

Aksel Braanen Sterri og Ole Martin Moen

Dødshjelp og tvangsfilosofi

aktiv dødshjelp, døden, dødshjelp, filosofisk argumentasjon, selvbestemmelse, paternalisme
assisted dying, autonomy, euthanasia, death, paternalism, philosophical argumentation



Aksel Braanen Sterri,

PhD i filosofi, er postdoktor ved
Harvard University og OsloMet.
akselbst@gmail.com

Fotograf: Matthis Kleeb

I boken Aktiv dødshjelp: Etikk ved livets slutt (2019) drøfter vi argumentene for og imot å tillate aktiv dødshjelp, og konkluderer med at aktiv dødshjelp bør bli tillatt og strengt regulert. Nylig har Lars Johan Materstvedt skrevet boken Dødshjelp: Begreper, definisjoner, lover, klinikk og etikk (2022), der han vier mye plass til å kritisere vårt syn. I denne artikkelen gjør vi rede for hovedargumentet i boken vår, presenterer Materstvedts innsigelser og svarer på disse innsigelsene.

In the book Aktiv dødshjelp: Etikk ved livets slutt (2019), we scrutinize the arguments for and against legalizing euthanasia, and conclude that euthanasia should be legalized and strictly regulated. Recently, Lars Johan Materstvedt has written the book Dødshjelp: Begreper, definisjoner, lover, klinikk og etikk (2022), in which much space is devoted to criticizing our view. In this article, we lay out the central argument in our book, present Materstvedt's objections, and respond to these objections.



Ole Martin Moen

PhD i filosofi, er professor i
helsefaglig etikk ved OsloMet.
olemarti@oslomet.no

Fotograf: Akademiet for yngre
forskere

Innledning

Bør aktiv dødshjelp bli tillatt? I boken *Aktiv dødshjelp: Etikk ved livets slutt* (2019) drøfter vi det spørsmålet, og konkluderer med at vi bør tillate aktiv dødshjelp (1). Nylig har Lars Johan Materstvedt skrevet boken *Dødshjelp: Begreper, definisjoner, lover, klinikk og etikk* (2022), der han vier mye plass til å kritisere vårt syn (2).

I denne artikkelen svarer vi på Materstvedts kritikk. For at det vi skriver skal gi mening for lesere som ikke er kjent med boken vår fra før, begynner vi med

å gjøre rede for hovedargumentet i boken. Deretter presenterer vi Materstvedts innvendinger og svarer på disse innvendingene.

Vårt argument for å tillate aktiv dødshjelp

I *Aktiv dødshjelp: Etikk ved livets slutt* begynner vi med å gjøre rede for det som, etter vårt syn, er det sentrale argumentet for at aktiv dødshjelp bør bli tillatt.

Argumentet har tre premisser:

Det første premisset «er at livet – for noen – kan være en ekstrem belastning. Én ting er den fysiske smerten som ofte, men ikke alltid, vil kunne holdes i sjakk med medisiner. En annen ting er den psykiske påkjenningen som kan følge av tap av kroppsfunksjoner og et konstant behov for hjelp» (1, s. 19). Selv om mange pasienter er godt lindret og opplever livet som meningsfullt trass i lidelsen, er det også pasienter som bare har det uutholdelig vondt. Uutholdelig lidelse er noe vi har svært sterke grunner til å bidra til å unngå.

Det andre premisset er at liv preget av uutholdelig

hvorfor det i noen tilfeller kan være bedre å dø enn å fortsette å leve. Når videre liv inneholder så overveldende store ondt at det ikke er verdt å oppleve, er det godt å få slippe.

Det tredje premisset er at vi, i svært vanskelige og personlige spørsmål, bør «legge stor vekt på ønskene til den personen som saken først og fremst angår» (1, s. 26):

Hva slags utdanning og karriere skal du velge? Hvor i verden skal du bosette deg? Hva slags livs-syn skal du tilhøre? Skal du ha barn? Dette er store spørsmål som har vidtrekkende konsekvenser som det er vanskelig – eller umulig – å få full oversikt over. I slike spørsmål lar vi mennesker få bestemme selv. (1, s. 26)

Selvbestemmelse er en svært viktig verdi i slike spørsmål. Det hviler ikke på en overbevisning om at vi alltid vet vårt eget beste, for det gjør vi ikke. Det hviler på en

Liv preget av uutholdelig lidelse kan være så ille at det er bedre å dø enn å fortsette å leve.

lidelse kan være så ille at det er bedre å dø enn å fortsette å leve. Dette avhenger av hvor ille uutholdelig lidelse er, men også av at døden ikke alltid er verre enn å leve:

Hvor ille er egentlig døden? Selv om dette er et vanskelig filosofisk spørsmål, må vi forsøke å ta stilling til det. Ethvert standpunkt til aktiv dødshjelp bygger – enten det er tydeliggjort eller ikke – på et standpunkt til hvor ille døden er. Kanskje er dette et spørsmål som særlig *motstandere* av aktiv dødshjelp må ta stilling til. Dersom aktiv dødshjelp aldri skal tillates, uansett hvor ille livet er, må det formodentlig være noe ved døden som er *forferdelig* ille – så ille at det er verdt å gjennomgå store lidelser for å klare å utsette døden en liten stund til. Dersom døden ikke var fryktelig ille, ville det være underlig hvorfor det skulle være fryktelig galt å fremskynde den (1, s. 21).

Vi tar til orde for at den mest plausible forklaringen på hva som gjør døden til et ondt, er *tapsteorien* (3). Ifølge dette synet er ikke døden et ondt i seg selv, men et ondt i kraft av å frarøve en goder som livet ellers ville ha inneholdt. Tapsteorien forklarer hvorfor det å dø i utgangspunktet er ille. Den forklarer også

overbevisning om at vi har en privilegert tilgang til vår egen opplevelsesverden, og at vi er kjent med detaljer ved livet vårt og verdiene våre som det er vanskelig for utenforstående å bedømme. Derfor hviler det en tung bevisbyrde på den som vil overprøve noens valg i et vanskelig og personlig spørsmål. Det krever en god grunn til å tro at de gjør en alvorlig feil.

I en god del tilfeller bør vi avvise forespørsler om aktiv dødshjelp. Et tydelig eksempel er om en 18-åring med kjærlighetssorg ber om hjelp til å dø. Dersom vi forhindrer ham i å dø, vil han kunne ha et godt og langt liv, selv om det ikke ser slik ut for ham akkurat nå.

Dagens absolutte forbud mot aktiv dødshjelp innebærer imidlertid ikke bare at forespørsler om aktiv dødshjelp blir avvist i slike tilfeller. Det innebærer at det blir avvist i *alle* tilfeller, uten en vurdering av den enkeltes situasjon. Men det at vi er rettfærdiggjort i å overprøve et valg i noen situasjoner, betyr imidlertid ikke at vi er rettfærdiggjort i å overprøve det i alle. Dersom en person lider voldsomt, har ingen realistiske utsikter til bedring, er beslutningskompetent og har tatt et informert valg om å ønske å dø: Har vi, også i et slikt tilfelle, god grunn til å mene at vedkommende gjør et så galt valg at vi er rettfærdiggjort i å overprøve avgjørelsen

deres? Her mener vi at svaret klart er *nei*. I slike tilfeller bør forespørsler om aktiv dødshjelp innvilges. Derfor må dagens absolutte forbud oppheves.

Argumentet vi har gjort rede for til nå, fyller 15 sider av boken vår. På de påfølgende 80 sidene diskuterer vi argumentene *mot* å tillate aktiv dødshjelp.

Vi ser først på argumenter for å forby aktiv dødshjelp på prinsipielt grunnlag. Deretter ser vi på argumenter av mer praktisk art for å avvise aktiv dødshjelp. Dette er argumenter som søker å vise at det ikke går an å regulere adgangen til aktiv dødshjelp slik at en hindrer gale avgjørelser og som beskytter mennesker i en sårbar posisjon mot et press til å velge å dø.

Konklusjonen vår er at disse motargumentene taler for et restriktivt syn på aktiv dødshjelp, men at de ikke rettfærdiggjør opprettholdelsen av dagens absolutte forbud.

Vi tar til orde for følgende kriterier for at en pasient skal få innvilget muligheten til å benytte seg av aktiv dødshjelp:

- (1) At pasienten lider uutholdelig.
- (2) At pasienten ikke har realistiske utsikter til bedring.
- (3) At pasienten har tatt et kompetent, konsistent og ikke presset valg om å avslutte livet (1, s. 71).

Hvorvidt disse kriteriene er oppfylt, bør vurderes av to uavhengige fagpersoner; den ene må være lege, og den andre må være enten lege med spesialisering i psykiatri (dvs. psykiater) eller psykolog.

Vi argumenterer for at ingen av vurderingene som kreves av disse fagpersonene, skiller seg kvalitativt fra vurderinger som helsepersonell allerede gjør i utstrakt grad. Selv om det er vanskelig å vurdere pasienters lidelse eksakt, gjøres det i helsevesenet daglig tusenvis av vurderinger av omfanget av pasienters lidelse. Det gjøres også tusenvis av vurderinger av pasienters utsikt til bedring, noe som blant annet legges til grunn for avgjørelser om hvorvidt det skal gis livsforlengende behandling. Det samme er sant om vurdering av beslutningskompetanse, og om pasientens samtykke er fritt og informert.

Vi understreker at forslaget vårt ikke innebærer at helsepersonell blir bedt om å vurdere om en pasient *bør dø*. De vil bli bedt om å avgi en sakkyndig vurde-

ring av om kriteriene er oppfylt. Hvis vi tillater aktiv dødshjelp i Norge, er det *Stortinget* som gir en pasient som oppfyller kriteriene, rett til tilgang til dødshjelp, og det er *pasientene selv* som avgjør om (eller når) de vil benytte seg av denne muligheten.

Det er likevel sant at helsepersonell, ved å utføre aktiv dødshjelp, intensjonelt tar et annet menneskes liv. Vårt syn er at dette ikke er galt når kriteriene for å få innvilget dødshjelp er oppfylt (1, s. 33–41). Vi respekterer imidlertid at en del mener det motsatte, av personlige eller livssynsmessige grunner. Derfor mener vi helsepersonell bør ha rett til å reservere seg fra å bidra til aktiv dødshjelp. Det vil innebære en rett, ikke bare til reservasjon fra utførsel, men også fra å bidra med sakkyndige vurderinger ved forespørsler om aktiv dødshjelp.

Materstvedts kritikk av vårt argument

Lars Johan Materstvedt vedgår, i *Dødshjelp: Begreper, definisjoner, lover, klinikk og etikk* (2022), at vi «påpe-

Helsepersonell vil ikke bli bedt om å vurdere om en pasient bør dø.

ker noen viktige forhold som bør tas i betraktning når man diskuterer dødshjelp», og at boken vår til tider er «skarpsynt» (2, s. 19). Hans overordnede dom er likevel tydelig negativ. Materstvedt skriver at «det er nokså dristig å skrive bok om temaet når man er såpass blank på klinikk og empiri» (2, s. 18). Videre skriver han at vi «mangler nødvendige verktøy» for å drøfte temaet, og at vi er skyldige i flere «forsøk på leserforførelse» (2, s. 19).

Er dette en rimelig dom? For å vurdere det skal vi se nærmere på de konkrete innsigelsene Materstvedt legger frem. Slik vi forstår ham, har han fem hovedinnsigelser. Vi tar disse én etter én.

Tvangsfilosofi

Materstvedts første innsigelse er at vi driver med noe han kaller «tvangsfilosofi». Hva betyr dette? Han forklarer at vi «starter med prinsipper som tilsynelatende er selvsagte eller selvinnlysende: 'Hvem kan vel være uenig i X?' Deretter anvendes en tvingende logikk» (2, s. 18).

I filosofien regnes dette gjerne som et *kompliment* snarere enn som kritikk. Argumentasjon *skal* være tvingende i den forstand at i et gyldig argument følger konklusjonen med nødvendighet – eller tvang – av premissene. Argumentasjonen som bidrar mest til

å bevege en diskusjon fremover, er ofte den som tar utgangspunkt i premisser det er bred oppslutning om, og viser at disse samlet sett medfører et standpunkt som det er langt mindre oppslutning om.

Ofte har det nettopp vært såkalt «tvangsfilosofi» som har bidratt til moralske fremskritt. Personer som i løpet av de siste to hundre årene har vært vant til å tenke at slaveri er rettferdiggjort, at kvinner ikke bør ha stemmerett, at mørkhudede og lyshudede bør segregeres, at sex mellom to menn bør være straffbart, eller at velferden til dyr er uviktig, har blitt konfrontert med at disse synspunktene strider mot verdier og prinsipper som de omfavner på andre områder (4).

Tvingende argumenter tvinger likevel ingen til å innta standpunkter de ikke mener er rimelige. Tvingende argumenter viser at leseren, for å være konsistent, må gjøre én av tre ting: akseptere den nye konklusjonen, utfordre ett eller flere av premissene, eller vise at konklusjonen ikke følger av premissene. Å bli konfrontert med et tvingende argument kan være ubehagelig, særlig hvis det utfordrer et standpunkt man er sterkt emosjonelt investert i. Det gjør ikke argumentene mindre viktige.

Dersom anklagen om at vi driver med «tvangsfilo-

– «drapshandlingen» (2, s. 45) – er betydelig mer tendensiøs, enn i negativ retning.

Flere steder beskriver vi også selv praksiser på måter som, hvis noe, er tendensiøse i vår disfavør. Vi skriver eksplisitt at «aktiv dødshjelp er en form for drap» (1, s. 32), og at det kvalifiserer som «selvmord» (2, s. 42). Vi kjenner oss derfor ikke igjen i Materstvedts anklage om skjønnmaling.

Aktiv og passiv dødshjelp

En tredje innvending i Materstvedts bok handler om såkalt aktiv og passiv dødshjelp. Han siterer oss på følgende:

Noen bruker «passiv dødshjelp» for å henvise til det å la en pasient dø ved å avslutte livsforlengende behandling. Morten Magelssen, Lars Johan Materstvedt og Morten Horn, som alle er motstandere av aktiv dødshjelp, har tatt til orde for at dette er en misvisende begrepsbruk. De foreslår at vi i stedet bør snakke om «behandlingsbegrensning» ... Slik de ser det, er det å drepe en pasient og det å la en pasient få dø

Ofte har det nettopp vært såkalt «tvangsfilosofi» som har bidratt til moralske fremskritt.

sofi», skal vise til noe negativt, må det være at anklagen går ut på at vi fremstiller argumenter som om de er gyldige selv om de, ved nærmere ettersyn, ikke er det. Men en slik anklage forutsetter at en spesifiserer og rettferdiggjør anklagen. En må forklare hvilke argumenter som er ugyldige.

Skjønnmalende begrepsbruk

Materstvedts andre innsigelse er at vi benytter oss av begreper som skjønnmaler hva det er vi tar til orde for. Dette kan, med litt velvilje, tolkes som en variant av anklagen om «tvangsfilosofi». Å benytte skjønnmalende begreper kan være en måte å få standpunkter til å fremstå som mer plausible enn de egentlig er. Ikke desto mindre må denne innsigelsen, hvis den skal ha tyngde, vise til konkret bruk av skjønnmalende begreper, og til at konklusjonen vår svekkes når mer nøkternt beskrivende begreper tas i bruk.

Hvor gjør vi oss skyldige i skjønnmaling? Materstvedt gir som eksempel at vi snakker om å «avslutte» livet (2, s. 45). Etter vår språkforståelse er dette et nøytralt begrep. Begrepet Materstvedt foreslår som alternativ

gjennom å tilbakeholde hjelp to svært ulike handlinger. ... Ifølge vårt syn er «passiv dødshjelp» et akseptabelt uttrykk. Det understreker en helt reell likhet mellom to måter å avslutte et liv på. (2, s. 43–44 [1, s. 41])

Med henvisning til dette hevder han at vi «insisterer på» å bruke begrepet «passiv dødshjelp» (2 s. 43–44), et begrep han mener er villedende. Og ikke bare insisterer vi på å bruke begrepet, slik han ser det. Han hevder også at vi feiler ved at vi ikke tilstrekkelig drøfter dette begrepet (2, s. 43) og at vi «underforstår [sic] [...] at ens begrepsbruk avslører ens standpunkt» (2, s. 44).

Dette kan virke som en plausibel innsigelse fra Materstvedt, gitt sitatet ovenfor. Vi insisterer imidlertid ikke på å bruke begrepet «passiv dødshjelp», og vi underkommuniserer heller ikke at begrepsbruk og standpunkt ofte henger tett sammen. For å se det må man være oppmerksom på hva Materstvedt har klippet bort når han siterer oss. Her er sitatet igjen, nå med det som Materstvedt har klippet bort stående i kursiv:

Noen bruker «passiv dødshjelp» for å henvise til det å la en pasient dø ved å avslutte livsforlengende behandling. Morten Magelssen, Lars Johan Materstvedt og Morten Horn, som alle er motstandere av aktiv dødshjelp, har tatt til orde for at dette er en misvisende begrepsbruk. De foreslår at vi i stedet bør snakke om «behandlingsbegrensning» ... Slik de ser det, er det å drepe en pasient og det å la en pasient få dø gjennom å tilbakeholde hjelp to svært ulike handlinger. *Dersom vi snakker om «aktiv dødshjelp» og «passiv dødshjelp», vil de hevde at vi omtaler to ulike ting som om de var to varianter av samme grunnleggende handling. Man kunne håpe at det var mulig i det offentlige ordskiftet å først bli enige om hvordan vi skal bruke begrepene og deretter diskutere saken. Her står vi imidlertid overfor et eksempel på at spørsmålene om hvilke begreper vi skal bruke og hvilket standpunkt vi skal innta, ikke er helt uavhengige av hverandre. Ifølge vårt syn er «passiv dødshjelp» et akseptabelt uttrykk. Det understreker en helt reell likhet mellom to måter å avslutte et liv på. Likevel har vi ikke lyst til å videreføre en kamp om begreper i dødshjelpsdebatten, som allerede er preget av mer enn nok begrepsforvirring. Derfor bruker vi uttrykket «tilbakeholdelse av livsforlengende behandling» selv om vi mener at «passiv dødshjelp» er et akseptabelt uttrykk.* (1, s. 41)

Som det fremkommer tydelig av utdraget, diskuterer vi eksplisitt at begrepsvalg og standpunkt henger tett sammen, og vi sier eksplisitt at vi ikke vil bruke begrepet «passiv dødshjelp». Dette utelater Materstvedt når han siterer oss, for så å anklage oss for ikke å være bevisste på at begrepsvalg og standpunkt henger sammen, og for å insistere på å bruke begrepet «passiv dødshjelp».

Selv om vi ikke bruker begrepet «passiv dødshjelp» i argumentasjonen vår, er det riktig at vi bruker begrepet «aktiv dødshjelp». Grunnen er at det er dette begrepet som i flere tiår har vært standardbegrepet i det norske ordskiftet, både i faglitteraturen og offentligheten. Det brukes av de sentrale organisasjonene på begge sider av den norske debatten (5–6), og er også et standardbegrep i Danmark og Sverige (7–8).

Vi er imidlertid ikke investert i begrepet. Materstvedt bruker selv bare «dødshjelp», noe som også andre har begynt å gjøre (9–10). Dette er en forenkling som vi gjerne tar i bruk i fremtidig meningsutveksling. Argumentene for å tillate «dødshjelp» er akkurat like tungtveiende som argumentene for å tillate «aktiv dødshjelp».

Paternalisme

Vi forsvarer en restriktiv regulering av adgangen til å få dødshjelp. For eksempel er vi, i likhet med Thomas Blikshavn, Tonje Lossius Husum og Morten Magelssen (11), kritiske til å tillate dødshjelp på bakgrunn av psykisk lidelse. Grunnen til at vi er kritiske, er verken at psykisk lidelse er mindre reelt eller mindre ille enn andre lidelser, men at det i tilfellet psykiske lidelser er tilnærmet umulig å vurdere om kriterium (2) – at pasienten ikke har realistiske utsikter til bedring – er oppfylt. I tilfelle psykiske lidelser, vet vi svært lite om hvilke mekanismer som opprettholder lidelsene. Dermed er det også svært vanskelig å utelukke realistiske utsikter til bedring. I mange tilfeller vil betydelige psykiske lidelser også gjøre det svært vanskelig å avgjøre om valget er kompetent og konsistent, og dermed om kriterium (3) er oppfylt. Ved å ekskludere psykisk lidelse som et selvstendig grunnlag for å få innvilget aktiv dødshjelp tar vi til orde for en strengere regulering enn i Nederland og Belgia (1, s. 86–89, 12).

Dette kritiserer Materstvedt for å være «paternalisme satt i system» (2, s. 86). Han skriver: «Å begrense pasienters tilgang til dødshjelp er å sette seg over noen pasientgrupper og nekte dem råderett over egen kropp og død; med andre ord krenke deres selvbestemmelsesrett» (2, s. 81). Hva angår vårt forslag om å gi pasienter valgfrihet til å bestemme hvor de vil få utført dødshjelp, men begrense muligheten til å «shoppe for avgjørelsen om aktiv dødshjelp bør innvilges» (1, s. 108), skriver Materstvedt: «En slik mulighet vil altså Moen og Sterri nekte pasienter, sterkt lidende mennesker som kanskje er desperate» (2, s. 86).

Vi er enige i at vårt forslag til regulering innebærer en grad av paternalisme. Sammenliknet med en modell som gir alle tilgang til dødshjelp, ønsker vi å begrense folks tilgang til dødshjelp av hensyn til deres egen interesse. Men hvor tungtveiende er denne innsigelsen?

Det er en presumpsjon i samfunnet om at folk skal få bestemme selv over små og store livsvalg. Men det er også legitimt for samfunnet å legge begrensninger på valgene våre, spesielt når valget det gjelder, er irreversibelt og av stor betydning for både pårørende og den hvis kropp det angår (13). Det er for eksempel påbudt å bruke setebelte i bil, og vi tillater ikke at folk donerer livsnødvendige organer.

Vi mener at en grad av paternalisme er forsvarlig ved et så alvorlig og irreversibelt valg som dødshjelp. Vi mener også at en eventuell motstand mot paternalisme, som er det Materstvedt ser ut til å ta til orde for, gir sterkere grunn til å kritisere dagens absolutte forbud enn til å kritisere oss. Per i dag blir *alle* forespørsler

møtt med avvisning. Det innebærer en overprøving av et svært betydelig antall menneskers ønske for sitt eget liv. Med vårt forslag vil noen, men langt ifra alle, få sitt ønske overprøvd. Det gir mindre paternalisme, ikke mer. Materstvedt ser selv ut til å vedgå dette når han skriver at «selv om et totalforbud kan oppfattes som paternalistisk, innebærer det en *likebehandling* av pasienter» og at «i så måte er totalforbudet rettferdig» (2, s. 83).

Det er riktig at et totalforbud, på dette området som på mange andre områder, innebærer at alle behandles likt. Det er ikke desto mindre sant at et totalforbud, på dette området som på mange andre områder, er svært paternalistisk. Det er også høyst tvilsomt om hensynet til «likebehandling» av ulike pasientgrupper er tilstrekkelig tungtveiende til å forsvare et totalforbud. Materstvedt ser ut til å blande sammen forskjellsbehandling og diskriminering (2, s. 82). Mens diskriminering er galt, er forskjellsbehandling en helt nødvendig del av offentlig og privat virksomhet. Alle helsetilbud inkluderer vilkår og forskjellsbehandler dermed pasienter i tråd med om de tilfredsstillende vilkårene eller ikke. Det er bare dersom pasientene lider at de får tilbud om tunge smertestillende medikamenter. Det relevante spørsmålet er ikke om det er vilkår for hjelpen eller ikke, men om vilkårene er velbegrunnede.

Kant

En siste innsigelse fra Materstvedt – som han ser ut til å regne som et eksempel på «tvangsfilosofi» – er at vi unnlater å diskutere filosofen Immanuel Kants skille mellom perfekte og ikke-perfekte plikter (2, s. 73, 6).

Ifølge Materstvedt er skillet mellom perfekte og ikke-perfekte plikter grunnleggende for å forklare hvordan det kan være akseptabelt «å sette grenser for livsforlengende behandling», men galt å utføre dødshjelp, selv om utfallet i begge tilfeller er at pasienten dør.

En perfekt plikt, i Kants univers, er en plikt det ikke finnes unntak fra, for den gjelder i alle situasjoner (14). Et eksempel på en slik plikt er plikten til aldri å drepe et uskyldig menneske. Vi har derfor en perfekt plikt til ikke å drepe pasienter. Plikten til å redde mennesker som ellers vil dø en naturlig død, er ikke like sterk. Den er, i Kants terminologi, ikke-perfekt. Slike plikter gir rom for skjønn. Vi er pliktige til å hjelpe andre, men som Materstvedt korrekt observerer, kan vi uansett ikke «hjelpe absolutt alle pasienter i ethvert henseende, fordi vi ikke har uendelig med helseressurser til disposisjon» (2, s. 73).

Når vi unnlater å diskutere dette skillet, skriver Materstvedt, blir ikke leseren «gjort oppmerksom på et svært kjent og viktig skille i etikken, og blir dermed et lett bytte for retorikk av typen ‘det er selvsagt ikke noen forskjell på drap og behandlingsbegrensning, all den tid begge handlingene har døden som konsekvens’» (2, s. 73).

Det er riktig at vi ikke introduserer leserne våre for dette begrepsparet. Det er imidlertid ikke riktig at vi glatter over skillet mellom å drepe og å la dø. Vi bruker ti sider på å drøfte hva dette skillet går ut på, og hvilken etisk betydning det har (1, 32–41).

Hva er da problemet? Kanskje mener Materstvedt det er viktig å bruke begrepene «perfekte» og «ikke-perfekte» plikter for å understreke det *kategoriske* ved plikten til ikke intensjonelt å drepe et uskyldig menneske. Det er imidlertid et trekk ved det kantianske standpunktet som vi eksplisitt diskuterer. Vi argumenterer for at nettopp det kategoriske ved denne moralske plikten bidrar til å gjøre den lite plausibel, fordi det gjør den for rigid. For å sette den på prøve diskuterer vi et eksempel der et menneske er fanget i en brann, ikke kan komme unna og trygler om at vi dreper dem før flammene tar dem (1, s. 45–46). Et kategorisk forbud mot å drepe et uskyldig menneske vil forplikte oss til å nekte også i et slikt tilfelle. Det gjør et kategorisk forbud vanskelig å akseptere.

Derfor mener vi at vi ikke bør akseptere Kants prinsipp om at det kategorisk er moralsk galt intensjonelt å drepe et uskyldig menneske – et prinsipp som, for Kant, gjelder både drap på andre og drap på en selv (14). Vi argumenterer imidlertid for at selv om man skulle godta at Kant har rett i sitt moralsyn på dette området, følger det likevel ikke at man burde mene at aktiv dødshjelp bør være forbudt. I Kants filosofi går det et tydelig skille mellom moralfilosofi og rettsfilosofi. At en handling er umoralsk, er ikke tilstrekkelig grunn for å forby handlingen (15, s. 183–191). Materstvedt anerkjenner dette, og sier seg enig i at Kants moralsyn kan være kompatibelt med at aktiv dødshjelp bør være tillatt (2, s. 88–89).

Konklusjon

Målet med vår bok om aktiv dødshjelp er ikke bare å gi en innføring i de mest sentrale argumentene i debatten. Vi starter en nødvendig debatt og forsvare en konkret lovendring. Vi så derfor frem til å lese Materstvedts bok, og var glade for å se at han vier om lag halvparten av boken til å diskutere og kritisere vårt standpunkt. Dette er et sunnhetstegn, for det skjer dessverre altfor ofte – når man står i langvarige uenigheter – at motpartens

argumenter ikke blir tatt ordentlig tak i, og at gamle kjepphester i stedet ris på nytt. Vi håpet å få utfordret argumentene våre, og gjennom det lære noe som gir oss grunn til å revurdere vårt standpunkt. Materstvedt er en professor som har arbeidet med temaet dødshjelp i mange år og kjenner feltet godt. Vi håpet derfor også på konstruktive innspill til temaene vi uttrykker usikkerhet om i boken, i hovedsak hvordan mennesker i sårbare posisjoner best kan beskyttes mot et press om å velge å dø.

Dessverre ble dette håpet i svært liten grad innfridd. Snarere enn å utfordre den overordnede argumentasjonen i boken vår tar Materstvedt tak i løsrevne undertemaer uten å forklare hvordan en eventuell revisjon av disse temaene vil påvirke konklusjonen vår. Som vi har gjort rede for i denne artikkelen, er også den løsrevne kritikken svak. Det er uklart hvorfor «tvangsfilosofi», slik Materstvedt presenterer det, er en svakhet. Han gir ingen overbevisende eksempler på at vi benytter oss av skjønmalende begreper. Materstvedts påstand om at vi insisterer på å bruke begrepet «passiv dødshjelp» og ikke er bevisste på sammenhengen mellom standpunkt og begrepsvalg, bygger på en selektiv sitering der setningene som viser det motsatte, er klippet ut. Hans påpekning av at det er et paternalistisk element ved reguleringsformen vi tar til orde for, viser verken at den er *problematisert* paternalistisk, eller at den ville innebære en økt grad av paternalisme sammenliknet med dagens lovgivning. Materstvedt vedgår selv at Kants argument for at dødshjelp er umoralsk, ikke er et argument for at det bør være forbudt.

Hva slags konklusjon kan vi trekke på grunnlag av dette? Når en filosof som har arbeidet med dødshjelp-tematikken i flere tiår, vier en halv bok til å kritisere vårt standpunkt, og kritikken ikke bidrar til å svekke dette standpunktet, er det et spørsmål som logisk tvinger seg på: Gir ikke dette grunn til styrket tro på at argumentene våre for å tillate aktiv dødshjelp virkelig er solide?

Litteratur

1. Moen OM, Sterri AB. Aktiv dødshjelp: Etikk ved livets slutt. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2019.
2. Materstvedt LJ. Dødshjelp: Begreper, definisjoner, lover, klinikk og etikk. Bergen: Fagbokforlaget; 2022.
3. Gamlund E, Solberg CT. Når er det verst å miste sitt liv? Relevansen av filosofiske grunnlagsteorier for helseprioriteringer. Norsk filosofisk tidsskrift. 2017;49(3–4):205–217.
4. Singer P. The Expanding Circle: Ethics, Evolution, and Moral Progress, New Jersey: Princeton University Press; 1981.
5. Foreningen for en verdig død. <https://aktivdodshjelp.org/>
6. Menneskeverd. Tema: Aktiv dødshjelp [Internett]. Oslo: Menneskeverd. Tilgjengelig fra: www.menneskeverd.no/tema/aktiv-dodshjelp/
7. Wikipedia. Aktiv dødshjelp [Internett]. Tilgjengelig fra: https://da.wikipedia.org/wiki/Aktiv_d%C3%B8dshj%C3%A6lp
8. Louise M. Införande av aktiv dödshjälp. Motion 2021/22:3826 av Louise Meijer (M). Sveriges Riksdag. Tilgjengelig fra: www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/motion/inforande-av-aktiv-dodshjalp_H9023826
9. Statens medicinsk-etiske råd. Dödshjälp. En kunskapssammanställning. Stockholm: Statens medicinsk-etiske råd; 2017. Smer rapport 2017:2. Tilgjengelig fra: <http://smer.se/wp-content/uploads/2017/11/Smer-2017.2-D%C3%B6dshj%C3%A4lp-En-kunskapssammanst%C3%A4llning.pdf>
10. Horn MA, Heggheim Kleiven DJ, Magelssen M (red.): Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk. Cappelen Damm Akademisk; 2020.
11. Blikshavn T, Husum TL, Magelssen M. Four reasons why assisted dying should not be offered for depression. Journal of Bioethical Inquiry. 2017;14(1):151–157.
12. van Veen S, Widdershoven G, Beekman A, Evans N. Physician Assisted Death for Psychiatric Suffering: Experiences in the Netherlands. Frontiers in Psychiatry. 2022;13:895387. doi: 10.3389/fpsy.2022.895387
13. Conly S. Against Autonomy: Justifying Coercive Paternalism. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2012.
14. Kant I. Groundwork of the Metaphysic of Morals. (red. Mary Gregor og Jens Timmermann), 2. utg. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2012.
15. Cholbi M. Understanding Kant's Ethics. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2017.