

Palliativ psykiatri

KRONIKK

ANDERS MALKOMSEN

anders.malkomsen@gmail.com

Anders Malkomsen er ph.d., spesialist i psykiatri og legespesialist ved Seksjon for behandling/forskning, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

CARL TOLLEF SOLBERG

Carl Tollef Solberg er ph.d., lege, filosof og professor ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo og adjungert professor ved Videncenter for Rehabilitering og Palliation (REPHA), Syddansk universitet i Danmark. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

For pasienter med alvorlig psykisk lidelse, vedvarende symptomer og mange mislykkede behandlingsforsøk kan ytterligere behandling med kurativt mål gjøre mer skade enn nytte. Derfor trenger vi et tilbud om palliativ psykiatri.



Illustrasjon: Espen Friberg

At noen pasienter med alvorlig psykisk lidelse ikke blir friskere, selv etter mange år med omfattende behandling, er en realitet mange psykiatere kjenner. Disse pasientene lever ofte med vedvarende symptomer, lavt funksjonsnivå og gjentatte forløp i helsetjenesten uten vesentlig bedring. Selv om de utgjør en relativt liten andel av pasientene i psykisk helsevern, står de for en betydelig del av ressursbruken – ofte uten åpenbar gevinst i helse og livskvalitet.

Likevel er det ikke ressursbruken som først og fremst driver oss til å skrive om palliativ psykiatri. Vi har snakket med mange som er dypt bekymret for om psykiatriens sykeste pasienter får riktig behandling. Flere mener at disse pasientene enten skrives ut til minimal oppfølging og blir glemt, eller utsettes for svært belastende overbehandling. Internasjonalt er palliativ psykiatri blitt foreslått som en løsning for disse pasientene, men hva innebærer egentlig palliasjon i psykiatrien? Hvem passer det for, og er psykiatrien klar for det?

Hva er palliativ psykiatri?

Palliativ psykiatri handler ikke om å gi opp pasienten, men om å skifte fokus fra kurasjon til å kunne leve et godt liv til tross for psykiske plager (1). Palliasjon innebærer altså en vesentlig målendring fra psykiatrisk symptomreduksjon til lindring av fysisk, psykisk og eksistensiell smerte (2). Når håpet om helbredelse svinner, trer eksistensielle spørsmål om mening, identitet og fremtid ofte frem som helt sentrale. Det eksistensielle fokuset utgjør kanskje den viktigste forskjellen mellom kurativ og palliativ tilnærming (3).

«Palliativ psykiatri handler ikke om å gi opp pasienten, men om å skifte fokus fra kurasjon til å kunne leve et godt liv til tross for psykiske plager»

Logikken bak kurativ behandling i psykiatrien er at fjerning av psykiatriske symptomer *indirekte* fører til økt funksjon og livskvalitet. Det er sannsynligvis en riktig tilnærming i begynnelsen av et sykdomsforløp. For de som ikke blir friske til tross for gjentatt behandling, blir dette derimot problematisk. I slike tilfeller bør man gjøre et palliativt taktskifte, der rekkefølgen snus på hodet: Man aksepterer de psykiatriske symptomene og jobber heller *direkte* med livskvaliteten. At det noen ganger medfører økt funksjon og reduksjon i symptomer, er en bonus.

Rusfeltet har tatt det palliative perspektivet på alvor gjennom substitusjonsbehandling. Det har vært omstridt fordi det kan oppfattes som «å gi opp» pasientene. Om substitusjonsbehandlingen er kurativ eller palliativ, avhenger imidlertid av behandlingsmålet. For noen, særlig unge pasienter som trenger stabilitet i livet, er substitusjonsbehandling ofte et kurativt tiltak med mål om langsiktig nedtrapping, gjerne med legemidler som gir begrenset ruseffekt (som Subutex). For andre, særlig pasienter med langvarig, behandlingsresistent opioidavhengighet, kan slik behandling være mer palliativ (som heroinassistert behandling). Målet er da ikke lenger rusfrihet, men lindring av lidelse, stabilisering av den psykososiale situasjonen og reduksjon av destruktiv atferd. Dette viser at en palliativ tankegang har fotfeste i enkelte felt i psykiatrien, selv om den ikke har fått merkelappen «palliasjon».

Mange tiltak vil altså få ny betydning og nytt innhold når det overordnede målet med behandlingen endres. Samtaleterapien vil handle om å gi eksistensiell omsorg fremfor endring, og medisinerings hovedmål blir økt livskvalitet fremfor kurasjon. Bruken av inngripende behandlingstiltak som tvangsernæring, tvangsinnleggelse eller tvangsmedisinering kan kanskje også reduseres når man går over til en palliativ tilnærming, dersom man ser at tiltakene gjør mer skade enn nytte.

Klinisk praksis

Ulike kliniske eksempler kan illustrere palliativ psykiatri i praksis. Ved alvorlig og langvarig anoreksi ses noen ganger et mønster av delvise remisjoner, gjentatte innleggelser og behandlingsavvisning. Kravet om vektoppgang kan oppleves som truende og bidra til at pasienten trekker seg unna, noe som igjen kan resultere i livstruende undervekt. I slike tilfeller vil en palliativ tilnærming innebære et skifte av fokus fra vekt til livskvalitet, der skadebegrensning, somatisk oppfølging, relasjonell støtte og sosial stabilitet prioriteres fremfor vektoppgang. I ekstreme tilfeller kan det innebære å la pasienten dø av sykdommen, dersom det er dette pasienten selv ønsker (4).

Medikamentelt behandlingsresistent schizofreni innebærer betydelig risiko for iatrogen skade. Med iatrogen skade menes negative konsekvenser som direkte skyldes behandlingen – enten fysisk, som bivirkninger av legemidler grunnet polyfarmasi og høye doseringer, eller psykososialt, som behandlingstrøtthet, lært hjelpeløshet og redusert tillit til helsevesenet etter gjentatte mislykkede behandlingsforsøk. En palliativ tilnærming vil i slike tilfeller kunne innebære dosereduksjon og bivirkningsminimering fremfor effektmaksimering, høyere terskel for innleggelse ved forverring samt tiltak som fremmer opplevd livskvalitet. Palliasjon innen psykosefeltet betyr altså *ikke* å fase ut nødvendig antipsykotiske legemidler for så å la pasienten gå til grunne, men å unngå lange innleggelser og akseptere pasientens egne livsmål, også når disse ikke harmonerer med den alminnelige moral.

«Å gi pasienter muligheten til en pause fra behandlingspresset bidrar også til å redusere maktubalansen mellom pasienten som strever med å endre seg og systemet som forutsetter endring for å fortsette å tilby hjelp»

Ved langvarig suicidalitet og selvskading opplever enkelte pasienter et system som veksler mellom avvisning og overbeskyttelse. Noen av disse pasientene har forsøkt flere runder med evidensbasert symptomrettet behandling, men opplever fortsatt stor lidelse. En palliativ tilnærming kan i slike tilfeller innebære relasjonell støtte fremfor endringsorientert terapi, aksept for at selvdestruktiv atferd kan være en selvvalgt mestringsstrategi, eller medikamentelle tiltak for å dempe intens indre smerte når annen behandling ikke fører frem. Målet er ikke lenger å fjerne forstyrrelsen, men å lindre plagene. I den palliative behandlingen vil pasienten naturlig nok ikke få like intensiv oppfølging som i et kurativt forløp, men tilstrekkelig eksistensiell omsorg og lindrende tiltak til å kunne bære sin egen tilværelse. Å gi pasienter muligheten til en pause fra behandlingspresset er ikke bare en måte å styrke deres ansvarsfølelse på, det bidrar også til å redusere maktubalansen mellom pasienten som strever med å endre seg og systemet som forutsetter endring for å fortsette å tilby hjelp.

Ved langvarig institusjonalisering av svært voldelige pasienter med rusmisbruk, dyssosial personlighetsforstyrrelse og psykoseproblematikk kan pasienter leve i årevis i lukkede enheter uten realistisk utsikt til trygg reintegrering i samfunnet. I slike tilfeller innebærer kurativ behandling et mål om å slippe pasientene fri, med betydelig risiko for skade på uskyldige mennesker. Da kan den palliative tilnærmingen innebære å erkjenne det begrensede rehabiliteringspotensialet hos noen av disse pasientene. Hovedmålet er ikke lenger full rehabilitering i det åpne samfunnet, men et stabilt liv i trygge, skjermede og rusfrie omgivelser. En palliativ tilnærming vil da bety mer, og ikke mindre, tvang.

Når bør palliasjon vurderes?

Heldigvis er det mange effektive behandlinger i psykiatrien, og en stor andel av pasientene blir friske. Palliativ psykiatri er følgelig bare relevant for pasienter med alvorlig og vedvarende psykisk lidelse, der skadepotensialet ved ytterligere forsøk på kurasjon er større enn forventet nytte – altså der behandlingens *nokpunkt* er nådd. Et palliativt tilbud vil dermed tvinge frem en mer systematisk vurdering av når nokpunktet inntreffer, og hvordan psykiatrisk nytteløshet bør defineres (5).

«Palliativ psykiatri er bare relevant for pasienter med alvorlig og vedvarende psykisk lidelse, der skadepotensialet ved ytterligere forsøk på kurasjon er større enn forventet nytte»

I somatisk medisin er nokpunktet ofte veletablert, og det er langt på vei en selvfølge å tilby palliativ behandling når gjentatte kurative tiltak ikke fører frem. Lærebøker i palliasjon omtaler en rekke somatiske tilstander, men psykiatriske lidelser nevnes sjelden (6). Kanskje fordi det i psykiatrien er mer krevende å vurdere når en behandling er nytteløs. Prognosene er mer usikre, og det er ofte uenighet om hva som egentlig er målet med behandlingen.

Psykiatriens kompleksitet bør likevel ikke brukes som argument for å unnlate å gi palliativ behandling til lidende pasienter som over tid verken har hatt nytte av eller ønske om mer kurativ behandling. Vi kan forestille oss flere indikatorer som bør tillegges vekt i en slik vurdering: gjentatte behandlingsforsøk med lav eller ingen effekt på symptomreduksjon, bivirkninger som ikke står i forhold til effekt, dårlig etterlevelse, hyppig bruk av tvang, vedvarende lav livskvalitet og lav egenmotivasjon.

Etiske og praktiske utfordringer

Palliativ psykiatri innebærer en rekke utfordringer. Den første utfordringen er hvilken medbestemmelsesrett pasienten selv skal ha. Mange pasienter med alvorlig og vedvarende psykisk lidelse vurderes som ute av stand til å samtykke til kurativ behandling, noe som ofte begrunner tiltak mot deres vilje. Det gjør samarbeid om felles mål vanskelig. Et palliativt taktskifte forutsetter derfor en nyansert vurdering av samtykkekompetansen, der man må anta at pasienter er i stand til å utforme egne palliative mål uten å være samtykkekompetente for spørsmål om egen sykdom. Dette åpner for større autonomi og reell pasientmedvirkning i palliativ fase.

En annen utfordring er hvordan palliativ psykiatri kan gjennomføres uten at det oppleves som et svik eller at alt håp er ute. Mange av de sykeste pasientene i psykiatrien har smertefulle erfaringer med å bli gitt opp, og en palliativ tilnærming kan lett tolkes inn i dette mønsteret. Derfor må det være klart at palliasjon *ikke* betyr fravær av behandling. Palliasjon *er* behandling, og et

palliativt tilbud vil kunne føre til at disse pasientene får mer behandling på egne premisser. Den palliative tilnærmingen er ofte mindre ressurskrevende enn den kurative, men selvsagt ikke uten kostnader. Ressursene må trolig hentes fra andre tilbud i psykiatrien gjennom aktiv prioritering av de sykeste på bekostning av de som er friskere (jf. alvorlighetskriteriet), men det er grunn til å anta at størstedelen av ressursene vil kunne hentes gjennom reduksjon av overbehandling.

«Palliasjon betyr ikke fravær av behandling. Palliasjon er behandling, og et palliativt tilbud vil kunne føre til at disse pasientene får mer behandling på egne premisser»

En forutsetning for å etablere palliativ psykiatri i psykisk helsevern er utvikling av retningslinjer som sikrer kvaliteten (7). For å kunne vurdere hvem som har nytte av en palliativ tilnærming, kreves bedre kliniske verktøy. Det fordrer et solid forskningsgrunnlag. I dag finnes det ingen randomiserte eller longitudinelle studier på effekten av palliative tilnærminger i psykiatrien. Hypoteser om at palliativ psykiatri kan forbedre livskvalitet, redusere iatrogen skade, bidra til forventningsavklaring og styrke autonomi, må testes empirisk. Videre er det et viktig empirisk spørsmål hvorvidt en palliativ tilnærming kan forhindre selvmord som begås av behandlingstrøtte og eksistensielt lidende pasienter. Palliativ psykiatri må derfor løftes frem som et forskningsfelt med egne spørsmål, metoder og kvalitetskriterier.

Er psykiatrien klar?

Vårt inntrykk er at det allerede er mye palliasjon i psykiatrien, ofte initiert for tidlig og usystematisk. Mange pasienter med schizofreni får eksempelvis aldri muligheten til å prøve sistelinjebehandlingen klozapin (antipsykotika), som kan gi radikal bedring, fordi mange behandlere av ulike grunner vegrer seg mot dette (8). Det reiser spørsmål om hvorvidt psykiatrien er tilstrekkelig offensiv i sin kurative behandling. Mange deprimerte pasienter får heller ikke tilgang til all tilgjengelig evidensbasert behandling. Ett eksempel er transkraniell magnetisk stimulering (9). Hvis palliative mål om bedret livskvalitet innføres før kurative tiltak er tilstrekkelig forsøkt, kan det i verste fall føre til alvorlig underbehandling. En usystematisk, delvis palliativ tilnærming, hvor man slår seg til ro med det nest beste, kan forebygges dersom psykiatrien tar palliasjon på alvor.

«Dette handler egentlig ikke om å gjøre noe helt nytt. Det handler om å sette navn på noe som allerede finnes i psykiatrien»

Internasjonale undersøkelser viser at de fleste psykiatere allerede mener at et palliativt tilbud er nødvendig (10, 11). Samtidig vekker ordet *palliativ* bekymring hos mange pasienter og pårørende, trolig som følge av en misforståelse av hva det innebærer. Forhåpentligvis har vi bidratt med noen viktige oppklaringer, og kanskje er det bra hvis ordet fortsatt vekker en viss

bekymring. Dette er tross alt ikke et tema vi skal ta lett på. Samtidig bør det nå være klart at dette egentlig ikke handler om å gjøre noe helt nytt. Det handler om å sette navn på noe som allerede finnes i psykiatrien, men som fortjener en klarere og mer systematisk tilnærming enn hva som er tilfellet i dag.

Arbeidet med kronikken er delfinansiert av EU (ERC, ETHME, 101116507). Synspunktene og meningene i artikkelen er forfatterens egne og gjenspeiler ikke nødvendigvis synspunktene og meningene til EU eller Det europeiske forskningsrådet.

LITTERATUR

1. Westermair AL, Buchman DZ, Levitt S et al. Palliative psychiatry in a narrow and in a broad sense: A concept clarification. *Aust N Z J Psychiatry* 2022; 56: 1535–41. [PubMed][CrossRef]
2. Trachsel M, Irwin SA, Biller-Andorno N et al. Palliative psychiatry for severe persistent mental illness as a new approach to psychiatry? Definition, scope, benefits, and risks. *BMC Psychiatry* 2016; 16: 260. [PubMed][CrossRef]
3. Decorte I, Verfaillie F, Moureau L et al. Oyster Care: An Innovative Palliative Approach towards SPMI Patients. *Front Psychiatry* 2020; 11: 509. [PubMed][CrossRef]
4. Treem J, Yager J, Gaudiani JL. A Life-Affirming Palliative Care Model for Severe and Enduring Anorexia Nervosa. *AMA J Ethics* 2023; 25: E703–9. [PubMed][CrossRef]
5. Levitt S, Buchman DZ. Applying futility in psychiatry: a concept whose time has come. *J Med Ethics* 2020; 47: e60. [PubMed][CrossRef]
6. Kaasa S, Loge JH. Palliasjon: Nordisk lærebok. Oslo: Gyldendal, 2016.
7. Strand M, Sjöstrand M, Lindblad A. A palliative care approach in psychiatry: clinical implications. *BMC Med Ethics* 2020; 21: 29. [PubMed][CrossRef]
8. Jakobsen MI, Austin SF, Storebø OJ et al. Non-prescribing of clozapine for outpatients with schizophrenia in real-world settings: The clinicians' perspectives. *Schizophrenia (Heidelb)* 2023; 9: 91. [PubMed][CrossRef]
9. Ørbo MC, Larsen C, Bystad M et al. Transkraniell magnetisk stimulering i psykisk helsevern. *Tidsskr Nor Legeforen* 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.23.0396. [PubMed][CrossRef]
10. Trachsel M, Hodel MA, Irwin SA et al. Acceptability of palliative care approaches for patients with severe and persistent mental illness: a survey of psychiatrists in Switzerland. *BMC Psychiatry* 2019; 19: 111. [PubMed][CrossRef]

11. Stoll J, Mathew A, Venkateswaran C et al. Palliative Psychiatry for Patients With Severe and Persistent Mental Illness: A Survey on the Attitudes of Psychiatrists in India Compared to Psychiatrists in Switzerland. *Front Psychiatry* 2022; 13: 858699. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 13. oktober 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0441

Mottatt 7.7.2025, første revisjon innsendt 11.8.2025, godkjent 22.8.2025.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 2. juli 2026.