

Líknarmeðferð

— ný og vaxandi sérgrein innan læknisfræðinnar

Valgerður Sigurðardóttir

Inngangur

Á undanförunum árum hefur borið mjög á greinum í erlendum fagttímaritum um siðfræðileg álitamál innan læknisfræðinnar. Þessi umræða virðist nú loks vera að ná eyrum íslenskra lækna og er það vel. Það hefur viljað brenna við að siðfræðileg umræða um læknisfræðileg ágreiningsmál ætti sér einkum stað utan stéttarinnar, til dæmis hafa hjúkrunarfræðingar héraendis verið mun ötulli í þeirri umræðu en lækna. Af og til hafa einstök mál verið til umfjöllunar í fjölmiðlum, flest hentug í krassandi fyrirsagnir, og aðallega tengd ágreiningsmálum við upphaf lífs eða þá um líknardráp og rétt sjúklings til að deyja. Læknum hefur fundist þessi umræða oftast en ekki óþægileg, ófagleg og ómaklega að sér vegið. Veikburða tilraunir til að dýpka og auðga hina almennu umræðu hafa verið fáar og ómarkvissar. En lækna geta ekki lengur stungið höfðinu í sandinn. Þeir þurfa nær daglega að taka afstöðu til siðfræðilegra álitamála af ýmsum toga — það er órjúfanlegur hluti af starfi læknisins. Það er því brýn þörf á aukinni innri umræðu og gagnrýninni umfjöllun um starfskilyrði og viðfangsefni læknisins.

Hér á eftir ætla ég að fara nokkrum orðum um undirstöðuatriði líknarmeðferðar (palliative medicine) eins og þau snúa að mér sem starfandi krabbameinslækni. Þegar ég fjalla

um umönnun dauðvona sjúklinga á ég einkum við sjúklinga með ólæknandi sjúkdóm til dæmis langt gengið krabbamein, sem þjást og þar sem endalokin eru nærri.

Siðfræðileg grundvallaratriði

Þegar vega á kosti og galla ákveðinnar læknismeðferðar er vanalega byggt á læknisfræðilegum rökum, klínískri reynslu og kostnaði í peningum talið. Í augum sjúklings er vægið milli kosta og ókosta líklega ekki hið sama og í augum læknisins. *Skodun hvors vegur þyngra?* Það er í raun siðfræðileg grundvallarspurning þó að við læknarnir höfum lengi tekið okkur einræðisvald í málinu. Líklegra er að skoðun sjúklingsins og læknisins fari oftast saman þegar lækningamöguleikar eru góðir en síður þegar batahorfur eru lélegar. Það hefur reynst mörgum lækninum erfitt að láta afstöðu sjúklingsins ráða ferðinni án þess að tapa faglegri yfirsýn.

Önnur siðfræðileg grundvallaratriði eru nauðsyn þess að virða sjálfsákvörðunarrétt einstaklingsins og skyldan að veita sjúklingi meðferð og umönnun sem stuðlar að sem bestri líðan. Sjálfsákvörðunarréttur einstaklingsins miðast við þá skoðun að sérhver einstaklingur vilji bera ábyrgð á líkama sínum og lífi. Þessi skilningur felur í sér að sjúklingi verði að veita allar þær upplýsingar sem nauðsynlegar eru til þess að hann geti síðan tekið ákvörðun um meðferð. Einkum hefur þessi afstaða verið ríkjandi vestanhafs en er smám saman að ná eyrum Evrópubúa líka. Áður fyrr þótti það góð læknisfræðileg siðfræði að læknirinn einn hefði vitneskuna um sjúkdóm viðkomandi og tæki ákvörðun um meðferð og velferð sjúklingsins. Héraendis er meðalvegurinn líklega algengastur, þar sem læknirinn er ábyrgur fyrir

Höfundur er er krabbameinslækni og starfar við Heima-hlynningu og leitarstöð Krabbameinsfélags Íslands.

Grein þessi er byggð á erindi sem flutt var á ráðstefnu Siðfræðiráðs Læknafélags Íslands 18. mars 1994.

vali meðferðar eftir að hafa tekið tillit til óska og þarfa sjúklingsins. Í siðfræðinni er því haldið fram að virðingin fyrir sjálfsákvörðunarrétti einstaklingsins gangi fyrir skyldunni að veita honum meðferð og umönnun sem stuðlar að sem bestri líðan. Þetta þýðir ekki að sjúklingurinn eigi alltaf rétt á að fá óskir sínar uppfylltar en hann hefur sjálfsákvörðunarrétt svo framalega sem hann er fær um að taka ákvarðanir. Alla jafnan er sjúklingurinn meira eða minna á valdi velvilja, þekkingar og dómgreindar læknisins. Lækninum er skylt að vinna samkvæmt bestu þekkingu og reynslu hverju sinni. Það nægir hins vegar ekki að túlka einkenni sjúklingsins einungis út frá læknisfræðilegri þekkingu. Læknirinn verður jafnframt að skynja hvaða þýðingu einkennin hafa fyrir hvern og einn. Þetta atriði er sérstaklega mikilvægt í líknarmedferð. *Siðfræði líknarinnar felst í því að leyfa hinum deyjandi að deyja og gera allt sem hægt er til þess að hann deyi sáttur og án þjáninga (1,2).*

Að hætta meðferð

Stórbættur árangur í meðferð ýmissa illkynja sjúkdóma eins og hvítblæðis, eitlakrabbameina, útbreidds eistakrabbameins og ýmissa ælissjúkdóma hjá börnum hefur oft á tíðum ýtt undir óhefta notkun krabbameinsmeðferðar við aðra illkynja sjúkdóma. Fæstir þessara sjúkdóma svara þó meðferð nema að takmörkuðu leyti. Fyrir rúmlega 10 árum var talið að krabbameinslyf gætu læknað útbreiddan illkynja sjúkdóm í um það bil 5% tilvika. Síðan hefur lítið breyst. Því má þó ekki gleyma að hinir fá oft verulegan bata bæði minni einkenni og lengra og betra líf, en því miður eru enn fleiri þar sem áhrifin vara stutt eða eru alls engin. Læknar og hjúkrunarfólk sem sinna krabbameinssjúklingum mæta stöðugt kröfum um að finna nýja meðferðamöguleika án þess þó að gleyma einstaklingnum sem er verið að meðhöndla hverju sinni. En framfarir verða ekki án þrotlausra klínískra prófana og því er ekki vandalaust að feta þar meðalveginn. Og það kemur alltaf einhvern tímann að því í sjúkdómsferlinu að það er ekki lengur hægt að lækna og að meðferðin lengir einungis dauðastríðið. Þá er rétt að sjúklingurinn fái að deyja. Það er hins vegar ekki skylda læknisins að stytta né lengja dauðstríðið, einungis að lina þjáningar og líkna (1,3,4).

Erlendar rannsóknir sýna að krabbameins-

sjúklingar hafa tilhneigingu til þess að taka á móti hverri þeirri meðferð sem í boði er aðeins ef einhver von er um bata, hversu lítil sem hún er. Ein þessara rannsókna leiddi einnig í ljós að krabbameinslæknar og hjúkrunarfræðingar sem vinna með krabbameinssjúklinga hafa sömu afstöðu og krabbameinssjúklingarnir en heimilislæknar og sjúklingar sem ekki hafa krabbamein voru mun tregari að hefja meðferð þar sem árangur var óöruggur. Nýleg áströlsk rannsókn á viðhorfum krabbameinssjúklinga til ýmissa atriða á takmörkun meðferðar við lok lífs sýndi að jákvæð afstaða, til dæmis til sjálfsvíga, var algengari hjá „frískari“ sjúklingum (það er þeim sem voru „fjær“ dauðanum). Flestir sjúklinganna ofmátu jafnframt tilgang meðferðarinnar. Það er því ýmislegt sem bendir til þess að afstaða einstaklingsins breytist þegar þeir veikjast lífshættulega og að þeir séu reiðubúnir að taka meiri áhættu en ella. Aðrir benda réttilega á að þessi viðhorf gætu alveg eins endurspeglad þann jákvæða meðferðaranda sem ríkir innan krabbameinssjúklinga og sjúklingurinn smitist einfaldlega af viðhorfum starfsfólks.

Markmið krabbameinsmeðferðar er ekki alltaf augljóst frá byrjun og ekki alltaf það sama í augum læknis og sjúklings. Oftast er ekki heldur um eina einstaka ákvörðun að ræða, miklu fremur ferli sem bæði sjúklingurinn og læknirinn þurfa að aðlagast. Þegar stefnubreytinga er þörf breytist hlutverk læknisins jafnhliða, frá því að verjast ásókn sjúkdómsins af hörku í það að vera styðjandi aðili án þess að reyna að breyta sjúkdómsganginum. Oftast þarf að endurskoða markmið meðferðar nokkrum sinnum sérstaklega þegar gefin er þung og kröftug meðferð til þess að auka líflíkur og minnka sjúkdómsbyrði. Smám saman þegar sjúklingnum versnar og tíminn styttist þarf að finna jafnvægi milli einkennamedferðar og aukaverkana til þess að tryggja sem mest lífsgæði hverju sinni. Í þessu ferli þarf sjúklingurinn að geta talað við lækni sinn um breytta hagi hverju sinni, þar sem óskir hans um að líða sem best, að vera heima og fá ekki aukaverkanir eru vegnar á móti óskinni að berjast áfram hvað sem það kostar, viljanum til að lifa af og voninni um svolítið lengra líf. Það getur verið jafn rangt af lækninum að taka mið af líðandi stundu í ákvarðanatöku sinni varðandi sjúkling sem er reiðubúinn að leggja allt í sölurnar fyrir lengra lífi, eins og að halda áfram kröftugri

meðferð í þeim tilgangi að lengja líf sem sjúklingi finnst einskis virði.

Sjálfsvíg

Það er nokkuð oft sem maður heyrir frískan einstakling segja að heldur hjálpi hann sér sjálfur að deyja en að lifa með krabbamein. Til eru þeir sem líta á sjálfsvíg sem raunhæfa og eðlilega lausn á þeim erfiðleikum sem fylgja því að þjást af krabbameini eða öðrum lífs-hættulegum sjúkdómum — „*hvada ástæðu hefur maður til þess að lifa þegar ekkert annað biður manns en dauðinn*“ (5). Erlendar faraldsfræðilegar rannsóknir benda hins vegar til þess að sjálfsvígstríðni meðal krabbameins-sjúklinga sé á móta há og í samfélaginu almennt. Hér um tiltölulega fáa einstaklinga að ræða, miðað við alla þá sem deyja úr sjúkdómnum. Í daglegri vinnu með krabbameins-sjúklinga eru sjálfsvíg sjaldan uppi á teningnum. Samkvæmt sænskum og finnskum rannsóknum er skýringa á sjálfsvígum meðal krabbameinssjúklinga að leita í flóknu mynstri læknisfræðilegra, geðrænna, félagslegra og sálrænna þátta. Flestir sjúklinganna sem fyrirfara sér hafa þó langt genginn sjúkdóm og engin merki um geðræna kvilla. Gagnstætt almennum hugmyndum eru „*sjálfsmorð ekki hetjudáð hinna sterku né flótti hinna veikbyggðu, miklu fremur skilaboð um að kvíðinn og niðurlægingin hafa orðið lífsviljanum yfirsterkari, ein leið til þess að ráða sjálfur við ósættanlegar aðstæður*“ (5).

Hvað er til hjálpar

Það er reynsla flestra að jafnvel einstaklingar með langt genginn illkynja sjúkdóm endurheimta lífsviljann og finna tilgang með lífinu gegnum mannleg tengsl og opin skoðanaskipti. Mikil vanþekking er ríkjandi bæði meðal heilbrigðisstétta og annarra, um þá möguleika sem fyrir hendi eru til að lina verki og aðrar þjáningar, bæði líkamlegar og andlegar. Of margir líta á dauðastríðið sem einhvers konar kvilla sem annað hvort er ekkert hægt að gera við eða nægilegt að ávísa róandi lyfjum. En auðvitað er lokakafli lífshlaupsins oft mjög viðburðarríkur og jafnvel einn mesti þroskatími einstaklingsins. Það er skylda okkar að hjálpa fólki að lifa, líka þessum einstaklingum. Með því að lýsa okkur reiðubúin til hjálpar, meðhöndla verki og þunglyndi, miðla raunhæfri bjartsýni á að hægt sé að lina að minnsta kosti hluta þjáningu

arinnar og sjá til þess að reynt verði að koma til móts við óskir viðkomandi varðandi meðferð eða vistun er oft hægt að fá sjúklinginn inn á aðrar brautir. Sjálfræðissvifting er hins vegar sjaldan raunhæfur kostur í þessu sambandi. Alltaf verða þó einhverjir til þess að hjálpa sér sjálfir eða fá aðstoð frá ættingjum eða vinum. Það verða alltaf einhverjir einstaklingar sem þurfa að vera við stjórnvölinn fram á síðustu stundu og þola ekki tilhugsunina um sjúklingahlutverkið eða að þjást og vera öðrum háðir.

Það er hægt að líkna meirihluta dauðvona sjúklinga með tiltölulega einföldum og kostnaðarlitlum aðferðum. Líknarmeðferð er nauðsynlegur hluti af heilbrigðiskerfinu. Vel útfærð og útbreidd þjónusta er eina raunhæfa og sjálfsagða mótvægið við hinni óheftu og óhugnanlegu umræðu sem á sér stað um líknardráp og kröfur á hendur læknum um að þeir aðstoði sjúklinga sína við sjálfsvíg.

Líkn

Í hugmyndafræði líknarinnar er litið á dauðann sem eðlileg endalok lífsins og að sá tími sé oftast en ekki tími persónulegs þroska og satta en ekki bara „læknisfræðileg mistök“. Það er jafn sjálfsagt að sinna sérþörfum hins deyjandi eins og það er sjálfsagt að sinna sérþörfum þeirra sem fæðast. Til þess að líkna þarf almenna læknisfræðilega þekkingu, sérþekkingu á viðfangsefninu og samstarf margra aðila þar sem læknirinn gegnir lykilhlutverki (6,7). Líknarmeðferð er ný og vaxandi sérgrein innan læknisfræðinnar, einkum í Bretlandi, Kanada og Bandaríkjum Norður-Ameríku.

Líknarmeðferð samkvæmt skilgreiningu Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar (WHO), er heildræn umönnun sjúklings þegar lækningu verður ekki lengur við komið. Mestu skiptir að lina þjáningu vegna verkja og annarra einkenna ásamt því að sinna sálrænum, félagslegum og andlegum þörfum. Meginmarkmið meðferðarinnar er að stuðla að sem mestum lífsgæðum hjá sjúklingi og fjölskyldu hans. Með líknarmeðferð er unnið að varðveislu lífsins en jafnframt er litið á dauðann sem eðlileg þáttaskil. Líknarmeðferð leggur áherslu á einkenameðferð og tengir umönnun líkamlegra, sálrænna og andlegra þátta samhliða því að hjálpa markvisst þeim sjúka til að lifa eins innihaldsríku lífi og mögulegt er fram í andlátíð og styðja fjölskylduna til sjálfsbjargar í sjúkdómsferlinu og sorginni.

Líknarmeðferð þarfnast ekki sérstakra húsakynna til þess að þróast en starfsfólkið þarf að þroska með sér sérstaka afstöðu til verksins auk þess að afla sér sérþekkingar á sviði líknar. Þannig byggist framvinda líknarmeðferðar miklu fremur á útbreiðslu ákveðinnar hugmyndafræði heldur en framþróun á vísindasviðinu. Einmitt þetta atriði kemur vel í ljós ef við skoðum kennsluskrá kanadískrar nefndar um kennslutilhögun í líknarmeðferð fyrir læknanema. Í kennsluskránni, *Specific Goals of a Palliative Care Curriculum*, er að finna eftirfarandi fyrirsgagnir, *attitude – skill – knowlegde*, sem fylgja hverjum kafla. Þar er lögð áhersla á að ekki sé nægilegt að þjálfna færni og miðla læknisfræðilegri þekkingu til læknanemanna, heldur þurfi að þroska með þeim ákveðinn hugsunarhátt og afstöðu til líknarinnar.

Við langvinnan sjúkdóm eins og krabbamein ætti líknarmeðferð eða einkenameðferð að þróast samhliða þeirri meðhöndlun sem gefin er í lækningaskyni. Það er ekki alltaf eins auðvelt og ætla mátti að sjá hvenær skilin verða milli meðferðar í lækningaskyni og til líknar. Sjaldnast er um mjög skörp skil að ræða og mátti frekar líkja þessu við tvo þríhyrninga sem mynda einn rétthyrning; þegar vægi annars fer minnkandi vex hinn. Það vill hins vegar brenna við að lækna beiti lækningaaðferðum til hins ítrasta þar til allt er komið í óefni en hætta síðan skyndilega allri meðferð og telja sig ekki hafa neitt frekar upp á að bjóða. Til þess að líkna dauðvona sjúklingum þarf lækni-inn ekki síst að finna tilgang með starfi sínu og þora að líkna, kunna að vinna með öðrum starfsstéttum og bera virðingu fyrir sérþekkingu þeirra og nýta hana í meðferðinni, vera fær um að taka þátt í samræðum um ákvarðanir (ekki bara að taka ákvarðanir), setja sig í spor annarra og geta tekið tillit til annarrar forgangsroðunar en þeirrar læknisfræðilegu.

Helstu undirstöðuþættir virkrar líknarmeðferðar eru:

Skýr markmið: Það er kannski hvergi jafn nauðsynlegt og í líknarmeðferð að hafa skýr markmið enda hvergi meiri hætta á að lofa of miklu. Þegar markmiðið er að lækna er leyfilegt að beita aðferðum sem valda aukaverkunum (oft miklum) meðan á meðferð stendur enda auðveldara að þola tímabundnar aukaverkanir þegar batahorfur eru góðar. Þegar batavon er lítil þurfa markmiðin augljóslega að

vera önnur. Þá þarf að velja meðferð sem stuðlar að sem bestri líðan sjúklingsins á líðandi stundu. Meðferðin þarf að miðast við að lina þau einkenni sem valda sjúklingnum óþægindum og gefa jafnframt sem minnstar aukaverkanir (ekki öll einkenni valda sjúklingi óþægindum). Það er nútíð en ekki framtíð sem gildir.

Góð skipulagning: Líknarmeðferð er virk meðferð, nokkurs konar gjörgæsla þar sem stöðug og samfelld meðferð og eftirlit er nauðsynlegt. Sífelld endurmat þarf að vera í gangi á árangri meðferðarinnar og aukaverkunum enda um að ræða versnandi sjúkdóm (sem gleymist of oft). Það á að meðhöndla alveg fram í andlátíð og jafnvel eftir að viðkomandi hefur misst meðvitund. En meðferðin þarf að sjálfsögðu að taka mið af aðstæðum hverju sinni. Þegar ekki er lengur hægt að ráða við sjúkdóm verður hvert smáeinkenni að stóru og þarfnast aðgerða bæði fljótt og vel. Skipulagningunni þarf að vera þannig háttáð að það sé samfella í starfi, til dæmis með föstum hjúkrunar- og læknisvitjunum. Starfsfólkið þarf að hafa staðgóða þekkingu á grunnsjúkdómi viðkomandi sjúklings þannig að alltaf sé hægt að vera skrefinu á undan næstu uppkomu og ávallt sé beitt fyrirbyggjandi meðferð, bæði hvað varðar líkamleg og sálræn einkenni. Sólarringsþjónusta hjúkrunarfræðings og læknis er grundvöllur þess að sjúklingur geti dvalist heima, að það sé auðvelt að ná í vakthafandi hvenær sem er, þannig að hægt sé að leysa bráðavanda sem upp kemur og aðstaða sé til innlagnar á sjúkrastofnun.

Teymisvinna: Aðhlyningur dauðvona sjúklunga er margslungin og aldrei á færi eins aðila heldur samvinnuverkefni margra starfshópa sem allir hafa sérstöku hlutverki að gegna. Hlutverk læknisins í líknarteyminu er að mörgu leyti frábrugðið hinu hefðbundna læknishlutverki og reynist mörgum erfitt að fóta sig þar á hálum ísnum.

Sjúklingur og fjölskylda hans eru meðferðar-einingin: Líknarmeðferð miðast við það að lina einkenni sjúklings, ekki bara þau líkamlegu heldur að beita öllum hugsanlegum ráðum, hefðbundnum og óhefðbundnum, til þess að hann njóti sín sem best. Það nægir ekki að sinna sjúklingnum einum sér, því að hann er hluti af stærri heild. Allir langvinnir og lífs-hættulegir sjúkdómar hafa áhrif á fjölskyldu og nánasta umhverfi sjúklingsins. Fjölskylda

sjúklingsins tilheyrir þess vegna meðferðareiningunni. Eitt meginverkefni líknarteymisins er að hjálpa fjölskyldunni að ráða við núverandi aðstæður. Það að finna viðunandi lausn á vandamálum daglegs lífs við þessar erfiðu aðstæður er um leið aðferð til þess að minnka líkurnar á vandamálum síðar. Breskur geðlæknir, Parkes að nafni, einn upphafsmanna hospice-hreyfingarinnar þar í landi, hefur ásamt fleirum bent á að sorg og önnur sálræn kreppa, sem ekki hefur tekist að vinna úr, geti haft neikvæð áhrif á heilsufar þegar fram í sækir og gert viðkomandi erfiðara fyrir að takast á við vandamál síðar meir. Það má því segja að í líkninni sé stunduð fyrirbyggjandi lækisfræði. Annar veigamikill þáttur í starfi líknarteymisins er að reyna að auka samskipti og samræður innan fjölskyldunnar. Það þarf þjálfun og þor til þess að ræða um viðkvæm og erfið mál ekki síst þegar um ástvíni er að ræða. Við læknarnir höfum alltof lengi komist upp með að ræða lítið við sjúklingana, sérstaklega þegar við getum ekki lengur læknað. Mikill misbrestur er einnig víða á upplýsingastreymi til fjölskyldu viðkomandi sjúklings. Þegar sjúklingur er dauðvona er oft þörf á að brjóta reglur um þagnarskyldu og ræða við nánustu aðstandendur um ástandið og undirbúa ættingjana fyrir það sem framundan er. Eitt viðtal nægir sjaldan, heldur er þetta ferill eins og önnur mannleg samskipti þar sem upplýsingarnar komast best til skila í smáskömmtum og nauðsynlegt er að þær séu endurteknar aftur og aftur. Það skiptir ekki einungis máli hvað sagt er heldur miklu fremur hvenær það er sagt og hvernig.

Færni í einkenameðferð: Einkenameðferð (symptom control) er grundvöllur vellíðunar og stuðlar að sem mestum lífsgæðum sjúklings. Auðvitað þarf að sinna fyrst líkamlegri þjáningu áður en hægt er að fara að sinna hinni sálrænu eða andlegu hlið. Það er alltaf hægt að gera eitthvað, það er einungis spurning um markmið og leiðir. Óráðlegt er þó að lofa að hægt sé að lina öll einkenni strax og hófleg bjartsýni er ávallt farsælust.

Því miður ríkir enn mikil fáfræði um þá möguleika sem fyrir hendi eru til þess að líkna og lina þjáningu bæði líkamlega og andlega og gildir það jafnt um heilbrigðisstéttir sem leikmenn. Skýringanna er líklega að leita í því áhugaleysi sem læknastréttin almennt hefur sýnt því að nýta lækisfræðilega þekkingu til þess að líkna. Í þessu sambandi má til dæmis

nefna alltof almenna vanþekkingu á eðli og meðhöndlun verkja. Verkir eiga sér margvíslegar orsakir og til þess að greina þær þarf góða og nákvæma verkjasögu. Meðhöndlunin byggist á orsökinn til dæmis þurfa bráðverkir allt annarrar meðferðar við heldur en langvinnir verkir. Verkir af völdum langvinnra og versnandi sjúkdóma hafa enga líffræðilega þýðingu og þá á að meðhöndla með fyrirbyggjandi aðferðum (ekki eftir þörfum) um leið og þeir eru farnir að valda sjúklingnum þjáningu. Það er aldrei hægt að spara verkjalyf til síðari tíma þegar ástandið versnar. Nú er hægt að ráða við langvinna verki af völdum illkynja sjúkdóma í 90–95% tilvika en þá þarf líka oft að beita fleiri en einni aðferð. Það er enn í dag algengt að mæta fordómum gagnvart morfíni og þá ekki bara meðal sjúklinganna (þeir vita hvað það skiptir miklu máli fyrir almenna vellíðan að vera verkjalaus) heldur ekki síst meðal heilbrigðisstétta. Við getum í því sambandi litið á nokkra algengar fullyrðingar:

Morfín þýðir uppgjöf og flýtir fyrir dauða.

Morfín er hættulegt af því það hemur öndun.

Morfín veldur vímu og fíkn.

Morfín veldur skjótri þolmyndun.

Morfín hefur miklar aukaverkanir.

Notkun morfíns þýðir ekki uppgjöf heldur það að tekist sé á við einkenni sjúklings á raunhæfan hátt. Morfín flýtir ekki fyrir dauða en er yfirleitt notað alltof seint. Verkir eru sterkasta áreitni öndunar og svo lengi sem viðkomandi hefur verki er engin hætta á öndunarlömun nema því aðeins að verið sé að meðhöndla verki sem ekki svara ópiötum. Notkun morfíns hjá sjúklingum með langvinna verki af völdum illkynja sjúkdóma veldur aðeins öndunarlömun í undantekningartilvikum og er ekki nægileg frábending fyrir almennri notkun. Höfgi er algeng aukaverkun morfíns sem sést einkum í byrjun lyfjagjafar og þegar skammtar eru hækkaðir, en hverfur á nokkrum dögum. Ef sjúklingur er í vímu er rétt að endurskoða orsakir verkjanna og leita annarra ráða. Rétt notkun morfíns (svo sem einstaklingsbundnir skammtar gefnir fyrirbyggjandi) veldur ekki andlegri ávanabindingu. Líkamlegu þoli og ávanabindingu er oft ruglað saman. Við langvarandi notkun þarf að hækka morfínskammtinn reglulega vegna aukins niðurbrots og þess að yfirleitt er um versnandi sjúkdóm að ræða. Skammtastærðir eru einstaklingsbundnar og ekki tákni um þolmyndun. Klínísk reynsla

hefur sýnt fram á að lyfjagjöf í æð gefur mun hraðari þolmyndun en lyfjagjöf í gegnum munn, endaparm eða undir húð. Algengustu aukaverkanirnar, hægðatregðu og ógleði, þarf að fyrirbyggja þegar frá upphafi. Skýringar á illviðráðanlegum aukaverkunum er oftast að finna í lélegrar þekkingu læknisins á eðli verkja og lífefnafræðilegri hegðun lyfsins.

Færni í mannlegum samskiptum: Lipurð og næmni í mannlegum samskiptum er nauðsynleg þeim sem sinna dauðvona sjúklingum og aðstandendum þeirra. Flestir dauðvona sjúklingar með illkynja sjúkdóm halda sínu andlega atgervi þrátt fyrir líkamlega hrörnun. Hinn deyjandi er hins vegar merktur af sínum sjúkdómi og hefur lítið úthald þannig að viðtölin þurfa að vera stutt hverju sinni. Það á aldrei að vera vafamál hvort ræða eigi við viðkomandi sjúkling, heldur miklu fremur hvenær það er gert og hvernig. Hvers væntir dauðvona sjúklingur af lækni? Einhvers sem lofar bata? Nei, mun sjaldar en menn halda, enda eru sjúklingar skynsamari en svo. Þeir hafa einfaldlega þörf fyrir lækni sem;

- * *hlustar, skynjar og skilur*
- * *útskýrir á einföldu og skýru máli*
- * *leyfir spurningar*
- * *svarar af hreinskilni*
- * *þröngvar ekki „sannleikanum“ upp á neinn*
- * *upplýsir fjölskylduna*
- * *hjálpur sjúklingi að skipuleggja framtíðina*
- * *yfirgefur hann ekki*
- * *hefur tíma og gefur sér tíma*

Góð tjáskipti felast ekki í að tala mikið eða viturlega heldur fyrst og fremst í að hlusta á það sem sagt er, skynja það sem er ósagt, sýna með orðum og látbragði að maður skynji þann veruleika sem hinn deyjandi lifir í, þora að tala um erfið mál, vera hreinskilinn í öllu svörum þó án þess að þröngva öllum sannleikanum upp á sjúklinginn. Það er ekki alltaf þörf á að tala svo mikið um hið óumflýjanlega. Mikilvægara er að vera reiðubúinn og færast ekki undan þegar sjúklingurinn óskar þess að tala. Samtal læknis og sjúklings er gagnkvæm samskipti sem byggjast á trúnaði og virðingu fyrir sjúklingnum sem einstaklingi.

HELSTU HEIMILDIR:

1. Bolund C. Övergripande etisk och psykologisk analys. Cytostatikbehandling vid cancer. Stockhom: Konsensuskonferens 13 – 15 november 1990.
2. Árnason V. Líkn og dauði. Siðfræði lífs og dauða. Reykjavík: Rannsóknarstofa í siðfræði, 1993.
3. Slevin ML, Stubbs L, Plant HJ, et al. Attitudes to chemotherapy: comparing views of patients with cancer with those of doctors, nurses and general public. *Br Med J* 1990; 300: 1458–60.
4. Owen C, Tennant C, Levis J, Jones M. Suicide and euthanasia: Patients attitudes in the context of cancer. *Psycho Oncol* 1992; 1: 79–88.
5. Bolund C. Cancer och självmord. Varken den starkes val eller den svages flykt. *Läkartidningen* 1986; 83: 1392–5.
6. The Canadian Palliative Care Curriculum. Neil MacDonald for The Canadian Committee on Palliative Care Education, 1991.
7. Árnason S. Um meðferð langvinnra verkja í kjölfar illkynja sjúkdóma. *Læknaneminn* 1994; 1: 33–68.