

## Noen etiske dilemmaer i helseretten<sup>1</sup>

MARIT HALVORSEN

*Forfatteren tar for seg tre helserettslige emner – pasienters selvbestemmelse, rett til behandling og organtransplantasjoner – og funderer over noen av de etiske problemer som kan reises i disse forbindelser.*

### Innledning

Jussen bærer med seg de etiske dilemmaer som sneglen bærer sitt hus på ryggen. Lar vi de moralske overveielser ligge, blir vi hjemløse. Derfor er ettersporing av sammenhengene mellom jus og etikk så viktig. Og derfor er det nødvendig å gjenta at «jus og etikk» ikke bare dreier seg om profesjonsetikk – hvordan skal den gode rettsvitenskap (advokat, dommer osv.) oppføre seg? men at det i høy grad også handler om den etikk eller moral som finnes innebygget i rettsreglene og som utgjør en del av rettsanvendelsen.

Kan hende er jeg ingen ekte forsker, siden jeg gang på gang lar meg distrahere av de moralske dilemmaer, og styrter meg ut i tilværelsens kaotiske mangfold. I allefall blir man en langsam forsker hvis man ikke stenger av de forstyrrende tankebilder mellom 9 og 4. Kanskje blir man også en langsom forsker av å grunne over retten og moralen. Det er jo enklere å bedrive en løs-

revet dogmatikk, fordi man ikke behøver å gi noe av seg selv annet enn sin tid og sin flid.

Jeg mener man må gi vitenskapen – skapelsen av kunnskap, erkjennelse – ikke bare sin tid og sin flid, men sitt hjerte. Det innebærer for meg (en moralsk forpliktelse til) å undersøke gjenstanden for mitt arbeid også der den møter virkeligheten, menneskenes liv.

Grundig kjennskap til faktum er umåtelig nødvendig for en rettsvitenskap. Bare når man kjenner faktum ut og inn, kan man gi en ordentlig analyse av rettsstoffet, og bare da kan man avsi en holdbar dom over reglene. Og det er viktig: En rettsvitenskap som ikke tar stilling til sin gjenstand, må bli en fattig vitenskap.

For noen år siden begynte jeg å studere organtransplantasjoner under en juridisk synsvinkel, blant annet for å se på fordeling av organer som knappe ressurser. Under arbeidet fikk jeg sterkt behov for å få klarhet i to helt grunnleggende spørsmål, nem-

<sup>1</sup> Artikkelen er en lett omskrevet versjon av en innledning holdt på doktorandseminar om jus og etikk i Oslo, februar 1993. Min oppgave var å redegjøre for etiske problemstillinger i forbindelse med mitt pågående arbeid med helserettslige temaer. Jeg har valgt å publisere innledningen i sin opprinnelige muntlige form, og ikke utstyrt den med ordentlig noteapparat. Mye av det jeg sier, har jeg lært av andre – for eksempel av Anna Christensen, Lis Frost og Tove Stang Dahl.

lig 1) hvordan det egentlig forholder seg med samtykke, informasjon og frivillighet og 2) hvordan kan det ha seg at befolkningen tilsynelatende har rettskrav på behandling for influensa men ikke på å få behandling for alvorlig astma. Disse temaer sprengte seg ut og forlangte selvstendig oppmerksomhet.

## Mulige rettsgrunnlag for medisinsk undersøkelse og behandling<sup>2</sup>

Utgangspunktet er det helt selvsagte at undersøkelse og behandling som regel innebærer en integritetskrenkelse, og at denne krenkelse medfører et ansvar med mindre det finnes rettslig grunnlag for at utføreren er ansvarsfri.

Det viktigste – i betydningen oftest forekommende og at det er hovedregelen – er samtykket. Den som samtykker i medisinsk undersøkelse og behandling gir behandleren *tillatelse*; rettsgrunnlaget er etablert, alt er i orden.

Et samtykke må være gyldig for å kunne ha denne funksjon. Gyldighetskriteriene er bl.a. frivillighet, mental habilitet og tilstrekkelig kunnskap om samtykkets gjenstand.

Og her er vi midt i de etiske dilemmaer.

Retten og lovgivningen gir oss noen regler og noen utgangspunkter for å bedømme tillatelsen, men mange spørsmål står stadig nokså åpne.

Kravet om gyldig samtykke blir ofte referert som et krav om «informert sam-

tykke». Dette er tatt direkte fra engelsk «informed consent». Det er ment å være en hjelp ved å fokusere på en ofte forsømt side av legevirkosomheten, nemlig pasientinformasjonen. Det sier også seg selv at det ikke er mulig å gi noe gyldig samtykke hvis man ikke vet hva man samtykker til.

«Informed consent»-doktrinen blir gjerne presentert i forbindelse med det medisinsk-etiske begrepspar «autonomi og paternalisme». Autonomi henspiller da på at pasienten selv må få bestemme, paternalisme innebærer at legen bestemmer over pasienten. For juristen er dette begrepsparet litt underlig ettersom vi med «autonomi» forstår en *kompetanse*, mens «paternalisme» er beskrivelse av en måte å oppføre seg, som ikke gir rettslig kompetanse til noe som helst. Men autonomi-debatten handler altså stort sett om hvem som skal bestemme over behandlingen osv.

Informert samtykke-doktrinen fokuserer på det enkelte individets behov for og evne til selv å bestemme over sitt liv. Slik sett inneholder den en fundamentalt viktig erkjennelse av et behov for selvbestemmelse, som knytter an til selve menneskeverdet.

Men doktrinen har noen svakheter. Fokuseringen på individets samtykke, på dets evne til å inngå avtale, så og si, tilslører to vesentlige forhold: For det første er pasienter ikke alminnelige kontraktsparter. For det andre blir ikke automatisk behandlingen verken rettsmessig eller moralsk riktig selv om det foreligger et samtykke.

Pasientene har det til felles at de er syke.

2 Jeg har behandlet dette tema i «Rettslige grunnlag for medisinsk behandling», Institutt for privatrettsstencilserie nr. 148, Oslo 1995. Jeg legger der vekt på skillet mellom «tillatelse» og «samtykke», og utvikler en oppfatning om «behandleransvaret» som kompetansegrunnlag i visse tilfelle.

Derfor er deres forhold til behandleren bare delvis et frivillig forhold. Det er fritt frem for enhver å la være å oppsøke lege – inntil man eventuelt blir så syk at man innbringes og behandles med hjemmel i nødrett eller tvang. Men det er en alminnelig erfaring at folk gjerne vil ha hjelp når de er syke. Det er også en alminnelig erfaring at pasienter forutsettes å oppføre seg på bestemte måter for å være sikre på ikke å bli møtt med represalier i form av forskjellige ubehageligheter helsevesenet rår over. Det er kort og godt en alminnelig erfaring at frivilligheten når det gjelder behandlingssituasjonen er så-som-så. – Og det er *helt greit* for meg. *Poenget* er at det ikke går an å overføre vanlig kontraktsteori om frivillighet på avtaler om behandling.

Dette poeng understrekes også i høy grad av det faktum at mange pasienter ikke er i stand til å gi noe samtykke. De kan være for unge, for gamle, for svekkede, for gale, for uferdige. Det å være syk kan i seg selv være et betydelig hinder for å klare å holde oversikt nok over situasjonen til å oppfylle vanlige krav til samtykke.

I noen tilfelle kommer rettsordenen her til hjelp og tilbyr mulighet for en representant som kan samtykke, en mor eller far, en hjelpeverge. Men dette løser langt fra alle problemer. I praksis, i det virkelige liv, vil ofte den sykes interesser ivaretas ved at hun eller han ikke presenterer seg selv som noen typisk kontraktspart – altså som et selvstendig løst kompetent individ – men som medlem av en gruppe, av en familie, et menneske med relasjoner til andre mennesker, som finner det naturlig og riktig at vanskelige beslutninger tas i fellesskapet. Men dette fellesskapet har bare meget liten rettslig betydning i Norge: De pårørendes retts-

stilling i beslutningsprosessen er marginal.

Spørsmål om informasjon og samtykke står høyt på den medisinsk-etiske og på den helserettslige dagsorden. Både medisinen og jussen kritiseres for å legge for liten vekt på autonomiprinsippet, og ikke ta informasjonsspørsmålet alvorlig nok. Sterkere rett til informasjon og strengere understreking av samtykkekravene settes frem som et etisk begrunnet såvel som et rettspolitisk krav.

Og det er vel og bra, men etter mitt skjønn kanskje noe av et feilspor? Vi *har* jo allerede krav på informasjon, og samtykkekravet er for lengst gjeldende rett. For meg står det som mye viktigere å utforske hvordan det som kjennetegner pasienter, nemlig at de er *syke*, kan gjøres rettslig relevant. Dessuten må vi ta på alvor at folk flest inngår i forpliktende felleskap med andre mennesker, og spørre om det bør få flere rettslige konsekvenser enn det har i dag.

I Italia og andre latinske land lever leger og pasienter i en annen tradisjon når det gjelder samtykke til behandling enn vi gjør. Der er pasienten først og fremst et medlem av sin familie, og ingen beslutning tas uten at hele familien er med på råd. For oss fremstår dette både merkelig og lite ønskelig – hvem vil vel ha hele familien ropende i munnen på hverandre rundt sykesengen? Men det illustrerer et poeng, nemlig at «vår» løsning – å se pasienten gjennom kontraktbriller – ikke er det eneste mulige.

Hvorfor bruker jeg så mye tid på dette? Jo: Rettstilstanden er i bevegelse. Det er ikke gitt i hvilken retning norsk rett vil gå – går vi mot amerikanske tilstander, der «manglende samtykke» som ansvarsgrunnlag genererer erstatningsutbetalinger i million-dollar-klassen på løpende bånd, eller

legitimerer medisinsk praksis som i seg selv er etisk høyst tvilsom? Eller kan kravet om mer samtykke føre i noen annen retning?

Norsk rettspraksis om samtykke er meget sparsom, og det lille som er har vært gjenstand for skarp kritikk, senest Asbjørn Kjønstad i «Helseprioriteringer og pasientrettigheter». Han trekker særlig frem Rt. 1981 s. 728 – som hittil<sup>3</sup> er den eneste høyesterettsdommen der samtykke til behandling drøftes noe videre.

Dommen handler om en gutt som i 1965, da han var 11 år, fikk fjernet en lymfeknute på halsen under lokalbedøvelse på et lite sykehus. Han fikk en nerveskade som gav ham problemer med skulder og arm. Guttens mor ble ikke informert om muligheten for slik nerveskade. Spørsmålet som diskuteres i dommen, er om det var aktsomt av legen å velge lokalbedøvelse i stedet for full narkose. Rettens flertall mente at det var forsvarlig, bl.a. utfra at små sykehus på den tiden bare rådde over eternarkose med maske, som ikke ble ansett særlig egnet for barn, slik at denne type inngrep da ble gjort med lokalbedøvelse. Mindretallet fant at full narkose hadde vært det riktige valg, bl.a. utfra at skaderisikoen da var mindre. Alle dommere var imidlertid enige om at det ikke kunne legges noen vekt på at moren ikke var orientert om skaderisikoen, fordi man, som retten sier, «i så fall måtte ha orientert om at inngrepet kunne avdekke livstruende sykdom.» Etter førstvoterendes mening «kan man ... ikke bebreide legen for

at han utførte inngrepet uten å gi noen slik orientering.»

Om denne dommen sier Kjønstad: «Høyesterett aksepterer her paternalismen som en grunnleggende norm: Legen hadde rett til å skåne moren for å få informasjon om forhold som kunne skape engstelse. Etter min mening bør pasienten (her moren) få tilgang til de relevante opplysninger og på det grunnlaget kunne ta stilling til om hun vil gi samtykke til inngrepet. Det grunnsynet som denne dommen bygger på, kan neppe opprettholdes etter at det nå har gått noen år siden legeloven §25 om pasientinformasjon og medvirkning ble vedtatt og ideologien om autonomi har fått sterkere innpass ...».

Dette er etter min mening et godt eksempel på autonomi på ville veier, og på hvor galt det kan gå når man skal presse hele virkeligheten inn i kontraktsretten.

*Sakens kjerne* er at det er en liten gutt med en knute på halsen som godt kan være en dødelig sykdom. Hvis man anlegger autonomisynspunktet gir man altså moren ansvaret for å ta stilling til om gutten skal undersøkes eller ikke for å bringe på det rene hva denne kulen egentlig er. Det går ikke an, etisk sett. Her er faktisk lovgiver også ute og sensurerer foreldrenes valg, gjennom barnelovens foreldreansvarsbegrep, og barnevernlovens regler om behandling av syke barn mot foreldrenes vilje.

Etter mitt skjønn er det helt riktig som

3 Etter at denne innledningen ble skrevet, avsa Høyesterett en dom der det fastslås – ikke særlig overraskende – at samtykkekravet er grunnleggende; Rt. 1993 s. 1169 («Neurinomdommen»). Dommen legger seg ikke på «informed consent»- doktrinen. Den bør etter mitt skjønn heller forstås slik at retten (indirekte) skiller mellom samtykke som tillatelse (det vil si rettsgrunnlag) og samtykke som utøvelsesnorm (saksbehandling etter «god legeskikk»).

Høyesterett sier, at det ved vurdering av handlingens aktsomhet ikke kan legges vekt på at mor ikke var orientert om skadevirkningen. Men jeg vil velge en annen *begrunnelse* enn Høyesterett gjør – nemlig den at en mor *i virkeligheten ikke har noe valg* når barnet har en kul på en lymfeknute og den kan være ondartet.

All annen rettspraksis jeg kjenner til, trekker forsåvidt i samme retning.

Min forsiktede analyse synes å vise en praksis der det først og fremst er utslagsgivende om pasienten *virkelig* har noe valg med hensyn til behandling eller ikkebehandling – et standpunkt jeg finner realistisk. Men det betyr selvsagt ikke at jeg er motstander av informasjon. *Tvert om!!* Men all informasjon i verden løser ikke nødvendigvis de etiske dilemmaer.

Den som står hardt på samtykkeprinsippet må finne seg i å bli konfrontert med praksis og rettsregler som krenker det – for eksempel gjenoppliving av selvmordskandidater eller tvangsfôring av sultestreakende. Dette er også presserende etiske spørsmål, og i hvert fall det første tilfellet forekommer ikke så rent sjelden i praksis. Det er helt klart mulig å mene at samtykkeprinsippet må vike når livet står på spill, slik at livredning mot noens vilje ikke blir tvang slik som behandling mot noens vilje vil være. Men da har man samtidig gitt slipp på kontraktetikken. Den er da også problematisk på helserettens område.

## Retten til behandling i sykehus

Jeg har visse problemer med å svelge rettskravbegrepet i forbindelse med medisinsk behandling. Den eventuelle rettighets «vesen» skiller seg fra «vanlige» juridiske rettigheter i det at det er en naturalytelse, hvis innhold og omfang ikke kan avgjøres annet enn helt konkret – og etterat behovet er fastlagt. (Slik sett minner det kanskje litt om ektefellers krav på forsørgelse?) Men: Mitt tema oppsto fordi jeg fikk en sterk følelse, en fysisk ubehagsfølelse, av at vanlig helserettsteori hevder som helt uproblematisk<sup>4</sup> gjeldende rett at befolkningen har rettskrav på primærhelsetjenester (som ytes av kommunene) men ikke på 2. og 3. linje tjenester (det vil si spesialist- og sykehushelsetjeneste, som ytes av fylkeskommunene). Det betyr i praksis at man med rettens hjelp kan kreve behandling av sitt soleksem, mens pasienten med den vanskelige psoriasis er henvist til å «konkurrere om knappe ressurser», som det sies. Denne løsningen var jeg ikke umiddelbart villig til å godta – den forekom meg altfor urettferdig.

Mine rettskildestudier har overbevist meg om at vi har akkurat samme krav overfor 1., 2. og 3. linjehelsetjenester. Men det er ikke det som er poenget nå. Poenget er å problematisere selve bruken av rettighetsbegrepet i forbindelse med helsetjenester.

I dagligtale og i politisk retorikk brukes rettighetsbegrepet høyst uklart. I mange sammenhenger snakkes det om rett til helse og menneskerettigheter i samme åndedrag.

4 Flere forfattere har etterhvert innsett at det er litt problematisk at forvaltningsnivå og ikke sykdommens alvorlighetsgrad avgjør pasientens rettsstilling. Stortingsmelding 50 for 1994-95 foreslår å lovfeste rett til nødvendig helsehjelp også i 2. og 3. linjen.

Det gir anledning til interessante refleksjoner.

Menneskerettighetsprosjektet er et barn av naturretten og begynte som en kamp for frihetsrettene – retten til frihet fra øvrighets inngrep og tvang. Særlig etter den 2. verdenskrig, da menneskerettighetene bl.a. gjennom Nürnbergprosessen hadde fått ny vind i seilene, vokste det frem en 2. generasjons menneskerettigheter – velferdsrettighetene, retten til visse goder som ytelse fra samfunnet. Retten til grunnleggende goder er i og for seg ikke diskutabel. Men disse velferdsrettighetene kan perverteres, og det er heller ikke gitt at det er snakk om rettigheter i betydningen individuelle rettskrav. Slik er retten til f.eks. helse i vår del av verden ikke lenger knyttet til retten til ting som rent vann og vaksine mot de verste epidemiske sykdommene, men til et krav om å ikke komme dårligere ut enn noen andre uansett hvilken lidelse man har, og at det kravet må ha rettsbeskyttelse. Innebygget i rettighetstanken ligger et krav om likhet, og om lik fordeling. Anvendt på helseretten kan en slik rettighetstankegang gi helt absurde diskusjoner og resultater. Rettskrav på å føde egne barn er etter min mening et godt eksempel. Forøvrig vil en sterk fokusering på rettighetsmodellen tilsløre et av helsevesenets mest presserende problemer: Rettskrav på helsehjelp gir ingen garanti for at helsehjelpen er god kvalitativt sett, altså på at pasienten virkelig får *hjelp*. Rettighetstanken forutsetter jo at hver enkelt pasient går og kontraherer sin helsehjelp under trussel om sanksjon. Og det jeg nå beskriver, er selvfølgelig igjen et etisk dilemma: Kan rettsregler overhode gjøre annet i denne sammenheng enn å gi en forhandlingsposisjon til den som kan benytte

den? Man kan jo åpenbart ikke lovfeste at sykepleiere må slutte å skjenne på pasientene og begynne å pleie dem igjen i stedet for.

Problemet med lovfesting av positive velferdsrettigheter er at de tenderer mot å innebære også en pliktside – ikke bare overfor den som skal yte rettigheten, men også for mottakeren. I helseretten er dette åpenbart vanskelig: Skal retten til en kostbar behandling følges av en plikt til å leve sunt, ikke drikke for mye alkohol, ikke røyke sigaretter? Skal retten til genetisk fosterdiagnostikk følges av en plikt til selv å skaffe forsørgelse for handicappede barn som kunne vært abortert – eventuelt gjennom erstatningssøksmål mot diagnostikeren i fall det var diagnostiseringen som sviktet? Ja, dette kan avvises som helt urealistisk, men eksemplene er tross alt hentet fra den løpende debatt og fra praksis – også rettspraksis.

## Transplantasjoner og fordeling/prioritering av organer

Transplantasjoner opptar meg av flere grunner, blant annet fordi så mange av de etiske spørsmål som generelt reiser seg i helsesektoren, kommer på spissen når det gjelder transplantasjonsvirksomhet. Det er følgelig en behandlingsform som er godt egnet til å illustrere de ekstreme spørsmål den nye teknologi stiller oss overfor.

Her er valget mellom liv og død og mellom fattige og rike. Her er valget mellom den profesjonelle eller politiske beslutning. Her er valget mellom forskningens behov og menneskenes verdighet. – Og mange

flere like så penible valg, som utfordrer våre mer eller mindre bevisste holdninger.

Transplantasjonsvirksomheten er ikke noen ensartet virksomhet. Det er stor forskjell på f.eks. hornhinne-transplantasjon, nyre-transplantasjon og benmargs-transplantasjon. Det fører for langt å gå inn på de medisinske spørsmål nå, men de forskjellige transplantasjons-former skaper særegne etiske problemer, som også blir rettslige problemer i den utstrekning hele virksomheten er et rettslig spørsmål. Transplantasjonsloven er en kort lov, som stort sett bare regulerer donasjon av organer fra levende og avdød, og bestemmer hjernedøds-kriteriet. Man må derfor fylle ut med vanlige regler om behandling for å få et fullstendig bilde.

Det første etiske problemet som springer en i øynene når man ser på transplantasjon, kan kanskje være om det i det hele tatt er etisk forsvarlig å bytte ut menneskers kroppsdeler med deler tatt fra en annen. Men akkurat dette spørsmål har fått en lovgivningsmessig løsning, som sier ja, det er etisk forsvarlig *forutsatt* at den som organet tas fra, enten ikke har bruk for det selv og frivillig gir det bort, *eller* at vedkommende er død uten å ha etterlatt seg noen protest mot å bli brukt på denne måten, og transplantasjonen kan redde en annens liv. I denne etiske vurdering har forresten lovgiver følge av både mange store trossamfunn og mange andre land.

En lang rekke etiske spørsmål kan knyttes til giverne: Skal de døde ha vetorett? Skal de gjenlevende ha vetorett? Eller bør det land som praktiserer en slik behandlingsform også innføre giverplikt? Skal de gjenlevende ha noe krav på å bli spurt? Og hvorfor skal de eventuelt ha det? Er det etisk for-

svarlig å la levende mennesker donere hud, eller en nyre, eller en bit av leveren sin? Hvorfor sier vi ja til disse donasjoner, og nei til den som ønsker å gi sitt hjerte, heller enn å se sitt barn dø? Hvorfor aksepterer vi at levende givere i Norge holdes skadesløse gjennom sykepenge og gratis sykehusopphold selv om de ikke er syke – de er tvert om *særlig* friske – mens vi ikke aksepterer at en fattig familiefar i India selger en nyre han utmerket godt kan klare seg uten, for å kunne holde liv i familien kanskje i mange år?

Og så er det mottakerne. Hvem skal få nytt organ? De som er sykest, eller de som ser ut til å kunne ha mest nytte av det? Skal alkoholikere kunne få ny lever? Hva med storrøkeren og hjertet? Er det etisk forsvarlig å anbefale foreldre å la sine barn gjennomgå en transplantasjon når man vet at det er stor sjanse for at barnet dør, og at mange av dem som overlever, overlever til et liv preget av sterke medikamentbivirkninger og stadig angst for tilbakefall? I det hele tatt: Blir små barn – helt ned til nesten spedbarn – transplantert for sin egen skyld, eller fordi foreldrene ikke orker at barnet skal dø før alle muligheter for behandling er uttømt? Hva slags etikk er det, og hvem beskytter foreldre mot slike helt umulige valg?

Hvem *skal* egentlig bestemme? Det er i seg selv et vanskelig spørsmål, og det blir ikke lettere ved at det er en skrikende mangel på organer. Akkurat i Norge har vi de siste 10-12 år dekket vårt behov for nyrer gjennom å anvende flere levende givere enn noe annet land i verden. Men andre organer er mangelvare, og mangelen blir større ettersom teknologien og erfaringen blir bedre, og flere tilstander gir indikasjon på transplantasjon. Skal vi fortsette den prak-

sis som i en viss utstrekning finnes i dag, med å kjøpe oss inn på andre organmarkeder – til fortrenghet for dem som er der fra før? Eller kjenner sykdom og behandling ingen landegrenser, slik at alle markeder er ett og det samme?

Disse spørsmålene er rettsspørsmål såvel som etiske spørsmål, fordi det er koblet til praktiseringen av en lov, og til fordeling av offentlige ressurser. I tillegg tvinger det seg frem kriterier for fordeling som selv om det ikke blir i lovs form, må få en eller annen rettslig status.

Jeg har mine oppfatninger om en del av spørsmålene, og er stadig søkende i forhold til andre. Men i den grad jeg forsøker å bedrive rettsvitenskap, er mitt etiske skjønn bundet av de faktiske forhold: Vi *bedriver* transplantasjons-virksomhet i Norge – faktisk i verdensklasse, ja kanskje er vi verdens beste på noen områder. Det er ingen farbar vei i dagens politiske Norge å foreslå at virksomheten nedlegges fordi den skaper

flere problemer enn den løser. Det er heller ikke realistisk å nekte å prioritere, og anbefale oppkjøp av organer fra utlandet for å dekke behovet. Jeg er altså nødt til å leve med at noen får, og noen ikke får. Min utfordring er da å finne frem til kriterier og avgjørelsesprosedyrer som både tar hensyn til virkeligheten og som jeg kan forsvare etisk.

Disse tre størrelser: Jussen, virkeligheten og etikken, er uløselig forbundet til hverandre: En jus som ikke bygger på virkeligheten blir ikke brukbar, og den brukbare jus må gi gjenklang i befolkningens felles verdigrunnlag for å ha det minste krav på sitt norske navn: «Rett».

*Forfatteropplysninger:*

Marit Halvorsen, cand. jur., LL.M, stipendiat ved Institutt for privatrett, Universitetet i Oslo.