
Lindrende sedering – siste utvei under kontrollerte forhold

AKTUELT

NINA HUSOM

Email: nina.husom@legeforeningen.no
Tidsskriftet

– Dersom lindrende sedering til døende skal kunne aksepteres som behandlingsform, er det nødvendig med tydelige medisinske, etiske og juridiske grenser mellom denne behandlingen og eutanasi.

Dette perspektivet har vi forsøkt å ivareta i retningslinjer for lindrende sedering til døende.



Retningslinjene vil gjelde en svært begrenset pasientgruppe. Illustrasjonsfoto

Det sier Reidun Førde, leder av Rådet for legeetikk, som har ledet arbeidet med retningslinjer for lindrende sedering i klinisk praksis (www.legeforeningen.no) (1). Det var Bærum-saken som rettet offentlighetens oppmerksomhet mot behandlingsformen terminal sedering eller *lindrende sedering til døende* som arbeidsgruppen har valgt å kalle den. Førde begrunner begrepsvalget slik:

– Terminal sedering kan oppfattes som at sederingen gjøres for å avslutte pasientens liv. Med begrepet lindrende sedering til døende beskrives det som skjer og hvorfor. Dessuten spesifiseres det hvilke pasienter det angår.

Langsom eutanasi?

Behandlingen lindrende sedering er både av leger og jurister blitt sidestilt med langsom eutanasi. Parallellen trekkes fordi svake, dødssyke pasienter ofte dør når de får medikamenter som nedsetter bevisstheten.

For å skape trygghet og tillit rundt behandlingsformen, har utvalget lagt stor vekt på å trekke et tydelig medisinsk, etisk og juridisk skille mellom lindrende sedering og eutanasi. Blant forholdene som er viktig for å vise forskjellen fra eutanasi er blant annet at intensjonen ved behandlingen er å lindre, ikke å fremskynde døden, valg og dosering av medikamenter og at pasienten blir forsøkt vekket i løpet av prosessen.

Det siste er formulert i retningslinjene som at personalet skal vurdere og forsøke heving av bevissthetsnivået hos den sederte pasienten. Hvis det er åpenbart at pasientens situasjon fortsatt er uholdbar, kan det forsvares at pasienten sederes på nytt uten at bevisstheten gjenvinnes.

Professor Erik Wist i referansegruppen for utvalget kan slutte seg til den endelige formuleringen, men stiller spørsmål ved om det er riktig å vekke pasienten opp til store smerter.

– At ordet «vurdere» er brukt, bør også bety at man må kunne velge å avstå fra å vekke pasienten hvis helhetsvurderingen tilsier det. Har man først tatt avgjørelsen om lindrende sedering, bør man også vite om og hvordan smertebildet vil endre seg i løpet av den korte tiden det er snakk om, sier Wist, overlege ved onkologisk avdeling ved Ullevål sykehus. Han påpeker at det er enkelt å sedere, men at det ligger atskillig faglig fintfølelse i å heve sederingen for å vurdere pasientens tilstand på nytt.

– Tatt i betraktning at lindrende sedering skal brukes ekstremt sjelden, er det svært få leger som får tilstrekkelig erfaring i denne prosedyren, sier Wist, som i løpet av 20 år som onkolog aldri har hatt behov for å bruke lindrende sedering som behandlingsform.

Langsom eutanasi?

Behandlingen lindrende sedering er både av leger og jurister blitt sidestilt med langsom eutanasi. Parallellen trekkes fordi svake, dødssyke pasienter ofte dør når de får medikamenter som nedsetter bevisstheten.

For å skape trygghet og tillit rundt behandlingsformen, har utvalget lagt stor vekt på å trekke et tydelig medisinsk, etisk og juridisk skille mellom lindrende sedering og eutanasi. Blant forholdene som er viktig for å vise forskjellen fra eutanasi er blant annet at intensjonen ved behandlingen er å lindre, ikke å fremskynde døden, valg og dosering av medikamenter og at pasienten blir forsøkt vekket i løpet av prosessen.

Det siste er formulert i retningslinjene som at personalet skal vurdere og forsøke heving av bevissthetsnivået hos den sederte pasienten. Hvis det er åpenbart at pasientens situasjon fortsatt er uholdbar, kan det forsvares at pasienten sederes på nytt uten at bevisstheten gjenvinnes.

Professor Erik Wist i referansegruppen for utvalget kan slutte seg til den endelige formuleringen, men stiller spørsmål ved om det er riktig å vekke pasienten opp til store smerter.

– At ordet «vurdere» er brukt, bør også bety at man må kunne velge å avstå fra å vekke pasienten hvis helhetsvurderingen tilsier det. Har man først tatt avgjørelsen om lindrende sedering, bør man også vite om og hvordan smertebildet vil endre seg i løpet av den korte tiden det er snakk om, sier Wist, overlege ved onkologisk avdeling ved Ullevål sykehus. Han påpeker at det er enkelt å sedere, men at det ligger atskillig faglig fintfølelse i å heve sederingen for å vurdere pasientens tilstand på nytt.

– Tatt i betraktning at lindrende sedering skal brukes ekstremt sjelden, er det svært få leger som får tilstrekkelig erfaring i denne prosedyren, sier Wist, som i løpet av 20 år som onkolog aldri har hatt behov for å bruke lindrende sedering som behandlingsform.

Mangler kunnskap

Arbeidsgruppen gjorde høsten 2000 en undersøkelse ved norske sykehus som viser at et ikke ubetydelig antall sykehusavdelinger har erfaring med lindrende sedering til døende. Et flertall av avdelingsoverlegene mener at behandlingsformen av og til kan forsvares. Artikkelen er under publisering i *Tidsskrift for Den norske lægeforening*.

– Funnene understreker behovet for nasjonale retningslinjer på dette feltet, sier Reidun Førde. Hun sier at mye tyder på at døende pasienter lider unødig på grunn av manglende kunnskap om palliativ medisin og for dårlige ressurser.

– Hadde vi hatt optimal palliativ omsorg, ville svært få pasienter hatt behov for lindrende sedering ved livets slutt, sier Førde.

Retningslinjene skal sendes på høring i fagmiljøer i og utenfor Legeforeningen.

– Nå er det ønskelig at Statens helsetilsyn og Legeforeningen samarbeider om nasjonale retningslinjer for lindrende sedering, sier Reidun Førde.

I tillegg til Førde har arbeidsgruppen bestått av: Harald Breivik (Rikshospitalet), Erik Falkum (Legeforeningens forskningsinstitutt), Einfrid Halvorsen (Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon), Erling J. Husab (Juridisk fakultet, Universitetet i Bergen), Stein Kaasa (Regionsykehuset i Trondheim), Randi Lehne (Det Norske Radiumhospitalet).

Utdrag av anbefalingene

- – Med lindrende sedering til døende menes medikamentell reduksjon av bevissthetsnivået for å lindre lidelse som ikke kan avhjelpes på annen måte.
- – Skal bare gis unntaksvis til pasienter som antas å ha få dager igjen å leve. Lidelsen må være utålelig og springe ut av og domineres av fysiske symptomer. Psykisk lidelse alene er ikke indikasjon.
- – All annen behandling må være forsøkt eller funnet nytteløs. Mangler avdelingen ressurser, bør avdelingen søke faglig bistand fra kompetent miljø.
- – Behandlingsansvarlig lege har ansvar for igangsetting og gjennomføring av lindrende sedering hos døende. Avgjørelsen treffes etter samråd med behandlingsteamet.
- – Pasienten må gi uttrykkelig samtykke så fremt han er i stand til det. Hvis ikke, må pårørendes informasjon vektlegges i en samlet vurdering av hva som er i pasientens interesse.
- – Pasienten bør bare sederes tilstrekkelig dypt til at plagene lindres.
- – Heving av bevissthetsnivået må vurderes og forsøkes. Dersom situasjonen er åpenbart uholdbar for pasienten, kan han sederes på nytt uten at bevisstheten gjenvinnes.
- – Pasienten skal sikres god overvåkning under behandlingen som skal dokumenteres detaljert i journalen.
- Dersom pasienten drikker selv, skal intravenøs væske gis under behandlingen.

LITTERATUR

1. Rådet for legeetikk, Den norske lægeforening. Lindrende sedering til døende. Forslag til retningslinjer. Oslo: Den norske lægeforening, 2001.

Publisert: 30. januar 2001. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. mars 2026.