

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ SPECIAL ARTICLE

«Ευ ζην» και «ευ θνήσκειν» Η ανακουφιστική φροντίδα και η εκπαίδευση των ιατρών

Σε περιπτώσεις απειλητικής ή περιοριστικής για τη ζωή νόσου, καλό θα είναι ο ιατρός να διερευνά τις ανάγκες και τις επιθυμίες του ασθενούς για να σχεδιάσει μαζί του επιστημονικά αποδεκτές παρεμβάσεις, προσαρμοσμένες όμως στις ιδιαίτερες ανάγκες και αξίες αυτού. Αυτό προϋποθέτει διαδραστική εκπαίδευση η οποία να περιλαμβάνει εκτός από την απόκτηση γνώσεων, ανάπτυξη σχετικών δεξιοτήτων επικοινωνίας και διαμόρφωση προσωπικότητας και συμπεριφοράς που με ενσυναίσθηση και ψυχική αντοχή θα του επιτρέψει τη συμπόρευση με τον ασθενή και την οικογένεια σε όλη την πορεία της νόσου μέχρι την ίαση, την αποκατάσταση ή το τελικό στάδιο. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι επίσης ο ιατρός να εκπαιδευτεί στην ομαδική συνεργασία και στη διαμόρφωση θεραπευτικού σχεδίου για τον ασθενή μαζί με άλλους επιστήμονες υπηρεσιών υγείας ή κοινωνικής εργασίας. Η πλέον απαιτητική παράμετρος της εκπαίδευσης είναι η προθυμία του ιατρού να αντικρίσει τη δική του θνητότητα και ευαλωτότητα και να αναπτύξει θεραπευτική σχέση με τους ασθενείς.

1. «ΕΥ ΖΗΝ ΚΑΙ ΘΝΗΣΚΕΙΝ» ΚΑΙ Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

Οι ιατρικές σχολές και στη συνέχεια η εκπαίδευση κατά τη διάρκεια της ειδικότητας και της συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης, εφοδιάζουν τον ιατρό με γνώσεις για τη λειτουργία του ανθρώπινου σώματος στην υγεία και στη νόσο, καθώς και για την αντιμετώπιση των νοσημάτων. Όλοι όμως συμφωνούν ότι θα μπορούσαν να τον εκπαιδεύσουν καλύτερα στην επικοινωνία με τον ασθενή και στην προαγωγή της υγείας και στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του, δηλαδή για το «ευ ζην». Ακόμη χειρότερα είναι τα πράγματα όταν εξετάσει κάποιος την εκπαίδευση των ιατρών για τα γηρατειά και για το τέλος της ζωής. Η εν λόγω πραγματικότητα δεν αφορά μόνο στη χώρα μας αλλά σε όλες τις Δυτικές κοινωνίες.

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2021, 38(3):410-414
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2021, 38(3):410-414

Δ.Τ. Μπούμπας,¹
Σ. Παναγιωτάκης,²
Α. Τσερκεζόγλου³

¹Δ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αττικόν», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Χαϊδάρι, Αθήνα
²Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο, Κρήτη
³Μονάδα Ανακουφιστικής Φροντίδας «Γαλιλαία», Ιερά Μητρόπολη Μεσογαίας και Λαυρεωτικής, Σπάτα, Αττική

Living well and dying well
and the training of physicians

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρητηρίου

Επικοινωνία ιατρού ασθενούς
Θεραπευτική σχέση ιατρού
ασθενούς
Όρια της Ιατρικής
Πρόγνωση
Τέλος της ζωής

Υποβλήθηκε 14.1.2021
Εγκρίθηκε 23.1.2020

Φυσικά, υπάρχει πάντα ο αντίλογος: Η Ιατρική έχει ως σκοπό να σώζει ζωές και όχι να «διαχειρίζεται τον θάνατο». Έχουμε λησμονήσει ότι μέχρι το δεύτερο μισό του 19ου αιώνα στόχος της Ιατρικής ήταν η ανακούφιση από το «πάσχειν», συχνά στο τέλος της ζωής, καθώς η πρόληψη ήταν άγνωστη και οι αποτελεσματικές θεραπείες λιγοστές.

Υπάρχει όμως μια ειδοποιός διαφορά στη σύγχρονη Ιατρική συγκρίνοντας αυτή με παλαιότερες εποχές: η εξέλιξη της βιοτεχνολογίας έχει δώσει στον ιατρό τη δυνατότητα να παρατείνει τη ζωή πέρα από τα βιολογικά της όρια (π.χ. εγκεφαλικός θάνατος υπό αναπνευστήρα), δημιουργώντας την αίσθηση ότι –μερικές φορές– προκειμένου να διατηρήσει τη ζωή παρατείνει τον θάνατο.

Μέσα σε αυτό το περιβάλλον αυξάνουν οι «φωνές» που ζητούν να γίνουν καλύτεροι οι ιατροί στο να παράσχουν

βοήθεια στον ασθενή να ξεκαθαρίσει έγκαιρα τα πράγματα τα οποία έχουν σημασία γι' αυτόν, ιδίως στο τέλος της ζωής.

1.1. Απαραίτητα εφόδια για την εκπαίδευση των ιατρών

Για να μπορέσει ο ιατρός να ανταποκριθεί στο εν λόγω έργο, θα πρέπει να του δοθούν τα κατάλληλα εφόδια στην προπτυχιακή και στη μεταπτυχιακή του εκπαίδευση για να διαχειρίζεται το «πάσχειν» το οποίο προκαλεί στον ασθενή μια απειλητική ή περιοριστική για τη ζωή ασθένεια που διακυβεύει τη σωματική, την ψυχολογική, την κοινωνική και την πνευματική του υπόσταση.¹

Αυτό προϋποθέτει διαδραστική εκπαίδευση, η οποία θα συμπεριλαμβάνει, εκτός από την απόκτηση γνώσεων, ανάπτυξη σχετικών δεξιοτήτων (π.χ. επικοινωνία) και διαμόρφωση προσωπικότητας και συμπεριφοράς που με ενσυναίσθηση και ψυχική αντοχή θα επιτρέπει τη συμπίεση με τον ασθενή και την οικογένεια σε όλη την πορεία της νόσου μέχρι την ίαση, την αποκατάσταση ή το τελικό στάδιο.² Ακόμη, αυτό προϋποθέτει ο ιατρός να εκπαιδευτεί στην ομαδική συνεργασία και την επί ίσοις όροις διαμόρφωση θεραπευτικού σχεδίου για τον ασθενή μαζί με άλλους επιστήμονες υπηρεσιών υγείας ή κοινωνικής εργασίας κ.λπ. Ίσως, τέλος, η πλέον δύσκολη παράμετρος της εκπαίδευσης να είναι η προθυμία του να αντικρίσει τη δική του θνητότητα και ευαλωτότητα και να αναπτύξει «θεραπευτική σχέση» με τους ασθενείς.

Φυσικά, η ασθένεια και ο θάνατος είναι εχθρός του ιατρού και τον αντιμάχεται με όλες του τις δυνάμεις. Ταυτόχρονα όμως δεν πρέπει να λησμονεί ο ιατρός ότι τα όρια του ανθρώπου είναι πεπερασμένα και ότι καλό θα είναι να ετοιμάζονται όλοι γι' αυτό, ιατροί, ασθενείς και συγγενικό περιβάλλον, αντί να τους διακατέχει μια υπέρμετρη και ενδεχομένως μη ρεαλιστική αισιοδοξία ότι «όλα θα πάνε καλά» ή «ότι θα γίνει το θαύμα της ίασης». Σε αυτές τις περιπτώσεις, καλό είναι να βοηθηθεί ο ασθενής να μετουσιώσει τους μακροπρόθεσμους στόχους σε βραχυπρόθεσμους εφικτούς, επιθυμητούς στόχους που διατηρούν τη ζωτικότητα του, την ελπίδα και την προσμονή της επίτευξής τους. Οι συγκεκριμένοι στόχοι μπορεί να αφορούν στην προσωπική και στην επαγγελματική του ζωή, αλλά και στην ιατρική φροντίδα που επιθυμεί να έχει, ιδιαίτερα αν κάποια στιγμή της ζωής του δεν θα είναι σε θέση να αποφασίσει ο ίδιος (προεκπεφρασμένες επιθυμίες [advanced directives]).

2. ΚΑΘΟΛΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΥΓΕΙΑΣ – ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Κατά κοινή ομολογία, οι συχνότερες μάστιγες της ζωής του ανθρώπου σε όλο τον κόσμο είναι η φτώχεια, η μοναξιά,

η ανία, η χρόνια ασθένεια (σωματική, ψυχική και πνευματική) και η αναπηρία. Οι ηλικιωμένοι έχουν περισσότερες πιθανότητες να υποφέρουν από >1 από αυτές τις μάστιγες που περιορίζουν τη λειτουργικότητα και την αυτονομία τους, απειλούν την αξιοπρέπειά τους και αυξάνουν την εξάρτησή τους από τρίτους, συνήθως τα παιδιά τους, τα οποία, λόγω επαγγελματικών και οικογενειακών προβλημάτων, δεν μπορούν να τους βοηθήσουν. Παράλληλα, ο πληθυσμός της γης, με τη βοήθεια της σύγχρονης Ιατρικής, γηράσκει όλο και περισσότερο. Οι ευάλωτοι ηλικιωμένοι και τα χρόνια μη μεταδοτικά νοσήματα αυξάνονται. Οι ηλικιωμένοι >80 ετών υπολογίζεται ότι θα έχουν τριπλασιαστεί μέχρι το 2050.¹

Με αυτά τα δεδομένα, ο πολιτικός σχεδιασμός των κρατών οφείλει να λάβει υπ' όψη του την εν λόγω πρόβλεψη και να μην επενδύει μόνο στην επιμήκυνση της ζωής και στην αύξηση της παραγωγικότητας. Η καθολική κάλυψη των αναγκών υγείας (universal health coverage) πρέπει σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) να καλύπτει όλο το φάσμα των αναγκών των πολιτών σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Τα συστήματα υγείας πρέπει να παρέχουν πρόσβαση στους πολίτες σε ποιοτικές υπηρεσίες πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης, θεραπείας, αποκατάστασης και ανακουφιστικής φροντίδας που τους είναι απαραίτητες, χωρίς παράλληλα να τους θέτει σε κίνδυνο οικονομικής δυσπραγίας.³

2.1. Οι προτεραιότητες των ανθρώπων στο τέλος της ζωής και η δυσκολία της ακριβούς εκτίμησης της πρόγνωσης

Η σύγχρονη ιατρική φροντίδα, με τη βιοτεχνολογία και τις στοχευμένες θεραπείες, είναι σε θέση να επιμηκύνει τη ζωή των ασθενών, αλλά δεν είναι το ίδιο αποτελεσματική στο να τους εξασφαλίσει πράγματα που έχουν μεγαλύτερη σημασία στο τέλος της ζωής τους. Η εμπειρία από τα κακοήθη νεοπλασμάτα είναι αποκαλυπτική: στις κακοήθειες, όταν αποτύχει η θεραπεία της πρώτης ή της δεύτερης γραμμής, οι επόμενες χημειοθεραπείες επιμηκύνουν ίσως λίγο τη ζωή των ασθενών, ενώ συχνά έχουν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες.

Αρχικά, όλοι σχεδόν οι ασθενείς επιθυμούν την επιμήκυνση της ζωής τους και να τις δοκιμάσουν, αλλά σταδιακά, όταν ο ιατρός τον οποίο εμπιστεύονται συζητήσει μαζί τους με ειλικρίνεια και ενσυναίσθηση τα υπέρ, τα κατά της θεραπείας και τις εναλλακτικές επιλογές τους, η αποφυγή της άσκοπης ενδεχομένως ταλαιπωρίας και η καλύτερη διαχείριση των προτεραιοτήτων τους για το υπόλοιπο της ζωής τους αποκτούν μεγαλύτερη σημασία.

Το ότι ιατροί και ασθενείς συνήθως υπερεκτιμούν τον χρόνο επιβίωσης ή την πιθανότητα επιτυχούς έκβασης σε σοβαρά

νοσήματα είναι κοινός τόπος. Σε αυτές τις περιπτώσεις, συχνά χρησιμοποιούνται δυσνόητες στατιστικές και αριθμοί που πιθανόν να είναι παραπλανητικοί όταν προσπαθούν να εκτιμήσουν την πρόγνωση ενός ξεχωριστού ασθενούς. Και αυτό γιατί οι ασθενείς εμφανίζουν μεγάλες διασπορές και προς τις δύο κατευθύνσεις –μικρότερη και μακρότερη επιβίωση– με μια «μακρά» ουρά που μπορεί να φθάνει πολλά χρόνια. Πολλές προσπάθειες γίνονται για ανάπτυξη αλγορίθμων με καλύτερη εξατομικευμένη εφαρμογή (π.χ. χρήση νευρωνικών δικτύων), αλλά σημαντικό όπλο στη δύσκολη αυτή επικοινωνία είναι η ειλικρίνεια στην ανανώριση της επίδρασης της αβεβαιότητας.⁴

3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΣΥΓΧΡΟΝΗΣ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι όλα τα παραπάνω συντείνουν στην ενσωμάτωση της «ανακουφιστικής φροντίδας» σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας όλων των κρατών και στην πρόβλεψη κατάλληλης εκπαίδευσης των λειτουργών υγείας, όπως εξ άλλου προτρέπει τις κυβερνήσεις ο ΠΟΥ και το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο με διακηρύξεις τους (WHA 67.19, European Parliamentary Assembly Resolution 2249 The provision of palliative care in Europe [2018]) (<http://assembly.coe.int/nw/xml/Ref/Ref-XML2HTML-en.asp?fileid=25214&lang=en>).

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, «ανακουφιστική φροντίδα είναι μια προσέγγιση η οποία επιδιώκει τη διασφάλιση της ποιότητας ζωής των ασθενών (και των οικογενειών τους) που αντιμετωπίζουν προβλήματα, τα οποία σχετίζονται με απειλητικές για τη ζωή ασθένειες, μέσω της πρόληψης και της ανακούφισης του πόνου και, συγκεκριμένα, με τον έγκαιρο εντοπισμό και την προσεγμένη αξιολόγηση και θεραπεία του πόνου, καθώς και άλλων σωματικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών προβλημάτων» (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>).

Η ανακουφιστική φροντίδα δεν αφορά μόνο στη φροντίδα τελικού σταδίου, αν και από αυτή ξεκίνησε ιστορικά, αλλά με τη φροντίδα που παρέχεται καθ' όλη τη διάρκεια της νόσου, γιατί αν εφαρμοστεί έγκαιρα είναι περισσότερο αποτελεσματική. Επίσης, διασφαλίζει την υποστήριξη της οικογένειας και των λοιπών οικείων προσώπων των ασθενών τόσο κατά τη διάρκεια της νόσου, όσο και κατά την περίοδο του πένθους (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>).

Η παροχή υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας παράλληλα με τη θεραπεία που έχει ως στόχο την ίαση βελτιώνει την ικανοποίηση των ασθενών, ενίοτε αυξάνει την επιβίωση και μειώνει τις εισαγωγές στο νοσοκομείο, ιδιαίτερα στο τέλος της ζωής και ως εκ τούτου, παρά την

ευρέως διαδεδομένη εντύπωση περί του αντιθέτου, δίνει προτεραιότητα στην τέχνη του «ευ ζην» πρώτα και λιγότερο στο «ευ θνήσκειν».

Η ανακουφιστική φροντίδα όμως, κυρίως και πέρα από τη βελτίωση των δεικτών που προαναφέρθηκαν σχετικά με τη φροντίδα στο τέλος της ζωής, υποστηρίζει την εκπλήρωση των επιθυμιών των ασθενών για την εν λόγω σημαντική περίοδο.

Είναι εντυπωσιακό το γεγονός ότι όταν τα πράγματα επιδεινωθούν και πλησιάζει το τέλος της ζωής τους, οι περισσότεροι άνθρωποι μοιάζει να έχουν παρόμοιες επιθυμίες τόσο για τον εαυτό τους, όσο και για τους αγαπημένους τους. Επιζητούν συνήθως να είναι κατάλληλα ενημερωμένοι και να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων ώστε, αν δεν υπάρχει όφελος, να αποφύγουν την ταλαιπωρία των άσκοπων ιατρικών παρεμβάσεων, να είναι, ει δυνατόν, χωρίς συμπτώματα, ιδιαίτερα πόνο, να διατηρήσουν την αυτονομία τους όσο είναι εφικτό, να ενισχύσουν τις σχέσεις τους με συγγενείς και φίλους, να κλείσουν εκκρεμότητες, να μην είναι βάρος στους άλλους και –το σημαντικότερο– να έχουν την αίσθηση ότι η ζωή τους «ολοκληρώθηκε», ότι δηλαδή κατόρθωσαν να εκπληρώσουν τους βασικούς στόχους της ζωής τους ή ότι θα έχουν τη δυνατότητα μέχρι το τέλος να επιτελούν αυτό που δίνει νόημα στη ζωή τους.⁵⁻⁹

4. ΤΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ

Σε κάθε σοβαρή νόσο που απειλεί τη ζωή, οι θεμελιώδεις ερωτήσεις για τον κάθε ασθενή –τις οποίες καλό θα είναι να τις διερευνά έγκαιρα ο ιατρός ή ο νοσηλευτής– είναι οι εξής: (α) Ποια είναι η αντίληψη του ασθενούς για την κατάσταση και την πιθανή έκβαση της νόσου του; Τι φοβάται και τι ελπίζει; (β) Ποιους «συμβιβασμούς» είναι διατεθειμένος να κάνει προκειμένου να επιμηκυνθεί η ζωή, ιδιαίτερα όταν αυτοί οι συμβιβασμοί αφορούν στην αξιοπρέπεια, στην ανεξαρτησία και στην οικονομική επιβάρυνση των δικών τους; (γ) Ποιες ιατρικές πράξεις ή ενέργειες είναι σύμφωνες ή υπηρετούν καλύτερα τις επιθυμίες του ασθενούς;

Τα ερωτήματα αναφορικά με τις επιλογές θεραπείας είναι πολλά, ενώ συχνά επηρεάζουν το «ευ ζην» του ασθενούς, χωρίς ίσως ο ίδιος να είναι σε θέση να εκφράσει τις επιθυμίες του. Η εμπειρία των εξειδικευμένων λειτουργών ανακουφιστικής φροντίδας είναι ότι οι ασθενείς, πριν ή τουλάχιστον όταν πλησιάζουν στο τέλος της ζωής, καλό είναι να προετοιμάζονται και να έχουν λάβει θέση στα εξής σημαντικά ερωτήματα για την περαιτέρω φροντίδα τους: (α) Επιθυμούν καρδιοαναπνευστική ανάνηψη αν σταματήσει η καρδιά, γνωρίζοντας ότι η πιθανότητα να αποσωληνωθεί και να λάβει εξιτήριο ένας ασθενής με προχωρημέ-

νο μεταστατικό καρκίνο από το νοσοκομείο είναι <5%; (β) Επιθυμούν διασωλήνωση και μηχανική αναπνοή όταν η δύσπνοια επιδεινώνεται ή προτιμούν μέτρα ανακούφισής της, αφού οι πιθανότητες να πεθάνουν σε καταστολή χωρίς επικοινωνία με τους δικούς τους στη μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) είναι μεγάλες; (γ) Επιθυμούν θεραπευτικές παρεμβάσεις σε πιθανόν μη αναστρέψιμα αίτια (π.χ. ενδοφλέβια αντιβίωση ή μετάγγιση στο τελικό στάδιο κ.λπ.); (δ) Επιθυμούν ενδοφλέβια ενυδάτωση ή σίτιση μέσω ρινογαστρικού ή γαστρικού σωλήνα εφόσον δεν είναι σε θέση να τραφούν από το στόμα, στο τέλος της ζωής, όταν μελέτες έχουν δείξει ότι η καρδιακή λειτουργία μπορεί να επιβαρυνθεί, τα οιδήματα να αυξηθούν, ενώ η ανησυχία συγγενών, νοσηλευτών και ιατρών ότι θα υποφέρουν από το αίσθημα πείνας δεν ευσταθεί;

Ασθενείς στους οποίους η εν λόγω συζήτηση γίνεται έγκαιρα –και πριν από την εισαγωγή στη ΜΕΘ– υφίστανται μικρότερη ταλαιπωρία, ενώ μειώνεται η ψυχολογική επιβάρυνση των συγγενών τους, οι οποίοι σε αντίθετη περίπτωση θα έπρεπε να λάβουν τις αποφάσεις για εκείνους, και περιορίζονται οι ιατρικές δαπάνες.

Σε αυτές τις περιπτώσεις, αντί για τον «πατερναλιστικό» ή τον πολυπράγμονα ή τον πρόθυμο ιατρό να παράσχει «τεκμηριωμένες πληροφορίες» και «ποσοστά και αριθμούς», οι ασθενείς έχουν μεγαλύτερη ανάγκη από τον ιατρό που θα τις «ερμηνεύσει», έτσι ώστε να δώσει στον ασθενή τη δυνατότητα να συνειδητοποιήσει την κατάστασή του και στη συνέχεια να συναποφασίσουν για το τι είναι πιο σημαντικό γι' αυτόν και πόσο διατεθειμένος είναι να προχωρήσει σε περαιτέρω ιατρικές πράξεις ή θεραπείες.

5. ΤΙ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ Ο ΙΑΤΡΟΣ ΣΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ

Οι ασθενείς αναζητούν το νόημα πίσω από τις πληροφορίες, όχι τις πληροφορίες αυτές καθ' εαυτές. Το να κατανοήσει κάποιος τον πεπερασμένο χρόνο που έχει στη διάθεσή του σε αυτή τη ζωή δεν είναι εύκολο, αλλά όταν το κατορθώνει είναι ευλογία. Στόχος της Ιατρικής είναι να σεβαστεί και να προασπίσει τους λόγους για τους οποίους επιθυμούμε να ζήσουμε. Στον αφορισμό του FC Peabody *“the secret of the care of the patient is caring for the patient”* (το μυστικό της φροντίδας του ασθενούς είναι να νοιάζεσαι γι' αυτόν) μπορεί να προσθέσει κάποιος το *“it is not what is the matter with the patient but what matters to the patient”* (το ζήτημα δεν είναι τι έχει ο ασθενής αλλά τι έχει σημασία γι' αυτόν). Ο ιατρός πρέπει να βοηθήσει τους ασθενείς να αντιληφθούν καλύτερα τι δεν μπορεί να επιτύχει η Ιατρική και ταυτόχρονα να του εξασφαλίσει όσα μπορεί η Ιατρική να του δώσει.

Η Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, συναισθανόμενη αυτό το έλλειμμα, οργανώνει κλινικά φροντιστήρια ανακουφιστικής φροντίδας στο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο.

Η εμπειρία από το εξωτερικό αλλά και από τις περιορισμένες μονάδες ανακουφιστικής φροντίδας στην Ελλάδα (δημόσιες ή μη κερδοσκοπικές, όπως π.χ. της Ιεράς Μητροπόλεως Μεσογαίας και Λαυρεωτικής «Γαλιλαία») είναι ότι η ανακουφιστική Ιατρική παρέχει προτεραιότητα στην τέχνη του «ευ ζην» πρώτα και λιγότερο στο «ευ θνήσκειν», βοηθώντας τον ασθενή να ζήσει περισσότερο, αλλά κυρίως καλύτερα όσο χρόνο ζωής έχει στη διάθεσή του.

ABSTRACT

Living well and dying well and the training of physicians

D.T. BOUMPAS,¹ S.G. PANAGIOTAKIS,² A TSERKEZOGLOU³

¹School of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, ²University Hospital of Heraklion, Heraklion, Crete, ³“Gallilea” Palliative Care Unit, Holy Diocese of the Mesogeion and Lavreotiki, Athens, Attika, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2021, 38(3):410–414

Training to care for patients with severe, terminal illness could be improved at the level of both undergraduate and graduate training. In addition to skills in communication, this care requires special training to enable physicians to develop the personality traits, such as empathy and mental endurance that are needed if they are to be able to support the patients and the family throughout the course of a fatal disease, up to the end of life, working in an interdisciplinary environment. In this process, the most challenging aspect is the willingness of the physician to accept her(his) own vulnerability and mortality. Physicians caring for patients at the end of life need to delineate carefully the limits of medicine, while making sure that the patient receives all possible medical help.

Key words: Being mortal, Palliative care, Priority of care, Prognosis, Shared decision

Βιβλιογραφία

1. KNAUL FM, FARMER PE, KRAKAUER EL, DE LIMA L, BHADELIA A, KWETE XJ ET AL. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief – an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet* 2018, 391:1391–1454
2. GAMONDI C, LARKIN P, PAYNE SA. Core competencies in palliative care: An EAPC white paper on palliative care education – Part 2. *Eur J Palliat Care* 2013, 20:140–145
3. WORLD HEALTH ASSEMBLY. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. WHA67.19, agenda item 15.5, Geneva, 2014
4. HUI D, PAIVA CE, DEL FABBRO EG, STEER C, NABERHUIS J, VAN DE WETERING M ET AL. Prognostication in advanced cancer: Update and directions for future research. *Support Care Cancer* 2019, 27:1973–1984
5. FERRIS FD, BALFOUR HM, BOWEN K, FARLEY J, HARDWICK M, LAMONTAGNE C ET AL. A model to guide patient and family care: Based on nationally accepted principles and norms of practice. *J Pain Symptom Manage* 2002, 24:106–123
6. STEINHAUSER KE, CHRISTAKIS NA, CLIPP EC, McNEILLY M, McINTYRE LJ, TULSKY JA. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA* 2000, 284:2476–2482
7. ANDERSON P. Getting the priorities right in end-of-life care. *Nurs Times* 2014, 110:19–20
8. VIRDUNC, LUCKETT T, DAVIDSON PM, PHILLIPS J. Dying in the hospital setting: A systematic review of quantitative studies identifying the elements of end-of-life care that patients and their families rank as being most important. *Palliat Med* 2015, 29:774–796
9. KELLEY AS, MORRISON RS. Palliative care for the seriously ill. *N Engl J Med* 2015, 373:747–755

Corresponding author:

D.T. Boumpas, School of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens, 1 Rimini street, 124 63 Athens, Greece
e-mail: boumpasd@med.uoa.gr

.....