

Å leve et menneskeverdig liv - Martha Nussbaums globale helseetikk

Odin Lysaker

Universitetet i Agder, odin.lysaker@uia.no

DOI: <http://dx.doi.org/10.5324/eip.v9i2.1871>



This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Nylig igangsatte FN Post-2015, sin nye utviklingsagenda. Sentralt er en global kamp for bedret helse, hvor det å leve et menneskeverdig liv står i sentrum. Imidlertid er forståelsen av selve helsebegrepet omstridt. Noen mener at det bør knyttes an til jus og menneskerettigheter, mens andre foreslår etikk og menneskeverd. Dette hviler i sin tur på motstridende menneskesyn i den globale helseetiske diskursen, nemlig mennesket som enten autonomt eller avhengig. I artikkelen analyserer jeg denne debatten ut fra det jeg hevder er Martha Nussbaums globale helseetikk, som baseres på hennes kapabilitetstilnærming så vel som begrep om 'helse som livskvalitet'. Min konklusjon er at Nussbaums normative begrunnelse for Post-2015 ut fra et kroppslig forankret menneskeverd er det mest overbevisende av de to konkurrerende svarene.

Nøkkelord: global helseetikk, Martha Nussbaum, menneskeverd, menneskerettigheter, post-2015

English summary: Living a dignified life – Martha Nussbaum's global health ethics

The UN recently launched Post-2015, which is its new development agenda. Central here is the global struggle for improved health, in which what it takes to live a dignified life is stressed. However, the understanding of the notion of health is disputed. Some believe that it should be linked to law and the human rights, while others suggest ethics and human dignity. Which in turn rests on conflicting stands in the global health ethical discourse regards to the view of humanity, namely either as autonomous or dependent. In the paper I analyse this discourse, in which my point of departure is Martha Nussbaum's capabilities approach as well as her concept of 'health as life quality.' This I read exactly as a global health ethics. Thus, I conclude that between the two competing answers, Nussbaum's normative justification for Post-2015 on the basis of bodily grounded human dignity is the most convincing.

Keywords: global health ethics, Martha Nussbaum, human dignity, human rights, post-2015

Innledning¹

Hva vil det si å leve et menneskeverdig liv? Det er et sentralt spørsmål i både Martha Nussbaums globale helseetikk og *The Post-2015 Development Agenda*. Sistnevnte er FNs nye utviklingsagenda, med basis i menneskeverd så vel som menneskerettigheter, som følger opp FNs tusenårsmålskampanje fra perioden 2010–2015. Både Nussbaum og FN ønsker å bidra til den globale bekjempelsen av fattigdom ved hjelp av utvikling. Her forutsettes et kollektivt ansvar, som normativt begrunnes ut fra menneskeverdet som et fundamentalt prinsipp på globalt plan. I praksis innebærer en slik global etikk at alle mennesker får ivaretatt helse og andre grunnbehov.

Imidlertid kan helsebegrepet i denne sammenheng forstås på minst to måter. Enten defineres helse som en menneskerettighet, basert på FNs menneskerettighetserklæring, eller så forstås den som menneskeverd, fundert i den normative begrunnelsen i en global etikk. Nussbaums kapabilitetstilnærming er et eksempel på en slik global etikk. Hun forstår nemlig helse i form av en nedre terskel for å leve et verdig liv. Ifølge Nussbaum utgjør denne minimumsmorale en universell standard, som er forankret konkret i det hun beskriver som menneskets kroppslige sårbarhet og avhengighet. Dessuten knytter Nussbaum helse an til det hun kaller livskvalitet.

Til forskjell fra Nussbaums tilnærming til helse som menneskeverd, forstår Asbjørn Eide helse som en menneskerettighet. Her er FNs menneskerettighetserklæring av 1948 sentral. Menneskerettighetserklæringen forstår i sin tur disse rettighetene ut fra en persons autonomi, altså det Kant viser til som selvbestemmelse og selvtilstrekkelighet gjennom fravær av ytre begrensning. I tillegg er Eide opptatt av Verdens helseorganisasjons (WHO) klassiske definisjon av helse. Det innebærer at helse forstås som overlevelse snarere enn Nussbaums fokus på livskvalitet.

Kort sagt: Nussbaums helse som menneskeverd og Eides helse som menneskerettighet representerer ulike menneskesyn. Derfor reiser jeg følgende problemstilling: Utelukker eller utfyller disse to tilnærmingene til global helseetikk hverandre? Her hevder jeg at perspektivene langt på vei er komplementære, samtidig som jeg forsvarer Nussbaums poeng om at global helseetikk generelt og FNs *Post-2015* spesielt best begrunnes normativt i et kroppslig definert menneskeverdsbegrep. På denne bakgrunn består min analyse av tre etapper. Først introduserer jeg en definisjon av begrepet global helseetikk, som i sin tur utgjør rammen for min videre undersøkelse. Dernest presenterer jeg henholdsvis Nussbaum og Eides perspektiv på dette fagfeltet. Til sist drøfter jeg problemstillingen ovenfor ut fra Nussbaums uttrykk om begrepsfamiliaritet, som hevder at det er en affinitet mellom det moralsk så vel som kroppslig forståtte menneskeverdet på den ene siden, og de rettslige og institusjonaliserte menneskerettighetene på den andre.

Dermed representerer både Nussbaum og Eide sentrale stemmer i dagens globale helseetiske diskurs, vedrørende hvor radikal denne kan være når det gjelder å knytte sammen moralfilosofiske betraktninger om hva et menneske er og grunnleggende sett har behov for, på den ene siden, og overnasjonale organisasjoners konkrete politikktutforming på den andre.

Global helseetikk

Helse – overlevelse, det gode liv eller livskvalitet?

For å kunne forklare hva global helseetikk er, må først selve begrepet helse defineres. Ikke alle betegnelse jeg bruker i det følgende er standarduttrykk, men et forsøk på å gi en systematisk fremstilling. På denne måten vil jeg tydeliggjøre hva slags helsebegrep som finnes i Nussbaums globale etikk, når jeg senere presenterer denne.

Begrepet *helse* kan forstås på minst tre måter (Mæland 2005: 26). For det første kan helse defineres som *overlevelse*, noe som gir en medisinsk eller biologisk tilnærming. Den sikter til at man er frisk så fremt man ikke er utsatt for sykdomstegn eller symptomer. Perspektivet er basert på Verdens helseorganisasjon (WHO), som ble etablert i 1948 som et organ under FN. WHO's formål er å sikre en høyest mulig levestandard for verdens befolkning, og følgelig definerer organisasjonens forfatning helse som "fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velbefinnende" (Mæland 2005: 25). Det fordrer både sykdomsforebygging så vel som dekning av grunnleggende behov (slik som vann, mat, husly og klær, samt sanitærforhold, utdanning og helsetjenester) (se: Kent 2005). Helse som overlevelse knyttes også til FNs menneskerettigheter, noe jeg kommer tilbake til.

For det andre kan helse defineres som *det gode liv*, som viser til en persons unike selvrealisering. Forståelsen er følgelig basert på en subjektiv opplevelse av å leve et godt, lykkelig eller meningsfullt liv (som i sin tur kan baseres på blant andre historiske, kulturelle, religiøse, livssynsmessige eller eksistensielle tilnærminger). Dermed defineres helse som noe mer enn kun overlevelse, motsatt den medisinske tilnærmingen over. Videre er helse forstått på denne måten betinget av sosiale og gjensidige relasjoner gjennom andres anerkjennelse, snarere enn kun biologi og grunnleggende behov. Dette gjør at en person kan oppfattes å inneha høy grad av helse, til tross for at hun eller han medisinsk sett er syk.

For det tredje, og til sist, kan helsebegrepet forstås som *livskvalitet*. I boken *The Quality of Life*, som Nussbaum har redigert sammen med Amartya Sen, forklarer sistnevnte at helse som livskvalitet er basert på tanken om "living as a combination of various 'doings and beings,'" og hvor en persons livskvalitet forstås som "the capability to achieve valuable functionings" (Nussbaum og Sen 1993: 271). Denne helseforståelsen har Nussbaum videreført i sin kapabilitetstilnærming, hvor én av kapabilitetene hun lister opp er nettopp helse (eller mer presist: 'kroppslig helse'). Jeg kommer tilbake til både hva termen kapabilitet og funksjonering viser til, samt Nussbaums syn på helse som livskvalitet. Foreløpig holder det å påpeke at dette dreier seg om å *leve et verdig liv* (se: Assen, Halvorsen og Silva 2009), noe som fordrer respekt for andres iboende verdighet og dermed ukrenkelighet. Dette vil i kantiansk forstand si at enhver person er et mål i seg selv. Ifølge denne tilnærmingen oppnås helse gjennom mestring og myndiggjøring i eget liv. Livskvalitet kan således forstås som en *etisk* standard for helse, til forskjell fra både den medisinske og den sosiale. I kontrast til helse som biologisk overlevelse, synes livskvalitet å dreie seg om noe man kan utvikle livet igjennom – dog på en måte hvor standarden for denne utviklingen oppfattes som *felles* for alle mennesker, og dermed noe mer grunnleggende enn den enkeltes syn på det gode liv. Dessuten er både Nussbaum og Sen kritiske til å skulle måle livskvalitet kvantitativt snarere enn kvalitativt (for eksempel økonomisk ut fra GNI per capita).

Høsten 2015 vedtok FN *Post-2015*, som er en ny utviklingsagenda som viderefører organisasjonens *Tusenårsmålskampanje* (2010–2015) for perioden 2015–2030. Her listes opp en rekke såkalte bærekraftsmål (sustainable development goals). Avtalen som ble inngått fikk tittelen *Transforming our World by 2030: A New Agenda for Global Action*, og setter fokus på blant annet helse i sammenheng med både menneskeverd og menneskerettigheter (FN 2015). Til forskjell fra tusenårsmålene, er den nye utviklingskampanjen universell i det forstand at en forplikter innsats fra alle FNs medlemsland. På denne bakgrunn er det interessant å spørre hvilke av de tre ovenfor definerte helsebegrepene som *Post-2015* lener seg mest mot.

Flere av agendaens mange målsettinger dreier seg om helse og helserelaterte spørsmål, og er således relevant for global helseetikk. Dette gjelder blant andre mål 1 vedrørende fattigdom, mål 2 om sult så vel som mål 6 angående vann (FN 2015). Ikke desto mindre er særlig mål 3 sentralt, hvilket lyder som følger: “Ensure healthy lives and promote *well-being* for all at all ages” (UN 2015; min uthevelse). Her nevnes blant annet reduksjon av barsel- og krybbedød, bekjempelse av sykdommer som aids, tuberkulose, malaria og hepatitt, bekjempelse av narkotika-/rusbruk, reduksjon av trafikkulykker, sikring av universell tilgang til seksuelle og reproduktive helsetjenester, reduksjon av forurensning og produksjon av billigere medisiner.

Når FN benytter termen velvære, lyder det som et ekko av Nussbaums begrep om helse som livskvalitet. En grunn er at både FNs ‘helse som velvære’ og Nussbaums ‘helse som livskvalitet’ defineres innenfor rammen av *utvikling* (development; human development) forstått som global bekjempelse av sult og absolutt fattigdom. Dernest er begge tilnærmingene opptatt av et *langsiktig* perspektiv. Som understreket i sitatet ovenfor skal FNs *Post-2015* sikre helse i alle aldre, det vil si livet igjennom. Et tilsvarende livsløpsperspektiv finnes hos Nussbaum, siden hun er opptatt av det jeg nedenfor kaller *menneskelivets eksistensielle livsgraf*. Kort fortalt går dette ut på at mennesket forstås best gjennom å innreflektere hele livet, noe som også omfatter både kroppslig sårbarhet og potensialitet (Nussbaum 2013: 52). Til sist er det verdt å nevne at Nussbaum selv bruker ordet velvære synonymt med livskvalitet (Nussbaum 2006: 282). Dermed synes Nussbaum å hevde at kapabilitetslisten, som jeg presenterer nedenfor, er “indices of well-being” (Nussbaum 2006: 142, 164). Det forstår jeg dithen at man oppnår helse som velvære, eller livskvalitet, dersom man innfrir denne nedre, moralske terskelen som kapabilitetene utgjør. Selv om FNs *Post-2015* ikke synes å begrunnes moralsk *per se* – annet enn indirekte ved å vise til menneskeverdet, som kan hevdes å hvile på et etisk grunnlag – er nettopp Nussbaums globale helseetikk interessant som et forslag til hvorledes denne utviklingsagendaen nettopp kan gjøre det, også på en mer eksplisitt eller systematisk måte enn for bærekraftsmålene.

Global etikk

Etter å ha definert begrepet helse – og ikke minst satt fokus på Nussbaums moralske helsebegrep om livskvalitet, eller velvære, så vel som verdighet – skal jeg, før jeg kommer til hva global helseetikk er, forklare hva som ligger i uttrykket global etikk. Især er det her interessant å avklare hva slags global etikk som Nussbaums posisjon impliserer.

Ordet etikk som sådant kan, som kjent, defineres på mange, ulike og dels konkurrerende måter. Dermed omfattes fenomener som etisk teori og anvendt etikk så vel som moralsk praksis og personlige verdier. Her skal jeg legge til grunn en forståelse som dreier seg om en kombinasjon av etisk teori, nemlig Nussbaums globale etikk og anvendt eller praktisk etikk, det vil si anvendelse av denne etiske teorien på den konkrete casen global helse.

Faguttrykket *global etikk* er tilsynelatende av relativt ny dato, og viser til anvendelsen av en etisk teori på problemstillinger på et globalt nivå (Hutchings 2010: 1). Selv om det finnes en rekke ulike etiske teorier (slik som dyds-, nytte- og diskursetikk), så synes Kants pliktetikkk å være blant de mest brukte innenfor fagfeltet global etikk. Én grunn til det er trolig at den er universell, det vil si at den gjelder likt for alle mennesker uavhengig av historisk tid og sosialt rom. Til tross for at dette ikke er opplagt, så forstås dermed ordene global og universell nærmest som synonymmer. En annen grunn, som trolig er viktigere, er at Kant er opptatt av både menneskeverd og menneskerettigheter. Dermed har hans universelle, eller globale, etikk hatt sterk innflytelse på FNs menneskerettighetserklæring av 1948.

Når det gjelder Nussbaums kapabilitetstilnærming, kan den leses på flere måter (for eksempel som en videreføring av enten Aristoteles' dydsetikk eller John Rawls' rettferdighetsetikk). Én slik fortolkning, som er en jeg baserer meg på, er at hennes tilnærming utgjør en form for global helseetikk, og derigjennom at Nussbaum i feministisk forstand viderefører Kants universelle etikk. Dette gjelder særlig hans global-etiske termer som 'iboende verdighet' og 'mål i seg selv' (Nussbaum 2006).

Videre kan det hevdes at fordi Nussbaum tar utgangspunkt i det hun kaller kapabiliteter (*capabilities*), som jeg kommer nærmere inn på nedenfor, setter hun fokus på det jeg kaller menneskets *eksistensielle grunnvilkår* for å kunne utvikle seg til å bli et fullt og helt menneske (Lysaker 2013; Arendt 1958). Trass i at begrepet kapabilitet, og særlig listen over kapabiliteter, kan minne om Aristoteles' dydsetikk og dens tilsvarende opplisting av dyder, påstår jeg imidlertid at Nussbaums helsebegrep, altså livskvalitet (eller velvære), er noe annet enn helse som det gode liv, som er et uttrykk hentet fra Aristoteles. Denne påstanden henger sammen med den tidligere introduserte minimumsmoralen hos Nussbaum (Lysaker 2010), som hun knytter an til kroppen og dens grunnleggende behov (i vid forstand, det vil si utover ren overlevelse).

Dermed leser jeg kapabilitetstilnærmingen som en overskridelse av det jeg oppfatter som en reduktiv dualisme mellom såkalt 'det riktige (eller rettferdige)' (det vil si Kants universelle deontologi) på den ene siden, og 'det gode' (nemlig Aristoteles' kontekstuelle teleologi) på den andre. Poenget med min *eksistensetiske* (eller moral-ontologiske) posisjon, er å påvise at tanken om både det riktige og det gode forutsetter noen forutgående og felles grunnvilkår som eksisterer forut for så vel som til grunn for begge disse aspektene (Lysaker 2013; Lysaker 2005; Løgstrup 1971).

Som nevnt ovenfor, hevder Nussbaum imidlertid at Kants syn på det å leve et verdig liv er ufravikelig for all etikk. Samtidig forankrer hennes feminisme verdighet i menneskets kroppslige sårbarhet og avhengighet fremfor Kants grunnlegging i rasjonalitet og autonomi.

Global helseetikk

Global helseetikk er som allerede nevnt et ganske nytt forskningsfelt som får stadig økt oppmerksomhet internasjonalt. La meg derfor bruke litt plass på å beskrive dette faglige landskapet, og derigjennom plassere Nussbaum innenfor det.

Forskningsfeltet global helseetikk kan forstås på minst tre vis (Benatar og Brock 2011: 77–79; se også: Macklin 2012; Pinto og Upshur 2012). For det første kan termen global helseetikk vise til noe *geografisk*, det vil si studier av helsetilstanden i forskjellige verdensdeler. Dette skjer gjerne tverrfaglig, det vil si innenfor ulike fag så vel som på tvers av disse. Felles for slike studier av den globale helsesituasjonen er at man trekker veksler på statistikk eller annen empirisk kunnskap. Slike vitenskapelige studier av helsens styrking eller svekkelse for verdens befolkning utføres gjerne av FN, WHO eller andre overnasjonale institusjoner eller organisasjoner (NGO'er eller CSO'er).

For det andre kan global helseetikk forstås *innholdsmessig*, eller tematisk. Det viser til mange og ulike etiske spørsmål som reises vedrørende helse på et transnasjonalt nivå. Innholdet er erfaringsbasert eller empirisk ved å springe ut av for eksempel menneskerettighetsbrudd eller økonomisk urettferdighet i verden i dag.

For det tredje, og til sist, kan uttrykket global helseetikk oppfattes *normativt*. Da trekkes det veksler på enten én bestemt etisk teori eller en kombinasjon av slike, for derigjennom å begrunne hvorvidt dagens globale helsesituasjon bør forbedres, og eventuelt hvor, for hvem, hvordan og i hvilken grad dette bør gjøres. Her fungerer den etiske teorien man legger til grunn som en standard for hvorvidt dagens globale helsesituasjon er tilfredsstillende eller ikke. Det er denne normative definisjonen av global helseetikk jeg benytter i det som følger, og som jeg baserer på Nussbaums kapabilitetstilnærming.

I den normative tilnærmingen til global helseetikk er det ofte en tett sammenheng mellom helse og menneskerettighetene. I FNs universelle menneskerettighetserklæring av 1948 heter det i Artikkel 25 at “[e]nhver har rett til en levestandard som er tilstrekkelig for hans og hans families helse og velvære” (FN 1948). Dette omfatter mat, klær, bolig, omsorg og nødvendige sosiale ytelser, samt trygghet når det gjelder arbeidsledighet, sykdom, arbeidsuførhet, enkestand, alderdom eller annen mangel på eksistensmuligheter som skyldes forhold som er utenfor personers kontroll. Denne menneskerettigheten til helse ble imidlertid formulert allerede i 1946 i innledningen til WHO's forfatning, som lyder som følger: “Retten til den høyest oppnåelige helsestandard er en av de grunnleggende rettigheter for hvert menneske uten forskjell på grunn av rase, religion, politisk overbevisning, økonomisk eller sosial posisjon” (WHO 1946). Dette uttrykkes også i Barnekonvensjonens Artikkel 24 og Kvinnekonvensjonens Artikkel 12 så vel som Artikkel 12 i konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (gjerner forkortet til ØSK).

Dessuten kan den normative definisjonen av global helseetikk dreie seg om at alle mennesker har et krav på å leve et verdig liv. Riktignok er menneskeverdet viktig også for menneskerettighetene, noe som uttrykkes klart i innledningen (Preamble), hvor det tales om “anerkjennelsen av iboende verdighet.” I tillegg står det i Artikkel 1 at “[a]lle mennesker er født (...) med samme menneskeverd” (FN 1948). Begge formuleringene understøttes av FN-pakten, som skal ivareta “det enkelte menneskes verdighet” (FN 1945). Imidlertid er Kants moralfilosofi vel så viktig som inspirasjon

for disse formuleringene i FNs menneskerettigheter. Hans klassiske humanitetsformulering av det kategoriske imperative formuleres slik: “[A]ct [in such a way] that you use [i.e., treat] humanity, whether in your own person or in the person of any other, always at the same time as an *end*, [and] never merely as a means” (Kant 1785 : 38; min kursivering; se også: Kant 1797: 236). Ut fra dette skjelner Kant mellom behandling av mennesker som enten et middel eller et mål i seg selv, hvorav sistnevnte viser til respekten for enhver persons moralitet eller humanitet: “an *end in itself* has not merely a relative worth, that is, a price, but an *inner worth*, that is, *dignity*” (Kant 1998: 42; min uthevelse). Videre forklarer han den fundamentale forskjellen mellom en persons moralske og absolutte verdi på den ene siden, og økonomiske og relative prisfastsettelse på den andre: “everything has either a price or a dignity.” Det innebærer at “[w]hat has a price can be replaced by something else as its *equivalent*” (Kant 1998: 42; original uthevelse), noe som Kant i sin tur hevder betyr at det som er “above all price (...) admits of *no equivalent* has a dignity” (Kant 1998: 42; min uthevelse).

Som jeg allerede har vært inne på, tar Nussbaums globale helseetikk utgangspunkt nettopp i Kants tanke om menneskeverdet. Dette kaller hun, selv med sin feministiske kroppsvri, kapabilitetstilnærmingens *grunnleggende prinsipp* (the basic principle) (Nussbaum 2006: 216).

Nussbaums kapabilitetstilnærming som global helseetikk

Nussbaums kapabilitetstilnærming

I mer enn 20 år har Nussbaum utviklet sin kapabilitetstilnærming (the capabilities approach). Den tilbyr en normativ begrunnelse for “a *bare minimum* of what respect for human dignity requires” (Nussbaum 2006: 70; min kursivering). En kapabilitet kan med andre ord defineres, i likhet med Sen, som grunnlaget for at man “are actually able to do and to be” (Nussbaum 2006: 70). Dette grunnlaget er i sin tur basert på det Nussbaum beskriver som en global-etisk standard for “a life that is worthy of the dignity of the human being” (Nussbaum 2006: 70; se også: 74, 180, 274, 278).

Nussbaums tilnærming inneholder en liste over ti slike kapabiliteter. Selv om hun foreslår denne listen, så må den ikke forstås som et endelig svar på hva den bør inneholde. Snarere, forklarer Nussbaum, er listen åpen for revidering (Nussbaum 2006: 76, 78). Det betyr at den kan både forkortes og forlenges, samt utdypes med tanke på de allerede foreslåtte kapabilitetene. Ikke desto mindre inneholder den nåværende versjonen følgende kapabiliteter: (1) å leve et verdig liv, med normal livslengde; (2) å ha kroppslig helse som tilfredsstillende grunnleggende ernæringsbehov, beskyttelse og muligheten for reproduksjon; (3) å inneha muligheten til kroppslig integritet, slik at man kan bevege seg fritt og unngå overgrep eller vold; (4) å kunne sanse, fantasere, tenke og få ta del i kunnskapservvervelse; (5) gjennom følelsesmessige bånd å knytte seg til andre gjennom omsorg og kjærlighet samt å kunne være sint, savne og lengte etter andre; (6) å kunne formulere eget syn på hva det gode liv er, i tillegg til kritisk og praktisk å kunne planlegge hvordan man skal realisere det; (7) gjennom anerkjennelse og samhørighet å kunne leve med og for andre, samt å leve seg inn i andres perspektiv

på en empatisk måte (noe som dessuten inkluderer det sosiale grunnlaget for en persons selvrespekt og ukrenkelighet); (8) å kunne leve sammen med og ha omsorg for dyr og natur; (9) å leke og ha fritid; (10) å ha kontroll og innflytelse over egne politiske og økonomiske livsbetingelser (Nussbaum 2006: 75–76).

Videre skiller Nussbaum, som nevnt, kapabiliteter fra det hun kaller funksjonering (functioning). Sistnevnte forklarer hun på følgende vis: “[the capabilities] approach uses the idea of a *threshold level of each capability*” (Nussbaum 2006: 71; original kursivering). Hun legger så til: “beneath which it is held that truly human functioning is *not* available” (Nussbaum 2006: 71; min kursivering). Ifølge Nussbaum er det rasjonelt å velge å leve et liv *over terskelen* som menneskets velfunksjonering forutsetter. Ifølge henne er dette oppnåelig, samtidig som man er tolerant overfor dagens mangfold av motstridende og subjektive syn på det gode liv (som svarer til det jeg ovenfor nevnte som definisjonen av helse som det gode liv). La oss her se for oss følgende scenario: Aktør A er troende og aktør B er ikke-troende, og stiller seg derfor helt forskjellig til religion. Samtidig er begge aktørene avhengige av å få innfridd visse helsemessige grunnbehov *før* de overhodet kan danne seg meninger vedrørende religiøs tro så vel som å ta stilling til den andre aktørens ståsted. Scenarioet illustrerer at Nussbaums globale etikk unngår paternalisme; det vil si at aktør A mener å vite bedre enn aktør B hva som er best for B (Dworkin 1972; Nussbaum 2000).

Kroppslig verdighet

Begrepet verdighet er, som påvist over, sentralt hos Nussbaum (2006: 155), noe hun forankrer i menneskets sårbare og avhengige kropp. Nussbaum er enig med Kant når hun sier at “all, just by being human, are of equal dignity and worth” (Nussbaum 1999: 57). Det innebærer at “treating each [person] *as an end*” skal skje “no matter where humans are placed” (Nussbaum 2006: 70; 274; min uthevelse; se også: 2, 216). Dette gir ifølge henne opphav til “a power of moral choice” som muliggjør “to plan a life in accordance with *one’s own* evaluation of ends.” Hensikten er “to produce, and live in, a world that is morally decent,” hvor man således omgås hverandre respektfullt og tolerant (Nussbaum 2006: 274; min kursivering).

Den nevnte rollen kroppen spiller, beskriver Nussbaum slik: “dignity could not be possessed by a being who was not *mortal* and *vulnerable*” (Nussbaum 2006: 132; min kursivering; se også: 87–88). Som betyr at “human dignity (...) inheres in [the animal body]” (Nussbaum 2006: 87). Dermed knyttes menneskeverdet til “fully human living” (Nussbaum 2006: 161, 182, 279) eller “to live a life worthy of human dignity” (Nussbaum 2006: 17, 70, 78, 82, 84, 148, 162, 180–181, 278, 346, 392), som dreier seg om å leve et fullverdig liv ut fra den enkeltes utvikling av kroppsliggjorte kapabiliteter.

Menneskelivets eksistensielle livsgraf

Nussbaum utdyper sin menneskeverdsforståelse som det jeg kaller hennes tese om fellesmenneskelig funksjonsnedsettelse. Her hevder hun at “[h]uman beings are *in general* disabled,” nemlig ved å være “mortal, weak-eyed, weak-kneed, with terrible

backs and necks, short memories and so forth” (Nussbaum 2004: 306; min kursivering; se også: Fineman 2008). Dette svarer til det jeg tidligere kalte menneskets eksistensielle grunnvilkår, som Nussbaum selv beskriver som noen “[g]eneral *shared* features of human life” (Nussbaum 2013: 401; min kursivering). Disse betingelsene er med andre ord ontologiske ved å være både felles og ufravikelige for alle mennesker. Dermed kan de hverken velges eller velges bort – og langt mindre tas bort av andre (Lysaker 2013). Her nevner hun slike grunnvilkår som kroppslighet, grunnbehov, sårbarhet, avhengighet og dødelighet (Nussbaum 2006: 43, 87–88, 160, 221, 237, 278).

Fordi mennesket er betinget av eksistensielle grunnvilkår, så innebærer dette i sin tur det Nussbaum beskriver som *asymmetrisk avhengighet* (asymmetrical dependency) (Nussbaum 2006: 33, 88–89, 140, 168). Det betyr at alle er avhengig av andre. Poenget er at man ikke fødes på like fot med hverandre. Snarere har alle behov for anerkjennelse gjennom blant annet empati, medfølelse, kjærlighet og omsorg, noe som etablerer gjensidige og verdige relasjoner mennesker imellom (Nussbaum 2013).

Videre forklarer hun at kroppslig sårbarhet og avhengighet er *graduell*, som innebærer at disse menneskelige aspektene kan opptre i større eller mindre grad så vel som vare over en kortere eller lengre tidsperiode (Nussbaum 2006: 101). Ikke-varig avhengighet knytter Nussbaum til fødsel, oppvekst, utvikling, voksen alder, ulykke og sykdom (Nussbaum 2006: 87, 111, 120, 125, 129, 132, 143, 160, 221), mens varig avhengighet dreier seg om aldring, helsemessig reduksjon, lengre sykdomsperiode og alderdom (Nussbaum 2006: 111, 120, 123, 125, 143). Dette kan kort oppsummeres som det jeg kaller *menneskelivets eksistensielle livsgraf*: livet går alltid allerede både opp og ned.

På denne bakgrunn kritiserer Nussbaum den tidligere beskrevne kantianske tilnærmingen til menneskeverd, som hun hevder overdriper eller misforstår menneskets rasjonalitet: “*bodily* need, including the need for *care*, is a feature of [both] our rationality and our sociability” (Nussbaum 2006: 160; min understreking). Ut fra dette mener Nussbaum at fornuft “is *one* aspect of our dignity (...) rather than something to be contrasted with it” (Nussbaum 2006: 160; min kursivering).

Nussbaums globale helseetikk

Det er flere grunner til å innramme Nussbaums kapabilitetstilnærming som en variant av global helseetikk, selv om hun selv ikke gjør dette. Først og fremst er global helseetikk i den normative versjonen som jeg presenterte ovenfor tydelig til stede i Nussbaums sterke fokus på menneskeverdet. Det gjør at hennes etikk innehar en global, eller kosmopolitisk, rekkevidde, siden den tilskriver alle mennesker lik etisk status (Lysaker 2010). Dette impliserer at ulike helsesituasjon for mennesker i forskjellige deler av verden, i det minste på det grunnleggende nivået som kapabilitetene dekker, oppfattes som uetisk eller urettferdig.

Den andre grunnen er at Nussbaums anvendelse av livskvalitet, eller velvære, som definisjon av helse langt på vei fungerer som en normativ standard for å vurdere helserelaterte spørsmål på et globalt plan, slik jeg introduserte dette begrepet ovenfor (Nussbaum og Sen 1993). Det kommer tydelig frem i min tidligere påpekning av likhetstrekk mellom hennes og FNs helsebegrep.

For det tredje kommer global helseetikk tydelig til uttrykk hos Nussbaum ved at flere av kapabilitetene i selve kapabilitetslisten er direkte knyttet til helse. Klare eksempler på dette er kapabilitet 1 om normal livslengde og kapabilitet 2 vedrørende både kroppslig helse og grunnleggende ernæringsbehov.

For det fjerde, og til sist, innehar Nussbaums tilnærming en affinitet også til den geografiske formen for global helseetikk. Her tenker jeg på det faktum at Nussbaum i mange av sine bøker trekker veksler på empiriske undersøkelser (især fra India) som er utført om helsesituasjonen i verden i dag (se for eksempel: Nussbaum 2000). Dessuten har hun siden starten på 1990-tallet samarbeidet med UNDP (FNs utviklingsprogram), som blant annet medførte at denne internasjonale organisasjonen tok i bruk den såkalte *Human Development Index* (HDI). Dette er et mål for menneskelig utvikling, som baseres på kapabilitetstilnærmingen generelt og begrepet helse som livskvalitet (velvære) spesielt (se: Mullally 2006: 60, fn. 4).

Moralsk kritikk av helse som menneskerettighet

Helse som menneskerettighet

Ifølge Asbjørn Eide er helse som menneskerettighet en “kortform for et sammensatt sett av rettigheter som motsvares av forpliktelser statene har påtatt seg ved å tiltre (ratifisere) ØSK” (Eide 2006: 276; se også: Eide 2010; Eide 2005). Utgangspunktet er med andre ord FNs konvensjon for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter av 1966. Disse rettighetene kalles gjerne positive eller andregenerasjonsrettigheter. Dette til forskjell fra de sivile og politiske rettighetene (ofte forkortet til SP), som gjerne går under betegnelsen negative eller førstegenerasjonsrettigheter (på engelsk også misvisende kalt ‘*basic human rights*’, siden alle menneskerettighetene kan hevdes å være nettopp grunnleggende). Litt avhengig av hvordan ordlyden leses, tilhører hele 21 av de 30 artiklene i FNs menneskerettighetserklæring nettopp gruppen av sivile og politiske rettigheter.

Imidlertid ble den såkalte Wien-deklarasjonen vedtatt under FNs verdenskonferanse for menneskerettigheter i 1993. Da ble det bestemt at katalogen over menneskerettigheter skal forstås ikke kun som universelle, men også som *udelelige, gjensidig avhengige* og et *hele* (FN 1993). Dermed er det ikke lenger legitimt å skille mellom SP- og ØSK-rettighetene. Det er på denne bakgrunnen at helse som menneskerettighet best forstås. I praksis innebærer Wien-erklæringen dermed at *alle* menneskerettighetene skal oppfattes som *like* viktige.

Videre er helse som menneskerettighet begrunnet ut fra “prinsippet om ikke-diskriminering” (Eide 2006: 279). Dessuten må helseytelsen være fysisk, økonomisk og informasjonsmessig tilgjengelig. Ikke-diskrimineringsprinsippet forutsetter at alle har krav på helseytelser som er “tilgjengelige uten forskjellsbehandling,” noe Eide fremholder som det viktigste av fire prinsipper. De tre andre dreier seg om at det skal “finnes (...) tilstrekkelig omfang [av helsetilbud] innen staten,” at tilbudene skal “være medisinsk og kulturelt akseptable” og at helsetilbudet skal “være av tilstrekkelig kvalitet.” Resultatet av slik ikke-diskriminering er “kravet om at ytelsene skal være tilgjengelige for alle.” Hovedpoenget oppsummerer Eide ved å hevde at “[d]et kanskje aller viktigste i retten til helse som menneskerettighet er nettopp at enhver person skal nyte godt av rettigheten” (Eide 2006: 285).

Vedrørende selve forståelsen av helse, baserer Eide seg på Artikkel 12 i ØSK (Eide 2006: 277). Her heter det som følger: “Konvensjonspartene anerkjenner retten for enhver til den høyest oppnåelige helsestandard, både fysisk og psykisk.” Av de tre helseforståelsene jeg introduserte over – nemlig overlevelse, det gode liv og livskvalitet – synes Eides posisjon å ligge nærmest førstnevnte. Denne er altså basert på definisjonen som WHO lanserte i 1946, nemlig helse som fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velbefinnende. Riktignok nevner Eide “menneskets livsvilkår” og “adekvat levestandard.” Ikke desto mindre synes dette å dreie seg om tilstrekkelig dekning av grunnbehov som vann og mat – les: overlevelse – så vel som “beskyttelse mot” – les: fravær av – sykdom (Eide 2006: 278).

I tillegg er Eide opptatt av sårbarhet, men da forstått kollektivt. Ifølge ham er det “[s]ærlig (...) viktig at de mest sårbare eller marginaliserte gruppene i samfunnet har tilgang til ytelsene” av helse. Her er Eide blant annet opptatt av barn i en transnasjonal kontekst som en særlig sårbar gruppe. Ifølge ham bør barn ha lik adgang til helsetjenester kun ved at de “befinner seg på territoriet” (Eide 2006: 279).

Til sist tar Eide til orde for en bestemt forståelse av adressaten for helse som menneskerettighet, nemlig individet. Videre innehar dette individet en bestemt form for frihet. Til sammen utgjør dette en forestilling om “[e]nkeltmenneskets frihet,” noe som i sin tur “innebærer også et eget ansvar.” Implikasjonen av dette er, hevder Eide videre, at helse som menneskerettighet “kunne ikke fungere dersom ikke folk flest forsøkte å gjøre det de kan for å ta vare på seg selv” og derigjennom “dekke sine egne behov” (Eide 2006: 279; min uthevelse). Også her viser Eide til noe kollektivt, nemlig staten, men legger straks til at trass i at staten innehar et primært oppfyllelseskraav vis-à-vis helse som menneskerettighet, så “[må det r]iktignok (...) forventes av alle mennesker at de *selv* tar et ansvar for sin helse” (Eide 2006: 281; min kursivering).

Trass i at Eide ikke sier dette eksplisitt, så synes hans innramming av helse som en menneskerettighet i det minste implisitt å hvile på et bestemt menneskesyn. Siden han vektlegger mennesket som et fritt og ansvarlig individ, kan dette perspektivet hevdes å representere en form for politisk liberalisme (se: Rawls 1993) som i sin tur ofte trekker veksler på Kants pliktetikkk. I så fall er Eides implisitte menneskeverd – det vil si det han viser til som prinsippet om likebehandling – forankret i et menneskesyn hvor autonomi, nemlig menneskets selvstendighet og selvtilstrekkelighet, er avgjørende.

Mennesket som selvstendig eller avhengig?

Trass i at Nussbaum og Eide selv ikke har diskutert hverandres syn på global helseetikkk, så er det relevant for en best mulig forståelse av dette feltet å sette dem opp mot hverandre. En viktig forskjell mellom Nussbaum og Eide gjelder ut fra hvilken kant de argumenterer. Mens Eide synes å lene seg mot menneskerettighetene snarere enn menneskeverdet (og dermed kun indirekte trekke veksler på menneskets verdighet, slik jeg presenterte måten dette dukker opp på i FNs menneskerettighetserklæring), så er Nussbaum av motsatt oppfatning. Grunnen til at menneskeverdet bør tilskrives slik prioritet *foran* menneskerettighetene er at kapabilitetene – som menneskeverdet hviler på – ifølge Nussbaum er *mer grunnleggende* enn menneskerettighetene (Nussbaum 2006: 284). Hvor Eide tilsynelatende ser på menneskerettighetene som et praktisk og

institusjonelt rammeverk for å ivareta helse (som overlevelse) så vel som (menneskerettslig) menneskeverd, oppfatter Nussbaum førstnevnte som en praktisk *innfrielse* av sistnevnte. Kort sagt: Jus (forstått som menneskerettigheter) og etikk (forstått som menneskeverdet innen global helseetikk) er *ikke* nødvendigvis det samme. Ikke minst hevder Nussbaum at menneskeverdet, eller etikken, går *forut* for de juridiske menneskerettighetene. Dermed *suppleres* jusen av etikken.

Også vedrørende selve forståelsen av menneskeverdet, virker det som om Nussbaum og Eide skiller lag. Riktignok forutsetter begge at ethvert individ tilskrives en normativ status som ukrenkelig. Dermed er begge langt på vei enig med Kants pliktetikk, slik jeg beskrev den over. Her forankrer Eide altså denne statusen i en liberal forståelse av individet som fritt, selvstendig og ansvarlig. Motsatt ham, tar Nussbaum til orde for at enhver person er kroppslig sårbar og dermed avhengig av andre. Siden alle mennesker er født kroppslig sårbare forstått som et eksistensielt grunnvilkår, har man behov for å bli tilskrevet en *etisk* status som ukrenkelig *qua* sårbarhet. Som allerede nevnt, synes hun å mene at slik anerkjennelse gjelder uavhengig og forut for menneskerettighetene.

I Eides tilnærming, og motsatt Nussbaum, gis menneskerettighetene imidlertid forrang fremfor menneskeverdet. Dessuten synes Eide å oppfatte menneskeverdet som rettslig, det vil si som en integrert del av menneskerettighetene. Det siste er rimelig gitt min gjennomgang av Kants menneskeverd ovenfor. Samtidig er menneskeverdet i FNs menneskerettighetserklæring abstrakt, og dermed ikke definert på uttømmende vis. Derfor åpner det for fortolkning ut fra blant annet moralfilosofi generelt og global helseetikk spesielt. I forlengelse av Nussbaums etiske definisjon av menneskeverdet, kan det hevdes at dette utgjør selve det normative grunnlaget for hele menneskerettighetskatalogen. Det skyldes den ovenfor forklarte normative prioriteringen hos Nussbaum, nemlig at det moralske menneskeverdet kommer forut for og dermed ligger til grunn for de rettslige menneskerettighetene (og måten menneskeverdet hos Eide subsummeres under menneskerettighetene). Som jeg kommer tilbake til, hevder Nussbaum at selv om menneskeverdet defineres moralsk, er det ikke desto mindre mulig å koble det an til menneskerettighetene.

Også Eide er inne på betydningen av sårbarhet, men da altså forstått kollektivt knyttet til sårbare grupper, mens Nussbaum bruker sårbarhet som en kategori som er forbeholdt individer – ikke minst hvor denne sårbarheten er betinget av at alle mennesker er født og livet igjennom forblir kroppslige (forstått som hele menneske fra ‘topp til tå’). Hennes poeng er selvsagt ikke at grupper ikke kan være sårbare, men at kroppslig sårbarhet grunnleggende sett er noe individuelt. Særlig er dette relevant vedrørende helse, som ofte har direkte innvirkning på kroppen, for ikke å snakke om hvorvidt individets kroppslige livskvalitet, eller velvære, er innfridd eller ei. Derved dreier menneskeverdet seg fundamentalt sett om anerkjennelse av og respekt for kroppens behov for beskyttelse, noe altså flere av Nussbaums kapabiliteter også dreier seg om. Dermed snur hun Eides menneskesyn på hodet ved å hevde at ingen mennesker fullt ut kan være selvstendige og uavhengige. I stedet er alle preget av en grunnleggende avhengighet til andre.

Ikke desto mindre snakker også Nussbaum om autonomi, men i *relasjonell* forstand, nemlig det hun beskriver som “mutual recognition of human dignity” (Nussbaum 2006: 44; se også: MacKenzie og Stoljar 1999). Selv om begrepet autonomi og verdighet ofte defineres ulikt, forstår jeg dette sitatet i lys av den ovenfor beskrevne kroppslige sårbarheten og asymmetriske avhengigheten som

innebærer at når andre konkrete personer anerkjenner din verdighet, så muliggjør det i sin tur at man kan utvikle seg til å bli autonom og således mestre hverdagen mer eller mindre på egenhånd. Ut fra den ovenfor beskrevne ontologiske asymmetrien personer imellom, er slik autonomi betinget av gjensidige relasjoner til andre. Dette medfører et omvendt ansvarsforhold, hvor de andre både må ta ansvar for og være omsorgsfulle overfor deg. Kort sagt: Det synes ikke å være rom for innsiktene i Nussbaums fenomenologiske feminisme innenfor rammen av Eides rettslige liberalisme.

Også når det gjelder oppfatningen av helse, velger Nussbaum og Eide hver sin vei. Eide tar som sagt til orde for helse som overlevelse ut fra WHO's klassiske, medisinske definisjon, og således et menneskerettslig ståsted, mens Nussbaum mener at helse som livskvalitet så vel som ut fra menneskeverdet er et mer adekvat perspektiv. Én grunn til dette kan være at Nussbaums feministiske tilnærming ikke er like opptatt av frihet som det Eide er – i hvert fall ikke den tilsynelatende negative friheten hos Eide (som dessuten er noe paradoksalt, siden ØSK-rettighetene han setter fokus på ofte forstås som positiv snarere enn negativ frihet). Ut fra Isaiah Berlins frihetstaksonomi, kan det skjelles mellom henholdsvis negativ og positiv frihet (Berlin 1958: 121–122). Den negative definisjonen dreier seg om frihet fra andre aktørers innblanding eller begrensning når det gjelder individets handlingsrom, mens den positive definisjonen handler om frihet til selvtutfoldelse og deltagelse. Poenget med å trekke inn frihetsbegrepet, er at Nussbaum og Eide synes å skille lag nettopp fordi deres menneskesyn impliserer hver sin forståelse av frihet. Eide baserer seg på det autonome individet, og synes dermed å ligge tettest på negativ frihet, mens Nussbaums kapabilitetstilnærming – med sitt fokus på både det avhengige og relasjonelle individet, og dermed betingelser som må innfris for at personen *reelt* sett skal være fri – lener seg mer mot positiv frihet. Selv om Nussbaum ikke diskuterer frihetsbegrepet inngående, kan det, i likhet med deres variasjoner over samme kapabilitetstilnærming, trolig forstås i lys av Sens substansielle frihetsbegrep (substantive freedom). Dette forutsetter utvikling (development as freedom), nemlig “the *ability* (...) of people to lead the lives that they have reason to value and to enhance the *real* choice they have” (Sen 1999: 293; min uthevelse). I forlengelse av dette kan det hevdes at Nussbaums forståelse av helse som livskvalitet vektlegger frigjøring. En viktig forskjell mellom frihet og frigjøring i forhold til global helseetikk er at mens førstnevnte – i det minste i dens negative utgave, som Eide trekker veksler på – kan oppfattes som et abstrakt begrep uten noe konkret innhold eller uten forankring i hverdagslivet (se: Honneth 2014), så dreier frigjøring seg om den faktiske helsesituasjonen for millioner av mennesker i dagens verden. Ut fra Nussbaums globale helseetikk er det med andre ord viktigere å se nærmere på empiri og kunnskap vedrørende for eksempel hvor mange som lever under FNs fattigdomsgrense og de helsemessige implikasjonene dette kan få. For å kunne finne praktiske løsninger som dagens globale helseproblemer reiser, er frigjøring fra det Nussbaum betrakter som uverdige levetilstander viktigere enn en abstrakt, negativ frihetsforståelse. Dermed kommer Nussbaum Eide i møte når hun altså hevder at menneskeverdet er basert på individets potensial for aktørskap og selvstendig handling.

Menneskeverd og/eller menneskerettigheter?

Etter å ha sett på likheter og forskjeller mellom Nussbaum og Eide, ønsker jeg til slutt å besvare problemstillingen jeg introduserte innledningsvis, nemlig hvorvidt deres perspektiver utfyller eller utelukker hverandre. Dette er relevant for å vurdere om uenigheten Nussbaum og Eide imellom utgjør mer enn en faglig familiekrangel.

Som nevnt i innledningen, introduserer Nussbaum begrepet *begrepsfamiliaritet* (concept family; close relations), det vil si en slags wittgensteinsk familielikhet (Nussbaum 2009: 354; Nussbaum 2004: 13; se også: Nussbaum 2006: 7). Dette dreier seg om hva som kommer først; menneskeverdet eller menneskerettighetene. Med andre ord: Hvilken av disse to normative kildene kan hevdes å ligge til grunn for den andre? Dette får i sin tur implikasjoner for tilnærmingen til global helseetikk.

Her hevder Nussbaum at “rather than thinking of the two concepts [i.e., human dignity and human rights] as totally independent (...) we should think of the two notions as *closely relating*” (Nussbaum 2009: 354; min kursivering). Videre argumenter hun for at menneskeverdet – slik dette, som jeg viste ovenfor, utgjør kapabilitetstilnærmingens moralske grunnlag – er “one species of a human rights approach.” Hvor menneskeverdets normative språk, eller moralske grammatikk, er “*superior to the (bare) language of human rights*” (Nussbaum 2006: 7; min kursivering). Dette innebærer først og fremst at Nussbaum hevder at hennes kroppslig forankrede menneskeverd er i overenstemmelse med menneskerettighetene, siden “[the moral] dignity [is] part of a concept family with [legal] respect [i.e., human rights]” (Nussbaum 2006: 2; Nussbaum 2011: 30). Dermed synes Nussbaum, som jeg alt har vært inne på, å ta til orde for at menneskeverdet kommer forut for menneskerettighetene, noe som i sin tur betyr at etikken har forrang foran jusen. En måte å forstå dette på er å peke på de tidligere introduserte eksistensielle grunnvilkårene som forutsetninger for at individer senere hen kan samhandle i form av etableringen av institusjonelle arrangementer. Menneskeverdet er således både temporalt forut for og ontologisk til grunn for menneskerettighetene (Lysaker 2013), samtidig som det ifølge Nussbaum er en samvariasjon dem imellom.

Så lenge Nussbaum definerer menneskeverdet etisk og Eide benytter den ovennevnte menneskerettslige forståelsen, synes imidlertid deres ståsteder ikke å overlape slik hun hevder er mulig. I så fall måtte Eide tillatt større grad av etisk supplement av menneskerettighetene eller Nussbaum moderert kapabilitetstilnærmingens kroppslige eller moralske grunnlag. Når det gjelder deres respektive helseforståelse, er det verdt å nevne at WHO's definisjon har blitt utsatt for mye kritikk. Kritikken gjelder blant annet at den er altfor krevende å skulle innfri på verdensbasis, noe som muligens kunne gjøre at Eide ville lytte til Nussbaums tale om livskvalitet – samtidig som at sistnevnte kan hevdes å være vel så kostbar i praksis. Dessuten kunne en overlapping skje ved at Nussbaum velger et helsebegrep som baserer seg på en forkortet kapabilitetsliste, noe hun altså stiller seg åpen for.

Til sist kan det minnes om at siden Nussbaum og Eide forstår sårbarhet som henholdsvis individuelt og kollektivt, så mangler de den felles plattformen som det nussbaumske uttrykket begrepsfamiliaritet synes å kreve. Ikke desto mindre står Nussbaum i sterk gjeld til Rawls, som muligens er en åpning overfor Eides liberale individ- og frihetsforståelse. Siden Nussbaum kan kritiseres for å være mer opptatt av kapabiliteter som noe individuelt snarere enn institusjonelt (Lysaker 2010) – selv

om hun også kommer med konkrete forslag her (Nussbaum 2006: 306 ff.) – virker det som Eides menneskerettslige og dermed institusjonsorienterte posisjon langt på vei kan supplere kapabilitetstilnærmingen på dette punktet.

Avslutning

I det foregående beskrev jeg to sentrale innramninger av global helseetikk. Martha Nussbaums kapabilitetstilnærming forstår helse som livskvalitet, noe hun begrunner moralsk i menneskeverdet. I Asbjørn Eides perspektiv er helse definert som overlevelse, og først og fremst juridisk og menneskerettslig fundert. Videre utgjør menneskesynet et viktig skille dem imellom: Nussbaum hevder at mennesket er kjennetegnet ved noen eksistensielle grunnvilkår, slik som kroppslig sårbarhet og avhengighet. Motsatt av henne, mener Eide at mennesket primært er autonomt, altså selvstendig og selvtilstrekkelig.

Som jeg var inne på innledningsvis, er det interessant å se på disse to ulike bildene av helse, mennesket og normativitet som et bidrag til den globale helseetiske diskursen. Her så jeg nærmere på den dagsaktuelle casen vedrørende FNs *Post-2015*. Særlig interessant er denne nye fattigdomsagendaens fokus på menneskeverdet blant dens mest sentrale verdier.

Poenget med gjennomgangen av de to konkurrerende så vel som delvis supplerende rammeverkene for global helseetikk, er å sette søkelys på det som kan oppfattes om *implisitte* premisser i denne diskursen, som jeg i det foregående har hatt til hensikt å *eksplisere*. I sin tur synes dette å få implikasjoner for *hvor radikale* målene i *Post-2015* som sådanne kan formuleres. Avhengig av om man tar utgangspunkt i Eides 'helse som selvstendige menneskers rettigheter' eller Nussbaums 'helse som avhengige menneskers verdighet', synes dette å være viktig når det gjelder hva som med rimelighet kan forstås som det global-etiske ansvaret i forhold til helse i *Post-2015*-kampanjen. Ikke minst kan en slik eksplisering få betydning for hva slags *politikkutforming* som oppfattes som adekvat når det gjelder menneskets helse. Dermed uttrykker både Nussbaum og Eides respektive posisjoner generelle poenger med tanke på det videre arbeidet med *Post-2015*.

Noen bedre filosofisk gave enn en slik konseptuell og prinsipiell klargjøring av både praktisk-etiske og menneskerettslige spørsmål kan neppe tenkes når FN i disse dager markerer sine 70 år – og samtidig ser fremover gjennom lanseringen av sin nye utviklingsagenda, som allerede om få år på nytt skal vurderes hvorvidt har innfridd organisasjonens globale helseetikk når det gjelder menneskets eksistensielle og kroppslige fordring om å leve et verdig liv.

Noter

¹ Jeg takker Asbjørn Eide, samt tidsskriftets anonyme fagfelle, for innspill til en tidligere versjon av artikkelen. Dessuten takker jeg Norsk senter for menneskerettigheter (SMR) ved Universitetet i Oslo, som var vertskap under forskningsoppholdet i 2014 da arbeidet med artikkelen påbegynte.

Litteratur

- Arendt, H. (1958/1998). *The Human Condition*. Chicago: University of Chicago Press.
- Benatar, S. og G. Brock (2011). *Global Health and Global Health Ethics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Berlin, I. (1958/1969). Two Concepts of Liberty. I *Four Essays on Liberty*. Oxford: Oxford University Press. <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511984792>
- Dworkin, G. (1972). Paternalism. *The Monist*, vol. 56, nr. 1, ss. 64–84. <http://dx.doi.org/10.5840/monist197256119>
- Eide, A. (2010). Human Rights Based Development in the Age of Economic Globalization: Background and Prospects. I B. A. Andreassen og S. P. Marks (red.). *Development as a Human Right: Legal, Political, and Economic Dimensions*. Antwerp: Intersentia.
- Eide, A. (2006). Retten til helse som menneskerettighet. *Nordisk tidsskrift for menneskerettigheter*, vol. 24, nr. 4, ss. 275–290.
- Eide, A. (2005). The Importance of Economic and Social Rights in the Age of Economic Globalisation. I W. B. Eide og U. Kracht (red.). *Food and Human Rights in Development: Legal and Institutional Dimensions and Selected Topics Vol. I*. Antwerp: Intersentia.
- Fineman, M. (2008). The Vulnerable Subject: Anchoring Equality in the Human Condition. *Yale Journal of Law & Feminism*, vol. 20, nr. 1, ss. 1–23.
- FN (2015). *Millennium Development Goals and post-2015 Development Agenda*. Hentes fra <http://www.un.org/en/ecosoc/about/mdg.shtml>
- FN (2010). *United Nations Millennium Declaration*. Hentes fra <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>
- FN (1993). *Vienna Declaration and Programme of Action*. Hentes fra <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/Vienna.aspx>
- FN (1948). *The Universal Declaration of Human Rights*. Hentes fra <http://www.un.org/en/documents/udhr>
- FN (1945). *Charter of the United Nations*. Hentes fra <http://www.un.org/en/documents charter>
- Honneth, A. (2014/20111). *Freedom's Right: The Social Foundations of Democratic Life*. New York: Columbia University Press.
- Hutchings, K. (2010). *Global Ethics: An Introduction*. Cambridge: Polity Press.
- Kant, I. (1797/1904 ff.). *Metaphysische Anfangsgründe der Rechtslehre*. I *Kants gesammelte Schriften* (Preußische Akademieausgabe). Berlin: Königlich Preußischen Akademie der Wissenschaften.
- Kant, I. (1785/1998). *Groundwork of the Metaphysics of Morals*. NY: Cambridge University Press. <http://dx.doi.org/10.1017/cbo9780511809590.004>

- Kent, G. (2005): *Freedom from Want: The Human Right to Adequate Food*. Washington D.C.: Georgetown University Press.
- Lysaker, O. (2013). *Menneskeverdens politikk: Anerkjennelse av kroppslig krenkbarhet*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Lysaker, O. (2010). Menneskelivets kroppslige ukrenkelighet: En minimumsmoral for kosmopolitisk rettferdighet. I B. Halsaa og A. Hellum (red.): *Rettferdighet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lysaker, O. (2008). Sårbarhet og ukrenkelighet: Filosofisk-antropologisk innholdsbestemte menneskerettigheter. *Nordisk tidsskrift for menneskerettigheter*, vol. 26, nr. 3, ss. 244–258.
- Lysaker, O. (2005). Eksistensiell erfaring og moralsk handling. *Norsk filosofisk tidsskrift*, vol. 40, nr. 2, ss. 99–115.
- Løgstrup, K. E. (1971/1996). *Etiske begreber og problemer*. København: Gyldendal.
- MacKenzie, C. og N. Stoljar (red.) (1999). *Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press.
- Macklin, R. (2012). *Ethics in Global Health: Research, Policy, and Practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Mullally, S. (2006). *Gender, Culture, and Human Rights: Reclaiming Universalism*. Oxford: Hart Publishing.
- Mæland, J. G. (2005/1999). *Forebyggende helsearbeid: I teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nussbaum, M. (2013). *Political Emotions: Why Love Matters for Justice*. Cambridge: Cambridge, MA: Belknap Press.
- Nussbaum, M. (2009/2006). Human Dignity and Political Entitlements. I President's Commission on Bioethics (red.). *Human Dignity and Bioethics*. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press.
- Nussbaum, M. (2006). *Frontiers of Justice: Disability, Nationality, Species Membership*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Nussbaum, M. (2004). *Hiding from Humanity: Disgust, Shame, and the Law*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Nussbaum, M. (2000). *Women and Human Development: The Capabilities Approach*. Cambridge: Cambridge University Press. <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511841286>
- Nussbaum, M. (1999). *Sex and Social Justice*. Oxford: Oxford University Press.
- Nussbaum, M. og A. Sen (1993). *The Quality of Life*. Oxford: Clarendon Press. <http://dx.doi.org/10.1093/0198287976.001.0001>
- Pinto, A. og R. E. G. Upshur (red.) (2012). *An Introduction to Global Health Ethics*. London: Routledge.
- Rawls, J. (1993). *Political Liberalism*. New York: Columbia University Press.

Sen, A. (1999). *Development as Freedom*. New York: Anchor Books.

WHO (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Hentes fra <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>

Aasen, H. S., R. Halvorsen, A. B. da Silva (2009). *Human Rights, Dignity, and Autonomy in Health Care and Social Services: Nordic Perspectives*. Antwerp: Intersentia.