

## Rundabordsamtal om "Rätten att dö"

# Läkaretik - skydd som också blivit plåga Önskvärt att passiv eutanasi utvidgas?

□ Bör människor själva få avgöra när och hur de önskar dö? Har de rätt att begära, att läkare skall hjälpa dem att dö genom att ställa medicinsk teknik till förfogande på samma sätt som när kvinnor i länder med fri abort kan begära att läkare provocerar abort? I vilken utsträckning bör läkarnas etik anpassas efter vad "den allmänna opinionen" kräver?

□ Dessa provocerande frågor var inledningen till ett rundabordsamtal som Nordisk Medicin höll i Köbenhavn i slutet av februari. Deltagarna — en författare, en teolog och sex läkare — presenteras i ramen härintill. (På sid 108 klargörs vad begreppet eutanasi innebär.)

□ De flesta deltagarna i samtalet var mycket främmande inför tanken på alla former av aktiv eutanasi: patienterna måste vara säkra på att det inte finns "dolda mördare" inom sjukvården; ingen kan vara säker på att en människa som säger sig vilja dö verkligen vill det; det är inte läkarnas sak att medverka till självmord, inte ens om samhället skulle kräva det. Men i sällsynta, djupt tragiska situationer kan aktiv eutanasi vara försvarbart lika väl som självmord i undantagsfall kan vara en rationell lösning på olösliga problem.

Flera av deltagarna i samtalet ansåg att den passiva eutanasi — dvs att läkare underlåter att ge livsuppehållande behandling eller avbryter behandling — bör utvidgas. Läkarnas osäkerhet om de juridiska följderna av passiv eutanasi leder ibland till att obotligt sjuka får genomgå en utdragen och plågsam dödsprocess. Några andra synpunkter ur debatten:

● Den medicinska tekniken har utvecklats så snabbt att läkaretiken inte hunnit anpassas. Läkarna har ägnat för litet intresse åt de samhällspolitiska och etiska följderna av sina krav på nya resurser. Man investerar sig ofta in i etiska problem — inte ut ur problemen.

● Läkarnas "fin-etik" är ett nödvändigt skydd för patienten men kan också bli en plåga för svårt

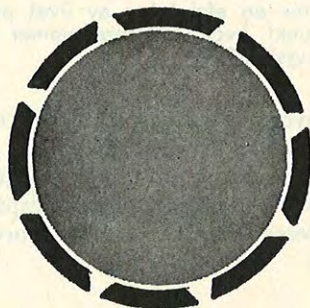
sjuka, särskilt för gamla människor. Om läkarna hade en ombudsman eller ett etiskt råd som stöd (och hot) skulle de lättare kunna handla efter vad som bedöms vara bäst för patienten, hävdades det, men vid denna lösning finns risker för byråkratisering.

● Man kan inte skriva några generella regler för t ex passiv euta-

I Nordisk Medicins rundabordsamtal om "Rätten att dö" deltog

- **Finn Carling**, författare, Oslo. Han har skrivit samhällsvetenskapliga och skönlitterära böcker. 1973 gav han ut boken "Resten er taushet. Skisser om døden", i vilken skönlitterär framställning blandas med intervjuer med bl a sjukvårdspersonal, döende och människor som försökt ta sitt liv. Nu arbetar han på en bok om behandlingsideologin.
- **Loma Feigenberg**, biträdande överläkare vid Radiumhemmet, Stockholm. Han är utbildad i onkologi och psykiatri och har särskilt ägnat sig åt sjukvårdspsykologi, speciellt kontakten med döende patienter och deras anhöriga samt personalens problem.
- **Gustav Giertz**, professor emeritus, tidigare överläkare vid urologiska kliniken på Karolinska sjukhuset i Stockholm. Han har engagerat sig i medicinsk-etiska problem både vid Karolinska institutet och Karolinska sjukhuset och är ordförande i Svenska läkaresällskapets delegation för medicinsk etik.

■ Nordisk Medicin 89:100—109, 1974.



- **Ole K Harlem**, lege, redaktör for Tidsskrift for Den norske lægeforening, Oslo, medlem av Nordisk Medicins redaktionskommitté.
- **Peter F Hjort**, professor i hematologi vid universitetet i Oslo, overlege for Rikshospitalets hematologiske afdeling. I fem år var han formand for interimsstyret ved Universitetet i Tromsø og har där bl a intresserat sig for medicinen sedd från samhällets synpunkt.
- **Henrik Hoffmeyer**, overlæge i psykiatri, chef for afdeling P vid Statshospitalet i Glostrup utanför Köbenhavn. Han har i många år arbetat som social-

psykiater knuten till Mødrehjælpsinstitutionen og også deltaget i de udvalg som foreslog reformer i den danske abortlagstiftningen 1970 og 1973.

- **Erik Holst**, socialmedicinare, afdelingsleder vid Institut for social medicin, Köbenhavn. Han har specialiserat sig på medicinsk sociologi, t ex relationerna mellan sundhedsvæsenet og omvärlden samt konflikten mellan läkarnas och befolkningens etik. Han är redaktör ved Ugeskrift for læger og medlem av Nordisk Medicins redaktionskommitté.
- **Martti Lindqvist**, teol lic, utbildad också i samhällsvetenskap, forskare vid Kyrkans forskningsinstitut i Tammerfors. Han har specialiserat sig på social-etiska frågor og skrivit böcker om bl a empiriska aspekter på medicinsk etik samt om abortproblemet.

Från Nordisk Medicin deltog också

- **Mauri Johansson**, læge, socialmedicinare, Socialmedicinsk institutt, Århus, Nordisk Medicins medicinske konsulent.
- **Yngve Karlsson**, redaktör för Nordisk Medicin och ansvarig för referatet. ■

nasi — det måste i varje situation bli en avvägning mellan olika principer. Att blint följa en enda princip — t ex att liv skall upprätthållas till varje pris — är "etisk lättja". Läkaren måste göra avvägningen och får inte skjuta över ansvaret på patienten eller dennes anhöriga.

● Många av de medicinsk-etiska problemen beror på att läkare saknar kunskaper om — och tid för — den psykologiska mänskliga kontakten med patienterna. De är rädda för dialogen med patienterna, och därför sviker de sina patienter, särskilt de döende.

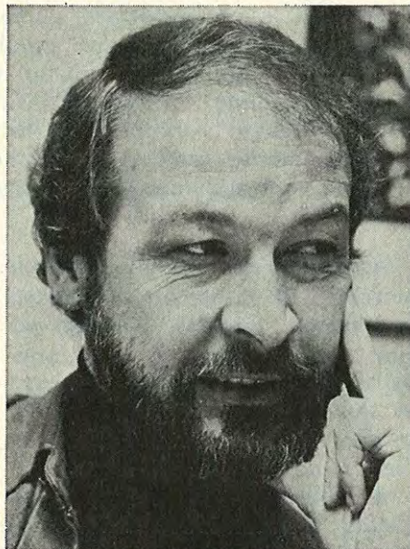
● På grund av att de flesta inte dör hemma utan på sjukhus har döden blivit något främmande för människor. De anhöriga borde få hjälp att vårda döende i hemmet, och läkarna borde också medverka till att via massmedia ge allmänheten en naturligare syn på döden.

## Har människor rätt att kräva dödshjälp?

*Erik Holst:* Det provokerande utgångspunkt för denne samtale er spørgsmålet om befolkningen har ret til at kræve den medicinske teknik stillet til rådighed, også hvor lægernes etik hidtil har forbudt det. Står vi i en situation, hvor spørgsmålet om menneskets ret til selv at træffe bestemmelse om sin død er en parallel til abortproblemet, hvor den generelle holdning i samfundet har påvirket lægeetikken derhen, at man i visse lande lader kvinden selv afgøre, om den lægelige etik skal anvendes?

— Den medicinske sociolog Raymond Illsley, Aberdeen, har konstateret, at lægerne længe har disponeret over en sikker teknik til provokeret abort, men at de på grund af den lægelige etik har været meget tilbageholdende med at anvende denne teknik. Efterhånden har de dog accepteret flere og flere indikationer, og her synes psykiateren at have været gynækologens hjælper i større grad end patientens — psykiateren har fremskaffet det grundlag, der gjorde det lægeetisk forsvarligt at anvende den optimale teknik.

— Man kan sige, at lægerne også disponerer over en teknik, som kan give patienten optimal sikkerhed for, at dødsprocessen vil kunne gennemføres med et minimum af ubehag. Heroverfor står lægernes opfattelse af, at man må søge at bevare livet så langt det er muligt — med en vis reservation for så langt det er rimeligt. Spørgsmålet er, om man vil kunne indrømme patienterne den samme ret, som man har kunnet indrømme kvinderne i abortspørgsmålet — at patienterne kan bede om at få den medicinske teknik stillet til rådighed for en afslutning af livet på et tidspunkt, hvor livet forekommer dem meningsløst? Dette aktualiseres for mig bl a af erfaringer fra De gamles by (långvård



*Erik Holst:* Vil man kunne indrømme patienterne retten at bede om at få den medicinske teknik stillet til rådighed for en afslutning af livet på et tidspunkt, hvor livet forekommer dem meningsløst?

av mycket gamla människor), hvor man kan se tilværelser, der har mistet ethvert indhold, og hvor patienterne måske på et tidligere tidspunkt af deres liv har kunnet forudse dette.

### Stor forskel på disse to problemstillinger

*Henrik Hoffmeyer:* Løsningen på abortproblemet repræsenterer et kompromis i forhold til en meget væsentlig forudsætning i lægeprofessionen: respekten for livet under alle omstændigheder. Der er stor forskel på problemstillingen ved abort og ved et voksent menneskes død. Ved abort bestemmer kvinden og lægen over et andet liv, fosterets. Abortspørgsmålet må ses i et bredt perspektiv, både sociologisk og medicinsk. Medicinske, psykiatriske og sociale indikationer er bare en klædedragt vi har iklædt problemerne — det sagen drejede sig om var, at der var behov for børnebe-

grænsning, og det har vi og kvinderne fået. Det har været et stort held for os, idet det har reddet os fra overbefolkningssituationen.

### Abort har så lite med død å gjøre

*Finn Carling:* Paradoksalt nok har både mord og abort i grunnen så lite med død å gjøre. Abort er mer retten til å ta liv enn retten til å dø, og holdningen til abort blir et spørsmål om hvordan man utfra sit livssyn definerer liv. Vi oppfatter vel et foster som menneske først når det ser ut som et menneske.

### Perfected means and confused ends

*Martti Lindqvist:* Albert Einstein har sagt att vi lever i en tid av "perfected means and confused ends", och detta gäller också i fråga om medicinsk etik. De tekniska framstegen har kommit så snabbt att vår förmåga att förstå och lösa moraliska frågor inte hunnit med. Både när det gäller abort och eutanasi måste vi komma ihåg att rätten att leva är grundläggande för varje annan rättighet — men att döden är något nödvändigt, det pris varje individ måste betala för utveckling. Alla definitioner på liv är grundade på våra värderingar. Fostret är en form av mänskligt liv, eftersom det har potentiella möjligheter att utvecklas till en individ med förmåga till mänsklig kommunikation och självmedvetande. Några sådana möjligheter finns inte vid livets slut.

### Vi har avlägsnat oss från dödens verklighet

— Människan är den enda organism som har förmåga att förutse sin framtid, också att det finns gränser för hennes tillvaro. Döden är därför alltid närvarande i vårt liv, men när vi talar så mycket om rätten att dö, är det ett symptom på att vi har av-

lägsnat oss från dödens verklighet, att døden blivt något fråmmande.

### Orubbliga regler kan leda till "etisk lättja"

*Gustav Giertz:* Man måste vara försiktig med att — med utgångspunkt i stållningstagandet till abortproblemet — dra slutsatser om retten att dø, åven om attityderna till den ena frågan psykologisk kan influera på den andra. Det vore en farlig våg, om abort skulle stållas direkt mot aktiv eutanasi, dvs att en människa sjålv skulle ha rätt att begåra att låkarna skulle stålla medicinsk teknik till förfogande för att låta henne dø vid den tidpunkt og på det såtå hon sjålv beståmmer.

— Besluten i abortfrågan og frågan om passiv eutanasi år resultat av en avvågning mellom ulike prinsipper. Man får inte såtå opp en etisk regel om livets helgd og såga, att man inte får ge avkall på den prinsen i någon enda situation. Det vore, som en teolog har kalled det, "etisk lättja". I abortfrågan åndras avvågningen allteftersom havandeskapet fortskrider og særskilt mycket når fostret fått mårsklig form og av modern og sjukvårdspersonalen börjar opplevas som människa. Jag ånskar att modern låter fostrets rätt våga tungt åven når hon i ett tidigt skede fattar beslut om abort.

### Abort vil bli en nødløsning

*Carling:* I fremtiden vil abort måtå betraktes som en nødløsning og problemet vil reduseres. Det er frykkelig mye lettere å sie at man må forsvare liv til enhver pris enn å vurdere det enkelte tilfelle. Av og til føler jeg at legene dekker seg bak denne "høyreste etiske holdning" til liv.

### Men behovet for dødhjålp vil forøges

*Holst:* Behovet for abort vil måske mindskes — men hvis vi starter med dødhjålp vil behovet for dette måske bare forøges?

### Oklart når låkare får avbryta behandling

*Giertz:* De för låkaren aktuelle problemene i samband med retten att dø år i praktiken helt andra. I Sverige har tillåmpningen av låkarinstruktionen tidligere pressat låkarna att behandle in absurdum, men nu råder en allt stårre enighet om att behandling

inte behøver såtåttas in i hopplåse fall. Vi låkare behøver emellertid alltjåmt mer stød i våra stråvandene att inte försvåra en mårnskass siste tid genom att såtåttas in og fortsåtåttas med all livsuppehållende teknik. Vi tvingas fortforandegå långt i sådån behandling, därför att vi inte vet under vilka omståndigheter det kan anses vara juridisk tillåttet att avbryta behandlingen. Detå bør man klara ut. Dåremot år det helt klart, att aktiv eutanasi för nærvarandegå inte år tillått. Vi bør diskutere denna mójlighet og kanskje bana våg för den i sållynta fall, men vi kan inte mer allmåtnt genomfåre det.

*Peter Hjort:* Problemet om retten til å dø kontra plikten til å leve — også plikten til å la leve — er et av menneskehetens eldste problemer, som har fått stårre praktisk betydning gjennom den moderne teknologien. Før kostet det i praksis lite å ha en høyrest etikk, men i dag har denne etikk skapt store problemer.

### Er etikken et vern eller en plage for pasienten?

— Det sentrale punktet er om den puritanske legeetikken er et nødvendigt vern for pasienten eller om legen praktiserer en etikk som kan bli plagsom for pasienten, spesielt for meget gamle mennesker. Grensene er i prinsippet udefinerbare, men hos *den enkelte pasient* er det ofte ikke så vanskelig å ta standpunkt. Mange vil si, at legen da oppkaster seg til dommer, pave eller Vår Herre, men jeg tror at de fleste pasienter er tjent med det.

### Kan legen stole på pasientens vurdering?

— Når man tenker på problemet *generelt*, er det uløselig. Man kan ikke skape almene regler. Spesielt er det vanskelig å avgjåre om man kan stole på (sv: lita på) pasientens vurdering av situasjonen. De som ber om eutanasi — er deres *judicium* i en slik stand at man alltid bør ta dem alvorlig? De er ofte gamle, kanskje utsatt for press fra de pårørende (sv: anhåriga) og bekymret over at det koster samfunnet tusen kroner om dagen å holde liv i dem. Jeg tror ikke det er en løsning, at hvert enkelt pasient skal bestemme, men det er vesentlig å skille mellom f eks cancerpasienter som er åndelig intakt og gamle mennesker som kanskje ikke lenger er det. Stort sett, tror jeg en rimelig legeetikk er et nødvendigt vern for pasienten.

### Kan patienten stole på lægens vurdering?

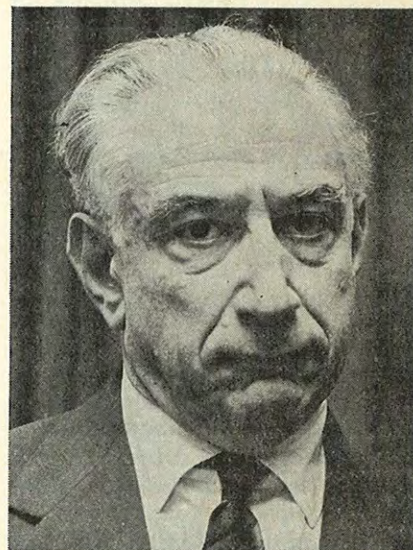
*Holst:* Men kan patienten stole på lægens vurdering? Eller er en del patienter ængste, fordi de tror at lægen handler efter andre værdinormer end dem, patienten ville have anvendt? Hvis patienten havde retten til at bede om dødhjålp, ville han være i en psykologisk set anden situation, end når dette styres via en anden persons vurdering.

### Behandling har "symbolisk effekt"

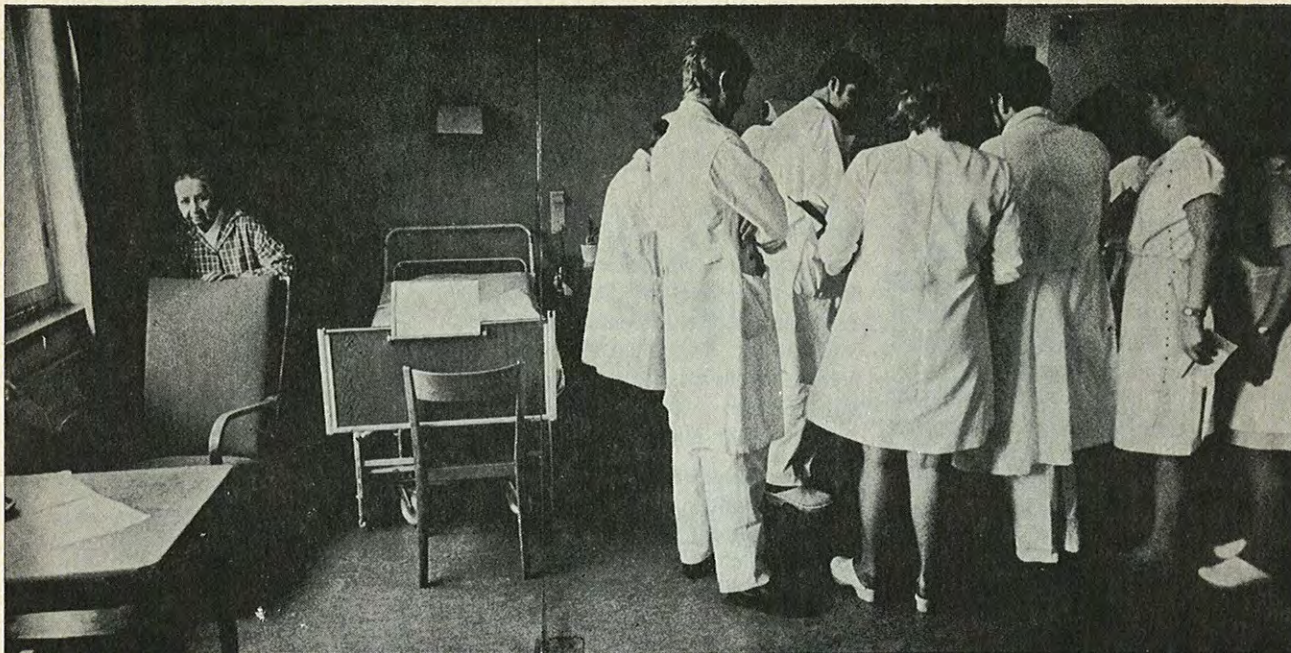
*Lindqvist:* Hur låkaren handlar har også "symbolisk effekt" på dem som inte år patienter. Når mennesker ser korrekt behandling kårner de sig sårkra på att sjålvå få sådån behandling. Men når de ser dramatisk medicinsk teknik såtåttas in i onådan blir de osårkra og rådda för att låkarna inte kommer att respektere deras integritet i liknende situationer. De får då også en kårnsåla av att låkarna tror att døden år något onaturligt.

### Bristfålligt psykologisk kunnande gör att låkarna sviker

*Loma Feigenberg:* Dødhjålp innebår for mig att med alla medel hjålpå døende mennesker att dø med værdighet, sjålvaktning og mårnskovårde. Det år något som man inte får beråva en mårnska. Men där sviker de fleste låkare sine patienter, för det psykologiske, det mårsklige, har för-



**Loma Feigenberg:** Man får inte beråva en mårnska retten att dø med værdighet, sjålvaktning og mårnskovårde. Men där sviker de fleste låkare sine patienter, för det psykologiske, det mårsklige har försummats i låkarutbildningen.



"Vi är med fog rädda för att bli lämnade ensamma, utan mänsklig hjälp". (Foto: Pressens bild, Stockholm.)

summats i läkarutbildningen. När vi någon gång i framtiden har eliminerat denna brist och patienterna behandlas både somatiskt och psykologiskt optimalt, kanske det ändå kommer att finnas en liten grupp patienter som säger att de gärna vill dö. Då behöver vi kanske juridiska regler för sådana situationer, men ännu kan vi inte affektfritt ens diskutera sådana etiska och generella regler. För vi alla — både patienter och sjukvårdspersonal — har så mycken ångest för hur vår sista tid kommer att bli. Vi är med fog rädda för att bli lämnade ensamma, utan mänsklig hjälp.

— Åtskilliga patienter har sagt, att de kommer att ta sitt liv om deras kancersjukdom återkommer eller sprider sig — men ytterst få gör det i själva verket. Ytterst få döende människor ber läkaren om "en stor, stark spruta", och om de gör det är det oftast en vädjan om hjälp och kontakt.

### Så länge det er håp er det liv

*Hjort:* Det er vesentligt at vi lar pasientene få ha håp. Man sier at så lenge det er liv, er det håp; jeg vil si at så lenge det er håp, er det liv. Dette betyr ikke at legen ukritisk skal gi pasienten håp om helbredelse. Håp om bedring, håp om noen få gode dager, håp om en god slutt — alt dette er også håp. Debatten om eutanasi må ikke tvinge pasientene til å ønske seg døde og gi dem dårlig samvittighet for at de ennå lever.

*Holst:* Er ikke håbet en projektion af lægeprofessionens holdning, af at lægerne i jakten på en løsning glemmer, at patienten måske har større behov for at indse sin situation end for at få et medicinsk håb, som netop bringer patienten ind i den situation, at han også må bede lægen om at skaffe ham en teknisk tilfredsstillende død, når det medicinske håb endelig er opgivet?

### Patienter må være sikre på at der ikke er skjulte mordere

*Hoffmeyer:* Den døende patient anstrenger sig ofte for at beskytte både pårørende og læger mod angsten og spiller måske komedie for at hjælpe den stakkels læge, som ikke ved hvordan han skal trøste.

— Det må være en højst usikker tilværelse at være foster, men et foster er sig heldigvis ikke bevidst, hvilken usikker verden det er koncipert i. Et voksent menneske ved, hvad livet er, og det er uhyre vigtigt, at de, der giver sig i hospitalers, lægers og pårørendes vold kan føle sig trygge og sikre på, at der ikke er skjulte mordere iblandt dem. Dette taler stærkt imod tanken om aktiv eutanasi. Det usleste liv, selv den sidste stump en cancerpatient har tilbage, eller den handicappedes ynkelige rester er et fuldt liv, der kræver beskyttelse.

### Skape et vern for legen

*Hjort:* Pasienten er tjent med å ha en lege som trekker muligheten av

passiv eutanasi inn i vurderingen. Man burde derfor skape et vern for legen; ikke i form av lov, men kanskje et etisk råd eller en ombudsman, som både var vern og trussel for legen. Derved ville vi få den passive eutanasi utvidet og samtidig sikre pasientene at det ikke går skjulte mordere iblant oss. Hvis legen ikke har et slikt vern, er han nødt til å praktisere en etikk, som kan bli en plage for pasienten.

*Hoffmeyer:* Vi kommer ikke udenom at en ombudsmand, et nævn eller hvilket mellemed vi end inskyder vil være afhængig af lægens rapport. Derfor skal vi ikke opbygge et apparat av lovregler, etiske regler eller andet bureaukrati. Indsatsen bør være at vi uddanner læger til gode behandlere, gode etikere og gode psykologer. Den enkelte læges gode og rimelige etik er et nødvendigt men også et tilstrækkeligt værn for patienten. God etik er simpelthen identisk med god behandling.

*Hjort:* Jeg tror vi bør ha et etisk apparat, men det bør stort set være et sovende apparat, som kan vekkes opp når det er behov for det, men meget sjelden.

### Uttalande från auktoriteter stöd för läkarna

*Giertz:* Varken juristerna eller myndigheterna vill ta ställning till passiv eutanasi. Men ett uttalande från någon annan auktoritet kan vara ett

stöd för läkarna, om det uppstår en situation, där åtal kan bli aktuellt. För att försöka få till stånd ett sådant uttalande ämnar Svenska läkaresällskapets delegation för medicinsk etik samla personer som med tyngd skulle kunna uttala sig i denna fråga.

### Människans integritet måste bevaras

*Lindqvist:* Aktiv eutanasi måste falla utanför medicinsk behandling. När det gäller passiv eutanasi är det viktigt att människans integritet bevaras — också i döden. Man får inte störa en påbörjad dödsprocess genom att sätta in alla avancerade tekniska och medicinska medel, men man skall ge all normal omvårdnad.

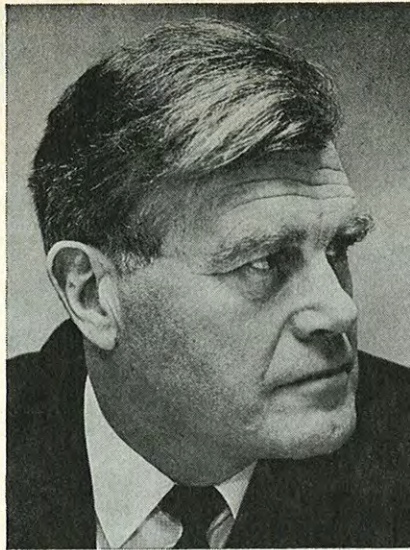
— Det är ett viktigt samhällsproblem hur vi använder resurserna inom medicinen. När vi ständigt investerar mer och mer pengar i högt avancerad teknik, skapar vi ständigt nya etiska problem för läkarna och institutionerna. Vi måste på ett tidigt stadium fundera över vad våra åtgärder betyder för samhället.

### Er legeetikken et skalkeskjul for legen?

*Ole K Harlem:* Er legeetikken et vern for pasienten eller et skalkeskjul for legen? Enten det dreier seg om enkle eller avanserte behandlingsmetoder er det legens første plikt i hvert enkelt tilfelle å vurdere pasientens hele situasjon og om og hvordan metodene skal brukes. Det er ikke et spørsmål om etikk men om riktig behandling. I mange tilfelle gjør legene det enkleste. De anvender uten videre sine behandlingsmetoder og har dekket seg selv. De har gjort det den "høyverdige legeetikken" tilsier. Men egentlig har vi ikke rett til f eks å gi penicillin ved en pasients "terminale pneumoni" — det er "etisk lättja" (etisk dovenskap).

### Etiske problem bottnar i brist på psykologi

*Feigenberg:* Vi låtsas hela tiden att vi måste ha en "fin etik", men mycket av vad vi kallar etiska problem beror på att läkare inte vet hur de skall klara av patient-läkar-relationen eller att de inte förstår vad patienten egentligen vill eller vad som är bäst för patienten. Ibland är det bättre att lägga hela den tekniska läkarvetenskapen åt sidan och sätta sig ned bredvid patienten och tala människa till människa.



*Ole K Harlem:* I mange tilfelle gjør legene det enkleste. De anvender uten videre sine behandlingsmetoder og har dekket seg selv. De har gjort det den "høyverdige legeetikken" tilsier.

— Dette er ikke psykiatri utan menneskopsykologi. Läkarna skulle behöva lika omfattande undervisning i detta som de nu får i anatomi.

*Carling:* Almenlegen og den somatiske legen skyver temmelig kvikt de menneskelige problemer over til psykiateren. Det ligger en fare i å tale om psykologiske problemer, for på en måte er dette den alminnelige menneskelighet som er grunnlaget for enhver profesjon.

*Feigenberg:* Men psykologin är det område som systematiserar denna kunnskap.

### Behandlere svært engslige for dialogen

*Carling:* Under det arbeide om behandlingssideologi jeg nu holder på med, har det stått klart at dialogen mellom behandler og behandlet er viktig men også risikofylt. Man taper vel noe, når eksperten ikke er alene-rådende — men pasienten vinner noe i samarbeidet: Opplevelse av egenverdi, aktivisering, rett til å bestemme over eget liv og egen skjebne (sv: öde). Men mange behandlere er svært engstelige for dialogen, fordi det er lettere å "forvalte objektiv sannhet" enn å inngå i samarbeide. Legen vil kanskje løpe risikoen å lytte til en pasient som ønsker behandling, hvor legen synes at den er inadekvat — eller som ønsker å dø, hvis f eks behandlingen er smertefull og det er usikkert, om pasienten vil overleve. Enten legen bestemmer

eller pasienten gjør det, vil man løpe risikoer. For meg er problemet: Hvilke former for risiko er etisk for-svarlige?

### Läkarna livrädda för dialogen

*Feigenberg:* Läkarna är inte ängsliga för dialogen — de är livrädda för den. De är rädda att dela andras vånda.

### Tvingas välja mellan liv i pressade situationer

*Giertz:* "Rimlig läkarettik" innebär att vi skall ha vissa normer och följa dem, men de behöver inte nödvändigtvis stämma med vad en "allmän opinion" just då kräver. Alla individer har teoretiskt sett rätt till samma behandling, men i pressade situationer kan man tvingas välja mellan liv — om t ex dialysplatserna inte räcker till, bör man kanske inte dra lott utan välja att låta en mycket begåvad få behandling före en gravt psykiskt underutvecklad.

— När det gäller att sätta in behandling, t ex att operera i situationer som inte är akuta, felar vi läkare ofta. Vi ger oss inte tid att leva oss in i patientens situation och förklara tillräckligt. Men det vore grymt att dra fram alla motiv för och emot operation och alla komplikationer som kan inträffa. Man får inte lasta över avgörandet på patienten eller dennes anhöriga, men patienten skall ha en rimlig möjlighet att säga nej till operation.

— Vi måste handla efter vad som är bäst för patienten — inte bara snegla på hur länge patienten kan leva. Också när man underlåter att sätta in medicinsk behandling — eller avbryter behandling — måste man fortsätta med den personliga omvårdnaden, inklusive psykologisk behandling.

### Läkarna upprörande dåliga på "medmänsklighet"

*Feigenberg:* Den läkare som behandlar bör så att säga stå på patientens sida också som medmänskliga, men det är upprörande så dåliga läkare i allmänhet är på detta.

*Hoffmeyer:* Desværre må vi psykiatere indrømme at der er mangler også inden for psykiaternes rækker. Læge-patient-psykologien og sygdomspsykologien er forsømte områder både i den graduate og den postgraduate uddannelse.

# Läkare, allmänhet bör ändra attityd till döden

*Giertz:* Det är svårast att ta hand om de patienter som man inte kan ge ytterligare behandling men som kanske kommer att leva något eller några år till. Där har vi sjukhusläkare kommit i en återvändsgränd: Vi bör kanske förklara att vi inte kan göra mer — men har vi rätt att ta ifrån patienten hoppet? Många vill inte ge upp, utan går till THX- eller "naturläkare".

*Carling:* Kunne man ikke prøve å lære de menneskene og oss andre å forberede oss mer på døden? Det kanskje er bedre å forberede mennesker på å dø enn å gi dem et falskt håp om liv?

— Da jeg arbeidet med boken "Resten er taushet" var det flere som kom inn på Sigrid Undsets skildring av Lavrans død i Kristin Lavransdatter. Der beskrives hvordan Lavrans, en gammel mann som ser døden som en naturlig del av livet, rolig går sin død til møtes. Ulykken i vår tid er vel at vi alminnelige mennesker vet så lite om hva det vil si å dø, at det blir skremmende.

## Läkarna kan inte säkert förutsäga utvecklingen

*Giertz:* Som överläkare på en urologisk avdelning, där många patienter har tumörer, har jag försökt att förklara för obotligt sjuka att de måste bruka den begränsade tid de har kvar, så att den blir meningsfull. Men det är ofta svårt att få dem att acceptera att de snart måste dö. Patienterna vill inte höra talas om döden så länge de känner sig någorlunda friska. Och även om patienten har cancer i ett avancerat stadium, kan vi läkare inte säkert förutsäga utvecklingen i form av snabb spridning, smärtor osv.

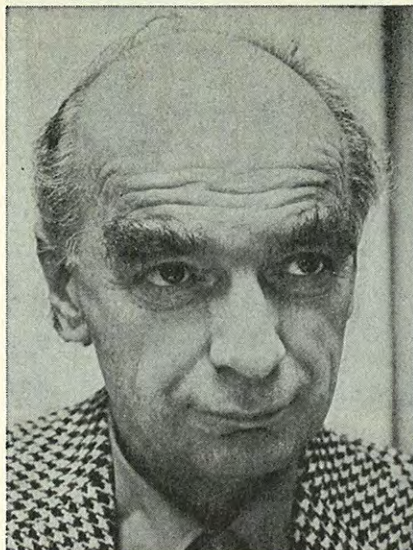
## Bruk massemediene til å forberede folk!

*Hjort:* Selv om det er "manipulasjon", tror jeg vi har rett til å bruke massemediene i et mer systematisk forsøk på å påvirke menneskers holdning til disse spørsmålene, til å forberede dem på å dø, til å lære dem noe av Lavrans' innstilling.

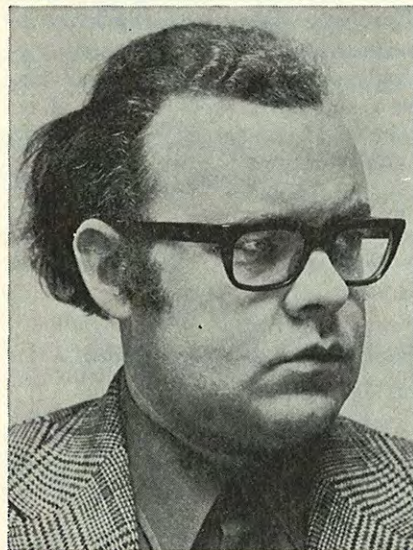
*Giertz:* Vi bör börja med att få små barn att förstå att döden är något naturligt.

## Inte enbart ett läkarproblem

*Mauri Johansson:* Det ökande antalet gamla gör, att vi inte kommer



**Henrik Hoffmeyer:** Af psykologiske og menneskelige grunde ville vi gerne at gamle kunne dø i deres hjem. Her burde vor socialforsorg gøre en indsats, f.eks. ved at et team af sygeplejersker og andre kunne hjælpe til med at passe døende i hjemmet.



**Mauri Johansson:** Problemen gæller inte bara läkare och patienter utan vi måste se dem som grupp- eller avdelningsproblem. Läkare pressas ofta av andra personalgrupper till att behandla eller också protesterar de andra mot behandling som de upplever som meningslös.

ifrån de här problemen. Men det är inte problem enbart för läkare och patienter, utan vi måste se dem som grupp- eller avdelningsproblem. Läkare pressas ofta av andra personalgrupper att behandla eller också protesterar de andra mot behandling som

de upplever som meningslös. Dessutom är sjuksköterskor i motsats till läkare utbildade att vårda terminala patienter.

*Carling:* Både leger og sygeplejersker sier at de lærer så meget om det å konstatere død, men så forferdelig lite om hvordan det er å dø, om dette som leger med et distanserende ord kaller terminalfasen.

## Plejeteam burde hjælpe familierne

*Hoffmeyer:* Af psykologiske og menneskelige grunde ville vi gerne at gamle kunne dø i deres hjem, men af sociale grunde kan de ikke. Hvem har råd til at have en gammel døende liggende hjemme, råd til at lade være med at gå på arbejde i ugevis? Her burde vor socialforsorg gøre en indsats, f.eks. ved at et team af sygeplejersker og andre kunne hjælpe til med at passe døende i hjemmet. Vi skal også passe på, at vi ikke kommer for langt i udviklingen mod kæmpestore sygehuse.

*Giertz:* Nu tas de flesta in på institution när de skall dö, och vårdpersonalen tvingas i viss utsträckning överta de anhörigas roll i de mänskliga kontakterna.

## Läkarna har medverkat till förändringen

*Feigenberg:* Det är många sociala och kulturella förändringar som gett döden en annan plats i samhället. Läkarna har medverkat till förändringen genom att under årtionden predika att sjukhusen är enastående, att ingen annan kan ge så trygghet och god sjukvård. Det är väl riktigt, även om jag skulle önska att problemen kunde lösas på annat sätt, t.ex. med en god hemsjukvård. Men kan och vill vi verkligen vrida klockan tillbaka enbart i fråga om inställningen till döden och inte vad angår allt annat?

*Johansson:* Vi kan inom det moderna samhället skapa betingelser för en värdig död, men läkarnas brist på samhällspolitiskt ansvar är bland de faktorer som arbetar emot fundamentala mänskliga intressen och behov. Läkarna kan inte fortsätta att vara passiva vittnen till utvecklingen, utan de måste aktivt arbeta för ett bättre samhälle. Det är här inte fråga om

en ostyrbar biologisk process utan om människors beslut.

### Den menneskelige kontakt teknificeres

*Hoffmeyer:* Fremmedgørelsen i forhold til de døende forekommer både på det psykiske og på det fysiske plan. Patienterne passes mere perfekt på sygehuset end i hjemmet, men vi teknificerer også den menneskelige kontakt. At udvikle et godt forhold til patienten kan og bør læres. Vi kan også se visse træk i udviklingen blandt de unge, som måske kan give fortrøstning om, at ægte menneskelige hensyn på ny kan komme til at spille en rolle.

### Symtom på destruktion av samhällets struktur

*Lindqvist:* Det finns ett samband mellan abortfrågan och frågan om äldre människors död — nämligen ideologin om den personliga skyddade sfären, privatlivet (privacy). Domstolsbeslut i USA om kvinnans rätt

att själv besluta om abort grundas på den ideologin. Kanske finns ideologin också bakom propagandan för varje människas rätt att själv besluta när hon skall dö. Men det är en olycklig utveckling. Det är symtom på destruktionen av vår samhällsstruktur. Vi måste lära oss att vi alla är ansvariga också för de beslut som gäller en individs liv eller död.

### Förekommer meningslös behandling ofta?

*Giertz:* Läkare på akutsjukhusen bör kämpa för att rädda de patienter som kommer dit. Men förekommer det verkligen på långvårdssjukhus mycket behandling som inte är meningsfull?

*Hoffmeyer:* Ikke påfaldende ofte, men den almindelige gode pasning og det sanitære niveau gør, at tilstandene varer ved ud over tiden.

### Stor unnlattelsessynd

*Hjort:* De tekniske spørsmål — ernæring, bruk av smertestillende mid-

ler etc — kommer sjelden opp i diskusjonene. Her har legene en stor unnlattelsessynd å svare for. Vi bruker ikke mulighetene på langt nær så godt som vi burde; ved å tilsette litt kokain til smertestillende midler får man f.eks. også en euforiserende effekt.

— Min konklusjon er at vi har to store utdanningsoppgaver foran oss: "manipulasjon" av befolkningen i retning av en riktigere holdning til døden, og opplæring av legene i teamarbeid og i å bruke de midler som står til rådighet.

### Inte heller gamla vill dø

*Feigenberg:* Även om undersökningar om gamla människors hållning till döden sällan är allmängiltiga, finns det några entydiga resultat: Inte heller gamla vill dö, och de är friska mycket längre än vi är benägna att tro. Även om de talar långsamt och har sjukdomar, så är de inte sjuka på alla plan. Vi förvandlar gamla till socialt döda utan att de är det.

## Är läkaren ensam ansvarig för "svåra" beslut?

*NM:* Hur bör läkaren ställa sig till att operera nyfödda barn, som måste opereras för att överleva men som är så mentalt skadade att de kommer att få leva ett liv som många skulle anse vara utan värde? Skall föräldrarna delta i beslutet?

*Carling:* Jeg var et barn som ble født med store skader, og jeg er relativt glad for at jeg ikke blev avlivet. I de tilfelle, hvor det er umulig å si hva slags liv barnet får, er det rimligere å ta sjansen og la det få leve. I andre tilfelle, f.eks. når det gjelder barn med leukemi og barnet kan leve bare litt til hva man enn gjør, er det rimligere å ta sjansen på at man ikke i løpet av et halvt år finner den helbredende metode. Man bør da la være med å foreta inngrep og undersøkelser, som kan bli så uakseptable, så voldsomt smertefulle for et lite barn som ikke forstår meningen med det.

### Frestas tänka på bara en aspekt av patienten

*Lindqvist:* I samband med en undersökning om medicinsk etik frågade jag läkare och två andra akademiska grupper vilken behandling som

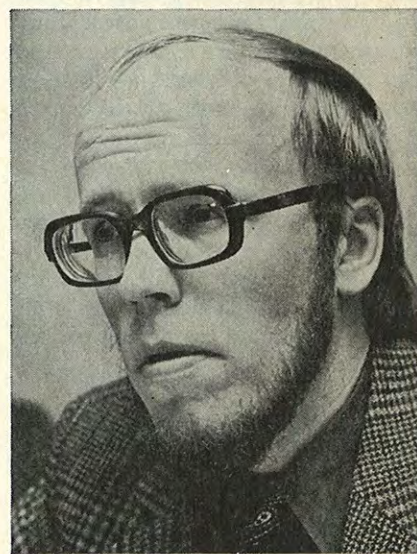
är den rätta om ett barn på "idiotnivå" får pneumoni. Mer än 50 procent av läkarna valde svaret "moderat behandling", men 70 procent av de andra ansåg att barnet skulle behandlas precis likadant som andra pneumonipatienter.

— Läkarna var patientcenterade och de andra sjukdomscenterade. Kanske är våra medicinska sjukdomsmodeller så konstlade och ensidiga att vi frestas att tänka på bara en aspekt av patienten i stället för att bedöma hela situationen.

### Rent medisinske vurderinger grunnleggende

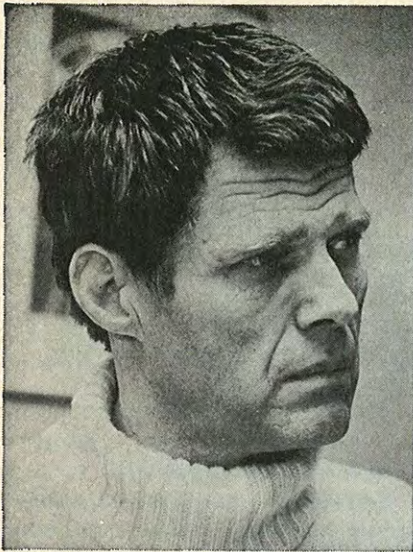
*Hjort:* Det er ikke livets objektive verdi, men livets subjektive verdi man skal prøve å vurdere.

I debatten om abort har det vært hevdet, at dette ikke er et medisinsk men et almenmenneskelig spørsmål og at legene ikke er mer kvalifisert enn andre til å ha en prinsipiell mening. Det er riktig, men i de problem vi her diskuterer er det annerledes. Rent medisinske vurderinger er grunnleggende, når man skal ta standpunkt til utsiktene for pasienten. Man kommer ikke forbi at legen



**Martti Lindqvist:** Det behövs nya inslag i medicinsk utbildning för att göra läkaren rustad för en beslutsprocess, där han har förståelse också för den mänskliga sidan av patientens situation och står i kontakt både med patient och anhöriga.

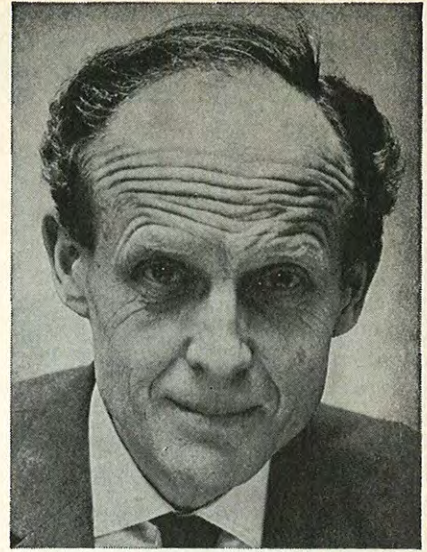
har ansvaret. "Fin-etikken" har vi forholdsvis liten hjelp av, fordi det dreier seg om konkrete vurderinger, og det er bare legen som har satt seg inn i alle sakens somatiske, menneskelige og sosiale sider.



**Finn Carling:** Dersom jeg hadde vært lege, ville jeg ha følt behovet for deling av ansvar og for en dialog med pasienten kanskje lenger ned i barnealderen enn mange vil gå. Men for det lille barn må legen ta ansvar, og fremfor alt ikke lytte for sterkt til foreldrenes ønsker.



**Gustav Giertz:** Ett svært problem er hur man bör förhålla sig till ett myelomeningocele-barn som inte opereras och inte behandlas med några extraordinära medel utan förväntas dö i en "naturlig" komplikation. Man får inte tillgripa aktiv eutanasi, och barnet måste få normal passning.



**Peter Hjort:** Den enkelte leges entusiasme fører til at vi krever ressurser som ender med å bli problemer. Vi investerer oss inn i problemer — ikke ut av dem. Gjennom investeringer skaper man nye etiske, psykologiske og menneskelige problemer for helsepersonell og for eldre.

### Pasient og pårørende avhengig av legens informasjon

— Det å legge ansvaret på pasienten — som man ofte gjerne vil gjøre — er å flykte fra legens ansvar, fordi pasientens vurdering av situasjonen er helt avhengig av legens informasjon. Av samme grunn er de pårørendes rolle begrenset. Man må ubetinget snakke med dem, men man kan ikke være sikker på deres motiver i denne situasjon. Det er også viktig å styrke samarbeidet med de andre personalgruppene, som ofte har informasjon legen har bruk for. Men enten vi liker det eller ikke, er det legen som har ansvaret.

### Nya inslag i utbildningen

*Lindqvist:* Det behøvs nye inslag i den medisinske utbildningen for å gjøre läkaren rustad for en beslutningsprosess, där läkaren har forståelse för också den mänskliga sidan av patientens situation och står i kontakt både med patient och anhöriga. Läkaren måste ändå ta hela ansvaret på sig och själv besluta om behandlingen — men han måste också förklara skälen till sitt beslut.

### Behov for deling av ansvar

*Carling:* Dersom jeg hadde vært lege, ville jeg ha følt behovet for deling av ansvar og for en dialog med pasienten kanskje lenger ned i barne-

alderen enn mange vil gå, fordi jeg tror at barn på mange måter er mer realistiske og lettere å nå enn mange vil tro. Men for det lille barn må legen ta ansvar, og fremfor alt ikke lytte for sterkt til foreldrenes ønsker.

### Sällsynt att det är rätt att avstå från operation

*Giertz:* Det finns, synes det mig, tillfällen, då man har rätt att avstå från att operera t ex nyfödda med myelomeningocele, men det er utomordentligt sällsynt. Det skall då vara helt uppenbart att barnet förutom förlamning har en mycket grav hjärnskada. Då skall läkaren ta hela ansvaret för beslutet och säga till föräldrarna, att barnet inte är livsdugligt. Man får inte lägga ansvaret på föräldrarna just när de har upplevt chocken av att ha fått ett missbildat barn. Men när man ämnar operera, skall man tala om det för föräldrarna. Säger de nej måste detta väga tungt — men läkaren bör ändå operera, om det är uppenbart att barnet har en framtid. Läkaren måste då ha beslut från barnavårdsnämnden.

### Obotliga måste vänta på "naturlig" komplikation

— Ett svært problem är hur man bör förhålla sig till ett barn som inte opereras och inte behandlas med några extraordinära medel utan för-

väntas dö i en "naturlig" komplikation. Man får inte tillgripa aktiv eutanasi, och barnet måste få normal passning och personlig omvårdnad. Det förekommer att personalen reagerar mot detta, eftersom det kan ses som ett inhumant handlande. Det är ett fall, där man ställs inför problemet om det är motiverat att i alla lägen avstå från aktiv eutanasi.

### Föräldrarna kämpar mot dödsönskan

*Feigenberg:* Föräldrar till svårt skadade barn älskar förmodligen barnet. De vill att det skall leva, men samtidigt kämpar de med en önskan att det skall få dö.

*Carling:* Ambivalensen överfor barn med skader möter man både i livdöd-problemet og i holdningen til avvikere. Man bør prøve å få foreldrene til å godta barnet som det er, å finne en balanse mellom behandling og opplevelse av verd.

*Feigenberg:* Man måste också ge föräldrarna ett slags medmänsklig absolution för deras dödsönskan för barnet.

### Barnen anpassar sig

*Giertz:* En undersökning vid Karolinska sjukhuset omfattande ett 50-tal sådana barn visade att några föräldrar hellre sett att deras barn inte opererats. Samtidigt är de måna om att



barnet skall få all hjälp det behöver. En psykolog, som testat barnen, fann att de flesta anpassat sig till förhållandena sådana som de är och att de får ut vissa positiva värden av livet, även om de flesta har depressionsperioder.

*Carling:* Vi har stor tilpasnings-evne, men jeg skulle gjerne se at samfunnet hadde like stor tilpasningsevne som det krever av mennesket.

### Vi investerer oss inn i problemer

*Hjort:* Når man står overfor den enkelte pasient må filosofien i de aller fleste tilfelle være den *ikke* å gi opp. Men er det riktig å lage ressurser, f.eks. å bygge opp et nasjonalt brandskadesenter som gjør det mulig å redde barn med 90 prosent forbrenning? Legene har vært for lite bevisste her. Den enkeltes entusiasme fører til at vi krever ressurser som ender med å bli problemer. Vi investerer oss inn i problemer — ikke ut av dem.

### Man får inte blunda för ekonomiska aspekter

*Giertz:* Det kostar stora pengar att ta hand om gravt efterblivna barn med betydande hjärnskador. Motargumentet är att det inte finns fler sådana barn än att samhället kan ta hand om dem. Men enligt mitt förmenande är det orealistiskt att som förhållandena nu utvecklats helt blunda för de ekonomiska aspekterna. Kostnaderna måste ju ändå vägas in, och man pressas alltmer att tänka efter vad man skulle kunna få ut om man i stället satsade på t ex de utvecklingsbara.

*Hjort:* Dette er for meg ikke bare et økonomisk spørsmål: gjennom investeringer skaper man også nye etiske, psykologiske og menneskelige problemer for helsepersonell og for eldre.

*Giertz:* Och man binder en mängd personal i en sektor där det är brist på personal.

### Motivdannelsen uklar ved medlidenhedsdrab

*Hoffmeyer:* Der agiteres stærkt for retten til at foretage medlidenhedsdrab, men vi er nødt til at forholde os meget restriktive. Problemet er så kompliceret, at det ikke umiddelbart bør give anledning til frihed fra straf. Medlidenhedsdrab har været aktuelt i Danmark i to tilfælde de seneste år. To sønner dræbte deres mor, som led af en meget smertefuld poliartrit og som gentagne gange



Kan självmord vara en rationell lösning på olösliga problem? (Foto: Leif Grage)

havde bedt sine sønner om at hjælpe sig af med livet. Der var også nylig en sag, hvor en sygeplejerskelev var forlovet med en respiratorpatient, der havde sagt, at hvis hun ville bryde med ham så måtte hun hjælpe ham af med livet. Nu havde hun forlovet sig med en anden og drejede respiratorventilen om.

— Der er to problemer i denne forbindelse: motivdannelsen og massemediernes og domstolens reaktion. Motivdannelsen kan være meget kompliceret: Et dødsønske kan være en appel, en protest eller aggression mod dem, man belaster med afgørelsen. Massemediernes behandling af medlidenhedsdrab er ensidig, sentimental og skadelig. Der er utvivlsomt tilfælde, hvor man gerne ser, at de pågældende får en mild dom, men hvor det generalpræventive kan spille en stor rolle, hvis massemediernes udbreder sig om sagen.

### Man har glede av den etiske beskyttelse

*Carling:* Barmhertighetsdrap er tvilsomt, og mange liknende fenomener innen medisinen kan være tvilsomme, hvis man spør om hvem det er gjort av hensyn til. Det er vanskelig å trekke den klare grense, og derfor har man glede av den etiske beskyttelse så man ikke stadig stilles foran valget: Er det rimelig å hjelpe ham over i døden nu eller ikke? Lett kan det bli at man hjelper lite villige mennesker over i døden.

### Etisk försvarbart i sällsynta situationer

*Giertz:* I praktiken är detta inget stort problem, eftersom barmhärtig-

hetsdråp kan bli aktuellt endast i mycket sällsynta och då djupt tragiska situationer. Även om handlingssättet sålunda kan vara etiskt försvarbart, måste vi ändå upprätthålla principen att aktiv eutanasi inte får förekomma. Om det någon gång förekommer har man möjlighet att ge åtal eftergift eller att efterskänka straff.

*Hjort:* Alle synes å være enig i dette. Da har vi samtidig tatt standpunkt mot den aktive eutanasi utført av en lege som ikke har personlige motiver i saken.

### Vad är eutanasi?

Eutanasi innebar ursprungligen att lindra den döendes smärta och ångest men betecknar numera i regel *barmhärtighetsdödande*. Man skiljer mellan minst två sådana former av eutanasi:

- *aktiv eutanasi* innebär att någon genom en aktiv handling, t ex genom injektion, avsiktligt dödar en annan människa för att förkorta lidande;

- *passiv eutanasi* innebär att livsuppehållande behandling inte sätts in eller att påbörjad behandling avbryts. Också här är den som tillämpar eutanasi medveten om att livet förkortas, och motivet är barmhärtighet.

Gränserna mellan begreppen aktiv och passiv eutanasi är flytande. Passiv eutanasi anses ibland också täcka de fall där läkare påskyndar en oundviklig och nära förestående död genom att med t ex starka mediciner lindra smärta.

# Själv mord - vädjan om hjälp eller rationell lösning på olösliga problem?

**NM:** Läkarnas inställning till abortproblemet har ändrats alltfjädersom opinionen ändrats. Kan man tänka sig att inställningen till själv mord ändras på motsvarande sätt?

## Kan man stole på et menneskes vurdering?

*Carling:* Retten til å dø på den måten er problematisk, fordi mange i perioder av livet om ikke direkte ønsker å dø så i hvert fall fabler om det. Og mange driver et langsomt selvmordseksperiment ved å røke, i trafikken etc. Selvmord er jo ofte psykisk betinget, men jeg har møtt mennesker som man nesten synes har objektivt klar grunn til å ønske å slippe leve. Egentlig er det nok så autoritært at man da forlanger at de skal leve, men kan man stole på menneskets vurdering av situasjonen i disse tilfelle? Hindrer man ikke selvmord, vil man risikere at mennesker som ikke ønsker det tar sit liv. Hindrer man ethvert selvmordsforsøk, ophøyer man seg kanskje til dommer over andres liv på en måte som man ikke har rett til. Men er et menneske som ønsker å ta livet av seg sykt? Og hva tenker legene om selvmordsklinikker?

## Vi kan ikke gå ind for aktiv eutanasi

*Hoffmeyer:* Fra psykiatrisk side mener man ikke, at selvmord eller selvmordsforsøk alltid er uttrykk for sykdom. Normalitet og sykdom er filosofiske begreber, og hvis vi kunne gjøre noget ved — behandle — "raske" selvmordskandidater, ville det måske være formålstjenlig at acceptere det som en sykdomsgruppe. Det afgørende i praksis er, hvordan man kan vide, i hvilken tilstand en selvmorder er. I Danmark kan læger, udfra det ræsonnement at man ikke på forhånd kan vide, om selvmordsforsøget er begået af et sygt eller et rask menneske, lægge patienten ind på hospitalet nogle dage, eventuelt en uge eller så, før de tager endelig stilling. Kan patienten så ikke erklæres for psykotisk, må patienten have lov til at gå, selvom man er vel vidende at der er en vis risiko. Men vi kan ikke gå ind for aktiv

eutanasi i form av at hjelpe vedkommende med at begå selvmord.

*Carling:* Men synes Dere selv at dere burde hatt anledning til å holde pasienten tilbake?

*Hoffmeyer:* Nej.

## Tillstand av anomi

*Lindqvist:* De som verkligen vill begå själv mord är oftast i ett tillstånd av anomi, dvs samhällets normer existerar inte längre för dem, och de har ingen känsla av samhörighet med andra. Därför är det nonsens att tala om vilka normer vi bör skapa för dem. Men själv mordsförsök är oftast en desperat vädjan om hjälp. Läkarna måste ge den normala behandlingen och därtill psykisk och psykologisk hjälp — inte medverka till aktiv eutanasi.

*Giertz:* Det är svårt att dra gränsen mellan medhjälp till själv mord och dråp eller mord. Det är åtminstone i regel inte försvarbart att t ex skriva ut en stor dos sömnmedel till en patient med själv mords tankar.

## Selvmord kan være en rasjonell lösning

*Hjort:* Er det ikke normalt å være ambivalent med hensyn til suicid? Er ikke nesten alle mennesker kortvarig i suicidale perioder? Det er viktig å sikre at mennesker ikke begår selvmord i slike perioder. Men hvis en person virkelig har et langvarig og vel overveiet suicidalønske, er det umulig å hindre det — og det kan også være en rasjonell løsning på uløselige problemer, spesielt for eldre mennesker. Derfor burde man få vekk den fordømmelse som fremdeles knytter seg til selvmord.

*Hoffmeyer:* Det er vanskelig, at holde den moralske fordømmelse tilbake, f eks når en mand begår selvmord og familien bliver vanskelig tilstillet bagefter.

## Vi bör odla solidaritetskänslan

*Johansson:* Om människors solidaritetskänsla — känsla för de mål vi gemensamt bör sträva mot — vore starkare skulle suicidrisken minska. Många gamla upplever tillvaron som

meningslös. Det kan vara en följd av samhällssituationen, som tvingar in dem i rollen som överflödiga.

## Skape mulighet til omsorg i nærmiljøet

*Carling:* I forbindelse med det arbeid jeg nu gjør — en bok om behandlingssideologien — har det slått meg at det er omvendt proporsjonalitet mellom nærmiljøets omsorg og behovet for behandling. Nærmiljøets mangel på omsorg rammer ofte de gamle. Dette å øke nærmiljøets omsorg ville være profylaktisk medisin, men det synes som om behandlere truer med å bli en ekspertgruppe som nesten får for stor autoritet både med og mot sin vilje. De burde i meget høy grad samarbeide med pedagoger, byplanlegger, arkitekter og ingeniører for å skape mulighet til omsorg i nærmiljøet.

*Giertz:* Sjelva boendemiljön har kanskje inte så stor betydelse som en annan närmiljö: de närmaste i familjen och på arbetet. Uppfostrade man människor att ta ansvar för denna närmiljö — kanske ett tiotal personer — och att skapa mänskliga kontakter mellan dem man dagligen möter vore mycket vunnet.

## Nærmiljø i karikatur

*Carling:* Men det er vanskelig å skape et slikt nærmiljø i f eks en stor drabantby, hvor miljøet er så stort og homogent og konstruert på en slik måte at mennesker ikke naturlig lærer hverandre å kjenne. Det blir et nærmiljø i karikatur.

## Vi har inte mod att diskutera livets mening

*Lindqvist:* I samband med suicidfrågan möter man på nytt de problem vi talar om i samband med döden — bristen på känsla för kontinuitet och nutidens "perfected means and confused ends". Vi har inte längre mod att diskutera meningen med människans liv — man ser bara artiklar om hur man skall leva länge men inte varför. Vi kan ha olika svar på dessa frågor, men det värsta är att vi inte ens diskuterar dem, att vi inte har några lösningar alls. ■