
Lungelegar sine erfaringar med lindrande sedering i livets slutfase

ORIGINALARTIKKEL

MARGRETHE AASE SCHAUFEL

margrethe.aase.schaufel@helse-bergen.no

Lungeavdelinga

Haukeland universitetssjukehus

og

Klinisk institutt 1

Universitetet i Bergen

og

Bergen senter for etikk og prioritering (BCEPS)

Universitetet i Bergen

Forfatterbidrag: idé til studien, utforming av spørjeskjemaet, analysar, tolking av data, utarbeiding og revisjon av manuset og godkjenning av innsendt versjon.

Margrethe Aase Schaufel er spesialist i hjarte- og lungesjukdomar, overlege og førsteamanuensis.

Forfattaren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonfliktar.

REIDUN FØRDE

Senter for medisinsk etikk

Universitetet i Oslo

Forfatterbidrag: idé til studien, utforming av spørjeskjemaet, analysar, tolking av data, utarbeiding og revisjon av manuset og godkjenning av innsendt versjon.

Reidun Førde er dr.med. og professor emerita. Ho har hatt nasjonalt ansvar for arbeidet med kliniske etikkkomitéar i norske sjukehus.

Forfattaren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonfliktar.

KATRIN RUTH SIGURDARDOTTIR

Palliativt senter
Haukeland universitetssjukehus

og
Kompetansesenter i lindrande behandling
Helse Vest

Forfatterbidrag: idé til studien, utforming av spørjeskjemaet, analysar, tolking av data, utarbeiding og revisjon av manuset og godkjenning av innsendt versjon.

Katrin Ruth Sigurdardottir er ph.d., spesialist i infeksjonssjukdomar med godkjent kompetanseområde i palliativ medisin, seksjonsleiar. Forfattaren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonfliktar.

INGRID MILJETEIG

Institutt for global helse og samfunnsmedisin
Universitetet i Bergen

og
Bergen senter for etikk og prioritering (BCEPS)
Universitetet i Bergen

og
Seksjon for presteteneste og etikk
Helse Bergen

Forfatterbidrag: idé til studien, utforming av spørjeskjemaet, analysar, tolking av data, utarbeiding og revisjon av manuset og godkjenning av innsendt versjon.

Ingrid Miljeteig er lege, professor i medisinsk etikk og leiar av klinisk etikkomité ved Haukeland universitetssjukehus.

Forfattaren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonfliktar.

Bakgrunn

Legeforeningen har utarbeidd retningslinjer for lindrande sedering i livets slutfase, sist revidert i 2014. Vi ville undersøke lungelegar sin kjennskap til retningslinjene og bruk av lindrande sedering ved lungesjukdomar.

Materiale og metode

Eit elektronisk spørjeskjema blei sendt til alle medlemmer av Norsk forening for lungemedisin (529 legar) i oktober 2022. Svara blei analysert med deskriptiv statistikk, og fritekstkommentarane blei analysert ved systematisk tekstkondensering.

Resultat

Totalt 50 legar svarte (9,5 %). 22 hadde kjennskap til retningslinjene, og eit mindretal meinte desse var tydelege og gav god støtte. 37 oppgav at lindrande sedering blei gjennomført der dei jobba, men det var stor variasjon i kor ofte. 25 av deltakarane hadde vore med på å gjennomføre lindrande sedering ein eller fleire gonger, og 19 hadde opplevd etiske utfordringar relatert til dette. Sederinga vart oftast utført hjå pasientar med lungekreft ved intraktabel dyspné og smerter, men også hjå andre sjukdomsgrupper. Avgjerda vart stort sett tatt i tverrfagleg fellesskap, og fritekstkommentarane utdjupa at dette gav støtte og tryggleik. Det vart påpeikt ein krevjande grenseoppgang mot dødshjelp, og ønskje om at gråsonene kunne utdjupast meir i retningslinjene.

Tolking

Definisjonen av lindrande sedering blir framleis oppfatta ulikt og kan framstå uklar. Det kan moglegvis vere til hjelp å legge til diagnosespesifikke råd ved revisjon av gjeldande retningslinjer.

Hovudfunn

Legane rapporterte at lindrande sedering til pasientar med lungesjukdom hovudsakleg vart gitt etter tverrfagleg diskusjon og i tråd med gjeldande retningslinjer.

Lindrande sedering vart gitt til ulike lungemedisinske diagnosegrupper.

Lungelegane opplevde fleire etiske dilemma ved denne behandlinga, men også støtte og tryggleik.

Legeforeningen sine retningslinjer for lindrande sedering var ikkje kjent av alle som gjennomførte dette, og kunne framstå uklare.

Lindrande sedering i livets slutfase er ei behandling som har blitt skulda for å vere uetisk og vanskeleg å skilje frå eutanasi [\(1\)](#). Eutanasi er i strid med norsk lov og etiske reglar [\(2, 3\)](#). Den såkalla Bærum-saka [\(4, 5\)](#) gjorde at Legeforeningen i 2000 starta arbeidet med å utarbeide etiske retningslinjer, som så blei revidert i 2014 [\(1\)](#). I desse blir *lindrande sedering* definert som «medikamentell reduksjon av bevissthetsnivået for å lindre lidelse som ikke kan avhjelpes på annen måte» [\(6\)](#). Det dreier seg om unntaksvis behandling i livets slutfase ved utoleleg liding. Behandlinga tek sikte på å senke medvitsnivået for at plagene ikkje skal opplevast i vaken tilstand.

«Utoleg liding» er ikkje nærmare definert. Før behandling skal det vere gjennomført ein grundig avgjerdsprosess med tverrfagleg palliativ ekspertise, og behandlinga skal berre nyttast ved kort forventet levetid [\(6\)](#). Internasjonale retningslinjer har lagt opp til at refraktære psykiske symptom unntaksvis kan behandlast med sedering, og særskilde vilkår for eksistensiell liding er skildra

(7, 8). Det har også vore diskusjon kring kva som fell innanfor og utanfor definisjonen av lindrande sedering, som mellom anna ikkje omfattar døsighet som biverknad av symptomatisk behandling.

Studiar av lindrande sedering har i hovudsak vore gjennomført med kreftpasientar (9), men behandlinga kan vere indisert for fleire pasientgrupper. Pasientar med uhelbredeleg lungesjukdom, som kronisk obstruktiv lungesjukdom (KOLS) og lungefibrose, samt nevrodegenerative sjukdomar, kan oppleve alvorleg dyspné og slimplugging i sluttfasen. Mange vil karakterisere dette som «utoeleg», og symptoma vil ikkje alltid la seg kupere med standard behandling. Bruken av lindrande sedering varierer mellom land, spesialitet og kva som er prognose og hovudsymptom (10), og det er ulikskap i avgjerdsprosess, gjennomføring og levetid hjå pasientane (11). Det har vore påpeika behov for betre kvalitet på avgjerdene (12), og eit EU-prosjekt har gjennomført revisjon av den europeiske foreininga for lindrande behandling (EAPC) sine retningslinjer (13, 14). Her blir det presisert at lindrande sedering kan vere aktuelt når ein avsluttar livsforlengande behandling og refraktær liding er forventa, til dømes kvelningskjensle ved avslutning av non-invasiv ventilasjonsstøtte og høgstraumsoksygen.

Gjennom eiga klinisk erfaring (Margrethe Aase Schaufel og Katrin Ruth Sigurdardottir) og gjennom førespurnader til kliniske etikk-komitéar (Reidun Førde og Ingrid Miljeteig) har vi stadfesta eit behov for meir kunnskap om bruken av retningslinjene. Det er etter vår kjennskap inga forskning på lindrande sedering i ein lungemedisinsk kontekst i Noreg. I denne studien ville vi difor undersøke norske lungelegar sin kjennskap til og bruk av retningslinjene for lindrande sedering, og kva for erfaringar dei har med denne behandlinga.

Materiale og metode

Før Norsk forening for lungemedisin sitt haustmøte i 2022, blei det sendt ut eit elektronisk spørjeskjema til alle medlem (529 legar). Det blei gjennomført ei purring til alle etter haustmøtet. Spørjeskjemaet var utarbeidd og pilotert i samarbeid med ni spesialistar i lungemedisin, etikk og palliasjon, og inspirert av utfordrande kasuistikkar og problemstillingar i skjeringspunktet mellom desse fagområda. Det var ikkje nødvendig å søkje førehandsgodkjenning frå etisk komité eller personvernombod då studien ikkje fell inn under Helseforskningsloven eller samla inn personopplysingar eller IP-adresser.

Spørjeskjemaet (sjå appendiks) hadde faste svaralternativ, med plass til fritekstkommentarar om korleis avgjerder om lindrande sedering blei gjennomført, etiske utfordringar, kva som skapte tryggleik og uvisse, og innspel til retningslinjene.

Svara blei analysert med deskriptiv statistikk, og fritekstkommentarane blei analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering (15). Sistnemde er ein tverrgåande, tematisk analysemetode som består av fire trinn: 1) lese alt materialet for å få heilskapsinntrykk; 2) identifisere meningsberande einingar

som representerer ulike aspekt av erfaringar, og kode desse; 3) kondensere og abstrahere innhaldet frå dei einskilde meiningsberande einingane; og 4) samanfatte og generalisere skildringar og omgrep.

Resultat

Totalt 50 legar svarte (svarprosent 9,5), og av desse var 38 spesialistar og 10 legar i spesialisering (to svarte ikkje på spesialiststatus). Deltakarane var jamnt fordelt mellom aldersgruppene, og 29 jobba på lokalsjukehus, 17 ved universitetssjukehus, 2 var avtalespesialistar, og 2 svarte ikkje på arbeidsstad.

22 hadde kjennskap til Legeforeningen sine retningslinjer for lindrande sedering, medan 8 var usikre og resten kjende ikkje til desse. På spørsmål om retningslinjene var nyttige i praksis, meinte 7 av 22 at dei var tydelege og gav god støtte i avgjerdene. Resten svarte at dei kunne vore tydlegare, var uklare eller at deltakarane var usikre på nytteverdien.

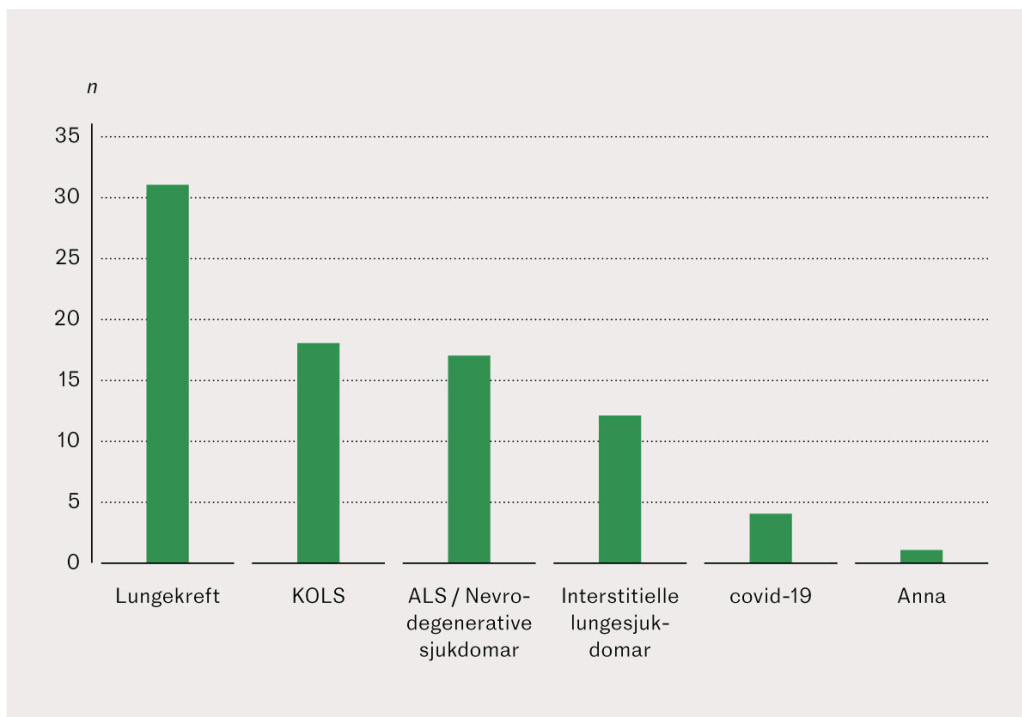
37 respondentar formidla at behandlinga blei gjennomført der dei jobba, 2 var usikre og resten svarte nei. Det var stor variasjon i kor ofte dette fann stad (tabell 1). Dei som rapporterte at dette skjedde kvar veke på arbeidsstaden, var anten usikre på eller ikkje kjende med Legeforeningen sine retningslinjer. 25 av deltakarane hadde sjølv vore med å gjennomføre lindrande sedering ein eller fleire gonger. 19 hadde opplevd etiske utfordringar relatert til bruk av lindrande sedering i livets slutfase.

Tabell 1

Antalet legar som oppgav at lindrande sedering i livets slutfase vart utført på arbeidsstaden, og kor ofte. Basert på svar frå 50 legar på eit elektronisk spørjeskjema sendt til alle medlemmar i Norsk forening for lungemedisin i 2022.

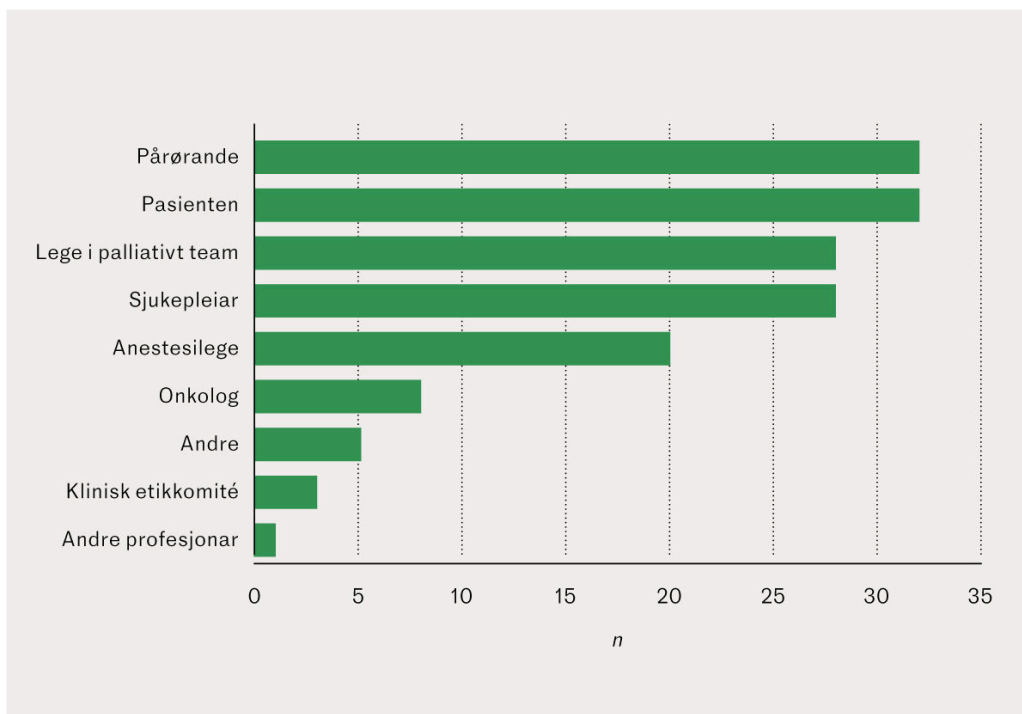
Lindrande sedering blir utført i mi avdeling	<i>n</i>
Nei	11
Ja, sjeldnare enn årleg	12
Ja, eitt par gonger i året	9
Ja, månadleg	11
Ja, kvar veke	5
Usikker	2

Behandlinga blei gitt ved ulike sjukdomar (figur 1). Den hyppigast nemnde gruppa var pasientar med lungekreft, deretter KOLS og ALS / nevrodegenerative sjukdomar.



Figur 1 Antalet legar som kjende til at dei ulike pasientgruppene hadde fått lindrande sedering på si avdeling. Basert på svar frå 50 legar på eit elektronisk spørjeskjema sendt til alle medlemmar i Norsk forening for lungemedisin i 2022.

Respondentane rapporterte at det var tatt grundige, tverrfaglege avgjersler før behandlinga vart gitt (figur 2). Av dei som kjente til at lindrande sedering blei gitt i eiga avdeling, svarte 27 av dei 37 at det skjedde i tråd med Legeforeningen sine retningslinjer. Midazolam og morfin var oftast brukt, og rapportert av høvesvis 29 og 30, medan 9 også nemnde propofol.



Figur 2 Antalet legar som oppgav at dei ulike gruppene var involvert i avgjerdsprosessen og/eller gjennomføringa av lindrande sedering i tillegg til lungelegar. Basert på svar frå 50 legar på eit elektronisk spørjeskjema sendt til alle medlemmar i Norsk forening for lungemedisin i 2022.

Indikasjonar som ble oppgitt, var først og fremst intraktabel dyspné og smerter. 7 av legane rapporterte at psykoeksistensiell lidning hadde vore årsak, og 6 oppgav delirium. 18 svarte at dei fleste pasientane døydde få timar etter at lindrande sedering var iverksett, medan 13 svarte få dagar. Non-invasiv ventilasjonsstøtte og høgstraumsoksygen vart ifølgje 26 deltakarar gradvis trappa ned og seponert etter sedasjon, medan 1 kryssa av for å kontinuere dette fram til døden, og 3 seponerte det rett etter sedasjon. 2 rapporterte at det vart gitt væske, 1 nemnde antibiotika, og 5 nemnde individuell tilnærming. Elles vart all anna livsforlengande behandling avslutta, inkludert kunstig ernæring.

Kvalitative analysar av fritekstkommentarar

55 fritekstkommentarar frå 24 av deltakarane utdjupa svara.

Fellesskapsavgjerd

Avgjerdsprosessen kunne variere ein del, men skjedde gjerne etter brei diskusjon i kollegiet over tid. Samarbeidet med sjukepleiarar og palliativt team blei understreka som viktig, samt grundig diskusjon med pasient og pårørende. Klinisk etikkomité kunne også bli konsultert for å vurdere alternativ behandling, eller ved fagleg usemje. Nokre formidla at tiltaket oftast var initiert av lungelege og palliativt team, men nokre stader stod lungelegen stort sett åleine med avgjerda. Lindrande sedering var først aktuelt når alle andre tiltak var fånyttas, til dømes ved intraktabel dyspné som ikkje let seg lindre optimalt i vaken tilstand med non-invasiv ventilasjonsstøtte, høgstraumsoksygen og/eller kontinuerleg subkutan infusjon med morfin og midazolam.

«Pasient og pårørende informeres om lindrende sedering, at dette er et tilbud dersom symptomene er uutholdelige i våken tilstand. Så når pasient og pårørende gir uttrykk for dette, ev. legene legger det fram at nå har vi ikke mer å tilby og pasienten har kvelningsfølelse eller betydelig angst selv med høye doser morfin/midazolam, så iverksettes prosedyren.» (Kommentar 7)

Ein krevjande grenseoppgang

Grenseoppgangen mot dødshjelp var utfordrande. Det kunne vere vanskeleg å vurdere om tilstanden var alvorleg nok, og om pasient og pårørende ønska lindrande sedering og forstod kva det innebar. Dei var ikkje alltid klare for at slutten nærma seg, trass store smerter og dyspné som gjorde det vanskeleg å komme i mål med vanleg lindring. Legane kunne oppleve at det ikkje var tilstrekkeleg kompetanse hjå sjukepleiarar på kveld og natt til å ivareta sedasjon i tråd med retningslinjene. Det var krevjande å få alle partar til å forstå kvifor behandlinga var nødvendig, og å hanskast med usemje mellom dei involverte om lindrande sedering var riktig val eller ikkje. Likevel opplevde lungelegane at det gav tryggleik for pasienten og pårørende at det var ein plan, og at pasienten fekk god lindring. Det kunne vere vanskar knytta til narkosemiddel, som propofol og tiopental, hjå pasientar med store smerter der anna behandling ikkje fungerte. Når ein gav store dosar midazolam og morfin intravenøst i tillegg til subkutan, var det ikkje alltid så lett å ha kontroll på sedasjonen som ved bruk av propofol.

«Det er utfordrende hvor grensen mellom aktiv og passiv dødshjelp er; vanskelig å skille. I slike spesifikke situasjoner ville det vært godt å ha mer tydelige retningslinjer å støtte seg på.» (Kommentar 5)

Behovet for tryggleik og støtte

Erfaring med å ha gjennomført behandlinga fleire gonger, og god støtte frå palliativt team og anestesilegar, gav tryggleik. Legane opplevde det som mindre komplisert ved langtkomen sjukdom, og der det var avklart med pasient og pårørende etter open samtale over tid om vanskelege tema. Nokon arbeidde på sjukehus der lindrande sedering blei utført av anestesilegar, medisinsk overvåkingsavdeling og/eller lindrande avdeling i fellesskap. Lungelegane hadde tillit til at dei som gjennomførte det hadde god kompetanse, men nokon gav uttrykk for at dei gjerne skulle ha starta tidlegare. Det blei formidla tryggleik på at dette var rett behandling mot intraktabel liding i livets slutfase når dei følgde Legeforeningen sine retningslinjer. Sjølv om det ikkje var enkelt, støtta dei seg på rutinar og kollegar:

«Dette er alltid krevende situasjoner selv om vi har gode rutiner. Godt at flere leger er involvert.» (Kommentar 42)

Legane kunne oppleve prognostisk uvisse knytt til kor terminal pasienten var. Manglande kunnskap og erfaring, samt usikre sjukepleiarar, kunne medføre uvisse. Ved aukande uro under sedasjon kunne ein bli usikker på dosering. Forslag om legemiddel og praktisk gjennomføring kunne då vere til hjelp, og at retningslinjene hadde vore betre kjent. Det var ønskje om at gråsonene kunne utdjupast meir, og at retningslinjene også tok med noko om ulike diagnosegrupper og ev. respirasjonsstøtte. Det kunne vere vanskeleg å forstå grenseoppgangane når «lindrande sedering» betydde ulike ting i ulike samanhengar, og det blei uttrykt at dette ikkje er heilt ekstraordinær lindring ved endestadium av lungesjukdomar. Då kunne presiseringar vere nyttige:

«Knytte tydelig an mot veileder for behandling i livets slutfase, og gjøre så tydelig som mulig grensene mellom symptomatisk lindring og lindrende sedering.» (Kommentar 1)

Diskusjon

Sjølv om berre 50 legar svarte på spørjeundersøkinga, meiner vi resultata er relevante for diskusjon om lindrande sedering i Noreg. Mindre enn halvparten av legene kjente til retningslinjene som er utforma til hjelp i eit etisk vanskeleg felt. Dette er ei påminning om viktigheita av implementeringsarbeid og pågåande etiske diskusjonar i fagmiljøa. At nokon rapporterer at lindrande sedering skjer kvar veke, viser uklarheit i definisjonen og at behandlinga einast skal omfatte få pasientar og «ekstreme» tilfelle.

Bruk av retningslinjer

Svara tyder på at lindrande sedering blir gitt i tråd med retningslinjene, med involvering av pasient og pårørende, og hovudsakleg kort tid før død. Dette samsvarer med tidlegare undersøkingar i Noreg (16). Både lungekreft, KOLS, lungefibrose og nevrologiske tilstandar, som ALS, kan medføre sterke plager i

terminalstadiet, og nasjonale retningslinjer har understreka at pasientane då skal ha adekvat symptomlindring «også når det ikke kan utelukkes at dette kan framskynde døden» (17). Lindrande sedering er også brukt hjå covid-19-pasientar med livstruande lungekomplikasjonar. Vi veit ikkje i dag om det er underbehandling fordi behandlinga kan bli sett på som etisk tvilsam, og at pasientar difor døyr med unødvendige plager. Undersøkinga vår viser at i praksis blir eksistensiell liding brukt som indikasjon, men det er uklart om dette er einaste indikasjon eller i kombinasjon med somatisk liding. Årsaka til at retningslinjene har vore restriktive mot eksistensiell liding åleine, er at dette primært skulle bli møtt med andre tiltak. Det blei kommentert at det ville vore nyttig med tydelegare retningslinjer for spesifikke situasjonar der det var utfordrande å skilje grensa til dødshjelp og vurdere om tilstanden var alvorleg nok. På spørsmål om innspel til retningslinjene, blei det mellom anna føreslått å knyte dei tydelegare til andre relevante rettleiarar. Dette kan omfatte både nasjonale faglege råd for lindrande behandling i livets slutfase (18), og Helsedirektoratet sin rettleiar for avgjerdsprosessar ved avgrensing av livsforlengande behandling (17), som no er under revisjon.

Etiske utfordringar

19 av legane i denne undersøkinga hadde opplevd etiske utfordringar med lindrande sedering. Desse utfordringane var knytt til grenseoppgangen til eutanasi, uvisse om pasienten var «terminal», og usemje mellom klinikarar om det var etisk riktig å starte lindrande sedering. Dette samsvarer med andre studiar som viser at det er ulike vurderingar og verdiar som pregar avgjerder, og at det kan vere ekstra vanskeleg ved ventilasjonsstøtte (19). Men nettopp pasientar med uhelbredeleg lungesjukdom kan ha intraktable plager i livets slutfase. Materstvedt og kollegaer argumenterer for at lindrande sedering er ei moralsk god handling (20). Å lindre liding er eit etisk imperativ, og eit av dei viktigaste argumenta når stadig fleire tek til orde for å lempe på motstanden mot eutanasi (21). Gjeld retningslinjene slik sedasjon i livets slutfase som lungelegane skildrar? Vi vil argumentere for at så lenge det ikkje dreier seg om akutt symptomlindring eller biverknad av allereie igangsett behandling, men planlagt sedasjon ved intraktable plager, vil dette falle innanfor Legeforeningen sin definisjon.

Styrker og svakheiter ved studien

Denne studien har låg svarprosent, og den har ikkje eit representativt utval av lungelegar i Noreg. Undersøkinga gir likevel eit innblikk i erfaringar og utfordringar som kan opplevast i lungemedisinsk praksis. Utvalet hadde stor variasjon i alder og breidde i arbeidsstad (lokalsjukehus og universitetssjukehus), men langt færre LIS-legar enn overlegar responderte. Dette kan ha samanheng med at fleire overlegar har ansvar for å gjennomføre denne behandlinga, og difor tok seg tid til å svare på undersøkinga. Sidan ei purring blei gjennomført etter haustmøtet til Norsk forening for lungemedisin, der Margrethe Aase Schaufel hadde presentasjon av førebels funn, kan dette ha medverka til at fleire kjente til retningslinjene då dei svarte (15 av 50 svar kom etter purringa). Intern validitet og konsistens ved spørjeskemaundersøkingar er utfordrande. Seks av deltakarane som rapporterte å ikkje kjenne Legeforeningen sine retningslinjer, svarte at lindrande sedering ved eiga

avdeling skjedde i samsvar med desse når delar av premissane stod oppført i spørjeskjemaet. Vi veit såleis ikkje om alle punkta i retningslinjene blir følgt i desse tilfella.

Konklusjon

Definisjonen av lindrande sedering blir framleis oppfatta ulikt. Etske gråsoner er utfordrande, men lungelegar rapporterer likevel å vere trygge i dei fleste situasjonane og ha god støtte rundt seg. Utifrå denne undersøkinga blir retningslinjene følgt med grundig, tverrfagleg diskusjon, og brukt også for andre diagnosegrupper enn kreft. Det kan vere til hjelp å legge til diagnosespesifikke råd ved ein eventuell revisjon av dei gjeldande retningslinjene.

Stor takk til informantane som har deltatt, og til Øystein Fløtten, Ove Fondenenes, Dagny Faksvåg Haugen, Nina Elisabeth Hjorth og Kristel Svalland Knudsen for gode innspel til spørjeskjemaet.

Artikkelen er fagfellevurdert.

REFERENCES

1. Førde R, Materstvedt LJ, Markestad T et al. Lindrende sedering i livets slutfase – reviderte retningslinjer. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 220–1. [PubMed][CrossRef]
2. Lovdata. Lov om straff (straffeloven) - Kapittel 25. Voldslovbrudd mv. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28/KAPITTEL_2-10#KAPITTEL_2-10 Lest 20.10.2023.
3. Den Norske Legeforening. Etske regler for leger. <https://www.legeforeningen.no/om-oss/Styrende-dokumenter/legeforeningens-love-og-andre-organisatoriske-regler/etske-regler-for-leger/#> Lest 20.10.2023.
4. Husom N. Bærum-saken endelig henlagt etter bevisets stilling. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 227.
5. Førde R, Aasland OG, Falkum E et al. Lindrende sedering til døende i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1085–8. [PubMed]
6. Den Norske Legeforening. Retningslinjer for lindrende sedering i livets slutfase. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/cc8a35f6afd043c195ede88a15ae2960/retningslinjer-for-lindrende-sedering-i-livets-slutfase-2014.pdf> Lest 20.10.2023.
7. Cherny NI. ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. Ann

Oncol 2014; 25 (Suppl 3): iii143–52. [PubMed][CrossRef]

8. Cherny NI, Radbruch L. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. Palliat Med 2009; 23: 581–93. [PubMed][CrossRef]

9. Arantzamendi M, Belar A, Payne S et al. Clinical Aspects of Palliative Sedation in Prospective Studies. A Systematic Review. J Pain Symptom Manage 2021; 61: 831–844.e10. [PubMed][CrossRef]

10. Blondeau D, Roy L, Dumont S et al. Physicians' and pharmacists' attitudes toward the use of sedation at the end of life: influence of prognosis and type of suffering. J Palliat Care 2005; 21: 238–45. [PubMed][CrossRef]

11. Fredheim OM, Skulberg IM, Magelssen M et al. Clinical and ethical aspects of palliative sedation with propofol-A retrospective quantitative and qualitative study. Acta Anaesthesiol Scand 2020; 64: 1319–26. [PubMed][CrossRef]

12. Surges SM, Garralda E, Jaspers B et al. Review of European Guidelines on Palliative Sedation: A Foundation for the Updating of the European Association for Palliative Care Framework. J Palliat Med 2022; 25: 1721–31. [PubMed][CrossRef]

13. Payne SA, Hasselaar J. European Palliative Sedation Project. J Palliat Med 2020; 23: 154–5. [PubMed][CrossRef]

14. Surges SM, Brunsch H, Jaspers B et al. Revised European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework on palliative sedation: An international Delphi study. Palliat Med 2024; 38: 213–28. [PubMed][CrossRef]

15. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. Scand J Public Health 2012; 40: 795–805. [PubMed][CrossRef]

16. Førde R, Kongsgaard U, Aasland OG. Lindrende sedering til døende. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 471–4. [PubMed]

17. Helsedirektoratet. Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling/norsk-versjon> Lest 20.10.2023.

18. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige råd. Lindrende behandling i livets slutfase. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase> Lest 14.8.2024.

19. Guastella V, Piwko G, Greil A et al. The opinion of French pulmonologists and palliative care physicians on non-invasive ventilation during palliative sedation at end of life: a nationwide survey. BMC Palliat Care 2021; 20: 68. [PubMed][CrossRef]

20. Materstvedt LJ, Ottesen S, von Hofacker S et al. Unødvendig lidelse kan unngås ved livets slutt. Dagens Medisin 29.1.2019.
<https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/unodvendig-lidelse-kan-unngas-ved-livets-slutt/408954> Lest 20.10.2023.
21. Blomkvist AW, Zadig P, Schei E et al. Legeforeningen bør representere medlemmenes syn på dødshjelp. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.22.0199. [PubMed][CrossRef]
-

Publisert: 30. oktober 2024. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0778
Mottatt 13.11.2023, første revisjon innsendt 10.1.2024, godkjent 1.10.2024.
Publisert under åpen tilgang CC BY-ND. Lastet ned fra tidsskriftet.no 10. februar 2026.