



En brevveksling på død og liv

Morgenbladet 21. okt Del: 1 6359 ord

Forfatter: Lena Lindgren , Marit K. Slotnæs og Christian Belgaux (foto)

side 8-13

DØDSHJELP Det eneste vi vet sikkert, er at vi skal dø – men når er riktig bør dø? Postdoktor i filosofi Ole Martin Moe er tilhenger av aktiv holder til ved Universitetet i Oslo, noen meter fra hverandre. tidspunkt? Er ditt liv verd å leve? Hvem skal i så fall avgjøre om du dødshjelp. Professor Jan Grue er motstander. De to mennene i 30-årene genbladet inviterte dem til en gammeldags **brevveksling** om

...liv og død. Jan Grue er motstander av aktiv dødshjelp. Et blikk på cv-en hans er nok til å stille de fleste i forlegenhet. 35-åringen er allerede professor, og de siste seks årene har han hatt navnet sitt på hele åtte bokutgivelser, både sakprosa og skjønnlitteratur. Han er kritikerrost for novellene sine, og i høst debuterte han som romanforfatter. Han er gift med den etablerte samfunnsdebattanten Ida Jackson, og sammen ble de nylig foreldre. Sårbar er ikke det første vi tenker ved bordet rett overfor ham på kontoret hans i Helga Engs hus på Blindern i Oslo. Grue snakker gjennomtenkt, poengtert. Men utenfor, på gangen i fjerde etasje, taler rullestolen også et tydelig språk. Det var slik vi fant riktig kontordør.

- Spenningen mellom kroppslig sårbarhet og vellykkethet, den har jeg levd i hele livet, sier han.

Krevende oppgave. Vellykketheten tilskriver han i stor grad sin privilegerte oppvekst i øvre middelklasse, med pågående og ressurssterke akademikerforeldre. - Jeg har hatt god sosial støtte. I tillegg til familien hadde jeg i hele skoletiden en tett og nær gruppe med venner som tillot meg å søke det mestringsområdet jeg kunne beherske, altså det akademiske. Her kunne jeg konkurrere og hevde meg på lik linje. Med et funksjonshemmet barn i familien må man lære seg å kommunisere med offentlige kontorer og utforme søknader. - Å sette seg inn i den store bunken med brev foreldrene mine har skrevet på vegne av meg opp i gjennom, og overta denne enormt krevende oppgaven fra dem, var min måte å bli voksen på. Konkret virkelighet. Sosialt miljø og klasse. Det er to faktorer Grue er opptatt av, ikke minst nå, med et spedbarn i huset. - Vi er to foreldre i full jobb. Jeg har brukerstyrt personlig assistent noen timer i uken, og i tillegg har vi økonomi til å kjøpe andre tjenester. Det er klart, hvis vi hadde jobbet



Mitt syn er at i den grad det er ille å dø, er det ille bare i kraft av godene som døden frarøver oss.

Ole Martin Moe



Vis avisside

Les også

[Den ultimate livshjelp](#)

Bergens Tidende - 26.03.2014 04:00

[Døden er et hellig øyeblikk](#)

deltid og vært på uføretrygd, ville vår situasjon vært mye mer presset. Jeg tør egentlig ikke å tenke på det. Grue er ikke bare avhengig av rullestol i hverdagen, han har også forsket på funksjonshemning i ti år. Gjennom forskningen har han lært seg å synliggjøre samfunnsmessige og strukturelle faktorer som vi ellers ofte tenker på som individuelle. - Kasuistikken, altså studien av enkelttilfellet, står i kontrast til troen på universelle kriterier som er de samme for alle. Snakk om frie og selvstendige valg hos mennesker i sårbare situasjoner, uten kontakt med konkret virkelighet, det provoserer meg. Normativ science fiction.

Grue forsker på funksjonshemning og sykdomsprestisje med utgangspunkt i kritisk diskursanalyse. I romanen Det blir ikke bedre skriver han om en filosofistudent som blir byråkrat med ansvar for å optimalisere befolkningens liv, blant annet ved å regne ut når det er riktig å avslutte det. Samfunnet han beskriver, har som mål å bli «verdensledende i lykke». Aktiv dødshjelp er normalisert og institusjonalisert. Folk kan velge seg en «sluttscene» fra populære filmer, som så blir produsert og publisert på sosiale medier. En av kameratene til romanens hovedperson, August Wilhelmsen, velger å avslutte livet i et statlig drevet studio. Døden er et estetisk fritt valg. Stars Wars eller Kill Bill. - Er romanen din science fiction? - På et nivå er den jo det, vi har ikke slike dødsstudioer i Norge. Men teknologien er ikke fiksjon, legeassistert selvmord er lov flere steder, og den selvvalgte døden blir allerede heiet frem i mediene. I den grad romanen er science fiction, er det på det normative nivået. De fleste synes ikke at dette er uproblematisk. - Hovedpersonens intellektuelle profil ligner litt på din, men også på Ole Martin Moens. Var det meningen? JAN GRUE . Født 1981 i Oslo. Skjønnlitterær forfatter, og professor i kvalitativ metode ved Institutt for spesialpedagogikk ved Universitetet i Oslo. . Har en medfødt, kronisk muskelsykdom som ble oppdaget da han var to-tre år. Sykdomsbildet var i stadig endring mens han fortsatt vokste. Nå er tilstanden relativt stabil. - Nei, altså, ideen til åpningsscenen i boken, i studio, den har jeg gått med i ti år. Men det er interessant at du sier det! Scenen virker mindre usannsynlig nå enn da jeg kom på den første gang. Moralistiske krampetrekninger? I et essay i Morgenbladet 26. august, «Dødens triumf», kritiserte Grue Dagbladets dekning av tenårings Jerika Bolens dødsbeslutning, som han mente ble slått opp som en «gladsak». 14-åringen, som ble koblet fra respiratoren 22. september, hadde en lignende diagnose som den Grue selv vokste opp med. En innsender på debattsidene mente at Grues essay var et eksempel på «moralistiske krampetrekninger». - Ja, jeg så det. Hva skal man si? Jeg kan godt være moralisten. Jeg tror jo ikke at noen vil ta livet av seg på grunn av et avisoppslag, men jeg mener faktisk at måten vi snakker offentlig om dødshjelp på, påvirker holdninger og normer. - Hva er et godt liv? - Her holder jeg meg til Aristoteles: Et godt liv er å fullbyrde sitt potensial. Mine tanker om hva som skal til for at det skal skje, er i tråd med kritiske humanister som Martha Nussbaum og Amartya Sen. I Nord-Korea, for eksempel, finnes det offisielt ikke funksjonshemmede. - Til slutt: Vi la merke til at du strevde med å holde pennen da vi ba deg om å skrive «Kjære Ole Martin Moen» på et papir. Har det noe med sykdommen å gjøre? - Det kan hende, jeg skriver kjempestygt, men det er jo ganske vanlig nå for tiden, er det ikke? Det er jo nesten ingen som skriver for hånd lenger. Ole Martin Moen vil tillate aktiv dødshjelp. Moen er på den ene siden en etablert akademiker: han er postdoktor ved Universitetet i Oslo, grunnlegger av ungdomsskolen Humanistskolen og fast hus-etiker hos Verdibørsen på NRK. På den andre siden har han, som 31 åring, rukket å bli samtidens mest omstridte filosof. Han er en kjent transhumanist, altså en tilhenger av å forbedre menneskearten med teknologi. Han er også vegetarianer, og kaller seg pan-psykist og hedonist. Han er partner med Thomas M. Johanson, som er daglig leder ved Humanistskolen. De har to barn, som ble båret frem av indiske surrogatmødre og nå er blitt 3,5 år gamle. I sum: Her både tenkes og handles det mye. Flytte grenser. I sommer ble det kjent at Moen hadde fått ni millioner kroner av Forskningsrådet for å lede forskningsprosjektet What should not be bought and sold? Tittelen dirrer. Moen har fra før markert seg ved å si at ting som i dag ikke kan selges (sex, graviditeter, menneskelige organer) nettopp bør selges i fremtiden, av etiske grunner. Moen vil flytte debatten, og kanskje politisk praksis også. I tillegg til to gjesteforskere har prosjektet hans - i anvendt etikk - fått en doktorgradsstilling, som han nå skal ansette en person i. - Vil du flytte grensene for hva som kan kjøpes og selges? - Jeg vil finne ut hva som er etisk sant.

Bergens Tidende - 03.04.2014 04:00

[Hvem skal få hjelp til å dø? AKTIV DØDSHJELP](#)

VG - 18.09.2013 04:00

[Vis flere](#) □

Men målet er å bringe debatten om kjøp og salg fremover, ja. Det er ikke så moralfilosofisk interessant å studere kjøp og salg av ting som atomvåpen eller slaver, fordi dette er fenomener vi i utgangspunktet er imot. Det interessante er heller å studere ting som i utgangspunktet er attraktive: graviditeter, OLE MARTIN MOEN . Født i 1985. Postdoktor i filosofi og grunnlegger av Humanistiskolen. . Skriver for tiden bok om aktiv dødshjelp sammen med Aksel Braanen Sterri. . Har publisert artikler og vært aktiv i debatter om ville dyrs lidelse, prostitusjon, tigging og pedofili. Har politisk bakgrunn fra Fremskrittspartiet. sex, organer - ting som mennesker ønsker seg, men som liksom blir «ille» i det vi kjøper og selger det. Hvorfor er det så ille? Konsekvent konsekvens. - Ser du deg selv som en representant for en ny generasjon og en ny vending? - Vi ser nok sakte, men sikkert at det vokser frem en mer liberal etikk enn før, en større grad av markedsvennlighet, en større vekt på individuelle valg. Men mine standpunkter er nok ennå i mindretall, i hvert fall innenfor organmarkeder og surrogati. - Hvordan vil du beskrive din posisjon? - Jeg er konsekvensialist. Etikk handler om handlinger, når vi handler velger vi mellom fremtider. Da bør vi velge den fremtiden med minst lidelse. Jeg tror ikke på en deontologisk etikk, som sier at det finnes noe «riktig» å gjøre uavhengig av resultatene. Og jeg er det som på engelsk heter left-libertarian. Jeg ønsker et fritt marked, men med betydelig skattlegging og omfordeling. - Hvilke verdier er viktige for deg? - Det er lykke som er den sentrale verdien, mener jeg. Jeg er ultimatt sett en etisk hedonist, og min doktoravhandling var et forsvar for hedonisme. Jeg mener altså at glede og lykke er det eneste som er godt i seg selv, og som ikke er godt for noe annet. Moen snakker raskt og ryddig, spenner opp store tankerekker. Mye er kontroversielt, til gjengjeld er han vennligheten selv. - Hvordan er det å være så omstridt? - Jeg føler jo noen ganger at det er meg mot verden. Det er ikke så viktig for meg å være universelt likt, men selvsagt er det hyggelig når folk bedømmer arbeidet mitt som bra. Da jeg ble ansatt ved universitetet, bestemte jeg meg for å være helt ærlig og åpen om hva jeg tenker, og ikke være strategisk med hva jeg sier. Jeg intenderer å fortsette med det, sier Moen. Armbånd med skrift. Den 31 år gamle Moen vokste opp på Darbu, utenfor Kongsberg. Det var ikke et sted laget for homofile akademikere, det var mer «trimming av mopeder» som gjaldt. - Jeg skulle egentlig bli matematiker eller fysiker, men så begynte jeg å lese filosofi. Og først tenkte jeg å bli historie- og religionslærer, for når man kommer fra en helt ikke-akademisk familie, vet man ikke egentlig at academia finnes. Jeg begynte på Universitetet. Var gjestestudent ved Berkeley i USA. Og senere ble jeg gjestestudent ved Oxford. Det ble en viktig og formativ fase for meg. - Var du da tilknyttet det transhumanistiske miljøet ved Oxford? - Ikke direkte, men jeg traff viktige transhumanistiske professorer der. Nick Bostrom, Julian Savulescu. Og jeg ble kjent med en nevroviter som heter Anders Sandberg, det var han som overbeviste meg om at kryonikk er en god idé. - Kryonikk. - Ja, nedfrysning av kroppen etter døden. Jeg skal jo fryses ned etter min død. Moen mener - dette henger sammen med transhumanismen hans - at fremtidige vitenskapelige gjennombrudd en dag kan gjøre det mulig å vekke ham til live igjen. Han viser frem et sølvaktig armbånd han alltid går med, en plate med liten skrift på begge sider. - Her står det hva man skal gjøre med meg, gi hjerte- og lunge-redning, gi meg heparin slik at blodet ikke koagulerer, og ideelt sett holde meg varm til jeg kommer til USA. Der skal vannet i kroppen min blandes med frostvæske før jeg legges i en fryseboks på minus 190 grader. - Hvordan tenker du om døden? - Mitt standpunkt til kryonikk er ganske åpent. Vi vet at biologisk materiale kan overleve frysning. Barna mine, for eksempel, har jo vært sædceller som har vært fryst. Poenget er: Det er godt mulig at dette ikke funker - men alternativene, kremasjon og begravelse, funker i hvert fall ikke. Vi sitter i et fly som skal krasje i en fjellvegg, og vi har en fallskjerm som vi aldri har vært testet før. Hva gjør vi? Vi prøver den. Selvsagt gjør Kjære Ole Martin Moen Morgenbladet har invitert oss til å skrive om eutanasi og legeassistert selvmord. Disse begrepene brukes om hverandre, men betyr forskjellige ting. Du ønsker legalisering av handlinger som i dag er straffbare, så jeg vil be deg forklare nøyaktig hva du ønsker å lovfeste. Selvmordsforsøk er ikke straffbart i Norge, men det er straffbart å medvirke til en annens død. Legaliseringen må derfor gjelde den som medvirker, i mer eller mindre aktiv grad. Et assistert selvmord innebærer at midlene til å ta livet av seg blir gjort tilgjengelige. Eutanasi innebærer å aktivt forkorte noens liv. Dette betyr at min lovfestede rett til å dø fordrer at et annet menneske får en vanskelig oppgave. Min rett til assistert selvmord blir en annens - noens - plikt til å gi meg midlene til å ta livet av meg. Min rett til eutanasi blir samfunnets plikt til å drepe meg, under visse omstendigheter. Samfunnets representant vil oftest være en lege, men det kan være nærliggende å åpne for sykepleierassistert selvmord eller psykologassistert selvmord. Shakespeares Romeo går ikke til en lege for å kjøpe giften han vil ta livet av seg med, han går til en apoteker. Teknisk sett begår han farmasøytassistert selvmord. Hvor kvalifiserte

er leger - eller andre spesialister - til å vurdere andres lidelse som utholdelig? I Belgia har leger allerede tatt livet av sine deprimerte pasienter. Men depresjon er også knyttet til økonomiske, sosiale og kulturelle faktorer. Det er også opplevelsen av livskvalitet og mening, enten man er frisk, kronisk syk eller terminalt syk. Kan en medisinsk vurdering alene avgjøre at livet er utholdelig? Jeg tror ikke det. Jeg tror at legestanden hverken vil eller bør ha lovfestet plikt til å avslutte et annet menneskes liv. Kanskje ønsker du at all assistanse til selvmord skal være lovlig, enten det er leger eller andre som yter den. I så fall har jeg et annet spørsmål til deg: Hvordan vil du skille mellom assistanse til selvmord og, ganske enkelt, drap? Vennlig hilsen Jan Grue EUTANASI . Betegner en handling der legen forkorter en pasients liv. Oftest gjøres det ved hjelp av en sprøyte med medikamenter. . Handlingen må være et resultat av utrykkelige og gjentatte anmodninger om hjelp til å dø. Pasienten må være klar og må vite hva han eller hun ber om. Kilde: Store medisinske leksikon Kjære Jan Grue I et liberalt demokrati som Norge legger vi stor vekt på selvbestemmelse i personlige spørsmål. Skal du ha barn? Skal du gifte deg? Skal du være med i et trossamfunn? Dette er store eksistensielle valg med vidtrekkende konsekvenser. Her får du velge selv. Ikke nødvendigvis fordi du alltid selv vet best (for det gjør du kanskje ikke), men fordi det bare er du som kjenner deg selv fra innsiden, og fordi det er du som i første rekke må leve med konsekvensene av valgene dine. Noen ganger bør statenoverstyre personlige valg. Dersom du blir med i en svært farlig religiøs kult, vil staten kanskje - under tvil - kunne bryte inn. Da må staten imidlertid ha svært god grunn til å tro at noe svært skadelig er i ferd med å skje. Jeg tenker tilsvarende ved forespørsler om aktiv dødshjelp. Dersom en 18-åring med kjærlighets sorg ber om hjelp til å få dø, bør valget hans overstyres, for da har vi svært god grunn til å tro at han gjør et svært dårlig valg. Men hva med et tilfelle der en mann er uhelbredelig syk og lider voldsomt, har ingen realistiske utsikter til bedring og har et vedvarende ønske om å få hjelp til å dø? Her synes det ikke som om vi kan være svært sikre på at han gjør et svært dårlig valg. Faktisk kan det synes som dette er et svært rimelig valg, for ikke alt liv er verdt å leve. Når et gammelt og plaget menneske dør, er det vanlig å tenke «det var godt han fikk slippe». Det bygger på erkjennelsen av at det noen ganger er best å dø. Er du enig, Jan Grue, i at det noen ganger er bedre for et menneske å dø enn å fortsette livet? Du skriver at dersom noen har en rett til å dø, følger det at andre har en plikt til å ta liv. Jeg mener ikke nødvendigvis at aktiv dødshjelp er en rett. Jeg mener bare at det bør være tillatt, slik det å gifte seg er tillatt, uten at det innebærer plikter for andre. Det er også rimelig at helsepersonell bør kunne reservere seg for aktiv dødshjelp, slik leger kan reservere seg for abort. Du ber meg forklare nøyaktig hva jeg vil lovfeste. Jeg vil lovfeste at aktiv dødshjelp bør tillates når en pasient (1) lider utholdelig, (2) har ingen realistiske utsikter til bedring og (3) har tatt et selvstendig valg om å dø. Du spør klokt: «Hvor kvalifiserte er leger - eller andrespesialister - til å vurdere andres lidelse som utholdelig?» I varierende grad. Legers spesialfelt er å identifisere og behandle sykdommer, ikke å vurdere lidelse. Derfor ønsker jeg en ordning der en lege og en psykolog må enes om at (1), (2) og (3) er oppfylt for at dødshjelp skal kunne gjennomføres. Du skriver: «I Belgia har leger allerede tatt livet av sine deprimerte pasienter. Men depresjon er også knyttet til økonomiske, sosiale og kulturelle faktorer.» Jeg støtter utviklingen i Belgia. Deprimerte bør kunne få dødshjelp dersom depresjonen virkelig er utholdelig og ingen behandling nytter. Psykiske lidelser er like reelle som somatiske lidelser, og kriteriet for å få innvilget dødshjelp bør være lidelsen, ikke lidelsens opphav. Diagnosekategori er uviktig. Jeg er enig i at depresjon er knyttet til økonomiske, sosiale og kulturelle faktorer. Noen er deprimerte fordi vi, som enkeltmennesker og som samfunn, har feilet dem. Det er tragisk. Men når noen likevel har det så ille at døden er å foretrekke fremfor fortsatt liv, hjelper det ikke å kategorisk avslå et ønske om dødshjelp. Ingen får det bedre av at vi, etter å ha forsømt dem, også stenger den siste veien ut. Du spør hvordan aktiv dødshjelp skal utføres. Jeg vil tillate både assistert selvmord og eutanasi. Videre skriver du at «Samfunnets representant vil oftest være en lege, men det kan være nærliggende å åpne for sykepleierassistert selvmord eller psykologassistert selvmord.» Slik jeg skrevoventfor, mener jeg at en lege og en psykolog må enes om at de tre kriteriene er oppfylt. Det følger imidlertid ikke at man trenger å være lege for å utføre aktiv dødshjelp. I Sveits kan hvem som helst assistere ved selvmord. De må imidlertid kunne dokumentere at alt har skjedd i henhold til loven for å unngå tiltale for mord. Jeg mener at Sveits går for langt, og at vi bør kreve kursing og sertifisering. Det er imidlertid ikke gitt at man bør trenge å være fullt utdannet lege. I den amerikanske dødshjelpdebatten er det blitt spurt hvorfor ikke fagfilosofen kan utføre dødshjelp, gitt at de så ofte forsvarer det. Jeg, som fagfilosof, kan godt bidra. Til enhver tid er det alvorlig syke og lidende i Norge som ber om hjelp til å få dø. Vil du overkjøre valgene deres og fortsette å bruke lovverket til å hindre dem fra å få hjelp til å dø, også i tilfeller

der lege og psykolog går god for at de opplever uutholdelig lidelse, har ingen realistiske utsikter til bedring og har tatt et selvstendig valg om at de ønsker å få avsluttet livet? Vennlig hilsen Ole Martin Moen **BREVVEKSLING OM DØDSHJELP** Morgenbladet inviterte i september Jan Grue og Ole Martin Moen til å brevveksle om aktiv dødshjelp. I tre uker har brevene gått mellom dem, via Morgenbladets redaksjon.

Her presenteres brevene samlet.

Kjære Ole Martin Moen Den amerikanske forfatteren David Foster Wallace, som tok livet av seg i 2008, skrev dette om selvmord: The so-called «psychotically depressed» person who tries to kill herself doesn't do so out of quote «hopelessness» or any abstract conviction that life's assets and debits do not square. And surely not because death seems suddenly appealing. The person in whom its invisible agony reaches a certain unendurable level will kill herself the same way a trapped person will eventually jump from the window of a burning high-rise. [...] It's not desiring the fall; it's terror of the flames. Dette sitatet minner meg om dine ord: Samfunnet må tilby døden til dem som «har det så ille at døden er å foretrekke fremfor fortsatt liv». Til dem som har flammene tett på kroppen. Våre perspektiver er ulike. Du ser for deg rasjonelle aktører som tar en selvstendig og gjennomtenkt beslutning basert på sine preferanser. Jeg skriver om mennesker som befinner seg i ekstreme livssituasjoner, der beslutningene påvirkes av mulighetene vi som samfunn tilbyr dem. Et menneskes lidelse er ikke direkte tilgjengelig for andre. Vi forstår andres lidelse gjennom empati og erkjennelse. Men både empati og erkjennelse formes av samfunnet vi lever i. Erkjennelsen først. På den ene siden skriver du at aktiv dødshjelp bare bør tillates for dem ikke har «realistiske utsikter til bedring». Så skriver du: «Diagnosekategori er uviktig.» Nei, diagnosekategorier er uhyre viktige. De forklarer sykdom, gir utgangspunkt for prognoser og styrer behandlingsforløp. De er et uttrykk for en rådende erkjennelsesform. Når du ser for deg at en lege og en psykolog skal enes om at en pasient mangler «realistiske utsikter til bedring» - hva tror du gir grunnlag for deres vurderinger? Du skriver at psykiske lidelser bør gi grunnlag for aktiv dødshjelp fordi de er like reelle som somatiske lidelser. Selvfølgelig er de reelle. Like selvfølgelig forverres de av økonomisk nød og sosial isolasjon. Like selvfølgelig erkjenner vi psykiske lidelser gjennom diagnosekategorier som endrer seg raskt, i takt med samfunnsutviklingen. Homoseksualitet tilhørte lenge diagnosesystemet i mange liberale demokratier. Under andre politiske systemer blir dissidenter rutinemessig diagnostisert med sinnslidelser. Du vektlegger betydningen av selvstendige valg. Samtidig mener du at noen valg bør overstyres. En «18-åring med kjærlighets sorg» bør ikke få hjelp til å ta livet av seg. Men hvordan vet du hvor grensen mellom uutholdelig og uutholdelig lidelse går? Hva om det er en 40-åring med kjærlighets sorg - og en kronisk sykdom? Hva om det er en 80-åring? Du skriver at «kriteriet for å få innvilget dødshjelp bør være lidelsen, ikke lidelsens opphav». Det er en dypt reaksjonær påstand. Den skaper en illusjon av at lidelsens opphav finnes hos individet alene. Den tilslører hvor mye lidelse som skapes - og som kan avhjelpes - av måten vi organiserer samfunnet på. Slik gir den dårlig grobunn for empati, for det vi ikke tror vi kan forandre, forsøker vi heller ikke å forandre. I et essay jeg skrev tidligere i høst, nevnte jeg en amerikansk jente med en medfødt muskelsykdom. Hun døde 22. september i år, 14 år gammel, da hun ble koblet fra respiratoren. Var det riktig å tillate denne jenta å ta livet av seg, slik du ser det? Mennesker med samme diagnose, spinal muskelatrofi type II, lever lenge. Mange passerer 60. Men et godt liv med en slik diagnose er ikke mulig uten et samfunn som inkluderer - juridisk, økonomisk, praktisk og sosialt. Det samme gjelder et godt liv for alle sårbare mennesker. Og som mennesker er vi ytterst sårbare - gjennom våre første leveår, gjennom perioder med alvorlig sykdom, og i de fleste tilfeller gjennom de siste årene av våre liv. Mange av oss er sårbare hele livet. Sårbarhet er vanskelig å forholde seg til. Det kan bringe frem det verste i oss. Du skriver at det er vanlig å tenke, om et gammelt og plaget menneske, at «det var godt han fikk slippe». Det er i hvert fall vanlig å si. Men det er ikke helt uvanlig å tenke «det var godt vi fikk slippe». Da er det mye vi ikke må forholde oss til: Det krevende arbeidet som ligger i omsorg, og den enorme oppgaven det er å gjøre uutholdelige lidelser til lidelser som eksisterer side om side med livsvilje. Det krever mye av oss, både når det gjelder erkjennelse og empati. Oppgaven lar seg ikke alltid løse, men det vet vi som samfunn allerede. Livsforlengende behandling er ikke et absolutt imperativ, men en mulighet. Valget mellom behandling og lindring tas daglig - av helsepersonell og av pasienter. Du spør om det noen ganger er bedre for et menneske å dø enn å fortsette livet. Ja. Alle som har sett terminal sykdom på nært hold, vet at det noen ganger er umulig å slukke flammene. Men liberaliseringen du ønsker deg, vil gjøre oss vant til å sette inn skarpskyttere før vi ringer brannvesenet. Vennlig hilsen Jan Grue ASSISTERT SELVMORD . Tilfeller der en

pasient får hjelp slik at han selv kan ta sitt eget liv. Oftes gjøres det ved at legen fremskaffer medikamenter. . I Norge er eutanasi og assistert selvmord forbudt. Kilde: Store medisinske leksikon Kjære Jan Grue I brevet ditt forteller du om en jente med spinal muskelatrofi, og spør om hun burde ha fått innvilget aktiv dødshjelp. Svaret avhenger av om hun led uutholdelig, hadde ingen realistiske utsikter til bedring og hadde tatt et selvstendig valg om å dø. Siden du ikke gir opplysninger om disse tingene, kan jeg dessverre ikke konkludere. Du skriver videre at mange av dem som har denne jentas sykdom blir over 60 år. Det er sant, og det er nettopp denne store variasjonen i levetid og lidelsesnivå innen hver diagnosekategori som er grunnen til at vi ikke bør ha en liste meg diagnoser som kvalifiserer, og ikke kvalifiserer, for aktiv dødshjelp. Det bør ikke spille noen rolle hva som forårsaket lidelsen. Det er lidelsen, og utsiktene til bedring, som er relevante. Å si «du lider, men det er på feil grunnlag» er umenneskelig. I den grad diagnosekategorier er relevante, er de relevante bare indirekte, ved å gi grunnlag for å vurdere lidelse og utsikter til bedring. Min påstand om at kriteriet bør være lidelse, uavhengig av årsak, er ifølge deg «en dypt reaksjonærpåstand». Hvorfor? Din forklaring ser ut til å være at lidelse oppstår i en sosial kontekst, og at psykiske lidelser ofte forverres av økonomisk nød og sosial isolasjon. Men det er jeg jo enig i! Lidelse skapes og forstås i en sosial kontekst, og ofte ligger det strukturell urettferdighet til grunn. Men når samfunnet er kaldt og urettferdig, må vi søke å gjøre samfunnet varmere og mer rettferdig, ikke nekte dem som lider under kulden og urettferdigheten, en vei ut av elendigheten. Eller mener du, i fullt alvor, at dersom en lidelse er skapt av sosial urettferdighet, er det viktig at vi stenger også den siste utveien? Gjør ikke det bare situasjonen enda verre for den som allerede er blitt utsatt for urett? Bettina Husebø, leder for Senter for aldersog sykehjemsmedisin ved Universitetet i Bergen, konkluderer med at så mange som 46 prosent av pasienter vednorske sykehjem dør en smertefull død. Mitt syn er at i alle fall noen av dem - de som lider uutholdelig, har ingen utsikter til bedring og innstendig ønsker å dø - burde få lov til å slippe. Er det urimelig? Du spør hvordan man kan avgjøre om en lidelse er uutholdelig. For kan lidelse, som er en mental tilstand, egentlig måles? Det er vanskelig, men husk at det hver eneste dag foretas psykiatrisk diagnostisering i det norske helsevesenet. Når lider noen av angst? Når har noen bipolar lidelse? Her er det mange gråsoner. Likevel kan, og bør, fagfolk trekke en konklusjon basert på det vi kan observere. Det samme gjelder lidelse. Eller mener du at lidelse er kvalitativt annerledes enn andre psykiske tilstander? Du skriver at aktiv dødshjelp vil få oss til å «sette inn skarpskyttere» snarere enn å søke å hjelpe. Hvorfor tror du det? Nederland og Belgia, som er ledende innen aktiv dødshjelp, er også ledende innen lindrende behandling. Dersom du frykter at vi, ved å tillate aktiv dødshjelp, vil slutte å gi like god behandling, må jeg få spørre deg: Vil du også forby amputasjon, slik at vi ikke begynner å «sette inn avhuggere» i stedet for å behandle kreft og infeksjoner? Du skriver at lidende mennesker ofte ikke er rasjonelle aktører. Jeg er enig. Men betyr det at de er systematisk irrasjonelle? Dersom du mener at svaret er ja, burde du formodentlig mene at de ikke bør få ta medisinske beslutninger om sitt eget liv overhodet. Mener du det? Du skriver mye jeg er enig med deg i. Jeg er enig i at mennesker som ønsker aktiv dødshjelp ofte er i ekstreme livssituasjoner, at vår forståelse av smerte og empati er påvirket av samfunnet, at det er trist at «homoseksualitet [lenge tilhørte] diagnosesystemet i mange liberaledemokratier» og at «under andre politiske systemer blir dissidenter rutinemessig diagnostisert med sinnslidelser». Men er dette argumenter mot å tillate aktiv dødshjelp? Det synes snarere å være en rekke selvsagtheter som du presenterer som om de skulle tale imot mitt syn. Det er kanskje retorisk lurt, men argumentativt leder det ingen vei. Vennlig hilsen Ole Martin Moen LIV OG DØD POLITIKKEN . Aktiv dødshjelp diskuteres med ny intensitet etter en rekke medieoppslag om folk som av ulike grunner velger å avslutte livet. . Arbeiderpartiets leder, Jonas Gahr Støre, tok nylig stilling i en kronikk i Aftenposten, «Vi som er imot aktiv dødshjelp». Frp har standpunkt for aktiv dødshjelp nedfelt i partiets program. KrF er imot. . I en kommentar i ukens avis (side 26) skriver Kristin Clemet at aktiv dødshjelp kan bli normalisert, på samme måte som abort. Kjære Ole Martin Moen Jeg aksepterer ikke ditt premiss om at lidelse kan og bør vurderes uten kontekst. Jeg tror vi har kommet til et veiløst sted; en apori. Som filosof vet du at dette begrepet har mange betydninger, men det kan blant annet forstås som et sted i en tekst der motsetninger ikke kan løses. Som Jacques Derrida påpeker, kan en apori også være et sted der nye former for mening gir seg til kjenne. Du argumenterer med en selvtilit jeg misunner deg. Om Jerika Bolen, jenta med spinal muskelatrofi som døde 14 år gammel, skriver du: «Svaret [på om det var galt eller riktig å gi henne aktiv dødshjelp] avhenger av om hun led uutholdelig, hadde ingen realistiske utsikter til bedring og hadde tatt et selvstendig valg om å dø. Siden du ikke gir opplysninger om disse tingene, kan jeg dessverre ikke konkludere.» At du ikke kan konkludere,

overrasker meg ikke. At du tror det er mulig å konkludere, overrasker meg en hel del. At du indikerer deg villig til å konkludere, bekymrer meg sterkt. Du anerkjenner at «vår forståelse av smerte og empati er påvirket av samfunnet», blant annet gjennom diagnosesystemer, men du avviser dette som en selvsaghet uten argumentativ verdi. La meg i så fall skrive ut argumentet i større detalj. Kriteriene dine om uutholdelig lidelse, mangel på realistiske utsikter til bedring og evnen til å ta et selvstendig valg kan tilfredsstillende av mange tilfeller: En svart kvinne i Sør-Afrika i 1970, en homofil mann i USA i 1960, og en sovjetisk dissident i 1950. Ville du tilbudt disse menneskene aktiv dødshjelp? Dine tre kriterier er subjektive. Likevel synes du å tro at de rutinemessig kan brukes til å avgjøre at det er bedre for andre mennesker å dø enn å leve. Mine eksempler kan virke ekstreme. Men jeg ser en klar analogi mellom undertrykkningen av politiske, etniske og seksuelle minoriteter og behandlingen av mange kronisk syke og funksjonshemmede. Lidelsens årsak er ikke irrelevant, for noen årsaker kan forandres gjennom å endre samfunnet. Du skriver om andres uutholdelige lidelse, men i brevene dine leser jeg liten vilje til å sette deg inn i andre, sårbare menneskers situasjon. Du kaller min posisjon «retorisk lur», men dine brev er fulle av retoriske finter som «den siste utveien» og «en vei ut av elendigheten». La meg gjenta nok en selvfølgelighet: Døden er døden. For meg som ateist er den ikke en vei ut av - eller inn i - noe som helst. Du benytter deg av en rekke andre retoriske spissfindigheter. Når det gjelder lidelse, skriver du at det finnes mange gråsoner. Det er vanskelig å kvantifisere, vanskelig å være sikker. Du anerkjenner at diagnoser og diagnostiseringsverktøy er problematiske. Så feier du tvilen til side og hevder at «[fagfolk] kan, og bør, trekke en konklusjon basert på det vi kan observere». Her skilles våre veier igjen: Du vil la fagkunnskapen kolonisere enda et livsområde. Og du har historien på din side. Over lang tid er samfunnet vårt blitt stadig mer rasjonelt og teknokratisk innrettet. Jeg er interessert i denne problematikken, såpass interessert at jeg i høst utga Det blir ikke bedre, en roman der jeg forsøker å følge denne tendensen tilsin logiske konsekvens. Romanens hovedperson, August, jobber med å avgjøre når andre menneskers liv - nøye vurdert - ikke lenger er verd å leve. Utrekningen er komplisert, men kriteriet er enkelt: Når er lidelsen større enn nytelsen? Til mennesker som har passert dette punktet tilbyr staten, i romanens univers, anledning til å dø på statens regning. Jeg gjengir her handlingen i en roman, jeg legger ikke frem et argument. Vi befinner oss ved en apori. Vi vil neppe komme videre i argumentasjonsform. Men vi har noen tusen tegn igjen av denne brevvekslingen, og jeg vil gjerne høre hva du - som filosof eller som menneske, og gjerne som begge deler - legger i begreper som uutholdelig lidelse oget liv verd å leve. Det finnes filosofiske tradisjoner der den menneskelige tilværelse forstås som grunnleggende preget av lidelse. Jeg minner ikke om dette for å nedtone den ekstreme lidelsen som følger med mange sykdommer. Jeg skriver det fordi jeg er usikker på hvor grensene går. De fleste mennesker har, en eller flere ganger i løpet av livet, kjent et ønske om å dø. Mange mennesker følger dette ønsket og forsøker å ta livet av seg. Noen av dem lykkes. Når vi får vite at et annet menneske ønsker å dø, er vår første reaksjon - vanligvis - å forsøke å forhindre dem fra å ta livet av seg. Det er ikke gitt at denne reaksjonen er rasjonell. Vi er alle alene i universet, vi skal alle dø, og universet bryr seg ikke om når vi dør. Likevel forsøker vi ofte å få andre mennesker til å leve litt lenger, selv når de sier at de vil dø - for eksempel 14 år gamle jenter. Om de har en medfødt - men ikke livstruende - muskelsykdommer blir de derimot feiret for sitt mot, sin vilje til å søke «en vei ut av elendigheten». Der har vi åpenbart å gjøre med et liv vi ikke vurderer som verd å leve. Vennlig hilsen Jan Grue

PODCAST Jan Grue og Ole Martin Moen møtes ansikt til ansikt for å avslutte diskusjonen på Morgenbladets podcast. Abonner gratis via iTunes eller gå inn på www.morgenbladet.no/podcast69 Kjære Jan Grue Døden er slutten. Det er vi enige om. Men hvor ille er egentlig livets slutt? Dette har du nok tenkt en del på, for når du tar til orde for at ingen skal kunne få hjelp til å dø, må du formodentlig ha konkludert med at døden er et veldig stort onde. Uten et premiss om at døden er et veldig stort onde, vil det være uforståelig hvorfor døden aldri skal kunne frembringes. Så kanskje er vi uenige også her. Jeg tenker nemlig at døden ikke trenger å være et onde. Slik den romerske filosofen Lukrets påpekte, er tiden etter at vi er døde egentlig ikke noe annerledes enn tiden før vi ble født. Begge tidene består av selvets ikke-eksistens, så vi har alle milliarder av år med ikke-eksistens bak oss. Ikkeeksistens er intet å frykte. Mitt syn er at i den grad det er ille å dø, er det ille bare i kraft av godene som døden frarøver oss. Dersom jeg dør i kveld, får jeg ikke lekt med barna mine i morgen. Det vil innebære et tap, for det frarøver barna mine og meg et stort gode. Teorien om at døden er ille, ikke i kraft av seg selv, men i kraft godene som vi taper ved at vi dør, kalles i samtidsfilosofien deprivasjonsteorien om døden. Dersom deprivasjonsteorien er riktig, vil det noen ganger være bedre å dø enn å fortsette å leve. Det vil være bedre å dø

dersom det som ligger foran oss i sum er onder som vi vil slippe unna. Du skriver at det bekymrer deg at jeg er villig til å konkludere i spørsmål om liv og død. Ja, jeg er villig til å konkludere. Men du er akkurat like villig til å konkludere når du sier blankt nei til alle. Det er like fullt en konklusjon. Du skriver at kriteriene mine er «subjektive». Ja, de er subjektive i den forstand at de angår subjekter. Men det er uunngåelig, og dessverre svarer du ikke på hvorfor mine kriterier er mer problematisk subjektive enn andre kriterier som brukes i psykiatrien. Du spør om homofile, mørkhudede og politiske dissidenter. De er blitt påført mye lidelse, og jeg er enig i at dette er lidelse som kan og bør bekjempes gjennom å endre samfunnet. Men la oss si at en mann er blitt torturert fordi han er homofil, og er så hardt skadet at han lider uutholdelig, haringen utsikter til bedring og innstendig ønsker å dø. Skal vi da nekte ham å dø fordi vi alle bør kjempe, og burde ha kjempet, for et samfunn uten homofobi? Hvorfor kan vi ikke gjøre begge deler? Du spør om når en lidelse er uutholdelig. En lidelse er uutholdelig når den er så sterk at vi ikke klarer å håndtere den, og den fortrenger alt annet. Du skriver at du ikke vil la fagkunnskapen kolonisere døden. Jeg deler din skepsis, for heller ikke jeg mener at leger og psykologer sitter med fasiten på når man bør leve og når man bør dø. Det jeg imidlertid mener, er at vi trenger leger og psykologer for å avgjøre når vi skal avvise en forespørsel om aktiv dødshjelp. Jeg vil heller at leger og psykologer skal kunne avvise noen enn at du, som professor i kvalitativ metode, skal kunne avvise alle, slik du gjør ved å støtte dagens absolutte forbud mot aktiv dødshjelp. Vennlig hilsen Ole Martin Moen «Jeg kan godt være moralisten her.» «Det er ikke så viktig for meg å være universelt likt.» Kan en medisinsk vurdering alene avgjøre at livet er uutholdelig? Er du enig i at det noen ganger er bedre for et menneske å dø enn å fortsette livet? Du vil la fagkunnskapen kolonisere enda et livsområde. Og du har historien på din side. Mitt syn er at i den grad det er ille å dø, er det ille bare i kraft av godene som døden frarøver oss.

© Morgenbladet