lyder: «*Befolkningens responser er påvirkelige av hvordan temaet «frames» (framstilles og kontekstualiseres). Nøkkelord som «menneskerettigheter» og «toleranse» leder til økt aksept for reservasjonsadgang; begrep som «reservasjonsrett», «nekte å utføre arbeidsoppgaver» fører til redusert aksept.*» Interessen av å se på dette har bakgrunn i hvordan tidligere undersøkelser har vist en sammenheng mellom spørsmålsstilling og påvirkning av respondentenes svar. I 2005 ble det i Australia utført en undersøkelse om aktiv dødshjelp gjennom intervju ansikt til ansikt. Respondentene fikk spørsmål som beskrev aktiv dødshjelp på forskjellige måter. Bare 34% svarte ja på spørsmålet «Do you believe that a doctor should be able to deliberately bring about a patient's death?» mens hele 79% svarte ja på spørsmålet «Do you support the idea of euthanasia?» og 70 % svarte ja på «Do you believe that a doctor should be able to assist a patient to die?». (17) En norsk studie fra 2016, av Magelssen et. al., demonstrerte framing-effekt gjennom en befolkningsundersøkelse om holdninger til aktiv dødshjelp. Det ble påvist moderate til store effekter av både ordvalg og spørsmålsrekkefølge da befolkningen besvarte spørsmål om eutanasi og lege-assistert selvmord (15).

Det fremgår av resultatene at framing-effekten kun var signifikant når problemstillingen er en generell rett til reservasjon ved samvittighetskvaler (spm 2). På tross av vår hypotese om at innledning 1 med «plussord» skulle påvirke respondentene til økt aksept av reservasjon, var det derimot de respondentene som ble randomisert til innledning 1, som var mest negative.

Det er interessant at resultatene indikerer en paradoksal effekt av den positivt framende innledningen. Reservasjonsdebatten skapte en del reaksjoner i befolkningen, og det kan tenkes at denne paradoksale effekten er et resultat av at respondenten blir provosert av den positivt vinklede innledningen og dermed responderer negativt. Det er verdt å merke seg at det kun var én av seks påstander som viste signifikant forskjell, dette svekker betydningen av funnet: Den statistisk signifikante sammenhengen vi har funnet, kan være en spuriøs sammenheng, og vår hypotese er i så fall avkrefet. En mulig forklaring på at det ikke er flere sammenhenger å finne, er at innledningene ikke var forskjellige nok. Fokuset i den første innledningen er samvittighetsfrihet som menneskerettighet og toleranse. Den andre innledningen fokuserer på «å nekte», sette grenser, reservasjonsrett. Men på tross av at innledningene har ulikt ordbruk og fremtoning, kan det diskuteres hvor sterkt framende effekt ordene har. Det kan tenkes at ordbruken i innledningene ikke var virkningsfull nok til å gi en klar påvirkning i verken den ene eller andre retningen.

En annen mulig forklaring er at respondentene svarer i affekt, på bakgrunn av deres umiddelbare tanker rundt temaet reservasjon, uten å lese innledningen. Mot dette taler at registreringen av respondentenes tidsbruk på spørreundersøkelsen indikerer at de fleste har

brukt god tid på undersøkelsen. Det er derfor grunn til å tro at de fleste har lest innledningen.

Hypotese 4

På bakgrunn av den norske debatten og protestene rundt reservasjonsrett formulerte vi den fjerde hypotesen; *«Befolkningen er mer positiv til reservasjon mot å utføre en omstridt prosedyre enn til reservasjon mot henvisning til samme prosedyre.»*

Vi fant i undersøkelsen større motstand til reservasjonsadgang og reservasjonsrett for leger ved *henvisning* til abort enn ved reservasjon ved utførelse av abort. Dette støtter vår hypotese. Ut i fra det norske ordskiftet i media og politikk knyttet til reservasjonsdebatten kommer ikke dette resultatet overraskende. Et sentralt spørsmål i diskusjon rundt resultatet er i hvilken grad arbeidstakers nærhet til handlingen skal være av betydning (1). Det oppleves mer selvfølgelig at en arbeidstaker skal få innvilget reservasjonsønske ved utførelse av abort versus henvisning til det. Dette støttes i norsk lovgivning. Helsepersonells rett til å reservere seg mot å utføre abort har ikke vært problematisert etter at det ble vedtatt i 1978. Ifølge abortforskriften §15 har helsepersonell en rett til å fritas fra å utføre/assistere ved svangerskapsavbrudd hvis helsepersonell ønsker det av samvittighetsgrunner. Denne retten gjelder imidlertid ikke for stell og pleie før, under og etter svangerskapsavbruddet (4). I sistnevnte tilfelle vil arbeidstakers nærhet til prosedyren være mindre.

Man kan likevel argumentere at det vesentlige ikke er nærheten til prosedyren, men hvorvidt den gitte arbeidsoppgaven kan gi samvittighetskvaler. Ved spørsmål om reservasjonsadgang ved henvisning til abort bør da fokuset være hvorvidt henvisning til abort i seg selv kan gi store samvittighetskvaler, ikke at utførelse av abort anses som vanskeligere. Som nevnt innledningsvis kan henvisning til omstridt behandling oppleves som å være en del av handlingskjeden med den samme intensjonen at behandlingen skal finne sted, og kan oppleves like krenkende ovenfor legens samvittighet som utførelse av samme prosedyre (7).

Reservasjonsmotstandere kan på den andre siden argumentere at resultatet uansett vil være det samme, reservasjon mot å henvise gir liten mening dersom man følger en konsekvensetisk argumentasjon. Når pasienten overlates til en kollega som foretar selve henvisningen, blir allikevel ikke aborten avverget, og konsekvensen av handlingene endres ikke. Dydsetisk derimot vil reservasjon mot å henvise gi mening. Det kan være rett å avstå fra å ta del i en handling, selv om handlingen ikke kan avverges. Da er det ikke bare det endelige utfallet som har betydning, men også handlingens motivasjon, intensjon og samvittighet.

Reservasjonsmotstanderne argumenterte også med at reservasjonsinnvilgelse kunne være en trussel for selvbestemt abort. Vi har vanskelig for å finne en god begrunnelse for dette argumentet, da retten til selvbestemt abort har en svært sterk posisjon i vårt samfunn (jf. hypotese 1). Et annet argument var at reservasjonsinnvilgelse kunne virke belastende for pasienten, dette diskuteres nærmere under hypotese 6.

Hypotese 5

Vår femte hypotese var: *«Temaet reservasjonsadgang vekker følelser, og noen respondenters svar vil bli påvirket av aspekter ved situasjonsbeskrivelser som vanligvis ikke tillegges moralsk betydning, slik som kjønn og religiøs tilhørighet.»* Vår interesse av å undersøke dette hadde bakgrunn i hvordan det offentlige ordskiftet i Norge har vært rundt kristendom, islam og forholdet mellom religion og politikk. Som hypotesen understreker, har vi inntrykk av at legens profil kan påvirke respondentenes svar, selv om det i prinsippet ikke burde være utslagsgivende, da det ikke er av moralsk betydning.

Vi fant størst motvilje mot å innføre reserwasjonsadgang og reserwasjonsrett ved utførelse av abort når legen er muslimsk kvinne. Videre fant vi at det er større motstand mot reserwasjonsadgang ved utførelse av abort når legen er muslimsk mann versus når legen er mann uten oppgitt religiøs tilhørighet. Dette er i tråd med vår hypotese om at legenes profil er av betydning. Ved reserwasjonsadgang og reserwasjonsrett ved henvisning til abort er det derimot ingen signifikante forskjeller i resultatene ut i fra legens profil.

Høsten 2017 kom det frem fra en undersøkelse utført av Holocaust-senteret, at 27 prosent av befolkningen har muslimfiendtlige holdninger, en av fire i befolkningen gir uttrykk for motvilje mot muslimer, og en av fem ønsker ikke å ha en muslim som nabo eller i vennekretsen (18). Det er mulig vi gjennom vår befolkningsundersøkelse er vitne til disse fordommene. Professor i teologi ved Universitetet i Oslo, Marius Timman Mjaaland, har skrevet kronikker i Aftenposten hvor han problematiserer at det norske og europeiske samfunnet har en underliggende mistanke overfor de som tror annerledes, og at det er en frykt for at religion undergraver staten. Han mener at denne frykten fører til intoleranse (19). Det må derimot påpekes at sammenhengen vi ser ved reserwasjonsadgang og reserwasjonsrett til å utføre abort, ikke er tilstede ved neste hovedspørsmål som omhandler henvisning til abort. Om det er en reel effekt, så er det påfallende at det ikke gjenfinnes. Det må derimot nevnes at det er mer motstand generelt til reserwasjon mot henvisning enn til reserwasjon mot utførelse av omstridt prosedyre, noe som ble bekreftet gjennom befolkningsundersøkelsen (se hypotese 4).

Resultatet vi finner, er av statistisk signifikans, men om effektstørrelsen har en reel signifikans av betydning, kan diskuteres. Med andre ord, hva betyr egentlig resultatet? Det oppgis som sagt størst motstand mot reserwasjonsadgang for utførelse av abort for kvinnelig muslimsk lege, med 3,12 poeng på 5-poengs Likert-skala, altså «verken enig eller uenig». Samtidig kan man se «polariseringen» hos en mannlig kollega uten religiøs tilknytning med 3,53 som er mellom «verken enig eller uenig» og «litt enig». Da poengene oversettes tilbake til det respondentene svarer, blir den tilsynelatende reelle effekten mindre enn man kanskje kunne tro ved første øyekast.

Religion og livssyn til den aktuelle legen som vil reservere seg, kan ofte være begrunnelsen til reserwasjonsønsket. I arbeidet med å utforme studien hadde vi også postulert en hypotese om hvorvidt legens begrunnelse for reserwasjon ville påvirke respondentenes syn på reserwasjonsadgang. Hypotesen lød: «Befolkningen er mer positiv til reserwasjon begrunnet i faglige hensyn, legetikk eller allmenntikk, enn reserwasjon begrunnet i religion og religiøs etikk.» Tanken bak hypotesen var å presentere den Hippokratiske ed og ikke skade-prinsippet som begrunnelse for reserwasjonsønske ved omstridte prosedyrer, og dermed peke på etiske begrunnelser som ikke nødvendigvis er assosiert med religion. Denne hypotesen gikk dessverre ut, da det var behov for forenkling av studien.

Hypotese 6

At kampen mot reserwasjon for leger er blitt ansett som en kvinnesak, tydeliggjør at det finnes en frykt for at reserwasjon skal svekke kvinners rettigheter. Det er vårt inntrykk at denne frykten er større når det er snakk om reserwasjonsrett enn ved reserwasjonsadgang, en slik lovfestet rett kan overkjøre pasienthensyn som er moralsk relevante i større grad enn ved reserwasjonsadgang. Dette gav opphav til vår sjette hypotese: *Befolkningen er mer positiv til lokalt avtalt reserwasjonsadgang enn til lovfestet reserwasjonsrett.*

Det fremkommer i undersøkelsen at befolkningen er mer tolerant ovenfor reserwasjonsadgang

enn reservasjonsrett. Dette bekrefter vår hypotese.

Samvittighetsutvalget hadde i tillegg til kravet om dyp og viktig samvittighetsoverbevisning ytterligere to kriterier man måtte ta hensyn til i spørsmål om innvilgelse av reservasjonsønske. Det andre kriteriet var hensynet til en tredjepart, det tredje at reservasjon skulle være praktisk gjennomførbart (1). Reservasjonsadgang vil i større grad enn reservasjonsrett ta hensyn til disse faktorene. Dersom mange leger ønsker å reservere seg, for eksempel mot rituell omskjæring, risikerer man at tilbudet ikke kan bestå. I slike tilfeller er innvilgelse av reservasjon problematisk eller uaktuelt sett fra arbeidsgivers og statens perspektiv. Problematiske er det også dersom reservasjon fører til økt arbeidsbelastning hos kolleger, slik at et fåtall må utføre en omstridt prosedyre, eller dersom det er praktisk lite gjennomførbart i form av at turnuser må gjøres om eller det er store deler av ens pålagte arbeid en ikke kan utføre (1).

Under reservasjonsdebatten var reservasjonsforsvarene klare på at kvinnens rettigheter skulle ivaretas. Likevel var det stor motstand. Hva er bakgrunnen for å være imot reservasjonsadgang? I spørsmålet om abort vil noen argumentere at fri abort er så viktig at dersom en kvinne kan oppleve det vanskelig at en lege reserverer seg, vil dette være viktigere å ta hensyn til enn legens overbevisning. Her er ikke problemet praktiske konsekvenser for kvinnen, men heller en uønsket symboleffekt. Dersom samfunnet tolererer reservasjon på et gitt grunnlag, anerkjenner og aksepterer man verdien bak reservasjonsønske, dette kan oppleves krenkende for tredjeparten. I slike tilfeller må man veie alvorligheten av symboleffekten opp mot viktigheten av reservasjonsadgangen. Symboleffekten ved reservasjonsadgang for utførelse av abort har aldri vært problematisert, men ved henvisning ble dette av mange ansett som et svært viktig poeng i debatten. Noen vil si at dette er rart, da symboleffekten vil være den samme i begge tilfeller, at abort er et vanskelig etisk dilemma. Forskjellen er likevel at dersom pasienten får vite at hennes fastlege er reservert, kan symboleffekten oppleves sterkere enn på sykehus der kvinnen kun vil møte leger som ikke har reservert seg (1). På den andre siden kan man argumentere at dersom reservasjonsadgang ved henvisning til abort oppleves krenkende for pasienten, er det et uttrykk for at abort er et etisk vanskelig tema som igjen understreker reservasjonsgrunnlaget. I dagens samfunn er det liten tvil om at det er mer «tabu» å være mot abort enn å være for det. Dersom det ikke innføres reservasjonsadgang, kan det føre til en uønsket symboleffekt for de kvinner som ikke ønsker abort. Eksempelvis er det flere eksempler på kvinner som har opplevd abortpress både fra omkrets, helsepersonell og samfunn i forbindelse med påvist sykdom hos fosteret eller graviditet under vanskelig sosiale forhold. Symboleffekten kan med andre ord gå begge veier og kan dermed anses som et svakt argument mot reservasjon mot henvisning til abort. Symboleffekten kan sies å være et resultat av vårt demokratiske samfunn; i et land der ytringsfriheten står så sterkt som i Norge, kan man ikke forvente å bli skånet for meninger som strider med ens egne.

Diskusjon av resultatene rundt demografiske variabler

Dataene ble MANOVA-testet, og resultatet av analysen er presentert i tabell 6.

Alder

Det ser ut til at den yngste aldersgruppen (18-24 år) er signifikant mer positiv til reservasjonsadgang i spørsmål 1 sammenlignet med resterende aldersgrupper, og signifikant mer positiv til reservasjonsrett enn de to eldste aldersgruppene (45+). Det kan tenkes at den yngste gruppen ikke har fulgt med/engasjert seg i reservasjonsdebatten på samme måte som den eldre generasjon. I forlengelse av dette kan det tenkes at den yngre generasjon ikke har

satt seg inn/har samme forhold til kampen om selvbestemt abort fra 70-tallet, som de eldre respondentene har.

Kjønn

Det er ingen signifikant forskjell mellom kjønnene for resultatene av de fem spørsmålene. Tar vi hensyn til framingen, fremgår det i tabell 5 at menn har en signifikant lavere skår enn kvinner for spørsmål 1 og 2 for innledning 1, altså har kvinner en mer positiv holdning til reservasjonsadgang og reservasjonsrett enn menn. Denne effekten finner vi ikke for innledning 2. Det at vi finner denne forskjellen kun for innledning 1, skyldes trolig forskjell i framing mellom kvinner og menn. Vi fant at menn hadde en signifikant lavere skår enn kvinner for introduksjon 1 versus introduksjon 2 for spørsmål 1 og 2. Således kan man si at menn i større grad enn kvinner lar seg påvirke av innledningen, men at effekten vi ser, er motsatt av hva framingen skulle tilsi. Det er derfor nærliggende å tenke at det er menn som står for den paradoksale framing-effekten beskrevet under hypotese 3. Det er verdt å merke seg at denne effekten kun var tilstede for spørsmål 1 og 2. Dette kan indikere at sammenhengen er tilfeldig og ikke reell.

Utdanning

Resultatene viser at respondenter med 3 år eller lengre utdanning ved universitet/høyskole har signifikant høyere skår ved spørsmål 4, reservasjonsadgang ved aktiv dødshjelp, sammenlignet med resten av respondentene. Skåren 4,11 tilsvarer «litt enig» på Likert-skala. Det observeres at resultatene til de andre gruppene på samme spørsmål er 3,87-3,97 altså nært opp imot «litt enig». Av alle seks spørsmål og 4 utdanningsalternativ, totalt 24 «resultatanalyser», er det bare ett signifikant resultat. Dette svekker resultatets betydning; med signifikansnivå 5 % vil man i snitt forvente at én av 20 analyser viser statistisk sammenheng i et tilfeldig materiale. Det er likevel verdt å merke seg at man i NOBAS 2015 fant at respondenter med > 3 års høyere utdanning var signifikant mer skeptisk til eutanasi enn respondenter med lavere utdanning (9). Når vi nå har bekreftet at synet på prosedyren i høy grad predikerer synet på reservasjon mot det samme, blir dette funnet enda mer aktuelt.

Livssyn

Respondenter som oppgir at de er kristne, er signifikant mer positive sammenlignet med ikke-troende respondenter til reservasjonsadgang og reservasjonsrett generelt (spørsmål 1 og 2) og tilknyttet casen rundt abort (spørsmål 5 og 6).

Dette er ikke uventet, da kristendommen tradisjonelt har frontet livets ukrenkelighet helt fra unnfangelsen til naturlig død. Det er verdt å merke seg at gruppen kristne her består av en heterogen gruppe mennesker, både med tanke på deltakelse i menighet/trosliv og hvilken betydning troen har i livet deres. Det er plausibelt å tro at vi for eksempel hadde funnet enda større forskjeller i resultatene dersom vi hadde sett på gruppen av kristne som oppgav å oppsøke sitt trossamfunn ofte.

Svakheter ved studien

Seleksjonsbias

Responsraten var 8,5 %. Dette kan være en mulig feilkilde, da den svært lave svarprosenten gir usikkerhet i hvorvidt svarene er representative for befolkningen. Vi har forsøkt å redusere denne usikkerheten gjennom vektning samt selektiv invitasjon av respondenter for at respondentene bedre skal gjenspeile befolkningens demografi. Det kan likevel foreligge forskjeller mellom de som ble invitert, men ikke besvarte undersøkelsen, og de som svarte. En mulig feilkilde er derfor seleksjonsbias av typen non-response bias. Det kan også foreligge en

frafallsbias, da det var et frafall på 16 %. Eksempelvis kan en tenke seg at det er større interesse rundt etiske spørsmål i gruppen som besvarte undersøkelsen, enn blant dem som ikke deltok eller ikke fullførte undersøkelsen. Om så er tilfelle, ville kanskje en høyere responsrate gitt mindre polariserte svar og med en større andel i «verken enig eller uenig»-gruppen.

Pre-test framing

Ordbruk i media rundt reservasjonsdebatten kan ha hatt en framende effekt med betydning for befolkningens holdninger og dermed resultatene av undersøkelsen. Gjennom å peke på den *moralistiske* fastlegen med reservasjonsønske som *nekter* den *svake* part hennes rettigheter, ble allmennheten allerede i media presentert med en negativt framet virkelighet.

Ordvalg har også hatt betydning i debatter rundt etiske dilemmaer ved tidligere anledninger. Solbakk og Magelssen ved Senter for medisinsk etikk, UiO, poengterer nemlig dette i en kronikk i avisen Vårt Land datert 22.02.14, at bruk av eufemismer (forskjønnende omskriving av tabubelagt sak) i debatt rundt etiske dilemmaer kan skjønnele virkeligheten og dermed beskytte mot moralsk ubehag. De mener blant annet at begrepet «fosterreduksjon» er med på å ufarliggjøre at et foster fjernes til fordel for et annet foster, og dermed forvrenger hva som moralsk står på spill. Også bruk av begrepet «pre-embryo» i debatten rundt forskning på menneskelige embryoer på slutten av 1980-tallet hadde samme effekt (20). Ordbruken rundt disse temaene kan dermed i stor grad virke «framende» på befolkning.

Det er interessant å problematisere om vi hadde sett samme skepsis til reservasjonsadgang dersom befolkningsundersøkelsen hadde kartlagt holdninger før reservasjonsdebatten. Fra abortloven ble vedtatt, var det en uformell reservasjonsmulighet for leger, frem til 2011 da det kom krav om henvisningsplikt. Det var på dette tidspunktet flertall i Rådet for legeetikk og landsstyret i Legeforeningen om at fastleger burde ha reservasjonsmulighet. Forutsetningene for reservasjon var som følger: Legens ønske bør være kjent, men dersom kvinnen henvender seg, skal hun møtes med empati, respekt og uten moralisme. Legen skal på forhånd ha avtale med en navngitt kollega som kan bistå kvinnen, og hun skal ikke oppleve vesentlige praktiske ulemper. Videre kan kommunen avslå å ansette en fastlege dersom ikke alle disse kravene er oppfylt (21). Holdning til reservasjon i befolkningen før debatten i 2013/14 er verken undersøkt eller tallsatt, og holdningen blant legestanden kan ikke direkte overføres til resultatene fra NOBAS 2017, da det er en annen kategori respondenter.

Resultatenes betydning på samfunnsnivå

Bakgrunnen for at vi i vår prosjektoppgave ønsket å undersøke nettopp befolkningens holdning til samvittighetsfrihet og reservasjonsadgang var tanken om at befolkningens meninger har stor betydning for politiske beslutninger i vårt demokratiske samfunn. Det vil derfor være av interesse å diskutere hvilken betydning funnene våre har på samfunnsnivå. Innledningsvis omtalte vi samvittighetsfrihet som en viktig verdi i samfunnet, understøttet av både den europeiske menneskerettskonvensjon (3) og FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (2). Samvittighetsutvalget konkluderte at man burde tilstrebe innvilgelse av reservasjonsønsker dersom det var praktisk gjennomførbart og ikke er inngripende for tredjeparten. Likevel fant vi at «kun» 45 % var helt enig eller litt enig i at det bør være reservasjonsadgang ved samvittighetskvaler, 42 % var helt uenig eller litt uenig. Kan denne tilsynelatende motstanden mot samvittighetsfrihet anses som et uttrykk for manglende toleranse? Toleranse defineres av store norske leksikon som «anerkjennelse av andres rett til å mene noe annet enn det man selv eller flertallet mener, og *anerkjennelse av andres rett til å leve i samsvar med sine meninger*» (22; vår kursivering). Vi fant at hvorvidt respondenten var for eller imot innvilgelse av et reservasjonsønske, tilsynelatende ikke var et resultat av nøye refleksjon rundt reservasjon i henhold til samvittighetsutvalgets kriterier, men heller et resultat

av ens eget syn på prosedyren, samt faktorer som vanligvis ikke tillegges moralsk betydning, slik som arbeidstakers kjønn og religion. Et av de mest interessante funnene i vår studie er nettopp denne diskrepansen mellom hva befolkningen legger til grunn for reservasjonsinnvilgelse, og hva reservasjonsrett-teoretikere (som samvittighetsutvalget) legger til grunn for reservasjon.

Er resultatene våre et uttrykk for at samvittighetsfriheten er truet? Man kan tenke seg flere uønskede samfunnsmessige konsekvenser dersom samvittighetsfriheten svekkes. Eksempelvis kan rekrutteringen til yrket svekkes, særlig fra særskilte grupper. Man kan eksempelvis se for seg at det blir svært få religiøse leger. Dette er ikke bare diskriminerende overfor de som ikke ble leger på grunn av manglende reservasjonsadgang, men kan også oppleves diskriminerende overfor hele gruppen samfunnsborgere som er religiøse. Diskriminering eller opplevelse av diskriminering kan føre til økt avstand mellom majoriteten og minoritetene. Vi har allerede foreslått at noe av årsaken til at folk er imot reservasjonsadgang, kan være at minoriteten i for liten grad har gitt uttrykk for hvorfor de ønsker det, og at majoriteten i for liten grad respekterer disse ønskene. Vi fant større skepsis mot reservasjon når legen var muslimsk. Dersom avstanden mellom gruppene øker, kan det føre til enda større grad av fremmedfrykt og fiendskap i majoriteten, samt isolasjon og eventuelt radikalisering av minoriteten (1).

Vi har fremstilt samvittighetsfrihet som et viktig demokratisk prinsipp, men er samvittighetsfrihet bare uproblematisk? Som vi har gjort rede for, kan samvittighetsfriheten være problematisk dersom den går utover tredjeparten eller får praktiske konsekvenser som ikke er tolererbare. Dette har vært tilfelle i Italia hvor ca. 70 % av landets gynekologer har reservert seg mot å utføre abort. Abortloven i Italia gir helsepersonell rett til å reservere seg av samvittighetsgrunner mot handlinger som er spesifikke og nødvendige for at aborten skal inntreffe. I 2012 ble det sendt inn klage mot Italia til Europarådet fra *International Planned Parenthood Federation European Network*. Klagen hevdet at situasjonen i Italia var et brudd på retten til helsehjelp, på grunn av utilstrekkelig beskyttelse av retten til selvbestemt abort i form av et begrenset helsetilbud til abortsøkende kvinner (23). Reservasjonsadgang kan også bli problematisk dersom det fører til reservasjonspress innad i en gruppe, for eksempelvis hvis en kristen føler han/hun må reservere seg mot å utføre abort på bakgrunn av en forventning om dette i sitt kristne miljø (1).

Etisk godkjenning

Da undersøkelsen ikke involverte pasienter og falt utenfor helseforskningsloven, var det ikke behov for godkjenning gjennom REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk). Studien har blitt godkjent av personvernombudet ved NSD (Norsk senter for forskningsdata).

KILDEHENVISNING

1. NOU 2016: 13. Samvittighetsfrihet i arbeidslivet. Oslo, Arbeids- og sosialdepartementet; 2016.
2. De forente nasjoner [Internett].Oslo: FN; PDF-fil:Konvensjon om sivile og politiske rettigheter.pdf artikkel 18. [hentet 17-11-17].Tilgjengelig fra: <http://www.fn.no/Om-FN/Avtaler/Menneskerettigheter/Konvensjon-om-sivile-og-politiske-rettigheter>
3. Menneskerettsloven. 1999. Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett, 1999-05-21 nr. 30.
4. Abortforskriften. 2001. Forskrift om svangerskapsavbrudd (abortforskriften), 2001-06-15 nr.635.
5. Regjeringen. Høringsnotat reservasjonsordning fastleger. [Internett]. Oslo: regjeringen; 2014 [hentet 2016-12-02] Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/a91e67b1c3694e0fbb9388a15944df22/horingsnotat_reservasjonsordning_fastleger_210114.pdf
6. Bjarte Onsrud. "Debatten om fastlegers reservasjonsrett: en systematisk oversikt og analyse av argumentene i det offentlige ordskifte [Prosjektoppgave]. Oslo: Universitetet i Oslo;2014. 18 s..
7. Magelssen, Menneskeverd i klinikk og politikk. Utgave 1. Oslo:Lunde forlag;2013. 168 s. s. 144-147
8. Lov om rituell omskjæring av gutter. 2014. Lov om rituell omskjæring av gutter, 2014-06-20 nr. 40.
9. Nordstrand SJ, Nordstrand MA, Nortvedt P, Magelssen M. Medical students' attitudes towards conscientious objection: a survey. J Med Ethics. 2014;40(9):609-12.
10. Aftenposten. To av tre sier nei til reservasjon for leger. [Internett]. Oslo: Aftenposten; 2014[hentet 2016-12-07]. Tilgjengelig fra: <https://www.aftenposten.no/norge/politikk/i/0E1Wo/To-av-tre-sier-nei-til-reservasjon-for-leger>
11. VG. Motstanden mot reservasjon øker. [Internett].Oslo: VG; 2014[hentet 2016-12-07]. Tilgjengelig fra: <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/helse/motstanden-mot-reservasjonsretten-oeke/a/10128562/>)
12. UiO. Norwegian Bioethics Attitude Survey (NOBAS). . [Internett].Oslo;2015 [hentet 2018-01-11]. Tilegnelig fra: <http://www.med.uio.no/helsam/english/research/projects/norwegian-bioethics-attitude-survey/index.html>)
13. Tourangeau R, Rips LJ, Rasinski K. The psychology of survey response. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.
14. Chong D, Druckman JN. Framing theory. Ann Rev Polit Sci. 2007;10(1):103–26.
15. Magelssen M, Supphellen M, Nortvedt P, Materstvedt LJ. Attitudes towards assisted dying are influenced by question wording and order: a survey experiment. BMC Med Ethics. 2016;17(1):24.
16. Norsk rikskringkasting.Til kamp mot reservasjonsretten [Internett]. Oslo:nrk; 2014[hentet 2018-01-07] Tilgjengelig fra: <https://www.nrk.no/ostlandssendingen/massiv-mobilisering-pa-kvinnedagen-1.11591945>
17. Parkinson L, Rainbird K, Kerridge I, Carter G, Cavenagh J, McPhee J, et al. Cancer patients' attitudes toward euthanasia and physician-assisted suicide: the influence of question wording and patients' own definitions on responses. Journal of bioethical inquiry. 2005;2(2):82-9.
18. Hoffman, C., Moe, V. Ny rapport om holdninger til jøder og muslimer i Norge i 2017: antisemittisme og muslimfiendtlighet er beslektede fenomener [Internett]. Oslo: Aftenposten [hentet 2017-12-18]. Tilgjengelig fra: <https://www.aftenposten.no/meninger/kro->

[nikk/i/m6R83v/Ny-rapport-om-holdninger-til-joder-og-muslimere-i-Norge-i-2017-Antisemitisme-og-muslimfiendtlighet-er-beslektede-fenomener--Christhard-Hoffmann-og-Vibeke-Moe](https://www.aftenposten.no/m6R83v/Ny-rapport-om-holdninger-til-joder-og-muslimere-i-Norge-i-2017-Antisemitisme-og-muslimfiendtlighet-er-beslektede-fenomener--Christhard-Hoffmann-og-Vibeke-Moe)

19. Mjaaland, M. Skillet mellom religion og politikk [Internett]. Oslo: Aftenposten [hentet 2018-01-12]. Tilgjengelig fra: <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/jj0o/Skillet-mellom-religion-og-politikk>
20. Solbakk, J., Magelssen, M. Moralsk språkforvirring. [Internett]. Oslo: Vårt land [hentet 2018-01-11] Tilgjengelig fra: <http://www.verdidebatt.no/innlegg/11478653>
21. Markestad, T. Den vanskelige reservasjonsdebatten. [Internett]. Oslo: Dagens medisin [hentet 2018-01-06] Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2013/11/11/den-vanskelige-reservasjonsdebatten/>
22. Sagdahl, M. Toleranse- overbærenhet [Internett]. Tromsø: Store norske leksikon [hentet 2017-12-18]. Tilgjengelig fra: https://snl.no/toleranse_-_overb%C3%A6renhet
23. Minerva F. Conscientious objection in Italy. Journal of Medical Ethics. 2015;41:170-173.