



# **EUTANASI**

**- en begreppsanalys**

# **EUTHANASIA**

**- a concept analysis**

Susanne Ahlebrand-Lorenzen  
Marita Lindskog

Sjuksköterskeprogrammet 120 p  
Omvårdnad 41-60 p  
Vt 2007

---

Sektionen för Hälsa och Samhälle  
Box 823  
301 18 Halmstad

**Titel:** Eutanasi - en begreppsanalys

**Författare:** Susanne Ahlebrand-Lorenzen och Marita Lindskog

**Sektion:** Sektionen för Hälsa och Samhälle, Box 823, 301 18 Halmstad

**Handledare:** Inger Flemme, Universitetsadjunkt och Inger Wieslander, Universitetsadjunkt

**Examinator:** Kristina Ziegert, Universitetslektor

**Tid:** Vårterminen 2007

**Sidantal:** 21

**Nyckelord:** Eutanasi, ur sjuksköterskeperspektiv, palliativ vård

**Sammanfattning:**

Eutanasi är ett omdiskuterat begrepp som diskuteras både inom media och den medicinska etiken. Det finns ett mångdimensionellt perspektiv av begreppet vilket kan påverka det etiska förhållningssättet i vården av döende patienter. Syftet med begreppsanalysen var att ur ett sjuksköterskeperspektiv tydliggöra begreppet eutanasi inom palliativ vård. Metoden var en modifierad form av begreppsanalys enligt Walker & Avants modell. Resultatet är redovisat genom en lexikal och en litterär analys, som visade skillnader mellan aktiv och passiv eutanasi. Antecedentierna för passiv eutanasi är en obotligt sjuk patient med begränsad tid kvar att leva, attributen är att livsuppehållande åtgärder avbryts eller sätts inte in. Antecedentierna för aktiv eutanasi är en patient som är hopplöst, plågsamt sjuk eller skadad person som önskar avsluta sitt liv. Attributet är en handling som dödar eller tillåter dödande av hopplöst sjuka eller skadade individer. Konsekvensen av eutanasi är att patienten dör. Sjuksköterskor i palliativ vård som kommer i kontakt med patienter som har en önskan om eutanasi, kan ha svårt att hantera situationen på ett optimalt sätt vilket kan leda till att svåra frågor kan bli obesvarade.

**Title:** Euthanasia - a concept analysis

**Authors:** Susanne Ahlebrand-Lorenzen and Marita Lindskog

**Section:** School of Social and Health Sciences, Halmstad University,  
Box 823, S-301 18 Halmstad, Sweden

**Supervisor:** Inger Flemme, University lecturer and Inger Wieslander, University lecturer

**Examiner:** Kristina Ziegert, Senior lecturer

**Period:** Spring 2007

**Number of pages:** 21

**Keyword:** Euthanasia, from nurse perspectives, palliative care

**Abstract:**

Euthanasia is a sensitive concept that be discussed both within the mediums and the medical ethics. There is a majority dimensional perspective of the concept what influences the ethical attitude in the care of dying patients. The aim with the concept analysis was that, from a nurse perspective clarify the concept euthanasia within palliative care. The method was a modified model of concept analysis according to Walker & Avants model. The result that is presented through a lexical and a literary analysis, differences shown between active and passive euthanasia. Antecedentier for passive euthanasia is an incurable having a propensity to patient with short time left to live, the attributes are that life detaining measures are aborted or is not inserted. Antecedentier for active euthanasia is a patient that is hopeless, painful or injured person that desires to complete its life. The attribute is an act that deaths or permits putting to death of hopelessly having a propensity to or damaged individuals. The consequence of euthanasia is that the patient dies. Nurses in palliative care that comes in contact with patients that has a will about euthanasia, can to have difficultly to handle the situation on an optimum way what can evil to that difficult questions can become unrequited.

## **Innehåll**

<b>Inledning</b>	<b>1</b>
<b>Bakgrund</b>	<b>1</b>
<b>Syfte</b>	<b>3</b>
<b>Metod</b>	<b>3</b>
<b>Resultat</b>	<b>8</b>
<b>Lexikal analys</b>	<b>8</b>
Etymologisk analys	8
Semantisk analys	8
<b>Litterär analys</b>	<b>11</b>
<b>Attribut</b>	<b>16</b>
<b>Modellfall, gränsfall, motsattfall</b>	<b>17 - 18</b>
<b>Antecedentier</b>	<b>18</b>
<b>Konsekvenser</b>	<b>18</b>
<b>Diskussion</b>	<b>18</b>
Metoddiskussion	18
<b>Resultatdiskussion</b>	<b>19</b>
<b>Konklusion</b>	<b>21</b>
<b>Implikation</b>	<b>21</b>
<b>Referenser</b>	
<b>Bilaga 1 - artikelöversikt</b>	

”Du betyder något därför att du är du. Du betyder något till det sista ögonblicket i ditt liv, och vi ska göra allt vi kan för att inte bara hjälpa dig att dö i frid utan även leva tills du dör”

Citat av Dame Cicely Saunders,  
St.Christopher’s hospice, London, 1961  
(Qvarnström, 1993, s. 127)

## Inledning

I livets slutskede är målet att få en god död, vilken är den språkliga betydelsen av eutanasi (Landgren, Månsson & Dotevall, 1998). Rådande samhällssyn påverkar hur hälso- och sjukvården och omsorgen i livets slutskede utformas liksom hur människor ser på sin egen dödlighet (Westrin & Nilstun, 2005). Det optimala är att ha god livskvalité i döendet och med det menas bland annat en lugn och smärtfri död (Sandman & Woods, 2003). Sedan början av 1990-talet har dödsplatsen för människor successivt förflyttats från sjukhus till det egna hemmet. Svenska studier visar att många människor har en önskan att dö i eget hem (Socialstyrelsen, 2006).

Med begreppet eutanasi har det skett en betydelseförskjutning, då vi idag i allmänt tal menar dödshjälp. Det finns inte bara en form av eutanasi utan flera olika och därför är det viktigt att tydliggöra de olika innebörderna av begreppet för att öka förståelsen. Aktiv eutanasi är i och för sig inget problem i Sverige då det är förbjudet enligt svensk lag. Däremot kan det finnas svenska medborgare som önskar tillämpa aktiv eutanasi vilket innebär att de får söka hjälp utomlands (Arlebrink, 1996). För drygt två år sedan reste en svensk man till Schweiz för att få hjälp att dö, då han efter en trafikolycka 1999 blev totalförklarad och beroende av respirator. Händelsen skapade debatt i Sverige och resulterade i att Svenska Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik lade fram förslag om ändrade riktlinjer för när livsuppehållande behandling får avslutas (Örn, 2007). Inom den palliativa vården pågår en debatt som kan uppfattas kontroversiell. Den handlar om de etiska riktlinjernas ställningstagande till att avstå från och avbryta livsuppehållande behandling. Debatten handlar om de nuvarande riktlinjerna från Socialstyrelsen 1992:2 till de nya förslagen som kommer från Svenska Läkarsällskapets delegation. Förslagen grundar sig i patientens självbestämmanderätt, det kan gälla en patient som är beslutskapabel, välinformerad och införstådd där läkaren respekterar patientens önskan om att livsuppehållande behandling inte påbörjas och att en redan inledd behandling avslutas. Förslaget gäller även patienter som inte befinner sig i livets slutskede och där adekvat behandling skulle kunna gagna patienten (Svenska läkaresällskapet, 2007). Då det finns ett mångdimensionellt perspektiv på begreppet eutanasi behövs en djupare analys av detta begrepp då det bland annat kan påverka ställningstagande till livsuppehållande åtgärder i sjukvården (Qvarnström, 1993).

## Bakgrund

Lagen om hjärndödbegreppet utfärdades i maj 1987, den trädde i kraft 1 januari 1988 och innebär att när hjärnans samtliga funktioner fullständigt och utan återvändo har gått förlorade, är människan död. Alltså när hjärnan dör, dör människan (Socialstyrelsen, 1987, Socialstyrelsen 2000). Enligt mytologin (500-400 f Kr) infördes döden till mänskligheten genom ett misstag, då den som var budbärare och skulle överräcka ”dödslösheten” till människan inte kom fram i tid och budskapet förstördes. Mytologin bygger på att människan

inte är ansvarig för den egna döden. Enligt den kristna läran (ca 350 e Kr) uppstod den döde på den yttersta dagen och har därigenom besekrat sin värsta fiende, döden. För de som har levt ett ogudaktigt liv och inte följt sin kristna tro väntar en tillvaro av förtappelse och evig synd. Under 1700- och 1800-talet ökade de naturvetenskapliga kunskaperna, vilka kom att skaka om människans uppfattning om fortsatt liv efter döden och frågan om själens odödlighet ställdes på sin spets. Vetenskapen hävdade att människan som var en biologisk varelse var en del av naturens kretslopp medan däremot människans personlighet utplånas vid dödens inträde. Under 1900-talets första hälft var döendet och döden av stor betydelse för hela familjen. När den sjuke ur medicinsk synpunkt var färdigbehandlad fick familjen ta över vården av den döende fram till slutet. Vården i livets slutskede ansågs på den tiden vara en förpliktelse. I mitten av 1900-talet skedde en förskjutning av vården av döende människor från hemmet till hälso- och sjukvårdens institutioner (Qvarnström, 1993) för att återigen, från början av 1990-talet, flyttas från sjukvårdens institutioner till det egna hemmet (SOU 2001: 6).

Redan på medeltiden fanns begreppet hospice vilket hade en stark anknytning till kyrkan och var då härbärgen för pilgrimer. I början av 1900-talet kom begreppet tillbaka då ett hospice i London vid namn St. Joseph´s startades, där vård av döende bedrevs. Kyrkan spelade här en stor roll med sitt ideella barmhärtighetsarbete. En kvinna vid namn Dame Cicerly Saunders som var sjuksköterska i grunden, kurator och sedermera läkare grundade St. Christopher´s Hospice i London 1967. Saunders ville med sin ideologi uppnå en helhetsvård som innebar ett antal grundläggande principer som: att ge god smärt- och symtomlindring, hemlik vårdmiljö, tvärprofessionellt vårdteam och låta närstående delta i vården samt att de får stöd efter dödsfall. Hospicerörelsens grundtanke utvecklades till en egen specialitet, palliativ medicin (Socialstyrelsen, 1999). I Sverige startade den första hospiceavdelningen 1987 på Ersta Diakonisk sjukhus i Stockholm men redan 1982 startade de med avancerad hemsjukvård (Nationella Rådet för Palliativ Vård, 2006).

Begreppet palliativ kommer ursprungligen från det latinska begreppet ”pallium” vilket betyder mantel, en metafor av lindrande i motsats till kurativ. Palliativ vård definieras nationellt och internationellt företrädesvis med stöd av Världshälsoorganisationens beskrivning av palliativ vård (World Health Organization (WHO), 2002). Inom den svenska sjukvården används begreppet palliativ vård för att lindra effekterna av sjukdom när patienterna befinner sig i livets slutskede (Sandman & Woods, 2003).

”Palliativ vård är en aktiv helhetsvård av den sjuke och familjen genom ett tvärfackligt vårdlag vid en tidpunkt när förväntningarna inte längre är att förlänga livet. Målet för palliativ vård är att ge högsta möjliga livskvalitet åt både patienten och de närstående. Palliativ vård skall tillgodose fysiska, psykiska, sociala och andliga behov. Den skall också kunna ge anhöriga stöd i sorgearbetet”(SOU 2001:6). Palliativ vård erbjöds tidigare till framför allt patienter med cancerdiagnos, denna aktiva helhetsvård har utvecklats till att även omfatta patienter med andra diagnoser som exempel Aids och hjärt- och kärlsjuka (SOU 2001: 6). Vidare säger Nationella Rådet för palliativ vård (2006), att palliativ vård bygger på ett förhållningssätt som riktar sig mot att förbättra livskvaliteten för patienten och dess närstående som drabbas av livshotande sjukdom. Palliativ vård förebygger och lindrar lidande och omfattar även behandlingar som cytostatika- och strålbehandling.

Det finns två olika faser i palliativ vård, en tidig fas som kan vara från några månader upp till flera år, sjukdomen är obotlig men viss behandling för att förlänga livet och skapa en god livskvalitet är fortfarande möjlig. En sen fas som omfattar dagar, veckor eller någon månad målet är varken att förlänga eller förkorta livet utan snarare att ge patienten så god livskvalitet som möjligt. Grunden för den palliativa vården är byggd på fyra hörnstenar, där målet är att

med hjälp av kunskap uppnå en god livskvalitet för patienten och närstående, från början till slutet av de förutsättningar sjukdomen ger. Hörnstenarna går ut på att: 1. Symtom och smärtlindra utifrån patientens integritet och autonomi. 2. Ett samarbete med ett mångprofessionellt arbetsteam. 3. En förutsättning för god palliativ vård är att kommunikationen och relationen mellan patient, anhöriga och vårdpersonal fungerar, oavsett var i vårdkedjan patienten befinner sig. 4. Anhörigstöd är viktigt i den palliativa vården då deras medverkan har stor betydelse för alla parter. Vårdpersonalen bör lyssna och stödja vilket kräver stor kunskap av vårdteamet runt patienten och närstående. För att få en helhetsvård skall vården utgå ifrån den döendes behov och önskemål, oavsett vårdgivare. Den palliativa vårdens filosofi har ett vårdinnehåll oavsett organisation och byggnader, för detta krävs en flexibel organisation med ett välutbildat vårdteam som finns tillgängligt dygnet runt (SOU 2001: 6).

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 1982) utgör den lagenliga grunden för den svenska hälso- och sjukvården. Den omfattar föreskrifter om mål, anspråk och skyldighet och bygger på principerna om patientens autonomi och integritet. I HSL (1982) står det i 2 § och i 2a § att ”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet”. SFS 1982:763 (HSL, 1982). Sjuksköterskans profession och yrkesutövning klargörs genom en kompetensbeskrivning från Socialstyrelsen (2005) där målet är att bidra till en god och säker vård. Sjuksköterskans arbete bör utgå från en helhetssyn, där bland annat kommunikationen i den praktiska omvårdnaden spelar en stor roll, liksom ett etiskt förhållningssätt med en humanistisk människosyn som värdegrund. Med detta visar sjuksköterskan patienten respekt för dennes autonomi, värdighet och integritet. Sjuksköterskan bör inta ett empatiskt, respektfullt och lyhört sätt i ett bemötande av patient och närstående. I sjuksköterskans profession ingår även tillämpning av International Council of Nurses (ICN's) etiska kod. Koden består av fyra huvudområden där en är ”sjuksköterskan och allmänheten” i den framkommer sjuksköterskans grundläggande ansvar såsom att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (SSF, 2000). Även läkarkåren har etiska regler att följa i frågan om eutanasi. Där står att läkaren skall skydda och bevara människoliv och får aldrig medverka till att aktivt påskynda döden (Svenska läkarförbundet, 2007).

Det finns fyra etiska grundprinciper som allt vårdarbete är uppbyggt på. Autonomiprincipen, godhetsprincipen, principen att inte skada och rättvisepincipen. Dessa principer innebär att den sjuke tas om hand så att hon känner sig delaktig och behåller sin självständighet. Autonomiprincipen bygger på respekt för patientens självbestämmande och integritet och vården ska genomföras i samråd med patienten (Socialstyrelsen, 1992).

En autonom individ anser Arlebrink (1999) kan vara en del av människosynen och som också kan vara en värderingsmall för det som existerar i vårt samhälle.

Fagerberg, Bischofberger, Jacobsson & Lindmark (1997) menar att synen på människan som fri och social varelse, skapar respekt för personens autonomi. Enligt Fagerberg et al. (1997) är rätten till liv en grundsten i all slags sjukvård, denna rätt får dock inte bli en ovillkorlig skyldighet. När en människa är obotligt sjuk och dödens ankomst är förestående, skall dennes situation bekräftas och rätten till död ta över. Detta tänkande, diskuterar Arlebrink (1999), har också sträckt sig in i sjukvården där det tidigare var otänkbart att patienten hade något att säga till om. Konsekvensen av autonomi kan sätta sjukvården i en svår situation speciellt då en patient är svårt sjuk och har rättighet att själv bestämma i frågan om eutanasi.

## Syfte

Syftet med begreppsanalysen var att ur ett sjuksköterskeperspektiv tydliggöra begreppet eutanasi inom palliativ vård.

## Metod

Metoden är en modifierad begreppsanalys enligt Walker och Avants modell (Walker & Avant, 2005). En begreppsanalys har syftet att klargöra och definiera ett begrepps olika möjligheter och betydelser. Walker & Avants modell utgörs av åtta steg: Steg 1 och 2 har presenterats i arbetets inledning, bakgrund och syfte. Vidare kommer steg 3-7 att redovisas i resultatet.

### 1. Välj ett begrepp

Begreppet bör vara användbart, väsentlig och av personligt intresse inom det ämnesområde som analysen utförs (Walker & Avant, 2005). I denna begreppsanalys är det valda begreppet eutanasi.

### 2. Bestäm syftet med analysen

Syftet ska belysa inriktningen och olika användningsområden, samt vara så välavgränsat att det styr hela arbetet (Walker & Avant, 2005). Syftet med denna begreppsanalys presenteras som en enskild rubrik i arbetet. Inriktningen fokuserar på eutanasi ur sjuksköterskeperspektiv i palliativ vård.

### 3. Identifiera användningsområdet av begreppet

Här identifieras så många användningsområden som möjligt och detta sker genom en lexikal och en litterär analys (Walker & Avant, 2005). Den lexikala analysen består av en etymologisk del som beskriver begreppets historia, den semantiska delen beskriver begreppets språkliga betydelse. I den etymologiska analysen används ordböcker samt Internetadresser för att historien bakom begreppet ska tydliggöras. Den semantiska analysen utfördes genom manuell sökning i ordböcker från år 1768 till 2005 och med hjälp av sökning via Internet. Orden som användes vid sökning var Eutanasi, Euthanasia, dödshjälp, passiv och aktiv dödshjälp och barmhärtighetsmord. Ordet Euthanasia användes vid sökning av engelska ordböcker och utländska nätlexikon. Den litterära analysen utfördes med hjälp av fakta- och läroböcker samt vetenskapliga artiklar. Litteraturen valdes för att kunna närma sig begreppet och dess betydelse. För att bestämma de avgränsande attributen skrevs samtliga beskrivningar på begreppet ned från den lexikala analysen, därefter gjordes grupperingar med olika färgpennor tills inte samma förklaring uppstod fler gånger. Sedan gjordes liknande analys av den litterära delen. Vissa grupper visade sig beskriva vad som förutsatte eutanasi och andra vad som var resultatet, alltså konsekvenserna av eutanasi. När alla beskrivningar hade placerats och antecedentier och konsekvenser sorterats ut kvarstod ett antal förklaringar med utmärkande egenskaper. Dessa visade sig vara begreppets attribut (visade på egenskaper som var oundgängliga men ändå tillräckliga för att bestämma begreppet, steg fyra i metoden). Attributen som visade sig speglade kärnan i begreppet eutanasi. Med attributen skapades sedan modellfall, grännsfall och motsattfall, för att tydliggöra begreppets innehåll.



De vetenskapliga artiklarna söktes i databaserna PubMed och CINAHL. Endast artiklar som var vetenskapliga och i fulltext användes i analysen. Sökningarna gjordes 2007-03-08. I PubMed gjordes sökning med olika kombinationer av sökorden, euthanasia passive 5579 träffar, euthanasia passive and palliative care or palliative care/nursing 95 träffar. Euthanasia passive and palliative care or palliative care/nursing inklusive begränsningarna som var adult, abstracts, English, Humans, published in the last 10 years, resulterade i 8 träffar. Euthanasia passive and ethical review inklusive begränsningar 1 träff. Efter 95 träffar inkluderades begränsningar, detta resulterade i 8 träffar. De artiklar vars titel väckte intresse och kunde tänkas passa analysens syfte valdes ut och sammanfattningarna lästes igenom. Då artiklarna från PubMed endast berörde eutanasi i specifika sjukdomstillstånd såsom transplantationer, dialys och hjärt- och njursjukdomar, passade de inte till arbetets syfte därefter fortsatte sökningarna i CINAHL.

I CINAHL gjordes sökning med olika kombinationer av sökord. I sökningen användes följande sökord euthanasia passive and palliative care gav 12 träffar, euthanasia passive gav 77 träffar. Dessa sökningar omfattade begränsningarna abstract, 1997-2007, Peer Reviewed, Research article, English, All adult. Vid kommande sökningar togs Research article bort som begränsning och endast Peer Reviewed användes. I resterande sökningar användes ytterligare sökord såsom euthanasia passive and palliative care gav 26 träffar varav tre togs ut för granskning. Euthanasia passive and nursing gav 74 träffar, palliativ care and nursing gav 412 träffar, euthanasia passiv gav 150 träffar varav två artiklar tog ut för granskning. Euthanasia and palliative care and nursing gav 19 träffar varav tre artiklar togs ut (se sökhistoria). Artiklarna presenteras i bilaga 1, tre vetenskapliga artiklar har valts ut till analysen som passade till syftet (Bilaga 1). Litteraturen bearbetades med syfte att urskilja olika beskrivningar av begreppet eutanasi i palliativ vård.

#### 4. Bestäm de avgränsande attributen

Attributen är själva kärnan i begreppsanalysen och dessa är utmärkande egenskaper som är oundgängliga men ändå tillräckliga för att bestämma begreppet. De beskrivningar som förknippas med begreppet och som ger bredast insyn i begreppets innebörd tas ut och placeras i grupper. Utifrån dessa grupper kan därefter de bestämda attributen växa fram. Den som gör analysen beslutar själv när ämnet är mättat och inga fler beskrivningar kan grupperas för att öka begreppets innebörd (Walker & Avant, 2005).

#### 5. Identifiera och skapa modellfall

Ett modellfall är ett exempel på begreppets användning som demonstrerar alla definierade attribut. Modellfallet skall vara ett klart exempel av begreppet. Fallet kan vara taget ur verkligheten, hittad i litteraturen eller personligt konstruerat. Ibland kan ett omvårdnadsfall underlätta förståelsen av begreppet men det kan också försvåra objektiviteten av begreppet i olika användningsområden (Walker & Avant, 2005). I denna begreppsanalys belyser modellfallet passiv eutanasi.

#### 6. Identifiera gränsfall, relaterat, motsatt, uppdiiktat och ogiltigt fall

De olika fallkonstruktionerna visar vad som kan räknas som definierande attribut och vilka som inte kan göra det. Fallen underlättar besluten av vilka attribut som bäst passar in på begreppet. Gränsfall innehåller de flesta definierade attributen men inte alla. Fallet är inkonsekvent i förhållande till begreppet och tydliggör att modellfallet är logiskt samt förtydligar tänkandet kring de definierade attributen till begreppet. Ett relaterat fall fungerar som exempel på begrepp som relaterar till det granskade begreppet men som inte innehåller alla de definierade attributen. De är lika och på något sätt sammanhängande med det studerade begreppet, det visar också hur begreppet passar in i nätet av omgivande begrepp.

Motsattfall är en klar beskrivning av vad begreppet inte är. Det är användbart på så sätt att det oftast är enklare att beskriva vad något inte är, än vad det faktiskt är. I ett uppdyktat fall presenteras det analyserade begreppet helt utanför sitt vanliga sammanhang, detta för att klargöra att de definierade attributen verkligen är sanna. Ett ogiltigt fall ger exempel på när begreppet används på ett olämpligt sätt eller har tagits ur sitt sammanhang, vilket medför att begreppet blir ogiltigt (Walker & Avant, 2005). I denna begreppsanalys används gränsfall och motsatt fall, där gränsfallet är passiv eutanasi.

## 7. Identifiera antecedentier och konsekvenser

Antecedentier är en förutsättning för att begreppet ska kunna uppstå i verkligheten.

Konsekvenser är det som sker, det vill säga resultatet av begreppet. Varken antecedentier eller konsekvenser kan sålunda innehålla de definierande attributen. Detta steg i begreppsanalysen ignoreras ofta men kan om det utförs korrekt skapa klarhet kring det sociala sammanhang som begreppet används inom (Walker & Avant, 2005). I denna begreppsanalys framkommer att en antecedent för passiv eutanasi är en obotligt sjuk patient och konsekvensen av passiv eutanasi är patientens död.

## 8. Bestäm empiriska kännetecken

Empiriska kännetecken består av kategorier av verkliga fenomen som när de inträffar visar hur det undersökta begreppet framträder i verkligheten. I många fall sammanfaller de empiriska kännetecknen med de definierade attributen. I detta steg ges även förslag på hur begreppet kan prövas i empirisk forskning (Walker & Avant, 2005). Detta steg utförs inte i föreliggande begreppsanalys.

**Tabell 1. Sökhistoria**

Databas	Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Genomlästa Abstracts	Urval 1	Urval 2 valda artiklar
PubMed	2007-03-08	Euthanasia passive	0	5579	0	0	0
PubMed	-/-	Euthanasia passive and palliative care or palliative care/nursing	0	95	0	0	0
PubMed	-/-	Euthanasia passive and palliative care or palliative care/nursing	Adult, abstracts, English, Humans, published in the last 10 years	8	8	0	0
PubMed	-/-	Euthanasia passive and ethical review	-/-	1	1	0	0
CINAHL	-/-	Euthanasia passive and palliative care	Abstract, 1997-2007, peer reviewed, research article, English, adult	12	12	0	0
CINAHL	-/-	Euthanasia passive	-/-	77	10	0	0
CINAHL	-/-	Euthanasia passive and palliative care	Abstract, 1997-2007, peer reviewed, English, adult	26	26	3	0
CINAHL	-/-	Euthanasia passive and nursing	-/-	74	0	0	0
CINAHL	-/-	Palliative care and nursing	-/-	412	0	0	0
CINAHL	-/-	Euthanasia passive	-/-	150	10	2	0
CINAHL	-/-	Euthanasia and palliative care and nursing	-/-	19	19	3	3

## Resultat

I resultatet presenteras steg 3-7 enligt Walker & Avants (2005) modell för begreppsanalys.

### Lexikal analys

#### Etymologisk analys

Ordet eutanasi kommer ursprungligen ifrån de två grekiska orden eu som betyder god, skön och thanatos som betyder död. Tillsammans betyder det en god död där ingen smärta, ångest eller annan plåga förekommer. Eutanasi som betyder dödshjälp eller barmhärtighetsmord har historiskt använts sedan år 1860. Ordet dödshjälp har betydelsen: medvetet påskyndande av annan persons död vid obotlig sjukdom. Dödshjälp/passiv dödshjälp har enligt Nationalencyklopedin använts sedan 1944. Barmhärtighetsmord innebär medvetet förkortande av obotligt sjuk persons liv av humanitära skäl, begreppet används sedan 1962 (Nationalencyklopedin, 1995). I den Svenska etymologiska ordboken från 1957 av Elof Hellquist finns ingen etymologisk förklaring på begreppet eutanasi inte heller någon indelning i ordklasser.

#### Semantisk analys/Språklig betydelse

##### *Brittanica 1768 (15<sup>th</sup> edition)*

Euthanasia

Barmhärtighetsdöd, en handling till smärtfri död av person som lider av smärtsam, obotlig sjukdom eller fysiska funktionshinder.

##### *Illustrerad Svensk ordbok 1977*

Eutanasi

Lätt eller smärtfri död. Av läkare vidtagna åtgärder för att göra döden så lätt som möjligt för en obotligt sjuk (ev. förkorta dennes lidande).

##### *Medicinsk terminologi 1981*

Eutanasi

Lätt och mild död, dödshjälp

##### *Svenskan i Focus 1986*

Eutanasi

Dödshjälp

Dödshjälp

Medvetet påskyndande av annan persons död vid hopplös sjukdom etc.

##### *Bonniers stora lexikon 1991*

Eutanasi

Åtgärder för att påskynda döden vid en hopplös och plågsam sjukdom (dödshjälp).

Dödshjälp/passiv dödshjälp

Livsuppehållande åtgärder sätts aldrig in.

Aktiv dödshjälp

Livsuppehållande behandling avbryts.

***World Book 1992***

Euthanasia

En handling av smärtfri död av person som har obotlig, smärtsam, plågsam sjukdom eller ett handikapp. Kan ske när obotligt sjuk person frågar en läkare, vän eller anhörig om hjälp att dö.

***Nationalencyklopedin 1995***

Dödshjälp

Medvetet påskyndande av annan persons död vid hopplös sjukdom etc. Idiom (språkvariant): Passiv dödshjälp (läkarens rätt till) avstående från eller avbrytande av livsuppehållande behandling av svårt sjuka eller skadade patienter (som är beroende av respirator, tillförsel av näring genom slangar e.d.).

Eutanasi

Dödshjälp – barmhärtighetsmord.

Barmhärtighetsmord

Medvetet förkortande av obotligt sjuk persons liv av humanitära skäl.

***Svensk synonymordbok 1996***

Eutanasi

Smärtfri död; dödshjälp

***Natur och kulturs Svenska ordbok 2001***

Dödshjälp

När man hjälper en mycket sjuk person att dö.

***Bonniers Svenska ordbok 2002***

Eutanasi/dödshjälp

Åtgärder för att påskynda döden för en person som lider av hopplös och plågsam sjukdom

***Svenska ordboken 2003***

Eutanasi

Dödshjälp, barmhärtighetsmord

***Bonniers synonymordbok 2004***

Eutanasi

Dödshjälp, smärtfri död, lätt död

***Medicinsk terminologi 2004***

Eutanasi

Lätt och mild död, hjälp att i utvalda situationer uppnå detta, varav finns både aktiva och passiva metoder.

***Svenska Akademien 2007***

Eutanasi

Lätt och smärtfri död, åtgärder för att bereda (en obotligt sjuk, för döden liggande person) en så smärtfri död som möjligt.

***Dictionary online 2007***

Euthanasia

Att döda någon som är mycket sjuk eller väldigt gammal så att de inte behöver lida längre.

***Lexin- Svenska ord 2005***

Dödshjälp

Det att hjälpa någon som lider av hopplös sjukdom att dö.

***Marriam-Webster Online 2007***

Euthanasia

En handling som dödar eller tillåter dödande av hopplöst sjuka eller skadade individer (så som person eller husdjur) på ett förhållandevis smärtfritt sätt av barmhärtighet.

***Nationalencyklopedin 2007-02-15***

Dödshjälp

Åtgärder som påskyndar dödens inträde hos en svårt sjuk person.

Passiv dödshjälp

En viss behandlingsåtgärd hos en obotlig och svårt sjuk person antingen avbryts eller inte vidtas.

Aktiv dödshjälp

En åtgärd vidtas som avsiktligt förkortar en svårt sjuk persons liv.

Eutanasi

Att någon som vårdar en svårt och obotligt sjuk person gör något i avsikt att påskynda döendet och därmed förkorta den sjukes liv.

## **Wikipedia 2007-01-18**

### **Dödshjälp**

Lugn och smärtfri död, barmhärtighetsdödande. Aktiv dödshjälp betyder att man förkortar en persons liv vanligen genom att ge höga doser morfin eller en så kallad cocktailpåse. Passiv dödshjälp är när livet förkortas av att man undviker medicinska och tekniska hjälpmedel för att hålla en person vid liv.

### **Eutanasi**

Dödshjälp eller barmhärtighetsmord är att ta en människa eller ett djurs liv på ett så smärtfritt sätt som möjligt för att föregripa en naturlig, plågsam död eller för att avsluta ett ovärdigt liv.

## **Litterär analys**

Jan Arlebrink (1996) är sjukhuspräst och forskare inom medicinsk etik och undervisar i vårdetik. Han diskuterar eutanasi som ett etiskt problem vid livets slut, han menar att den medicinska tekniska utvecklingen inte bara är positiv ur hälsosynpunkt utan i många fall också förlänger dödsprocessen. Enligt Arlebrink (1999) finns det olika typer av eutanasi som hamnar inom ramen för avgränsningar och kriterier. Ett av kriterierna är att det som ska göras görs av barmhärtighet, som är riktad mot den sjuke och inte mot närstående och vårdpersonal. Eutanasi ska vara en handling som tar hänsyn till patientens intresse, Ett annat krav är att patienten ska vara allvarligt sjuk och ha en begränsad tid kvar att leva och beslutet att förkorta en patients liv enbart får tas utav en läkare.

De två vanligaste formerna av eutanasi kan indelas i aktiv eutanasi respektive passiv eutanasi (Arlebrink, 1999). Syftet med och konsekvenserna av aktiv och passiv eutanasi är detsamma, närmare bestämt att avsluta en patients liv. Det som skiljer begreppen åt är lagen och handlingarna (Arlebrink, 1996). En definition av aktiv eutanasi är att patienten dör av något annat än sin sjukdom, och att döden inträder i samband med att ett eller flera medel injiceras. (Arlebrink, 1999). Aktiv dödshjälp, som är synonymt med barmhärtighetsdödande, är ett uttryck som inte används i den svenska sjukvårdens språk, utan förekommer nästan bara i massmedia och i talspråk. I Sverige och nästan hela Europa är aktiv dödshjälp förbjuden enligt lag. Däremot i Nederländerna (lagen började användas 2002) och Belgien (lagen började användas 2003) är det enligt lag tillåtet inom sjukvården, dock med rättslig granskning (Nationalencyklopedin, 2007). I Schweiz har de en annan modell, där är det tillåtet med läkarassisterat självmord (patienten utför åtgärden själv, med hjälp av dödlig dos läkemedel vanligtvis i tablettform) som inte är straffbart om det sker av altruistiska skäl (Westrin & Nilstun, 2005). I USA har staten Oregon en liknande lag som antogs i december 1994. Den ger dödssjuka patienter i vuxen ålder rätt att under särskilda former begära läkarens hjälp att begå självmord (Fagerberg et al. 1997).

Den svenska lagen säger att den som tar livet av någon annan döms för mord till fängelse i tio år eller på livstid. Om brottet anses vara mindre grovt eller om speciella omständigheter förorsakat handlingen blir domen dråp och påföljden fängelse i sex till tio år (Sveriges Rikes Lag, 2007). Aktiv eutanasi delas in i två kategorier, vilka är volontär och non-volontär. Volontär innebär att patienten själv har önskemål och ger tillstånd till en aktiv handling medan vid en non-volontär handling är patienten inte med på något beslut (Arlebrink, 1999).

Med passiv eutanasi menas en situation där det avstås från livsförlängande åtgärder (Qvarnström, 1993). Genom att avstå ifrån eller avsluta en behandling dör patienten av sin sjukdom vilket inte alltid inträffar i direkt anslutning till det som utförts. Det kan ske genom att avstå från en medicinsk eller teknisk behandling med t.ex. tillförsel av infusioner, dialys eller respiratorbehandling. Om en respirator stängs av kan det upplevas som en aktiv åtgärd eftersom patienten i många fall dör i anslutning till händelsen men döden inträder för att patienten har en grunddiagnos som orsakar döden. Den snabba utvecklingen inom såväl medicin som teknik kan vara en bidragande orsak till att passiv eutanasi används inom sjukvården idag. Det finns också två undergrupper till passiv eutanasi som benämns; acceleration av döden där patienten dör av den kumulativa effekten av upprepade smärt lindrande injektioner, och döden som väntad men inte som en förväntad effekt av behandlingen. Syftet är att ge smärtlindring och en bieffekt av detta är att patienten dör (Arlebrink, 1999).

Det finns ännu ett alternativ som hamnar lite mitt emellan aktiv och passiv eutanasi menar Torbjörn Tännsjö som är medförfattare i (Sandman & Woods, 2003) och professor i praktisk filosofi, det är terminal sedering som är en procedur där en terminalt sjuk patient sövs djupt och definitivt, där all behandling avbryts och ingen näring eller vätska tillförs. Vilket innebär att patienten förväntas avlida inom några dygn upp till någon vecka. Inom den internationella litteraturen framträder tre normgivande utgångspunkter. Den första utgångspunkten är att terminal sedering är en förtäckt form av aktiv dödshjälp och är förbjuden. Den andra utgångspunkten används av den internationella hospicerörelsen och innebär att terminal sedering inte bör förekomma mer än under extrema omständigheter, som en absolut sista utväg, där symtom och smärtlindring är verkningslös. Den tredje och sista utgångspunkten är att terminal sedering ses som ett normalt inslag i god palliativ vård och som varje läkare ska vara fri att ge terminalt sjuka, om det är deras önskan.

Enligt Claes-Göran Westrin som är psykiater och professor i socialmedicin och Tore Nilstun som är professor i medicinsk etik (Westrin & Nilstun, 2005) så finns det olika kriterier på vad som menas med ”en god och värdig död”. Några av kriterierna som kan gälla för det är symtomlindring samt patientens autonomi. En del av dessa kriterier utförs då det är som mest prioriterat, såsom vid svåra smärtor och behov av smärtfrihet under den sista tiden av en cancersjukdom. Fasen av vård i livets slutskede har varit ämne för ett särskilt etiskt intresse. Arlebrink(1999) delar denna åsikt och menar att det finns bedömningskriterier för passiv eutanasi såsom att patienten lider av en obotlig sjukdom, patienten är i livets slutskede och resultatet av handlingen ska vara patientens död. Grundtanken bakom handlingen ska vara av barmhärtighet till patienten och behandlande läkare är den som är ansvarig för besluten runt patienten. Det är viktigt att handlingen dokumenteras i patientens journal.

Vidare menar Arlebrink (1999) att vårdpersonal i palliativ vård har en viktig funktion i att hjälpa patienten när det gäller fysiska, psykiska, existentiella, andliga och sociala behov. Det stärker patientens integritet och autonomi och leder till att patienten i livets slutskede sällan ber om hjälp att få dö. När James F Hanratty & Irene Higginson (2001) professorer i palliativ vård diskuterar eutanasi ur ett patientperspektiv, delar de Arlebrinks uppfattning om olika sätt



att motverka de krav på eutanasi som kan uppstå. Om patienten har fysiska eller psykiska plågor och om patienten ber läkaren avsluta dennes liv, kan det vara ett rop på hjälp som inte ska ignoreras utan tas på största allvar för att bekräfta patientens oro. Det är viktigt att läkaren diskuterar med patienten om vad problemen är. Ofta rör det sig om en rädsla inför en dödsprocess med svåra smärtor eller kvävning. En bristande självkänsla, där livet känns värdelöst och patienten känner sig som en börda kan också vara en orsak till varför en patient har en önskan om att få avsluta sitt liv. Då menar Hanratty och Higginson (2001) att det kan gå att motverka en önskan om eutanasi genom ett nätverk runt patienten såsom sjukhuspräst eller någon annan kyrklig som patienten känner förtroende för. Att uppmuntra patienten till att sköta sitt yttre, kanske ägna sig åt någon form av sysselsättning kan få patienten att känna lugn och ro. Arlebrink (1999) menar att det existentiellt är skillnad på aktiv och passiv eutanasi där aktiv kan ses som den radikala lösningen på ett livsproblem medan passiv är lösningen på ett medicinskt och tekniskt problem och att det är viktigt att bedriva en optimal omvårdnad utifrån ett helhetsperspektiv med en humanistisk människosyn, där frågor som berör döden och döendet ingår i ett större sammanhang och är både tids- och kulturbundet.

Ulla Qvarnström (1993) som är sjuksköterska, filosofie doktor och professor vid den medicinska fakulteten i Bergen, menar att eutanasi i palliativ vård vanligtvis innebär både att döendeprocessen görs enklare och förorsakar döden som sådan. Eutanasi är en etisk del i vården av döende så det är enligt Qvarnström (1993) dags för en vårdetik som dels utgår från den döendes livssituation dels bygger på den mänskliga existensens grundläggande princip – att slå vakt om livet. Utifrån detta krävs det en mer preciserad förklaring av begreppet eutanasi. Vidare hänvisar Qvarnström till Lundberg, en amerikansk läkare som 1988 presenterade sex aspekter på dödshjälp. Den första kallas passiv eutanasi och är när döden inträder under vård och behandling av den döende och där det inte sätts in några livsförlängande åtgärder. Den andra är semipassiv eutanasi då det handlar om att inte ge vätska eller näring åt en döende patient. Nästa aspekt är semiaktiv eutanasi, med det menas att eventuella hjälpmedel som respirator kopplas bort, detta görs endast då det inte finns någon återvändo, vid exempelvis massiv hjärninfarkt. Den fjärde aspekten är en eutanasi med dubbel effekt, det kan vara när en patient som är döende får narkotika vanligen morfin i smärtstillande syfte. Detta kan tillfälligt försvaga respirationen. Den dubbla effekten menas vara att patienten blir behandlad för sin smärta och döden inträder som en följd. Femte aspekten av eutanasi är den suicidala eutanasin. I dessa fall tar den obotligt sjuke avsiktligt en överdos med syfte att avsluta sitt liv. Det kan vara mediciner som är utskrivna av läkare för smärtlindring. Den sjätte aspekten handlar om tre typer av aktiv eutanasi: ofrivillig, icke frivillig och frivillig aktiv eutanasi. Vid ofrivillig eutanasi talar man om det som generellt kan jämföras med mord, att någon berövar en annan människas liv mot dennes uttalade vilja. Icke frivillig eutanasi kan jämföras med barmhärtighetsmord. Den som utför eutanasin gör det utan den drabbades medgivande och med tanken att det är den enda lösningen för patienten. Sist kommer den frivilliga aktiva eutanasin som är den som debatteras av olika organisationer med målet att legalisera. Den innebär att en person på en annans uttryckliga begäran utför en handling som leder till döden. Detta kan jämföras med Arlebrink (1999) där han beskriver olika former av eutanasi såsom non-volontär och volontär. Qvarnström (1993) diskuterar kring begreppet eutanasi och en värdig död och ser på kommande ytterligheter; aktiv dödshjälp enligt den holländska modellen som går ut på att patienten har rätt till beslut om sin egen död, gentemot hospicerörelsen där utgångspunkten är den mänskliga integriteten och där patienten vårdas tills döden inträder.

Blomqvist (1963, citerad av Westrin & Nilstun, 2005) ansåg i en artikel i Läkartidningen som betonade argumenten för och emot eutanasi. Det fanns olika grunder mot eutanasi såsom; juridiska, moraliska, religiösa, psykologiska, det sluttande planet (ruckande av en princip som

leder till att alla principer faller), missbruk och fel diagnos. I argumenten för dödshjälp lades vikten på barmhärtighet, nationalekonomiska synpunkter, autonomi och den medicinska vetenskapens framsteg. Det finns olika typer av oenigheter enligt Westrin & Nilstun (2005) som hänvisar till Göran Hermerén (1996) professor i medicinsk etik i Lund, som anser att några av dem som nämns är definitioner, antagande om praxis eller människors attityder, värderingar av mål eller metoder och olika typer av konsekvenser. En viktig fråga är hur någon kan veta att önskan om hjälp att dö är patientens egen vilja. Denna önskan kanske står för något annat, att få uppmärksamhet eller inte ligga sin omgivning till last. Bristen på konsekvens menar Hermerén (1996) är att autonomiprincipen ska styra för en avsikt men inte för andra. Ingen princip gäller fullständigt, utan måste kunna ställas gentemot andras behov t.ex. läkaren och den övriga vårdpersonalen. Det finns en risk att inte alla patienter får en respektabel och smärtfri död i livets slutskede, när de palliativa insatserna inte är tillräckliga. Jan-Otto Ottosson (1996) professor emeritus i Göteborg, är av en annan åsikt än Hermerén (1996) och menar att den palliativa vården måste utvecklas. Vård i livets slutskede handlar inte bara om smärta och lidande som ska tillgodoses, utan att det även ska finnas möjlighet till tillbakablickar, avsked och försoningar. Om det inte ges möjlighet till det och eutanasi används till att befria en patient från lidande, tycker Ottosson (1996) att det är till att reducera en patient till ett djurs nivå och förringar det mänskliga behoven såsom psykisk, social och andlig natur. En god palliativ vård är inte detsamma som en maximal vård utan handlar mer om att ge en livskvalitet och god omvårdnad vid livets slutfas. Personal i palliativ vård kan uppleva det svårt att bemöta existentiella problem och det kan väcka ångest hos dem som vårdar döende människor. Om eutanasi skulle ingå lagligt i denna vård så tror Ottosson (1996) att eutanasi skulle användas i ångestlindrande syfte. Bristerna i vården ska inte kompenseras genom att läkare kan medverka till eutanasi utan fokus ska ligga på utbildning i förbättring av palliativ vård.

Enligt Löfmark i (Westrin & Nilstun, 2005) är människor som frågar efter dödshjälp främst rädda för att drabbas av smärta, beroende och splittring. De patienter som får en god och omsorgsfull palliativ vård frågar sällan efter dödshjälp. Denna inställning har även Arlebrink (1999) som anser att god palliativ vård kan minska önskan om hjälp att dö. Löfmark i (Westrin & Nilstun, 2005) fortsätter i sin diskussion att det emellertid finns enstaka patienter som drabbas av svår smärta och beroende därför att sjukvården inte lyckas hjälpa dem på ett, enligt patienten bra och betryggande sätt. Önskemål om dödshjälp kan präglas av tveksamhet och variera över tid, den drabbade kan anpassa sig efter den aktuella situationen.

Fagerberg et al. (1997) hänvisar till en engelsk eutanasidebatt från 1930-talet, då man skilde på åtgärder som hade som syfte att förlänga livet eller förlänga döendet. En god doktor ansågs kunna skilja mellan dessa insatser. Vidare menar Fagerberg et al. (1997) att aktiv eutanasi i nutida debatt avser ett medicinskt ingrepp med det direkta målet att på en obotligt sjuk persons begäran avsluta dennes liv, detta skall ses som en humanitär åtgärd med främsta motivet att befria den sjuke från svårt lidande. Ordet aktiv eutanasi hade en helt annan mening före och under andra världskriget, där uttrycket användes som täckord för utrotandet av dem som ansågs vara en belastning för nationen, exempelvis kroniskt sjuka och utvecklingsstörda.

Hanratty och Higginson (2001) anser att vid en legalisering av eutanasi skulle en patient av altruistiska skäl kunna föreslå eutanasi själv för att inte vara till besvär eller vara rädd för att förstöra sina anhörigas liv. Samtidigt skulle risken finnas att patienter kan komma att känna misstänksamhet mot läkarnas handling vid en legalisering. Vidare säger Hanratty och Higginson (2001) att risken skulle öka för sjuksköterskor och läkare att få avtrubbade inställningar till respekten för människan och livet. Eutanasin skulle skada och splittra

anhöriga och med det följer skuldkänslor och anklagelser. Ett samhälle som accepterar eutanasi skulle bli ett sjukt samhälle och att välja ut patienter för eutanasi skulle göras med korrekta diagnoser och prognoser. Men erfarenheten säger att det alltid har funnits grava diagnostiska misstag och felaktiga prognoser. Tännsjö i (Sandman & Woods, 2003) menar att terminal sedering är en kontroversiell fråga och har blivit ett svårlöst dilemma inom den palliativa vården, då den tredje utgångspunkten i terminal sedering är den rimligaste och ses som ett normalt inslag i en god palliativ vård. Den första utgångspunkten avisas helt då den är en förtäckt form av aktiv eutanasi. Den andra utgångspunkten är vanligast inom den internationella hospicerörelsen. I Sverige är rättsläget sådant att livet är heligt och att det är fel att utsläcka ett liv avsiktligt eller aktivt, inte ens på begäran av en patient, är dödande rätt. Om en läkare däremot påskyndar en patients död genom att inte sätta in en behandling så kan detta vara försvarligt, det kallas passiv eutanasi men språkbruket är ointressant det är handlingen som sådant som ska vara tolerant. För att återgå till terminal sedering så tycker Tännsjö i (Sandman & Woods, 2003) att det inte är en förtäckt form av eutanasi, för att terminal sedering består av två komponenter, dels sedering av patient och dels av avbruten behandling. Syftet med sederingen är inte att patienten ska dö utan bli befriad från sina upplevelser av döendet. En patient som är sederad och inte får näring och vätska är inte något annat än en patient i ett vegetativt tillstånd som får samma behandling. Terminal sedering bör ses som ett normalt inslag i den palliativa vården och inte något som skall göras i yttersta nödfall. Om en läkare tycker att det är förkastligt eller omoraliskt med terminal sedering, bör denne remittera till annan läkare för att förhindra att de egna moraliska eller religiösa uppfattningar överförs på patienten. En god palliativ vård har som mål att ingen patient behöver vara rädd för döendet, att det alltid finns lindring, vilket inte alltid uppnås. Ibland är plågorna svåra ända in i slutet, men om terminal sedering skulle finnas som alternativ så kan en svårt sjuk, döende patient få möjlighet att få sova in i döden.

I en studie diskuterar några forskare från Belgien (Werpoort, Gastmans & Casterlé, 2004) hur sjuksköterskor som arbetar i palliativ vård ser på eutanasi. Det visade sig att oavsett patientens situation så fanns det argument både för och emot eutanasi. Hur mycket patienten led och graden av lidandet betydde mycket för ställningstagandet. Palliativa alternativ så som smärt- och symtomlindring skall först ha prövats och utvärderats innan eutanasi kan bli ett alternativ. Deltagarna i studien gjorde skillnad på fysiskt och mentalt lidande hos patienten, där mentalt lidande kan betyda olika saker som exempelvis en känsla av meningslöshet, en oro för det okända, hopplöshet, förlorad kontroll, känsla av att bli en börda och konflikt i relationer. Mentalt lidande som grund för eutanasi var mindre accepterat än fysiskt lidande. En del sjuksköterskor menade att det var djupet av lidandet och inte vilken typ av lidande som rättfärdigade eutanasi. Vidare kom det fram i studien att några deltagare tyckte att terminal sedering kunde vara ett alternativ till eutanasi, dels som ett val för patienter som inte var redo att dö och det kan också ge närstående möjlighet att ta farväl och förbereda sig inför patientens död. Tännsjö i (Sandman & Woods, 2003) delar dessa sjuksköterskors uppfattning angående terminal sedering, där han tycker att det skall kunna ses som ett alternativ i palliativ vård. Detta kan vara en möjlighet för en svårt sjuk, döende patienter kan få möjlighet att sova in i döden. Studien som Werpoort et al. (2004) gjort, visade att det fanns underliggande argument när det gällde för och emot eutanasi, argumenten för eutanasi var patientens livskvatitet och autonomi. Argumenten emot var tron på palliativ vård och respekten för livet. Vidare tyckte vissa av sjuksköterskorna att eutanasi endast borde övervägas om palliativ vård ur patientens synvinkel inte längre hjälpte. De tyckte också att med god palliativ vård så kunde de i många fall ta bort förfrågan om eutanasi. De intervjuade sjuksköterskorna hade en stor respekt för patientens autonomi och som en konsekvens av det gav det patienten frihet att välja, och för en del var valet av eutanasi en del av friheten.

I en annan studie som är från Australien (Kitchener, 1998) belystes attityder till aktiv eutanasi hos sjuksköterskor i olika specialiteter och åldrar. Forskaren menar i artikeln att det i Australien finns en vanligt förekommande lag för passiv frivillig eutanasi där patient ber om att medicinsk behandling skall upphävas även om det leder till döden. Frågorna som sjuksköterskorna fick var om de tyckte att eutanasi skulle bli lagligt och om de i så fall själva frivilligt skulle assistera vid aktiv eutanasi. De som var mest intresserade av en lagändring i eutanasi frågan och kunde tänka sig att assistera vid aktiv eutanasi var sjuksköterskor under fyrtio år, var agnostiker, ateister och anglikaner. De hade mindre kontakt med terminalt sjuka, jobbade inom riskfylld vård eller psykiatrisk vård. De hade lite eller inget intresse i frågan. De som var emot en lagändring och hade stort intresse i frågan var sjuksköterskor i palliativ vård och inom äldreomsorg, de flesta var över fyrtio år och katoliker. Resultatet visade ingen signifikant skillnad mellan könen.

En grupp forskare (De Bal, Casterlé, De Beer & Gastmans, 2006) i Belgien menar att även om aktiv eutanasi var förbjuden när intervjuerna till denna studie gjordes 2001- 2002, hade sjuksköterskorna trots det angett att de hade en viktig roll i vården av patienter som begärde eutanasi (det blev lagligt med aktiv eutanasi 2002). Flera faktorer bidrog till sjuksköterskornas inblandning i frågan om eutanasi. Sjuksköterskorna blev frustrerade om tidsbristen hindrade deras försök att utföra en godhjärtad vård. Inställningen till palliativ vård och dess tillhörande kultur, gruppmentalitet och vårdfilosofi skapade möjligheter och tid för sköterskorna att ge helhetsvård till patienterna och deras närstående. De undrade om patienten menade exakt vad de sa, eller om det fanns ett dolt budskap, att de egentligen bad om hjälp. Det var viktigt hur sjuksköterskorna reagerade på frågan om eutanasi både som professionella och som egna individer. De som stöttade eutanasi kände sig samtidigt maktlösa eftersom de bröt mot lagen. Men även motståndare till eutanasi tycktes ha svårigheter eftersom patientens åsikt inte stämde överens med sjuksköterskans egen moraliska syn på det hela. Dessa sjuksköterskor upplevde en stark inre konflikt när de blev konfronterade med patientens lidande. De försökte agera mot patientens vilja och sökte istället alternativa lösningar såsom terminal sedering. Sjuksköterskor som tillät sig att bli känslomässigt berörda upplevde en inre kamp, de tog förfrågan från patienten om eutanasi hårt och personligt samt började själva fråga sig om livet verkligen var värt att leva. Sjuksköterskor ser patienters begäran om eutanasi som ett rop på hjälp. De slutgiltiga med eutanasi tvingade sjuksköterskorna att grundligt tänka igenom begäran hellre än att ignorera den. Maktlösheten var en dominant känsla som sjuksköterskorna upplevde. Relationen mellan sjuksköterskor och läkare kunde förvärra sjuksköterskornas maktlöshet då läkare inte ville höra talas om en patients förfrågan om eutanasi. Förutom maktlöshet upplevde sjuksköterskorna ångest som ibland uppstod av deras egen okunnighet, då de inte visste hur de skulle reagera på förfrågan om eutanasi. Sjuksköterskor tyckte sig vara i en privilegierad position i deras vårdande av patienter som begärde eutanasi, men denna vårdprocess kunde också skapa en intern konflikt och de hade olika strategier för att hantera denna konflikt. När sjuksköterskorna rent psykiskt kände att de inte klarade av att prata med sina patienter om eutanasi, erkände de det öppet för dem. Några sjuksköterskor försökte kompensera sina negativa känslor genom att göra det mesta av den korta tid som patienten hade kvar. Sjuksköterskornas sätt att klara av de svåra frågorna var lättare när de var nöjda med läkarens beslut när det gällde patientens förfrågan om eutanasi. Om inte sjuksköterskorna kan diskutera med läkaren så är det viktigt att få uttrycka sina känslor med sina kollegor för att frigöra sina spänningar, så att de kan gå vidare med deras arbete och liv.

## Attribut

Enligt Walker & Avant (2005) är attributen de mest framträdande egenskaper som uppträder upprepade gånger i ett begrepp. I den lexikala och litterära analysen är dessa egenskaper definierade eller beskrivna.

Attributen för aktiv eutanasi är:

- Medvetet påskyndande av en annan persons död vid hopplös sjukdom eller skada.
- Att läkaren som vårdar en obotlig sjuk person gör något i avsikt att påskynda och därmed förkorta den sjukas liv.
- Att avsluta patients liv som en radikal lösning på ett livsproblem.
- Dödsprocessen görs enklare och förorsakar döden som sådan.
- Medicinskt ingrepp med det direkta målet att på en obotligt sjuk persons begäran att avsluta dennes liv, för att befria den svårt sjuke från lidande.

Attributen för passiv eutanasi är:

- Livsuppehållande åtgärder hos en obotligt sjuk, för döden liggande person avbryts eller sätts inte in.
- Åtgärder för att bereda en så smärtfri död som möjligt.
- Där patienten dör av den kumulativa effekten av upprepade injektioner.
- Att inte ge vätska eller näring åt en döende patient.
- Hjälpmedel som t.ex. respirator kopplas bort.

## Modellfall

En kvinna vid namn Eva som är 60 år, har en obotlig diagnostiserad levercancer sedan 6 månader. Eva lever ensam sedan många år men har haft ett aktivt liv med många vänner och intressen. Eva blev inskriven i palliativa teamet och har nu kommit in på en öppen retur som innebär att hon när som helst får komma in, utan att passera akutmottagningen. När den palliativa sjuksköterskan besökte Eva i hemmet var hon svårt medtagen och försämrad i sin sjukdom, efter viss övertalning följde Eva med och blev inlagd på den palliativa avdelningen. Vid ankomsten till avdelning upptäcktes en kraftig dehydrering och avmagring men med rejält uppsvullen buk. Trycket över buken påverkar hennes andning, hon får en sämre saturation vilket leder till en ordination av syrgas. Läkaren konstaterar en ascites och Eva behöver en buktappning. Eva känner sig mycket orolig och rädd för att dö och förklarar att det är därför hon inte har sökt för sin tilltagande försämring. Då Eva inte längre har någon matlust får hon Nutriflex till natten och försöker med näringsdryck på dagtid. På grund av att Eva stundtals upplevs som oklar, görs en datortomografi på hjärna som visar massiv spridning av metastaser i hjärnan. Under de kommande två dyggen blir Eva mer och mer medvetandesänkt och börjar visa tecken på leverkoma. På rondens beslutas att det inte ska sättas in några fler livsuppehållande åtgärder, inte heller näring och infusioner. Avdelningens policy är att ingen ska behöva dö med smärta, så Eva blir ordentligt smärtlindrad vid upprepade tillfällen med morfin, vilket skapar den kumulativa effekten av opiater. Hon får även läkemedel för att slippa eventuell oro och dödsångest. Andningen blir mer ytlig och det är risk för

kolsyrenarkos, därmed sätts syrgasen ut. Fem dagar efter ankomsten till avdelningen, avlider Eva i en lugn och fridfull död med sina närmaste vänner runt sig.

Detta modellfall är ett exempel på begreppets användning inom passiv eutanasi som tydliggör alla definierade attribut. Modellfallet är ett exempel på hur begreppet passiv eutanasi används inom palliativ vård. Det ska gå att säga att om inte detta är exempel på passiv eutanasi så är inte någonting det.

## Gränsfall

Bengt är 75 år, han fick diagnosen prostatacancer för tio år sedan och för två månader sökte han för smärtor i höft och ryggslut som visade sig vara skelettmastaser av den progressiva sorten med stor spridning. Bengts vilja är att dö hemma och han är inskriven i hemsjukvården. Hans fru sedan 45 år känner sig stressad över situationen och är rädd för att vara ensam med honom när han dör, hon blir och mer och mer orolig när hon ser Bengts kraftiga försämring. Frun ringer ambulans en natt då hon tycker att Bengt andas konstigt. Han inkommer till sin avdelning vid onkologen, där det konstateras att Bengt troligen bara har några timmar kvar att leva. Han är knappt vid medvetande, är orolig, smärtpåverkad och klagar över törst. Läkaren på avdelningen ordinerar inte vare sig vätska eller näring som infusion men däremot utförs munvård för att lindra känslan av törst. Patientansvarig sjuksköterska på avdelningen ger enligt ordination smärtlindring kontinuerligt. Bengt avlider i en smärtfri död med frun och barnen hos sig.

Denna situation visar ett gränsfall, då endast ett fåtal av attributen inom passiv eutanasi ingår i fallet. Målet med gränsfallet är att öka förståelsen för det undersökta begreppet. Trots att patienten inkom med kort varsel och avled inom några timmar så blev några av attributen för passiv eutanasi uppfyllda.

## Motsatt fall

Johnny är 55 år, han är chef för ett mellanstort företag. Han stressar mycket, har betydlig övervikt. Han är storrökare och tycker det är gott med en whiskey i avstressande syfte. En kväll vid sänggåendet får han kraftiga bröstsmärtor som strålar ut i vänster arm, han blir mycket orolig och rädd. Hans fru ringer 112, innan ambulansen anländer blir Johnny kraftigt försämrad med ökad smärta och andningspåverkan, han är övertygad om att han kommer att dö. På väg in till sjukhuset får Johnny ett hjärtstillestånd, ambulanssjuksköterskan defibrillerar och får igång hjärtat igen. Vid ankomsten till sjukhusets akutmottagning sätts alla livsuppehållande behandlingsåtgärder in. En av åtgärderna var en kranskärlsröntgen den visade att Johnny var trekärllssjuk och för att öka chanserna till överlevnad genomgår Johnny en by pass operation.

Motsatt fallet är en beskrivning av vad begreppet inte är. I detta fall är det frågan om livsuppehållande åtgärder istället för eutanasi. Ingen av de definierade attributen av begreppet passiv eutanasi uppfylls. Här sätts istället alla tillgängliga åtgärder in och målet är att patienten skall överleva.

## **Antecedentier**

Antecedentier för passiv eutanasi är att patienten är allvarligt eller obotligt sjuk och har en begränsad tid kvar att leva. Patienten är i livets slutskede och lider av en obotlig sjukdom. Antecedentierna för aktiv eutanasi är när patienten har fysiska och/eller psykiska plågor vid sjukdom eller skada och ber om hjälp att dö (Arlebrink, 1999, Westrin & Nilstun, 2005, Hanratty & Higginson, 2001; Fagerberg et al., 1997; Qvarnström, 1993).

Antecedentierna för eutanasi enligt den lexikala analysen är en svårt, obotligt sjuk person med hopplös, plågsam och/eller smärtsam sjukdom.

## **Konsekvenser**

Konsekvensen av aktiv och passiv eutanasi är att handlingen som utförs leder till att patienten dör. Det sker en acceleration av döden som är väntad men inte är en förväntad effekt av behandlingen eller att döden inträder som en följd av behandlingen (Arlebrink 1999, Qvarnström 1993, Westrin & Nilstun 2005). Konsekvensen av eutanasi enligt den lexikala analysen är: smärtfri död, lätt död, mild död och lugn och smärtfri död.

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

Metoden som har användes i föreliggande analys är en modifierad Walker & Avants modell. Denna kan anses relevant för att belysa ett begrepps betydelse (Walker & Avant, 2005). Anledningen till val av metod är att vi har provat den i en tidigare kurs, men i en mindre version. Intresset för begreppet väcktes efter diskussion och under gemensam klinisk utbildningsperiod inom palliativ vård.

För att kunna närma sig begreppets betydelse gjordes sökningar dels i ordböcker och dels i sökmotorer på internet. I den lexikala analysen användes 19 ordböcker där den äldsta var från år 1768 till den senaste, år 2007 på Internet, hade så många användningsområden identifierats att det fortsättningsvis återkom samma förklaringar på begreppet. Det visade sig då att begreppet var mättat och inga fler beskrivningar kunde öka begreppets innebörd. I den litterära analysen användes fakta- och läroböcker som gav begreppsanalysen styrka samt vetenskapliga artiklar. Åtta artiklar togs ut för granskning varav tre användes i analysen, två var kvalitativa och en var kvantitativ. Resterande fem användes inte då innehållet i artiklarna inte berörde kärnan i eutanasi utan var inriktade på olika sjukdomstillstånd såsom intensivvård- och traumapatienter och vård i hemmet. Sökning av artiklar skedde i PubMed och CINAHL. Syftet utgjorde grunden för sökningarna och urvalet skedde efter det. Resultatartiklarna hämtades i CINAHL då artiklarna i PubMed inte stämde överens med syftet. De tre vetenskapliga artiklar i begreppsanalysen har granskats utifrån William & Stoltz kvalitetsklassificering (William & Stoltz, 2006). Sökning skedde även i databasen PsychINFO, som inte gav några träffar då begreppet inte fanns med.

Kurslitteratur som var populärvetenskaplig och ordböcker som användes söktes i Gunda (Göteborgs universitets bibliotekskatalog), Biomedicinska biblioteket i Göteborg, Campusbiblioteket i Varberg och Kulturhuset Fyren i Kungsbacka. I litteraturen gjordes manuella sökningar i innehållsförteckning, referenslista och i text, målet var att hitta beskrivningar av eutanasi och dödshjälp. Vi valde bort relaterat, uppdiktat och ogiltigt fall då detta inte skulle tillföra något nytt till resultatet. I Walker & Avants (2005) modell beskrivs

det att samtliga fallkonstruktioner inte är nödvändiga att göra, om de valda fallkonstruktionerna beskriver begreppet tillräckligt tydligt. Vi valde bort steg åtta i metoden som handlar om empiriska referenter, då vi inte kunde gå så djupt på grund av den begränsade tiden. Begreppsanalys enligt denna modell är ett utmärkt redskap för att utreda ett begrepps validitet inom ett bestämt forskningsområde. Beskrivningen av Walker & Avants modell (2005) kan ses otillräcklig i steget att plocka ut attribut ur den samlade litteraturen. De övriga stegen i modellen var relativt lätta att följa, trots en svåröversatt engelska. I Dags för uppsats (Friberg, 2006) som var kursens referenslitteratur är begreppsanalysdelen så magert beskriven att vi behövde söka information om tillvägagångssätt på annat håll såsom andra begreppsanalyser gjorda enligt Walker & Avants modell. Det upplevde vi både som en svaghet och styrka i vårt arbete, där svagheten var den knappa referenslitteraturen och styrkan var att vi hittade bra beskrivna begreppsanalyser som stärktes ihop med referenslitteraturen.

## **Resultatdiskussion**

Syftet med begreppsanalysen var att tydliggöra betydelsen av begreppet eutanasi ur sjuksköterskeperspektiv och hur det används både som begrepp och som handling i praktiken i palliativ vård.

Eutanasi betyder ursprungligen en god död och det går ut på att göra det så bra som möjligt för den döende (Qvarnström 1993). I den lexikala delen av resultatet framkom att det var skillnader i begreppets betydelse mellan svenska ordet eutanasi och engelska ordet euthanasia. De engelska ordböckerna förklarar begreppet mer åt det aktiva hållet genom att nämna eutanasi som en möjlighet åt handikappade, väldigt gamla och skadade individer. De svenska förklaringarna är mer liberala och syftar till att eutanasin är till för personer som är obotligt sjuka, för att få en så smärtfri död som möjligt. Uppdelningen av aktiv respektive passiv eutanasi fanns endast i ett fåtal ordböcker som beskrev skillnaden. Det gick inte att finna någon ordklassindelning på begreppet eutanasi trots att det är en utförande handling.

Autonomi är en förutsättning för aktiv eutanasi. Flera författare nämner autonomi som en självklarhet för alla patienter, det är det som gör människan till en fri och social varelse. För några år sedan var det helt otänkbart att patienter hade något att säga till om, som väl är har människosynen ändrats allt efter som tiden och forskningen går framåt. Aktiv eutanasi är förbjudet enligt lag i Sverige medan passiv eutanasi har kommit att bli en handling i den palliativa vården. I Sverige har den palliativa vården utvecklats så att vården av den obotligt sjuke ska nå sina mål så att frågan om eutanasi inte ska behöva uppkomma (Arlebrink 1999, Fagerberg et al, 1997).

I kommande profession som sjuksköterskor kommer vår människosyn alltid att påverka oss, hur vi bemöter en patient, att se en patient som en unik person och som har rätt att bestämma över sitt eget liv, att få tillgång till den bästa vård och få dö under värdiga former (Socialstyrelsen, 1992). I dag finns det olika vårdalternativ att välja på för en patient i livets slutskede, såsom hospice, palliativ vård inom slutna vård eller i hemmet. Hospice är en form av helhetsvård som går ut på att smärt- och symtomlindra patienter som ligger inför döden. En utveckling av hospice är den palliativa vården som också bedriver en helhetsvård med flera olika kategorier i vårdlagen runt patienten (Arlebrink, 1996; Qvarnström, 1993). Som sjuksköterska i den palliativa vården är det viktigt att se till patientens behov och situation. I Sverige behöver vi inte ta ställning till aktiv eutanasi som en del av vår yrkeskår i t.ex. Belgien gör, där aktiv eutanasi är tillåten. Att behöva ta ställning till och hur mycket en patient ska behöva lida innan aktiv eutanasi blir ett alternativ, kan skapa inre konflikter och skuld känslor hos sjuksköterskorna. En studie visade att sjuksköterskorna måste kunna



bedöma frågan som ställs angående aktiv eutanasi, om det verkligen var det patienten ville eller om det fanns några dolda budskap (De Bal et al., 2006). En patient i palliativ vård som önskar aktiv eutanasi behöver bli tagen på största allvar. Det är då viktigt att läkare och sjuksköterskor kan hantera frågan som kan vara ett rop på hjälp för att patienten egentligen är rädd för sin dödsprocess. I framtida nedskärningar med en krympande ekonomi bör inte dessa vårdprinciper åsidosättas. Om en framtida nedrustning av den palliativa vården sker, finns risken att den aktiva eutanasi förkortar den terminala vården. Förespråkarna kan se det som en nationalekonomisk vinst medan motståndarna ser det som en kränkning av patientens integritet.

Det finns en aktiv handling inom eutanasi som används i Sverige och det är terminal sedering. Handlingen kan ses som ett svårlöst dilemma inom palliativ vård, för att det är en kontroversiell fråga. Terminal sedering kan ses som en kompromiss mellan patientens önskan och läkarkårens samvete. Det kan hända att vissa läkare tycker att det är oetiskt med terminal sedering de bör då överlämna ansvaret till en annan läkare så inte de egna moraliska eller religiösa uppfattningar överförs på patienten menar Tännsjö i (Sandman & Woods, 2003).

I Sverige har eutanasidebatten inom den medicinska etiken diskuterats av både motståndare och förespråkare om aktiv eutanasi skall legaliseras. I resultatet framkom att de flesta författare är överens om att passiv eutanasi är något som finns och används i den palliativa vården. Aktiv eutanasi inom palliativ vård är däremot en fråga som debatteras emellanåt, där motståndarna har övertaget och menar att läkarna bör avstå från att medverka i aktiv eutanasi då de har en pliktetik som går ut på att bota, lindra och trösta (Ottosson, 1996). Svenska läkaresällskapet (2007) har lagt fram förslag på att omarbete de etiska riktlinjerna vid ställningstagande till att avstå från och avbryta livsuppehållande behandling. Professor Niels Lynöe (Örn, 2007) menar i Läkartidningen att de nya förslagen på riktlinjerna innebär att beslutskapabla patienter har rätt att avstå från livsuppehållande behandling. De nya riktlinjerna beräknas bli färdiga hösten 2007.

## **Konklusion**

Begreppsanalysen lyfte fram att passiv eutanasi som begrepp inte talas högt om men används som en handling i den palliativa vården men när begreppet eutanasi används i allmänna språket menar de flesta aktiv eutanasi. Antecedentierna som framkom i resultatet visar på skillnaderna mellan aktiv och passiv eutanasi men konsekvensen är densamma - patientens död.

## **Implikation**

Utvecklingen av den palliativa vården både på institution och i det egna hemmet måste prioriteras genom ytterligare forskning. Hela befolkningen oavsett geografiskt område i Sverige ska kunna ta del av hälso- och sjukvårdslagens mål, en god vård på lika villkor. Genom ett forum där debatten om eutanasi kan lyftas fram, finns det möjlighet till att skapa en öppen dialog så att eutanasi aldrig sker i det gömda. Vårdpersonal oavsett specialitet bör fortbilda sig i svåra existentiella frågor och situationer. Eutanasi är ett kontroversiellt ämne men bör dock ingå i sjuksköterskeutbildningen som en del av den etiska diskussionen. Sjuksköterskor som är involverade i patienter med svåra existentiella frågor bör få handledning för att kunna utvecklas i sin profession och behålla sin empatiska förmåga. För att närma sig och öka förståelsen för begreppet eutanasi kan man förslagsvis utföra begreppsanalys på både passiv och aktiv eutanasi.

## Referenslista

- Arlebrink, J. (1996). *Grundläggande vårdetik*. Lund: Studentlitteratur.
- Arlebrink, J. (red.). (1999). *Döden och döendet*. Lund: Studentlitteratur.
- Bonniers stora lexikon*. (1991). Stockholm: Bonniers fakta bokförlag AB.
- Britannica. (1768). *The new Encyklopedia*. (15th ed). Chicago.
- De Bal, N., Casterlé, B., De Beer, T & Gastmans, C. (2006). Involvement of nurses in caring for patients requesting euthanasia in Flanders (Belgium). *International Journal of Nursing studies*, 43, 589-599.
- Dictionary online. (2007). Hämtad 2007-03-14 från:  
<http://dictionary.cambridge.org/define.asp?key=26511&dict=CALD>
- Fagerberg, H., Bischofberger, E., Jacobsson, L., Lindmark, G. (1997). *Medicinsk etik och människosyn* (4:e uppl.). Stockholm: Liber AB.
- Friberg, F. (red.). (2006). *Dags för uppsats*. Lund. Studentlitteratur.
- Fridegren, I., Lyckander, S. (2001). *Palliativ vård*. Stockholm: Liber AB.
- Györki, I., Malmström, S., & Sjögren, P. (2002). *Bonniers svenska ordbok*. Stockholm: Albert Bonniers förlag AB.
- Hanratty, J F., Higginson, I., (2001). *Palliativ Vård vid terminala sjukdomstillstånd*. Lund: Studentlitteratur.
- Hermerén, G. (1996). Reglerad eutanasi bättre än dödshjälp i det tysta. *Läkartidningen* 93, 869-876.
- Hälso- och sjukvårdslag. (1982). *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 2007-03-13 från Notisum:  
<http://www.notisum.se/Rnp/SLS/LAG/19820763.HTM>
- Kitchener, B. (1998). Nurse characteristics and attitudes to active voluntary euthanasia. *Journal of Advanced Nursing*. 28, 70-76. Hämtad 2007-03-08 från databasen CINAHL.
- Landgren, M., Månsson, I., & Dotevall, L. (red.). (1998). *Dödshjälp eller livshjälp*. Göteborg: Trots Allt.
- Lexin. (2005). *Svenska ord med uttal och förklaringar*. Stockholm: Elanders Gotab.
- Lindskog, B. (2004). *Medicinsk terminologi*. Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag.
- Lindskog, B., Zetterberg, B. (1981). *Medicinsk terminologi*. Stockholm: Nordiska bokhandelns förlag.

Marriam-Webster OnLine. (2007). Hämtad 2007-03-14 från:  
<http://209.161.33.50/dictionary/euthanasia>

*Nationalencyklopedin*. (1995). Höganäs: Bra Böcker AB.

*Nationalencyklopedin*. (2007). Hämtad 2007-02-15 från:  
[http://www.ne.se/jsp/search/printarticle.jsp?i\\_art\\_id=158132](http://www.ne.se/jsp/search/printarticle.jsp?i_art_id=158132)

Nationella Rådet för Palliativ Vård. (2006). *Palliativ vård*. Hämtad 2007-03-20 från  
Nationella Rådet för Palliativ Vård:  
<http://www.nrpv.se/pages/589.asp?menuID=257&menuColor=%2399CC00>

*Natur och kulturs svenska ordbok*. (2001). Stockholm: Natur & Kulturs förlag.

Ottosson, J-O. (1996). Nej till eutanasi – Ja till palliativ vård. *Läkartidningen*, 93,  
1309 – 1310.

Qvarnström, U. (1993). *Vår död*. Stockholm: Liber Utbildning AB.

Sandman, L., Woods, S. (red.). (2003). *God palliativ vård*. Lund: studentlitteratur.

Socialdepartementet. (1987). *Lag om kriterier för bestämmande av människans död*. Hämtad  
2007-03-20 från Riksdagen:  
[http://rixlex.riksdagen.se/htbin/thw?\\${HTML}=SFST\\_LST&\\${OOHTML}=SFST\\_DOK  
&\\${SNHTML}=SFST\\_ERR&\\${MAXPAGE}=26&\\${TRIPSHOW}=format=THW&\\${B  
ASE}=SFST&\\${FREETEXT}=&RUB=&BET=1987%3A269&ORG](http://rixlex.riksdagen.se/htbin/thw?${HTML}=SFST_LST&${OOHTML}=SFST_DOK<br/>&${SNHTML}=SFST_ERR&${MAXPAGE}=26&${TRIPSHOW}=format=THW&${B<br/>ASE}=SFST&${FREETEXT}=&RUB=&BET=1987%3A269&ORG)

Socialstyrelsen. (1992). *Livsuppehållande åtgärder i livets slutskede*. Hämtad 2007-04-02  
från Socialstyrelsen:  
[http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/5A6DA0B1-06B4-40B3-9926-  
7D71980D5563/2089/1992702.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/5A6DA0B1-06B4-40B3-9926-<br/>7D71980D5563/2089/1992702.pdf)

Socialstyrelsen. (1999). *I livets slutskede. Frivilligmedverkan i vården*. Hämtad 2007-03-11  
från Socialstyrelsen: <http://www.sos.se/fulltext/9900-085/9900-085.htm>

Socialstyrelsen. (2000). *När hjärnan dör, dör människan. Information till allmänheten om lag  
om kriterier för bestämmande av människans död*. Hämtad 2007-03-20 från  
Socialstyrelsen:  
<http://www.sos.se/sos/laginfo/hjarndod.htm>

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2007-  
03-09 från Socialstyrelsen:  
[http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-  
2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-<br/>2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf)

Socialstyrelsen. (2006). *Vård i livets slutskede. Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i  
landsting och kommuner*. Hämtad 2007-03-09 från Socialstyrelsen:  
[http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/90635F0E-32C6-4662-9A84-  
0808D353D673/6685/200610391.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/90635F0E-32C6-4662-9A84-<br/>0808D353D673/6685/200610391.pdf)

- SOU 2001: 6 (2004). *Vård i livets slutskede*. Hämtad 2007-03-12 från Regeringen:  
<http://www.regeringen.se/content/1/c6/04/55/31/823e7b77.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2000). *ICNs etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Svenska akademins ordbok*. (2007). Hämtad 2007-02-15 från:  
<http://g3.spraakdata.gu.se/saob/show.phtml?filenr=1/64/16289.html>
- Svenskan i Focus*. (1986). Stockholm: Norstedts tryckeri.
- Svenska Läkaresällskapet. (2007). *Etiska riktlinjer vid ställningstagande till att avstå från och avbryta livsuppehållande behandling*. Hämtad 2007-04-18 från:  
<http://www.svls.se/cs-media/xyz/000003352.pdf>
- Svenska Ordboken*. (2003). Lund: Gustava.
- Svensk synonymordbok*. (1996). Stockholm: Norstedts förlag AB.
- Sveriges läkarförbund. (2007). *Läkarförbundets etiska regler*. Hämtad 2007-05-04 från:  
<http://www.slf.se/templates/ArticleSLF.aspx?id=2830>
- Sveriges Rikes Lag*. (2007). Stockholm: Nordstedt Juridik AB.
- Verpoort, C., Gastmans, C., Casterlé, B. (2004). Palliative care nurses` views on euthanasia. *Journal of Advanced Nursing*. 47, 592-600.
- Walker, L., Avant, K. (2005). *Strategies for theory construction in nursing*. (4th ed.). Upper Saddle river, New Jersey 07458: Pearson Education, Inc.
- Walter, G. (2004). *Bonniers synonymordbok*. Stockholm: Albert Bonniers förlag AB.
- Westrin, C-G., & Nilstun, T. (red.). (2005). *Att få hjälp att dö*. Lund: Studentlitteratur.
- World Book*. (1992). Chicago: A Scott Fetzer Company
- World Health Organization. (2002). *National cancer control programs: Policies and managerial guidelines 2<sup>nd</sup>*. Geneva: World Health Organization.
- Wikipedia. (2007). *Den fria encyklopedin*. Hämtad 2007-01-18 från:  
<http://sv.wikipedia.org/wiki/D%C3%B6shj%C3%A4lp>
- William, A., Stoltz, P.(2006). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- Örn, P. (2007). Beslutskapabel patient i respirator bör få läkarhjälp att avsluta sitt liv. *Läkartidningen*, 1120. Hämtad 2007-04-02 från:  
[www.lakartidningen.se/engine.php?articleId=6489](http://www.lakartidningen.se/engine.php?articleId=6489)

**Tabell 2. Artikelöversikt**

**Bilaga 1**

Publikationsår Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats
2006 Belgien	Nele de Bal, Bernadette Dierckx de Casterle, Tina de Beer and Chris Gastmans.	Involvement of nurses in caring for patients requesting euthanasia in Flanders	Att undersöka sjuksköterskors engagemang i vården av patienter som begär dödshjälp	En kvalitativ grounded theory strategi  n= 15	Sjuksköterskor som konfronteras med eutanasi frågor gör att de blir vårdande och lyhörda samt duktiga medarbetare.
1998 Australien	Betty A. Kitchener	Nurse characteristics and attitudes to active voluntary euthanasia: a survey in the Australian Capital Territory	Att undersöka vad sjuksköterskors inställning till aktiv volontär eutanasi är och vad som påverkar inställningen.	En kvantitativ metod  n= 2000	Sjuksköterskors inställning till aktiv volontär dödshjälp skiljer sig åt beträffande sjuksköterskors ålder, profession och religion.
2004 Belgien	Charlotte Verpoort, Chris Gastmans, Bernadette Dierckx de Casterle	Palliative care nurses` views on euthanasia	Att göra en undersökning om palliativa sjuksköterskors syn på eutanasi	En kvalitativ metod  n= 12	Att få veta vad sjuksköterskor tycker om eutanasi, som arbetar med terminalt sjuka patienter med eutanasiförfrågan, att de får stöd och hjälp för att kunna utföra den vård dessa patienter behöver.