

# Εισαγωγή στη Γενική Ιατρική

**Αθηνά Τατσιώνη**

**Βασίλειος Καραθάνος, Αριστέα Μίσσιου**



Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά  
Συγγράμματα και Βοηθήματα  
[www.kallipos.gr](http://www.kallipos.gr)

**HEALLINK**  
Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών



Ευρωπαϊκή Ένωση  
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗ  
ανάπτυξη στην κοινωνία της γνώσης  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ  
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης



ΕΣΠΑ  
2007-2013  
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗ

ΑΘΗΝΑ ΤΑΤΣΙΩΝΗ

Επίκουρη Καθηγήτρια Γενικής Ιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΚΑΡΑΘΑΝΟΣ

Γενικός Γιατρός, Υποψήφιος Διδάκτορας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

ΑΡΙΣΤΕΑ ΜΙΣΣΙΟΥ

Ειδικευόμενη Γενικής Ιατρικής, Υποψήφια Διδάκτορας Πανεπιστημίου  
Ιωαννίνων

## *Εισαγωγή στη Γενική Ιατρική*



Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά  
Συγγράμματα και Βοηθήματα  
[www.kallipos.gr](http://www.kallipos.gr)

# Εισαγωγή στη Γενική Ιατρική

## *Συγγραφή*

Αθηνά Τατσιώνη

Συν-συγγραφείς: Βασίλειος Καραθάνος και Αριστέα Μίσσιου

## *Κριτικός αναγνώστης*

Χρήστος Λιονής

## *Συντελεστές έκδοσης*

ΓΛΩΣΣΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: Σπυριδούλα Κουτσούκη

ΓΡΑΦΙΣΤΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: Κωνσταντίνος Γλάρος

ΤΕΧΝΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ: Κωνσταντίνος Γλάρος

Copyright © ΣΕΑΒ, 2015



Το παρόν έργο αδειοδοτείται υπό τους όρους της άδειας Creative Commons Αναφορά Δημιουργού - Μη Εμπορική Χρήση - Όχι Παράγωγα Έργα 3.0

ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΩΝ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΩΝ

Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο

Ηρώων Πολυτεχνείου 9, 15780 Ζωγράφου

[www.kallipos.gr](http://www.kallipos.gr)

ISBN: 978-960-603-399-5

## Πίνακας περιεχομένων

Πίνακας συντομεύσεων-ακρωνύμια.....	10
Πρόλογος.....	12
Εισαγωγή.....	13
Κεφάλαιο 1.....	15
Έννοιες και αρχές για τη γενική ιατρική.....	15
1. Η έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.....	16
1.1. Η ΠΦΥ στα διάφορα συστήματα υγείας.....	16
1.1.1 Η ΠΦΥ στην Ελλάδα.....	16
1.1.2 Παραδείγματα οργάνωσης της ΠΦΥ στην Ευρώπη και τη Β. Αμερική.....	18
1.1.2.1 Ηνωμένο Βασίλειο.....	18
1.1.2.2 Σουηδία.....	19
1.1.2.3 Καναδάς.....	20
1.1.2.4 Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ).....	20
1.2 Η ειδικότητα της γενικής ιατρικής και ο ρόλος του γενικού οικογενειακού γιατρού στην ΠΦΥ.....	21
1.2.1 Η εκπαίδευση του γενικού γιατρού για την παροχή ΠΦΥ.....	21
1.3. Το περιεχόμενο της ΠΦΥ.....	23
1.3.1 Ο ρόλος της ΠΦΥ στην εφαρμογή αποτελεσματικών παρεμβάσεων στην κοινότητα.....	23
1.4. Η τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας της ΠΦΥ.....	24
Κεφάλαιο 2.....	29
Φροντίδα επικεντρωμένη στον ασθενή.....	29
2.1 Φροντίδα επικεντρωμένη στον ασθενή και την οικογένεια.....	30
2.2 Μέθοδοι μέτρησης της φροντίδας που είναι επικεντρωμένη στον ασθενή.....	30
2.3 Μοντέλα παροχής φροντίδας που είναι επικεντρωμένη στον ασθενή.....	30
2.4 Σχέση γιατρού–ασθενή.....	32
2.5 Δεξιότητες επικοινωνίας.....	34
2.5.1 Η διαβούλευση ως διαδικασία επικοινωνίας γιατρού–ασθενή.....	34
2.5.2 Τα στάδια της διαβούλευσης.....	35
2.5.3 Η αξιολόγηση των δεξιοτήτων για τη διενέργεια ιατρικής συνέντευξης.....	36
2.6 Φραγμοί στην επικοινωνία γιατρού–ασθενή και η αντιμετώπισή τους.....	38
Κεφάλαιο 3.....	49
Ανακοίνωση της διάγνωσης ενός σοβαρού νοσήματος – Ανακοίνωση θανάτου.....	49

3.1 Ανακοίνωση της διάγνωσης ενός σοβαρού νοσήματος .....	50
3.1.1 Ανάλυση του πρωτοκόλλου SPIKES.....	51
3.1.1.2 Εκτίμηση της αντίληψης του ασθενή σχετικά με τη νόσο και τις προοπτικές (P: Assessing the patient's perception) .....	53
3.1.1.3 Εκτίμηση της επιθυμίας του ασθενή για ενημέρωση (I: Obtaining the patient's invitation)...	53
3.1.1.4 Προειδοποίηση–ενημέρωση του ασθενή (K: Giving knowledge and information to the patient) .....	54
3.1.1.5 Αναγνώριση των συναισθημάτων του ασθενή και λεκτική ανταπόκριση με ενσυναίσθηση (E: Addressing the patient's emotions with empathic responses) .....	55
3.1.1.6 Συζήτηση–προγραμματισμός για το θεραπευτικό πλάνο (S: Strategy and summary).....	56
3.1.2 Η στάση της οικογένειας απέναντι στην πληροφόρηση του ασθενή σχετικά με τη διάγνωση του σοβαρού νοσήματος .....	57
3.1.3 Ο κίνδυνος κατάθλιψης μετά την ανακοίνωση δυσάρεστων ειδήσεων .....	57
3.2.1 Διευκόλυνση των οικείων στην εκδήλωση της θλίψης .....	60
3.2.2 Ανακοίνωση θανάτου παιδιού.....	61
3.2.3 Το πένθος ύστερα από την απώλεια του συντρόφου .....	62
Κεφάλαιο 4 .....	67
Προληπτική φροντίδα σε εφήβους και ενηλίκους .....	67
4.1 Πρόληψη .....	68
4.1.1 Κατηγορίες προληπτικών παρεμβάσεων .....	68
4.2 Κατευθυντήριες οδηγίες πρόληψης στην πρωτοβάθμια φροντίδα .....	70
4.2.1 Προληπτικές παρεμβάσεις για ενηλίκους.....	71
4.2.1.1 Εκτίμηση καρδιαγγειακού κινδύνου .....	72
4.2.1.2 Διακοπή καπνίσματος .....	72
4.2.1.3 Προσυμπτωματικός έλεγχος για υπέρταση .....	73
4.2.1.4 Προσυμπτωματικός έλεγχος για δυσλιπιδαιμία.....	74
4.2.1.5 Προσυμπτωματικός έλεγχος για σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.....	74
4.2.1.6 Προσυμπτωματικός έλεγχος για την παχυσαρκία .....	74
4.2.1.7 Λήψη ασπιρίνης .....	75
4.2.1.8 Προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο του παχέος εντέρου .....	76
4.2.1.9 Προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο του πνεύμονα .....	77
4.2.1.10 Προσυμπτωματικός έλεγχος για κακή χρήση αλκοόλ .....	77
4.2.1.11 Προσυμπτωματικός έλεγχος για κατάθλιψη .....	79
4.2.1.12 Προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο του μαστού .....	80
4.2.1.13 Προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας .....	81

4.2.2 Προληπτικές παρεμβάσεις για εφήβους και νεαρούς ενήλικους .....	82
4.2.2.1 Εκπαιδευτική παρέμβαση για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.....	82
4.2.2.2 Προσυμπτωματικός έλεγχος για λοίμωξη από χλαμύδια και γονόκοκκο .....	83
4.2.2.3 Προσυμπτωματικός έλεγχος για λοίμωξη από τον ιό της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (Human Immunodeficiency Virus, HIV) .....	83
4.2.2.4 Προσυμπτωματικός έλεγχος για λοίμωξη από σύφιλη .....	84
4.2.2.5 Προσυμπτωματικός έλεγχος για λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας Β.....	84
4.2.2.6 Προσυμπτωματικός έλεγχος για λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας C.....	84
4.2.2.7 Εμβολιασμός έναντι του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) .....	85
4.2.2.8 Εκπαιδευτική παρέμβαση για την πρόληψη καρκίνου του δέρματος .....	85
4.2.2.9 Εκπαιδευτική παρέμβαση για την πρόληψη της έναρξης του καπνίσματος .....	85
4.2.2.10 Προσυμπτωματικός έλεγχος για την παχυσαρκία .....	86
4.2.2.11 Προσυμπτωματικός έλεγχος για κατάθλιψη .....	86
4.2.3 Προληπτικές παρεμβάσεις για ηλικιωμένους .....	87
4.2.3.1 Εμβολιασμοί για την πρόληψη λοιμωδών νοσημάτων .....	87
4.2.3.2 Εκτίμηση καρδιαγγειακού κινδύνου .....	87
4.2.3.3 Προσυμπτωματικός έλεγχος για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής .....	88
4.2.3.4 Προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο του πνεύμονα .....	88
4.2.3.5 Προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο του παχέος εντέρου .....	88
4.2.3.6 Προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας .....	88
4.2.3.7 Προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο του μαστού .....	89
4.2.3.8 Προσυμπτωματικός έλεγχος για οστεοπόρωση .....	89
4.2.3.9 Παρεμβάσεις για την πρόληψη των πτώσεων στους ηλικιωμένους.....	90
Κεφάλαιο 5 .....	95
Ολοκληρωμένη φροντίδα για τους ηλικιωμένους.....	95
5.1 Γήρανση.....	96
5.2 Οι προκλήσεις στη διαχείριση των ηλικιωμένων.....	98
5.2.1 Γενική εκτίμηση των ηλικιωμένων .....	99
5.2.2 Η εκτίμηση της πρόγνωσης και του προσδόκιμου επιβίωσης κατά τη διαχείριση των ηλικιωμένων .....	100
5.2.3 Δημιουργώντας ένα πλάνο διαχείρισης για τον ηλικιωμένο ασθενή .....	101
5.3 Μοντέλα ολοκληρωμένης φροντίδας ηλικιωμένων .....	104
5.4 Οι πτώσεις στους ηλικιωμένους .....	105
5.4.1 Ενδογενείς παράγοντες πτώσεων στους ηλικιωμένους .....	106
5.4.2 Εξωγενείς παράγοντες πτώσεων στους ηλικιωμένους.....	106

5.4.3 Εκτίμηση του κινδύνου πτώσης στους ηλικιωμένους .....	108
Κεφάλαιο 6 .....	112
Διαγνωστική προσέγγιση στη γενική ιατρική .....	112
6.1 Τρόποι διαγνωστικής προσέγγισης.....	113
6.1.1. Σφάλματα κατά τη διαγνωστική προσέγγιση .....	113
6.2 Τα βήματα κατά τη διαγνωστική διαδικασία.....	114
6.2.1 Αρχική διάγνωση.....	116
6.2.1.1 Όταν ο γιατρός εντοπίζει ένα συγκεκριμένο διαγνωστικό σημείο.....	116
6.2.1.2 Όταν ο ασθενής προσδιορίζει την πιθανή διάγνωση .....	116
6.2.1.3 Όταν ο γιατρός βασίζεται στην αιτία για την οποία τον επισκέπτεται ο ασθενής.....	117
6.2.1.4 Όταν ο γιατρός αναγνωρίζει την κλινική εικόνα ενός νοσήματος.....	118
6.2.2 Διερεύνηση.....	118
6.2.2.1 Όταν ο γιατρός αποκλείει πιθανές διαγνώσεις .....	118
6.2.2.2 Όταν ο γιατρός διευκρινίζει τη διάγνωση με σταδιακή συλλογή πληροφοριών .....	120
6.2.2.3 Όταν ο γιατρός χρησιμοποιεί την πιθανολογική προσέγγιση .....	120
6.2.2.4 Όταν ο γιατρός επιβεβαιώνει ότι η κλινική εικόνα που αναγνωρίζει ταιριάζει με τη διάγνωση .....	122
6.2.2.5 Όταν ο γιατρός χρησιμοποιεί κλινικούς προγνωστικούς κανόνες .....	122
6.2.3 Τελική διάγνωση .....	124
6.2.3.1 Όταν ο γιατρός καταλήγει στην τελική διάγνωση με τη δοκιμή μιας θεραπείας .....	125
6.2.3.2 Όταν ο γιατρός χρησιμοποιεί το χρόνο ως διαγνωστικό εργαλείο .....	125
6.2.3.3 Όταν ο γιατρός ζητά επιπλέον εξετάσεις για να καταλήξει στην τελική διάγνωση .....	127
Κεφάλαιο 7 .....	134
Κατευθυντήριες οδηγίες στη γενική ιατρική .....	134
7.1 Κατευθυντήριες οδηγίες .....	135
7.1.1 Τεκμηριωμένη Ιατρική.....	135
7.1.2 Ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών.....	137
7.1.3 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των κατευθυντήριων οδηγιών .....	137
7.2 Φραγμοί στην εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών.....	139
7.3 Αναζήτηση κατευθυντήριων οδηγιών για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας .....	139
7.4 Αξιολόγηση κατευθυντήριων οδηγιών .....	140
7.4.1 Αξιολόγηση συστάσεων .....	141
7.5 Πώς γίνεται η εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών για συχνά οξέα και χρόνια προβλήματα στην πρωτοβάθμια φροντίδα.....	143

Κεφάλαιο 8.....	148
Διαχείριση ασθενών με πολλαπλά νοσήματα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.....	148
8.1 Έννοιες και ορισμοί που σχετίζονται με την πολλαπλή νοσηρότητα.....	149
8.2 Πλάνο διαχείρισης για ασθενείς με πολλαπλή νοσηρότητα.....	150
8.2.1 Θεραπείες και παρεμβάσεις για κάθε νόσημα.....	150
8.2.2 Προληπτικές παρεμβάσεις.....	153
8.2.3 Φροντίδα σε προχωρημένο στάδιο των νοσημάτων.....	154
8.2.4 Εκτίμηση και σεβασμός στους στόχους και τις προτιμήσεις του ασθενή.....	154
8.2.5 Εκπαίδευση του ασθενή με σκοπό την αυτοδιαχείριση της πολλαπλής νοσηρότητας.....	156
8.2.6 Εκτίμηση της ποιότητας ζωής.....	158
8.2.7 Ο ρόλος της πρόγνωσης για τον ασθενή με πολλαπλή νοσηρότητα στην επιλογή του πλάνου διαχείρισης.....	158
8.3 Μοντέλα ολοκληρωμένης φροντίδας.....	159
8.4 Εξατομίκευση της φροντίδας υγείας σε ασθενείς με πολλαπλή νοσηρότητα.....	159
Κεφάλαιο 9.....	170
Διαχείριση των ασθενών που λαμβάνουν πολλαπλά φάρμακα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.....	170
9.1 Το πρόβλημα της λήψης πολλαπλών φαρμάκων.....	171
Πρωτόκολλο μείωσης του αριθμού των φαρμάκων.....	171
9.2.1 Βήμα 1 <sup>ο</sup> : Ανασκόπηση των φαρμάκων.....	172
9.2.2 Βήμα 2 <sup>ο</sup> : Εκτίμηση του συνολικού κινδύνου πρόκλησης βλάβης στον ασθενή από τα φάρμακα που λαμβάνει.....	173
9.2.3 Βήμα 3 <sup>ο</sup> : Εκτίμηση της πιθανής ωφέλειας από τη λήψη κάθε φαρμάκου στο παρόν ή στο μέλλον, σε αντιδιαστολή με τον παρόντα ή τον μελλοντικό κίνδυνο βλάβης από τη λήψη του.....	174
9.2.4 Βήμα 4 <sup>ο</sup> : Τοποθέτηση των προς διακοπή φαρμάκων σε σειρά προτεραιότητας, βάσει του δείκτη ωφέλειας-βλάβης και της πιθανότητας εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών από την απότομη διακοπή τους.....	177
9.2.5 Βήμα 5 <sup>ο</sup> : Εφαρμογή πλάνου διακοπής ενός ή περισσότερων φαρμάκων και τακτική επανεκτίμηση του ασθενή για βελτίωση των εκβάσεων ή για εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών.....	177
9.3 Εφαρμογή του πρωτοκόλλου μείωσης του αριθμού των φαρμάκων.....	178
9.4 Εμπόδια στην προσπάθεια μείωσης των φαρμάκων.....	182
9.4.1 Προτεινόμενες λύσεις για τη μείωση των φαρμάκων.....	184
Κεφάλαιο 10.....	191
Παρηγορητική φροντίδα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.....	191
10.1 Παρηγορητική φροντίδα.....	192
10.1.1 Πορεία της κατάστασης των ασθενών τελικού σταδίου.....	193



10.1.2 Στόχοι της παρηγορητικής φροντίδας.....	193
10.2 Η συζήτηση για τη φροντίδα σε προχωρημένο στάδιο .....	195
10.3 Διαχείριση των συμπτωμάτων.....	196
10.3.1 Πόνος.....	196
10.3.2 Αδυναμία, κόπωση και ληθαργικότητα .....	197
10.3.3 Ναυτία και έμετος.....	197
10.3.4 Δυσκοιλιότητα.....	198
10.3.5 Ανορεξία .....	198
10.3.6 Ξηροστομία – στοματικά έλκη .....	199
10.3.7 Διάρροια.....	199
10.3.8 Βήχας και δύσπνοια .....	199
10.3.9 Κακοήθης ασκίτης .....	201
10.3.10 Αυξημένη ενδοκράνια πίεση.....	201
10.3.11 Δερματικά έλκη .....	201
10.3.12 Άγχος και κατάθλιψη.....	202
10.4 Επίπεδα παρηγορητικής φροντίδας.....	203
10.4.1 Η φροντίδα παρηγορητικής προσέγγισης.....	204
10.4.2 Η γενική παρηγορητική φροντίδα.....	204
10.4.3 Η εξειδικευμένη παρηγορητική φροντίδα.....	205

## Πίνακας συντομεύσεων-ακρωνύμια

AAFP	American Academy of Family Physicians
ACCF/AHA	American College of Cardiology Foundation/American Heart Association
ACGME	Accreditation Council for Graduate Medical Education
AGREE	The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
BMJ	British Medical Journal
DEXA	Dual Energy X-ray Absorptiometry
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV
EGPRN	European General Practice Research Network
FTs	Foundation Trusts
GFR	glomerular filtration rate
GPs	general practitioners
GRADE	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation system
HDL	high density lipoprotein
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HMOs	Health Maintenance Organizations
HPV	Human Papillomavirus Vaccination
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
INR	international normalized ratio
IOM	Institute of Medicine
LDL	low density lipoprotein
NHMRC	National Health and Medical Research Council
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Clinical Excellence
NIH	National Institutes of Health
NIVEL	Netherlands Institute for Health Services Research

NYHA	New York Heart Association Functional Classification
PCMH	Patient-Centered Medical Home
PCMH	Patient-Centered Medical Home
PCR	Polymerase Chain Reaction
PCTs	Primary Care Trusts
PHQ-9	Patient Health Questionnaire Brief
USPSTF	US Preventive Services Task Force
USPSTF	U.S. Preventive Services Task Force
WHO	World Health Organization
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians
ΔΥΠε	Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΠΕΔΥ	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
ΠεΣΥ	Περιφερειακό Σύστημα Υγείας
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

## Πρόλογος

Είναι ιδιαίτερη χαρά για μένα αλλά και συγκινησιακή στιγμή να προλογίσω το βιβλίο με τίτλο «ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΓΕΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ». Το ηλεκτρονικό αυτό βιβλίο που απευθύνεται στους φοιτητές της Ιατρικής έρχεται να προστεθεί ως επιστέγασμα στη μακρόχρονη προσπάθεια για να εγκριθεί και εδραιωθεί ως υποχρεωτικό το μάθημα της Γενικής Ιατρικής στο προπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών του Ιατρικού τμήματος του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Κυρίαρχη σκέψη αυτών που πρωτοστατήσαμε για την καθιέρωση του μαθήματος ήταν η ανάγκη του Έλληνα φοιτητή της Ιατρικής να γνωρίσει τη σπουδαία και μεγάλης χρησιμότητας για την Ελληνική κοινωνία και το Εθνικό Σύστημα Υγείας αυτή Ιατρική ειδικότητα, κατά τη διάρκεια των σπουδών του, προκειμένου να αποτελέσει την επιλογή του για τη σταδιοδρομία του στην Ιατρική και την προσφορά βοήθειας και αγάπης στον πάσχοντα άνθρωπο της Ελληνικής επικράτειας.

Συγχαίρω θερμά την Επίκουρη Καθηγήτρια της Γενικής Ιατρικής κ. Αθηνά Τατσιώνη για τις άοκνες προσπάθειες που τόσα χρόνια, σχεδόν μόνη, προσφέρει στην Ιατρική μας Σχολή στο αντικείμενό της και την εξαιρετική έκδοση αυτού του βιβλίου που συνέγραψε με τους άξιους συνεργάτες της.

Τέλος, πρέπει να σημειώσω ότι η μεγάλη βοήθεια και χρησιμότητα αυτού του συγγραφικού πονήματος για τον φοιτητή της Ιατρικής είναι εξασφαλισμένη τόσο από την επιλογή των κεφαλαίων αλλά και από την συμμετοχή του Καθηγητή κ. Χρήστου Λιονή, σπουδαίου μάχιμου Ιατρού αλλά και ιδεολογικού εκφραστή της Γενικής Ιατρικής.

Κων/νος Χ. Σιαμόπουλος  
Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας /Νεφρολογίας  
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

## Εισαγωγή

Το βιβλίο «Εισαγωγή στη Γενική Ιατρική» δημιουργήθηκε για να καλύψει τις ανάγκες του υποχρεωτικού προπτυχιακού μαθήματος «Γενική Ιατρική», το οποίο διδάσκεται στη 6ο έτος σπουδών του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Το μάθημα «Γενική Ιατρική» συμπεριλήφθηκε στο πρόγραμμα σπουδών για πρώτη φορά το ακαδημαϊκό έτος 2008-09, ύστερα από πρωτοβουλία και εισήγηση του Καθηγητή Παθολογίας /Νεφρολογίας κ. Σιαμόπουλου. Ο Καθηγητής κ. Κωνσταντίνος Σιαμόπουλος αναγνώρισε την αναγκαιότητα εισαγωγής του αντικειμένου της Γενικής Ιατρικής στο πρόγραμμα σπουδών έχοντας ήδη την εμπειρία του συντονισμού των ειδικευομένων Γενικής Ιατρικής ως Συντονιστής Εκπαίδευσης Ειδικευομένων Γενικής Ιατρικής Ηπείρου. Ήταν υπεύθυνος για το μάθημα «Γενική Ιατρική» μέχρι το Σεπτέμβριο του 2013. Υποστήριξε με θέρμη και συνεχίζει να υποστηρίζει από τη θέση του Ομότιμου Καθηγητή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων την ακαδημαϊκή Γενική Ιατρική.

Η Γενική Ιατρική αποτελεί την ειδικότητα που κατεξοχήν στηρίζει την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ). Ο ρόλος του γενικού γιατρού αναδεικνύεται κυρίως σε χώρες που διαθέτουν ένα οργανωμένο και δομημένο σύστημα ΠΦΥ. Σε ένα τέτοιο σύστημα υγείας, η ΠΦΥ αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο. Οι γιατροί της ΠΦΥ –κυρίως γιατροί που έχουν αποκτήσει την ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής- είναι οι οικογενειακοί γιατροί, οι οποίοι αποτελούν και το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας της χώρας. Ο οικογενειακός γιατρός σε ένα σύστημα με οργανωμένη ΠΦΥ παρέχει υπηρεσίες στα μέλη του πληθυσμού ευθύνης του. Η φροντίδα που παρέχει είναι συνεχής, μακροχρόνια και περιλαμβάνει τη διαχείριση των οξέων και χρόνιων προβλημάτων υγείας του πληθυσμού καθώς και την πρόληψη ασθενειών ή των επιπλοκών τους. Ο οικογενειακός γιατρός συντονίζει τις υπηρεσίες που παρέχει ο ίδιος με τις υπηρεσίες των υπολοίπων επαγγελματιών στο χώρο της ΠΦΥ καθώς και των άλλων επιπέδων φροντίδας. Η φροντίδα που παρέχει είναι εστιασμένη στον ασθενή και την οικογένειά του. Οι λύσεις που προτείνει στον ασθενή βασίζονται σε τεκμήρια και ταυτόχρονα λαμβάνουν υπόψη τις προτεραιότητες, τις πεποιθήσεις και τις προσδοκίες του ασθενή. Τα μοντέλα ολοκληρωμένης φροντίδας αναπτύσσονται διεθνώς με στόχο να καλύψουν τις ανάγκες της ΠΦΥ ενσωματώνοντας όλες τις παραπάνω αρχές. Τα μοντέλα αυτά διαφέρουν ανάλογα με τη χώρα και τον πληθυσμό και αξιολογούνται τόσο για τη δυνατότητα εφαρμογής τους όσο και για τα αποτελέσματα που προσφέρουν και το κόστος που έχουν. Αν και η αναγκαιότητα της ΠΦΥ είναι παγκοσμίως αποδεκτή η ανάπτυξη και η αποτελεσματικότητα των μοντέλων εφαρμογής ενός συστήματος ΠΦΥ μεταβάλλεται από περιοχή σε περιοχή και αποτελεί αντικείμενο έρευνας με ιδιαίτερο ενδιαφέρον.

Το παρόν σύγγραμμα προσπαθεί να αναδείξει το ρόλο του γενικού γιατρού σε ένα οργανωμένο σύστημα ΠΦΥ παρουσιάζοντας το βασικό θεωρητικό υπόβαθρο σε συνδυασμό με μία σειρά κλινικών σεναρίων που διευκρινίζουν την πρακτική εφαρμογή της Γενικής Ιατρικής. Αναγνωρίζοντας ότι η Ελλάδα είναι ίσως η μοναδική χώρα στην Ευρώπη που δεν έχει ακόμη ένα οργανωμένο σύστημα ΠΦΥ, το βιβλίο αυτό θα μπορούσε να αποτελέσει ουσιαστικό βοήθημα για τους προπτυχιακούς φοιτητές στη διαμόρφωση της εικόνας που έχουν για τη Γενική Ιατρική. Μέσα από τα κλινικά σενάρια, τη διαδραστική μορφή ερωτήσεων και τα κριτήρια αξιολόγησης, το ηλεκτρονικό αυτό σύγγραμμα θα προσπαθήσει να δώσει ερεθίσματα στους προπτυχιακούς φοιτητές ώστε να αναγνωρίσουν τις ιδιαιτερότητες της Γενικής Ιατρικής και να εντοπίσουν τα χαρακτηριστικά της. Θα πρέπει να τονιστεί ότι η μελέτη του βιβλίου θα εμπλουτίζεται από την κλινική εμπειρία των φοιτητών κατά τη διάρκεια της κλινικής άσκησης τους στη Γενική Ιατρική καθώς και από την παρουσίαση επιπλέον κλινικών σεναρίων από τους διδάσκοντες.

Το βιβλίο «Εισαγωγή στη Γενική Ιατρική» περιλαμβάνει 10 κεφάλαια. Το Κεφάλαιο 1 «Έννοιες και αρχές για τη Γενική Ιατρική» αναφέρεται στον ορισμό και την ανάλυση όρων που είναι συνυφασμένοι με την άσκηση της Γενικής Ιατρικής και την ΠΦΥ, όπως η συνέχιση στη φροντίδα, η μακροχρόνια φροντίδα, η ολιστική προσέγγιση και η προσωποκεντρική φροντίδα, που περιγράφεται πιο αναλυτικά στο επόμενο κεφάλαιο. Το Κεφάλαιο 2 «Φροντίδα επικεντρωμένη στον ασθενή» εστιάζει στον τρόπο προσέγγισης και τις δεξιότητες επικοινωνίας που χρειάζεται ο γενικός γιατρός ώστε να παρέχει φροντίδα που επικεντρώνεται στον ασθενή και την οικογένειά του. Το Κεφάλαιο 3 «Ανακοίνωση της διάγνωσης ενός σοβαρού νοσήματος – Ανακοίνωση θανάτου» περιγράφει τις δεξιότητες επικοινωνίας που χρειάζεται ο γενικός γιατρός για να ανοιγώνει δυσάρεστες ειδήσεις στον ασθενή και την οικογένειά του. Το Κεφάλαιο 4 «Προληπτική φροντίδα σε εφήβους και ενηλίκους» παρουσιάζει τις προληπτικές παρεμβάσεις για τις οποίες υπάρχει τεκμηριωμένο όφελος ώστε να παρέχονται στο γενικό πληθυσμό ανάλογα με την ηλικία και το φύλο. Το Κεφάλαιο 5

«Ολοκληρωμένη φροντίδα για τους ηλικιωμένους» αναφέρεται στο σύνδρομο ευαλωτότητας και τις ιδιαιτερότητες που υπάρχουν όταν ο γενικός γιατρός παρέχει φροντίδα σε ηλικιωμένους ασθενείς. Εστιάζει στα προβλήματα που είναι πιο συχνά στους ηλικιωμένους και τα οποία ο γενικός γιατρός οφείλει να ελέγχει. Τέλος, παρουσιάζει τα μοντέλα ολοκληρωμένης φροντίδας ως προτεινόμενο τρόπο διαχείρισης των ηλικιωμένων ασθενών. Το Κεφάλαιο 6 «Διαγνωστική προσέγγιση στη Γενική Ιατρική» περιγράφει τους τρόπους που χρησιμοποιεί ο γενικός γιατρός για να θέτει την αρχική διάγνωση, να τη διερευνά και να καταλήγει στην τελική διάγνωση. Οι τρόποι προσέγγισης παρουσιάζονται με ταυτόχρονη αναφορά στο επίπεδο τεκμηρίωσής τους από τη βιβλιογραφία. Το Κεφάλαιο 7 «Κατευθυντήριες οδηγίες στη Γενική Ιατρική» αναφέρεται στον τρόπο ανάπτυξης των κατευθυντήριων οδηγιών και την αξιολόγηση της εγκυρότητάς τους. Εστιάζει σε κατευθυντήριες οδηγίες που έχουν δημιουργηθεί για τη Γενική Ιατρική και ασχολείται με τα εμπόδια στην εφαρμογή τους κατά την καθημερινή κλινική πράξη. Το Κεφάλαιο 8 «Διαχείριση ασθενών με πολλαπλά νοσήματα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας» περιγράφει τις ιδιαιτερότητες της διαχείρισης ασθενών με πολλαπλή νοσηρότητα στην ΠΦΥ. Εστιάζει στην ελλειψη κατευθυντήριων οδηγιών για την κατηγορία αυτή των ασθενών και παρουσιάζει τα μοντέλα ολοκληρωμένης φροντίδας ως προτεινόμενο τρόπο διαχείρισης των ασθενών με πολλαπλή νοσηρότητα. Το Κεφάλαιο 9 «Διαχείριση των ασθενών που λαμβάνουν πολλαπλά φάρμακα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας» προτείνει τον τρόπο ανασκόπησης των φαρμάκων για τους ασθενείς που λαμβάνουν πολλαπλά φάρμακα με σκοπό την εκτίμηση της συμμόρφωσης και της εμφάνισης πιθανών επιπλοκών. Συζητά τον τρόπο διακοπής φαρμάκων που δεν προσφέρουν ωφέλεια στον ασθενή και την προσθήκη εκείνων των φαρμάκων που τεκμηριωμένα θα βοηθήσουν τον ασθενή. Τέλος, το Κεφάλαιο 10 «Παρηγορητική φροντίδα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας» περιγράφει τη φροντίδα που πρέπει να παρέχει ο γενικός γιατρός σε ασθενείς με νόσο τελικού σταδίου. Εστιάζει στις δεξιότητες επικοινωνίας που οφείλει ο γενικός γιατρός να αποκτήσει για να συζητήσει τα θέματα που σχετίζονται με το τελικό στάδιο των νοσημάτων που οδηγούν στο θάνατο. Ακόμη, τονίζει την ανάγκη συνεργασίας του γενικού γιατρού με άλλους επαγγελματίες καθώς και με γιατρούς άλλων ειδικοτήτων.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ειλικρινά όλους τους συντελεστές αυτού του βιβλίου και ιδιαίτερα τους συν-συγγραφείς κ. Βασίλειο Καραθάνο και κ. Αριστέα Μίσσιου για την συνεχή προπάθειά τους όλους τους μήνες συγγραφής του εγχειριδίου καθώς και τον κριτικό αναγνώστη Καθηγητή κ. Χρήστο Λιονή για τα ουσιαστικά του σχόλια που βοήθησαν στην ολοκληρωμένη παρουσίαση του περιεχομένου του βιβλίου. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους διδάσκοντες που συνέβαλαν από το ακαδημαϊκό έτος 2008-09 μέχρι και σήμερα στη διδασκαλία του μαθήματος καθώς και του φοιτητές, οι οποίοι με τα σχόλια και την κριτική τους βοήθησαν στην προσαρμογή της παρουσίασης του περιεχομένου ώστε να γίνεται καλύτερα κατανοητό και περισσότερο εύχρηστο για τους ίδιους.

Αθηνά Τατσιώνη  
Επίκουρη Καθηγήτρια Γενικής Ιατρικής  
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων  
Υπεύθυνη του Μαθήματος «Γενική Ιατρική»

# Κεφάλαιο 1

## Έννοιες και αρχές για τη γενική ιατρική

B. Καραθάνος και Α. Τατσιώνη

### Σύνοψη

Η Γενική Οικογενειακή Ιατρική (General Practice ή Family Medicine) είναι μια ιατρική ειδικότητα με πολυετή ιστορία στις προηγμένες χώρες αλλά σχετικά πρόσφατη στην Ελλάδα. Από τη Διακήρυξη της Alma-Ata (1978) για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) μέχρι το 2008 και το πλαίσιο που πρότεινε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, διάφορα συστήματα υγείας, τα οποία βασίστηκαν στην ΠΦΥ, αναπτύχθηκαν σε όλα τα κράτη. Ο ρόλος της Γενικής Ιατρικής στην ΠΦΥ με την παροχή ολοκληρωμένης και συνεχούς φροντίδας στην κοινότητα, εστιασμένης στον άνθρωπο, αποτέλεσε τη βάση για την προσπάθεια παροχής αριότερων υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες. Η δημιουργία και η ανάπτυξη της ΠΦΥ στη χώρα μας φαίνεται να υστερεί αρκετά σε σχέση με χώρες που διαθέτουν συστήματα υγείας στα οποία ο ακρογωνιαίος λίθος είναι η ΠΦΥ.

**Προαπαιτούμενη γνώση:** συστήματα υγείας

## 1. Η έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Η Διακήρυξη της Alma-Ata (1978) για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) (Primary care ή Primary Health Care), που υιοθετήθηκε από το σύνολο των κρατών-μελών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και της UNICEF, αποτελεί σταθμό στην ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας. Στη Διεθνή Διάσκεψη στο πλαίσιο της οποίας διατυπώθηκε η Διακήρυξη συμμετείχαν 134 έθνη, τα οποία έθεσαν ως παγκόσμια στρατηγική το «Υγεία για Όλους μέχρι το Έτος 2000», που περιελάμβανε την καταπολέμηση των ανισοτήτων στην υγεία, την ικανοποίηση των αναγκών υγείας μέσω της πρόληψης, της θεραπείας και της αποκατάστασης, την οριζόντια και ολοκληρωμένη οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, καθώς και τη συμμετοχή της κοινότητας στη λήψη των αποφάσεων για την υγεία. Ως μέθοδος επίτευξης αυτού του στόχου ορίστηκε η ΠΦΥ. Θεμελιώδης αρχή της ΠΦΥ είναι η προσέγγιση της υγείας ως κοινωνικού δικαιώματος, αρχή η οποία καθορίζει ως βασική υποχρέωση την ενιαία και συνεχή κάλυψη όλων των πολιτών, ανεξάρτητα από τα κοινωνικά, οικονομικά, θρησκευτικά ή φυλετικά χαρακτηριστικά τους. Με τη Διακήρυξη της Alma-Ata αναδείχθηκε η σημασία της πρόληψης και της αγωγής υγείας, στοιχεία που, σε συνδυασμό με την ενεργό συμμετοχή του πολίτη και της κοινότητας στην αντιμετώπιση της νόσου και στη βελτίωση ή τη διατήρηση της υγείας μέσα από μια συντονισμένη διατομεακή δράση, αποτέλεσαν την πυξίδα για τον επαναπροσανατολισμό των συστημάτων υγείας πολλών χωρών (World Health Organisation, 1978). Το 2008 ο ΠΟΥ πρότεινε ξανά την ΠΦΥ ως το πλαίσιο εκείνο που μπορεί να συμβάλει στην προαγωγή της υγείας και την πρόληψη, και να συνδυάσει τη θεραπεία με τη φροντίδα με έναν ασφαλή, αποτελεσματικό και κοινωνικά αποδεκτό τρόπο, αποτελώντας τον φορέα αλληλεπίδρασης μεταξύ του πληθυσμού και του συστήματος υγείας (World Health Organisation, 2008).

### 1.1. Η ΠΦΥ στα διάφορα συστήματα υγείας

Η δομή του συστήματος υγείας αντικατοπτρίζει την ίδια τη φιλοσοφία του συστήματος κοινωνικής προστασίας αναφορικά με τον τρόπο κάλυψης των κοινωνικών αναγκών του πληθυσμού. Η δομή ενός συστήματος υγείας προσδιορίζεται με βάση το πώς καλύπτονται οι πολίτες απέναντι στον κοινωνικό κίνδυνο της ασθένειας-αρρώστιας, του ατυχήματος και της ανικανότητας. Αν η κάλυψη των κοινωνικών αναγκών γίνεται από το κράτος με άξονα αναφοράς την εργασία (δηλαδή καλύπτονται κυρίως οι εργαζόμενοι), τότε πρόκειται για ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (τύπου Bismark). Αν η κάλυψη των κοινωνικών αναγκών γίνεται από το κράτος και αφορά όλους τους πολίτες στη βάση της λογικής δικαιωμάτων-υποχρεώσεων μεταξύ πολιτών και κράτους, τότε πρόκειται για ένα εθνικό σύστημα υγείας (τύπου Beveridge). Αν ο ρόλος του κράτους στην κάλυψη των κοινωνικών αναγκών στηρίζεται κυρίως στον έλεγχο και στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών μόνο σε ομάδες ατόμων που δεν μπορούν να προμηθευτούν αυτές τις υπηρεσίες από την αγορά, τότε πρόκειται για το φιλελεύθερο σύστημα υγείας, όπου κυριαρχεί η ιδιωτική ασφάλιση υγείας (Goerke, 2000).

#### 1.1.1 Η ΠΦΥ στην Ελλάδα

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μικτό και βασίζεται, κατά κύριο λόγο, στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση. Το ελληνικό σύστημα χαρακτηρίζεται ως μικτό, γιατί ένα μέρος της χρηματοδότησής του προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές και ένα άλλο μέρος (κυρίως στο επίπεδο της νοσοκομειακής περίθαλψης) από τη φορολογία. Επίσης, υπάρχει αυξημένη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα τόσο στην παροχή όσο και στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας (Αδαμακίδου, 2008).

Η ψήφιση του Νόμου 1397/1983 «Περί Εθνικού Συστήματος Υγείας» αποτέλεσε τη σημαντικότερη τομή στο ελληνικό σύστημα υγείας μεταπολεμικά. Ουσιαστικά, με τον νόμο αυτόν επιχειρήθηκε η εγκαθίδρυση και η ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα, μια προσπάθεια που σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες είχε ήδη ξεκινήσει πολλά χρόνια πριν. Το 1985 άρχισε η υλοποίηση των διατάξεων του Ν. 1397/1983 για την ΠΦΥ με τη δημιουργία των κέντρων υγείας. Ωστόσο, ενώ προβλεπόταν η κάλυψη των αναγκών τόσο του αγροτικού όσο και του αστικού πληθυσμού, κέντρα υγείας αστικού τύπου δεν συστάθηκαν. Στα επόμενα



χρόνια έγιναν πολλές μεταρρυθμιστικές προσπάθειες: Με τον Ν. 2071/1992, τα κέντρα υγείας ανεξαρτητοποιήθηκαν διοικητικά και οικονομικά από τα νοσοκομεία και υπήχθησαν στις νομαρχίες. Όμως, με τον Ν. 2194/1994, τα κέντρα υγείας συνδέθηκαν και πάλι με τα νοσοκομεία, χωρίς να έχουν αυτόνομο προϋπολογισμό. Με τον ίδιο νόμο, τα περιφερειακά ιατρεία υπήχθησαν στα κέντρα υγείας και λειτουργούν ως αποκεντρωμένες μονάδες αυτών.

Σημαντικές ρυθμίσεις για την ΠΦΥ προέβλεπε ο Ν. 2519/1997 με τη διαμόρφωση δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, δηλαδή με τον συντονισμό των κέντρων υγείας, των περιφερειακών ιατρείων και των πολυϊατρείων των ασφαλιστικών οργανισμών σε ένα ενιαίο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών υγείας. Ο Νόμος 2889/2001 εισήγαγε την περιφερειακή συγκρότηση του συστήματος υγείας. Η χώρα διαιρέθηκε σε 17 υγειονομικές περιφέρειες και τα κέντρα υγείας (όπως, επίσης, και τα νοσοκομεία) υπήχθησαν ως ανεξάρτητες διοικητικές και κλινικές ομάδες στο Περιφερειακό Σύστημα Υγείας (ΠεΣΥ) κάθε περιφέρειας. Στις προθέσεις του Υπουργείου Υγείας ήταν η άμεση, μέχρι το 2002, ψήφιση νόμου για την ΠΦΥ, κάτι που, ωστόσο, καθυστέρησε μέχρι το 2004, οπότε ψηφίστηκε ο Νόμος 3235/2004. Τέλος, ο Νόμος 4238/2014/ΦΕΚ 38 Α εισάγει την έννοια του γενικού οικογενειακού γιατρού, τις παροχές ΠΦΥ μέσω των δομών του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ), καθώς και τον σχεδιασμό, την ανάπτυξη και την αξιολόγηση υπηρεσιών ΠΦΥ από τις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (ΔΥΠε). Τα κύρια σημεία μεταρρύθμισης της ΠΦΥ στην Ελλάδα φαίνονται στους Πίνακες 1.1 και 1.2.

Αν και η ανάπτυξη της ΠΦΥ στην Ελλάδα συζητείται εδώ και πολλά χρόνια, τα βήματα που έχουν γίνει προς αυτήν την κατεύθυνση δεν είναι ακόμη αρκετά. Ο γενικός οικογενειακός γιατρός ακόμη αναζητά τον κεντρικό ρόλο που οφείλει να παίζει στον συντονισμό και την καθοδήγηση της ΠΦΥ, η οποία παραμένει κατακεραματισμένη (Lionis et al., 2009). Η ανάπτυξη κλινικών εργαλείων και κατευθυντήριων οδηγιών για την ΠΦΥ υπολείπεται στην Ελλάδα (Lionis, 2014). Αυτή η πολύ χαμηλή απόδοση της Ελλάδας στον τομέα της ΠΦΥ αντανακλάται και σε συγκριτικές μελέτες μεταξύ των ευρωπαϊκών κρατών, στις οποίες αξιολογείται η ποιότητα και η αποδοτικότητα της ΠΦΥ (Kringos et al., 2013).

Νόμος	Τομείς	Κύρια σημεία
1397/1983	Ίδρυση Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) και ΠΦΥ	-εγκαθίδρυση ΠΦΥ -κέντρα υγείας -κράτος πρόνοιας
2071/1992	Εισαγωγή ιδιωτικών φορέων	-διοικητική και οικονομική ένταξη κέντρων υγείας από τα νοσοκομεία στις νομαρχίες
2194/1994	Ρόλος ΠΦΥ	-τα κέντρα υγείας συνδέθηκαν και πάλι με τα νοσοκομεία -μη δυνατότητα αυτόνομου προϋπολογισμού
2519/1997	Δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας	-περιφερειακά ιατρεία -πολυϊατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών
2889/2001	Περιφερειακή συγκρότηση του ΕΣΥ	-17 υγειονομικές περιφέρειες
4238/2014/ΦΕΚ 38 Α	Γενικός οικογενειακός γιατρός	-Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ) -σχεδιασμός, ανάπτυξη και αξιολόγηση υπηρεσιών ΠΦΥ στις Διοικήσεις Υγειονομικών

		Περιφερειών (ΔΥΠε)
--	--	--------------------

**Πίνακας 1.1** Νομοθεσία και κύρια σημεία μεταρρύθμισης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) για την Ελλάδα.  
(Πηγή: <http://www.et.gr/>)

ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΝΟΜΩΝ	ΣΤΟΧΟΣ
N. 1471/84/ΦΕΚ 112 Α΄	Για τη ρύθμιση θεμάτων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, αγροτικών ιατρείων και υγειονομικών σταθμών και άλλων συναφών διατάξεων
N. 1759/88/ΦΕΚ 50 Α΄	Ασφαλιστική κάλυψη ανασφάλιστων ομάδων, βελτίωση της κοινωνικοασφαλιστικής προστασίας και άλλες διατάξεις
N. 1963/91/ΦΕΚ 138 Α΄	Τροποποίηση και συμπλήρωση των διατάξεων της φαρμακευτικής νομοθεσίας και άλλες διατάξεις
N. 2345/95/ΦΕΚ 213 Α΄	Οργανωμένες υπηρεσίες παροχής προστασίας από φορείς κοινωνικής πρόνοιας και άλλες διατάξεις
N. 2646/98/ΦΕΚ 236 Α΄	Ανάπτυξη Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις
N. 2955/01/ΦΕΚ 256 Α΄	Προμήθειες νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας (ΠεΣΥ) και άλλες διατάξεις
N. 3106/03/ΦΕΚ 30 Α΄	Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις
N. 3172/03/ΦΕΚ 197 Α΄	Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις
N. 3209/03/ΦΕΚ 304 Α΄	Ρυθμίσεις θεμάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας
N. 3329/05/ΦΕΚ 81 Α΄	Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις
N. 3370/05/ΦΕΚ 176 Α	Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις

**Πίνακας 1.2** Νομοθεσία για το ελληνικό σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) — δευτερεύουσες διατάξεις.

## 1.1.2 Παραδείγματα οργάνωσης της ΠΦΥ στην Ευρώπη και τη Β. Αμερική

### 1.1.2.1 Ηνωμένο Βασίλειο

Το Βρετανικό Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης, γνωστό και ως μοντέλο Beveridge, αποτελεί τον πιο γνωστό διεθνώς εκπρόσωπο των δημόσιων εθνικών συστημάτων υγείας· ήταν για πολλές δεκαετίες, και σε κάποιον βαθμό παραμένει και σήμερα, ένα μοντέλο-υπόδειγμα για αρκετά υγειονομικά συστήματα και ενέπνευσε αρκετές μεταρρυθμιστικές προσπάθειες σε διάφορες χώρες, έστω και αν τα τελευταία χρόνια έχει απολέσει μέρος από την παλιά του αίγλη.

Το εν λόγω σύστημα διέπεται από τις αρχές της κοινωνικής αλληλεγγύης, της υποχρεωτικής συμμετοχής, της ισότιμης και καθολικής κάλυψης, και της έντονης κρατικής δράσης και παρέμβασης.

Διαπνέεται από τη φιλοσοφία του κρατικού παρεμβατισμού, όπου το κράτος αναλαμβάνει την παροχή υπηρεσιών υγείας προς όλους τους πολίτες, έχοντας ως κύρια πηγή χρηματοδότησης τα έσοδα από τη φορολογία. Δύο είναι τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά του: δομές δημόσιου χαρακτήρα και χρηματοδότηση μέσω του κρατικού προϋπολογισμού (Tountas et al., 2011).

Η μεγάλη, όμως, αλλαγή έγινε τη δεκαετία του '90 με τον σαφή διαχωρισμό μεταξύ αγοραστών και προμηθευτών (purchaser-provider split), τη δημιουργία της εσωτερικής αγοράς και την εισαγωγή του ανταγωνισμού στο σύστημα. Σταδιακά εισάγονται σημαντικές αλλαγές, όπως οι οικογενειακοί γιατροί (general practitioners, GPs), που έχουν πλέον τον δικό τους προϋπολογισμό (GP fundholders), και μαζί με τις περιφερειακές υγειονομικές αρχές (District Health Authorities) συμβάλλονται με τους προμηθευτές για να καλύψουν τις ανάγκες υγείας των δικαιούχων. Το σύστημα ΠΦΥ αυτήν την περίοδο υπηρετείται από περίπου 40.000 γενικούς γιατρούς (ή περί τις 36.000 σε ισοδύναμο πλήρους απασχόλησης) με μέσο όρο περί τους 1.500 ασθενείς ανά γιατρό. Περίπου το 60% των αποζημιώσεων προς τους γιατρούς ΠΦΥ καλύπτει λειτουργικά έξοδα των ιατρείων τους (World Health Organization, 1999).

Από το 1997 ξεκίνησε ένα άλλο κύμα μεταρρυθμίσεων που άλλαξε και πάλι την αρχιτεκτονική του συστήματος. Στις σημαντικότερες αλλαγές περιλαμβάνονται:

α) η δημιουργία των Primary Care Trusts (PCTs), που αναλαμβάνουν τον ρόλο διασφάλισης της φροντίδας υγείας σε περιφερειακό επίπεδο, και

β) η εισαγωγή νέων μορφών προμηθευτών, τα Foundation Trusts (FTs), με σημαντική διοικητική και οικονομική αυτονομία (Lister, 2008).

Στο νέο αυτό περιβάλλον υπάρχει μεγαλύτερη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στην παροχή υπηρεσιών υγείας που καλύπτονται και χρηματοδοτούνται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (National Health Service, NHS). Σήμερα είναι ένας από τους μεγαλύτερους εργοδότες στον κόσμο με περίπου 1,4 εκατομμύριο υπαλλήλους (χωρίς να είναι όλοι πλήρους απασχόλησης) που καλύπτει το σύνολο του πληθυσμού, ήτοι περί τα 52 εκατομμύρια, και έχει ετήσιο προϋπολογισμό πάνω από 100 δισεκατομμύρια λίρες, με τις δαπάνες σε πραγματικές τιμές να αυξάνονται μεταξύ του 2000 και του 2011 κατά περισσότερο από 5% κατ' έτος και να φτάνουν πλέον το 8,7% του ΑΕΠ, κάτι που οφείλεται και στον γηράσκοντα πληθυσμό (Ward, Noyce, & St Leger, 2004).

### 1.1.2.2 Σουηδία

Το σύστημα υγείας στη χώρα αυτή αποτελεί σημαντικό μέρος του κράτους πρόνοιας· στηρίζεται στην αρχή ότι όλοι οι πολίτες, ανεξάρτητα από την κοινωνικο-οικονομική τους κατάσταση, δικαιούνται ισότιμη κάλυψη των αναγκών τους. Η Σουηδία έχει ένα καλά αναπτυγμένο πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας, που το χαρακτηρίζει η εγγύτητα, η προσβασιμότητα, η ποιότητα, η συνοχή και η ασφάλεια (Anell, Rosen, & Hjortsberg, 1997 · The Technical Steering Committee, 2009).

Η ΠΦΥ, ως τμήμα του ευρύτερου συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, αποτελεί την πύλη εισόδου οποιουδήποτε ασθενή στο σύστημα. Ταυτόχρονα, συνιστά κρίσιμο μέγεθος για το σύστημα και διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διασφάλιση της υγείας του γενικού πληθυσμού (Starfield, Shi, & Macinko, 2005).

Στον Πίνακα 1.3 καταγράφονται οι αναλογούντες γιατροί ανά χίλιους κατοίκους. Η εικόνα αφορά το σύνολο της χώρας· ωστόσο, επισημαίνεται ότι ενδέχεται να υπάρχουν σχετικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των 21 περιφερειών της χώρας. Στην περίπτωση της Σουηδίας, όπως και σε άλλες χώρες, η συγκέντρωση του πληθυσμού στα αστικά κέντρα, καθιστά αυτόν τον πληθυσμό σχετικά προνομιούχο σε σύγκριση με τους κατοίκους των γεωγραφικά απομονωμένων περιοχών της χώρας. Το σημαντικό μέγεθος που ενδιαφέρει εδώ είναι οι γενικοί γιατροί, ο αριθμός των οποίων, παρότι έχει αυξηθεί σε σχέση με το 2000, όπου ο λόγος ανά 1.000 κατοίκους ήταν 0,53, παραμένει ακόμη χαμηλός. Ο θεσμός των γενικών γιατρών φαίνεται να μην έχει ανταποκριθεί στις αρχικές προβλέψεις και διατυπώνεται σχετική επιφυλακτικότητα για την επιτυχία του (Schoen, Osborn, et al., 2006). Ο ρόλος των γενικών γιατρών ως πύλης ελέγχου του συστήματος υγείας δεν έχει αποδώσει τα αναμενόμενα και, αναφορικά με την ΠΦΥ, φαίνεται ότι ο ρόλος των νοσοκομείων παραμένει σημαντικός (Davis, Abrams, & Stremikis, 2011).

Ειδικότητα	Ανά 1.000 κατοίκους	Πλήθος (στοιχεία 2009)
Γενικοί Γιατροί	0,63	5.879
Παιδιάτροι	0,10	965
Μαιευτήρες/ Γυναικολόγοι	0,15	1.370
Ψυχίατροι	0,21	1.990
Άλλες ειδικότητες	0,14	7.043

**Πίνακας 1.3** Ειδικότητες γιατρών στη Σουηδία ανά 1.000 κατοίκους (με βάση τον ΟΟΣΑ για το 2010).

### 1.1.2.3 Καναδάς

Το σύστημα υγείας στον Καναδά ανήκει στο μοντέλο του εθνικού συστήματος υγείας (ή τύπου Beveridge). Η παροχή υπηρεσιών υγείας γίνεται στη βάση των 12 περιφερειακών αρχών, καθεμία εκ των οποίων έχει δικό της πρόγραμμα υγείας και δική της μέθοδο τιμολόγησης των υπηρεσιών. Η χρηματοδότηση του εθνικού συστήματος στηρίζεται κυρίως στη γενική φορολογία, που ανέρχεται περίπου στο 90% της συνολικής χρηματοδότησης. Οι υπόλοιποι πόροι προέρχονται από την ιδιωτική ασφάλιση και από εργοδότες, και αφορούν πρόσθετες παροχές.

Ο Καναδάς είναι μία από τις πρώτες χώρες που ανέπτυξαν δίκτυα πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής περίθαλψης. Τα νοσοκομεία, στην πλειονότητά τους, είναι μη κερδοσκοπικά ιδρύματα και χρηματοδοτούνται από τις τοπικές αρχές στη βάση σφαιρικών προϋπολογισμών. Η ΠΦΥ παρέχεται, κυρίως, από γενικούς και οικογενειακούς γιατρούς που, στην πλειονότητά τους, εργάζονται στο δημόσιο. Οι γιατροί αμείβονται κατά πράξη από τις τοπικές αρχές (Hanning, 1996).

### 1.1.2.4 Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ)

Το αμερικανικό σύστημα υγείας είναι το αντιπροσωπευτικότερο του «φιλελεύθερου μοντέλου – ιδιωτικής ασφάλισης»: πρόκειται για ένα πολύπλοκο σύστημα υγείας το οποίο λειτουργεί με βάση τους νόμους της αγοράς. Η παρέμβαση του κράτους είναι περιορισμένη και αφορά, κυρίως, τον καθορισμό του πλαισίου αρχών και κανόνων λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας, οι πάροχοι των οποίων είναι στην πλειονότητά τους ιδιωτικοί φορείς.

Το σύστημα υγείας στις ΗΠΑ βασίζεται στους Οργανισμούς Διατήρησης της Υγείας (Health Maintenance Organizations, HMOs), οι οποίοι συνδυάζουν μεγάλες ομάδες ιατρικού προσωπικού και συμβόλαια με εργοδότες για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε μεγάλες ομάδες εργαζομένων, σε ένα πλαίσιο προπληρωμένων υπηρεσιών από νοσοκομεία, κλινικές και ιατρεία (Hutchison, Levesque, Strumpf, & Coyle, 2011· Toth, 2010). Το πρόγραμμα Medicaid χρηματοδοτείται από κοινού από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση και τις πολιτείες. Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση χρηματοδοτεί τις πολιτείες με ένα συγκεκριμένο ποσοστό, το οποίο διαμορφώνεται με βάση το κατά κεφαλήν εισόδημα. Κάθε πολιτεία είτε πληρώνει απευθείας για τις προσφερόμενες υπηρεσίες με βάση τις τιμές της αγοράς είτε συνάπτει συμβόλαιο με οργανισμούς που διαθέτουν δίκτυα παροχής υπηρεσιών υγείας και πληρώνει σταθερό μηνιαίο αντίτιμο με βάση τη μέση αναμενόμενη χρήση, την ηλικία, το φύλο, τη φυλή, τον τύπο απασχόλησης, τον τόπο διαμονής και το ιατρικό ιστορικό. Η περίθαλψη των ανασφάλιστων συχνά προσφέρεται ως φιλανθρωπία. Οι ΗΠΑ διαθέτουν ένα βασικό δημόσιο σύστημα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης· ωστόσο, ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα, τόσο στην ασφάλιση υγείας όσο και στην παροχή υπηρεσιών υγείας, είναι κυρίαρχος. Η ανάπτυξη και η παραγωγή φαρμάκων, νοσηλευτικού υλικού και ιατρικών συσκευών γίνεται από τον ιδιωτικό τομέα. Στις ΗΠΑ δεν υπάρχει συνταγματικό δικαίωμα για καθολική πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας· ο όρος ΠΦΥ δεν είναι ευρέως διαδεδομένος στον γενικό πληθυσμό των ΗΠΑ. Στην ΠΦΥ περιλαμβάνονται οικογενειακοί γιατροί (family physicians) και άλλοι επαγγελματίες υγείας που δουλεύουν μαζί τους, οι οποίοι παρέχουν υπηρεσίες υγείας σε

ασθενείς όλων των ηλικιών και καλύπτουν σχεδόν ολόκληρο το φάσμα των πιθανών νοσημάτων. Πρόκειται, δηλαδή, για την πρώτη γραμμή φροντίδας υγείας για ιδιώτες και οικογένειες στο δικό τους κοινωνικό περιβάλλον (Bodenheimer, 2007).

## **1.2 Η ειδικότητα της γενικής ιατρικής και ο ρόλος του γενικού οικογενειακού γιατρού στην ΠΦΥ**

Η Γενική Οικογενειακή Ιατρική (General Practice ή Family Medicine) αποτελεί έναν ακαδημαϊκό και επιστημονικό κλάδο με δικό του εκπαιδευτικό περιεχόμενο, δική του έρευνα, επιστημονική τεκμηρίωση και κλινική δραστηριότητα. Είναι μια κλινική ιατρική ειδικότητα προσανατολισμένη στις ανάγκες της ΠΦΥ (Lionis et al., 2009· Schoen, Davis, How, & Schoenbaum, 2006). Σύμφωνα με τον ορισμό της Παγκόσμιας Οργάνωσης των Γενικών Οικογενειακών Γιατρών (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, WONCA, <http://www.globalfamilydoctor.com>), η γενική ιατρική είναι η μέθοδος με την οποία παρέχεται πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, συνεχής, ολοκληρωμένη και εστιασμένη στην κοινότητα (community-based continuing comprehensive primary care). Σύμφωνα με τη WONCA, υπάρχουν έξι κεντρικές δεξιότητες που απαιτεί η άσκηση της γενικής ιατρικής:

- διαχείριση της πρωτοβάθμιας φροντίδας,
- προσωποκεντρική φροντίδα (person centered care),
- ειδικές ικανότητες επίλυσης προβλημάτων,
- σφαιρική προσέγγιση,
- προσανατολισμός προς την κοινότητα (community oriented),
- ολιστικό πρότυπο.

### **1.2.1 Η εκπαίδευση του γενικού γιατρού για την παροχή ΠΦΥ**

Ο γενικός οικογενειακός γιατρός εκπαιδεύεται σύμφωνα με τις αρχές του επιστημονικού κλάδου της Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής. Σκοπός της ειδίκευσης είναι να προσφέρει στον γιατρό τις γνώσεις και τις δεξιότητες που θα τον βοηθήσουν να επιτελέσει με επάρκεια τον ρόλο του κατά την πρώτη επαφή του ασθενή με το σύστημα φροντίδας υγείας. Ο ειδικός γενικός οικογενειακός γιατρός παρέχει ανοιχτή και απεριόριστη πρόσβαση στους χρήστες του και ασχολείται με τα προβλήματα της υγείας τους ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο ή οποιοδήποτε άλλο χαρακτηριστικό τους.

Χρησιμοποιεί αποδοτικά το σύστημα υγείας, συνεργαζόμενος με άλλους επαγγελματίες υγείας, επικοινωνώντας με άλλες ειδικότητες και αναλαμβάνοντας ρόλο συνηγόρου υπέρ του ασθενή, όταν χρειάζεται. Αναπτύσσει μια προσωποκεντρική και ολιστική προσέγγιση, επικεντρωμένη στο άτομο, στην οικογένειά του και στην κοινότητά τους (Starfield, 1998· Σουλιώτης & Λιονής, 2003· Σουλιώτης Κ., 2003).

Εργάζεται για την οικοδόμηση μιας προσωπικής σχέσης, μέσω της αποτελεσματικής επικοινωνίας με τον ασθενή. Διαχειρίζεται ταυτόχρονα οξεία και χρόνια προβλήματα υγείας των ασθενών του, ενώ παράλληλα προάγει την υγεία και την ευεξία της κοινότητας μέσα από κατάλληλες και αποτελεσματικές παρεμβάσεις προληπτικής ιατρικής και αγωγής της υγείας. Σκοπός του γενικού γιατρού είναι να κάνει πρώιμη διάγνωση και να προφυλάσσει τα άτομα της περιοχής ευθύνης του από επιβλαβείς παράγοντες και νοσήματα. Στην ΠΦΥ, οι ασθενείς συνήθως αναζητούν ιατρική βοήθεια, όταν η νόσος βρίσκεται ακόμη σε πρώιμο στάδιο της φυσικής της πορείας. Ο γενικός γιατρός αποκτά τις δεξιότητες, όταν χρειάζεται, να διερευνά απειλητικές για τη ζωή ασθένειες σε πρώιμα στάδια. Επιπλέον, αναλαμβάνει τον συνεχή χειρισμό των ασθενών του με χρόνια, υποτροπιάζουσα ή τελικού σταδίου νόσο. Η διαρκής επαφή με τον ίδιο ασθενή σημαίνει ότι του δίνεται επανειλημμένα η ευκαιρία να συλλέξει πληροφορίες, κάτι που συμβάλλει στην οικοδόμηση σχέσης εμπιστοσύνης, η οποία χρησιμοποιείται και ως μέσο θεραπείας.

Η προαγωγή της υγείας (promoting health) αποσκοπεί στην παροχή βοήθειας σε υγιή άτομα, ούτως ώστε να υιοθετήσουν υγιείς συμπεριφορές και να αναλάβουν την ευθύνη για την ευεξία τους. Ο ρόλος του γενικού οικογενειακού γιατρού στην πρόληψη (prevention) περιλαμβάνει τη συμβουλευτική αγωγή για

αλλαγές σε παράγοντες του τρόπου ζωής που συνδέονται με νόσους, την καθοδήγηση σχετικά με την κληρονομικότητα ορισμένων νόσων και την αποτροπή εμφάνισής τους, την εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών για τον εμβολιασμό έναντι λοιμωδών νοσημάτων και τη διάγνωση της νόσου σε πρώιμο στάδιο με προσυμπτωματικό έλεγχο (screening) του πληθυσμού ευθύνης του. Ο γενικός γιατρός έχει έναν ιδιαίτερο ρόλο απέναντι στην κοινότητα: οφείλει να είναι ενήμερος για τις κοινωνικές και περιβαλλοντικές καταστάσεις στις οποίες ζουν και εργάζονται οι ασθενείς του, καθώς και να εκτιμά ειδικές ομάδες υψηλού κινδύνου στην περιοχή του, τα προβλήματά τους και τις ανάγκες τους.

Ο γενικός οικογενειακός γιατρός εκπαιδεύεται, ώστε κατά την αντιμετώπιση του ασθενή να εφαρμόζει την ολιστική προσέγγιση (holistic approach). Η διάγνωση που επικεντρώνεται στη νόσο, τυπικό γνώρισμα της νοσοκομειακής ιατρικής χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένα όρια. Η αντιμετώπιση μίας συγκεκριμένης νόσου και ο διαχωρισμός της από τα υπόλοιπα αλληλοεξαρτώμενα συστήματα του οργανισμού έχει ως αποτέλεσμα την έλλειψη προσέγγισης του ασθενή ως ολότητας. Αντίθετα, η αναγκαιότητα της ολιστικής προσέγγισης, της αντιμετώπισης δηλαδή της οντότητας του ασθενή στο σύνολό της, αρχίζει να εμφανίζεται ξανά στο προσκήνιο στη σύγχρονη ιατρική.

Ο γενικός οικογενειακός γιατρός στοχεύει στη συνεχή, προσωπική φροντίδα· δημιουργούνται, έτσι, ισχυροί δεσμοί μεταξύ του γιατρού και του ασθενή, οι οποίοι είναι απαραίτητοι για την πρόληψη, τη διερεύνηση και τη διαχείριση οποιασδήποτε νόσου. Επειδή ο γιατρός είναι υπεύθυνος για ολόκληρο τον ιατρικό φάκελο, είναι ενήμερος για όλα τα θέματα υγείας του ασθενή και δεν λαμβάνει υπόψη μόνο τη διαγνωσθείσα ασθένεια και την αντιμετώπισή της, αλλά προσθέτει μία επιπλέον διάσταση που περιλαμβάνει:

- τη νόσο ως επιμέρους κατάσταση του οργανισμού,
- τον ασθενή ως οντότητα,
- τις συναισθηματικές αντιδράσεις του στην ασθένεια,
- την επίδραση της ασθένειας στις διαπροσωπικές σχέσεις, την εργασία και τον τρόπο ζωής του ασθενή.

Καθώς η πληροφορία που έχει ο γενικός γιατρός είναι ολοκληρωμένη, τον βοηθά να χειριστεί τις αντιδράσεις του ασθενή σε οποιοδήποτε είδος ψυχολογικής πίεσης. Ο γενικός γιατρός παίρνει μια αρχική απόφαση για κάθε πρόβλημα που του παρουσιάζεται στην καθημερινή κλινική πράξη. Εκτός από τα συμπτώματα της νόσου που αναφέρει ο ασθενής, μπορεί να εμφανιστούν επιπρόσθετα προβλήματα για τον ασθενή, όπως σύγχυση σχετικά με το πώς αναπτύχθηκε η νόσος, φανερή αγωνία για την πορεία της ασθένειάς του, ή άγχος και φόβος για τη μελλοντική του υγεία. Σκοπός του γενικού γιατρού είναι να χειριστεί αυτά τα προβλήματα προς όφελος του ασθενή.

Ο γιατρός γενικής ιατρικής είναι ο γιατρός με αναγνωρισμένη εκπαίδευση, εμπειρία και δεξιότητες, ο οποίος παρέχει και συντονίζει την ολοκληρωμένη ιατρική φροντίδα για άτομα, οικογένειες και κοινότητες (coordination of health care). Βασικό χαρακτηριστικό της Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής είναι η εργασία με την οικογένεια. Οικογένειες που ζουν σε σχετική αρμονία παρέχουν τις βάσεις για την καλή ψυχική υγεία των μελών τους, καθώς επίσης και για την κοινωνική τους σταθερότητα. Ο γενικός γιατρός παρέχει ιατρική συμβουλευτική βασισμένη στην οικογένεια· παρακολουθεί και αναγνωρίζει τα διάφορα στάδια του κύκλου της οικογενειακής ζωής και τα καθήκοντα προς εκπλήρωση που αναδεικνύονται σε καθένα από τα στάδια αυτά, τα οποία περιλαμβάνουν (Souliotis & Lionis, 2004):

- Αποχώρηση από το σπίτι των γονέων.
- Διαμόρφωση προσωπικής ανεξαρτησίας και αρχή του συναισθηματικού χωρισμού από τους γονείς — Γάμος.
- Δημιουργία μιας στενής σχέσης με τον/τη σύζυγο — Συμβίωση — Κατανομή των διάφορων ρόλων στο πλαίσιο του γάμου με αίσθηση δικαίου.
- Γέννηση του πρώτου παιδιού — Άνοιγμα της οικογένειας για να δεχτεί ένα νέο μέλος — Το μοίρασμα των γονικών ρόλων.
- Εφηβεία — Αύξηση της ελαστικότητας των οικογενειακών ορίων, ώστε να επιτρέπεται στους εφήβους να κινούνται εντός και εκτός του συστήματος της οικογένειας — Αποχώρηση παιδιών από το σπίτι (η φάση της «άδειας φωλιάς»).
- Αποδοχή της πολλαπλότητας των εξόδων και των εισόδων στο οικογενειακό σύστημα και προσαρμογή στο τέλος του γονικού ρόλου.

- Συνταξιοδότηση — Προσαρμογή στο τέλος του ρόλου του ανθρώπου που κερδίζει από την εργασία του.
- Ανάπτυξη νέων σχέσεων με τα παιδιά, τα εγγόνια και μεταξύ των συζύγων —Γηρατεία.
- Προσαρμογή στο γεγονός της μείωσης των ικανοτήτων και της αύξησης της εξάρτησης από τους άλλους, όπως και στην απώλεια φίλων, μελών της οικογένειας ή του ενός από το ζεύγος.

Ο γενικός γιατρός φροντίζει τους ασθενείς του στο ιατρείο και στο σπίτι και, όταν χρειαστεί, στην κλινική ή στο νοσοκομείο. Η επίσκεψη του γενικού γιατρού στο σπίτι του ασθενή τον βοηθά να κατανοήσει τις συνθήκες στις οποίες ζει ο ασθενής και τις αντιδράσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας, ενώ ταυτόχρονα ο ασθενής νιώθει πιο ασφαλής στο περιβάλλον του.

### 1.3. Το περιεχόμενο της ΠΦΥ

Η ΠΦΥ περιλαμβάνει το δίκτυο των δομών, των τεχνολογιών και του ανθρώπινου κεφαλαίου που προσφέρει υπηρεσίες υγείας στην κοινότητα. Διαμέσου της ΠΦΥ παρέχονται υπηρεσίες σχετικές με την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία και την αποκατάσταση, με στόχο τη διατήρηση και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας και την επίτευξη κοινωνικής ευεξίας. Ουσιαστικά, η ΠΦΥ είναι μια μέθοδος παροχής ιατρικής φροντίδας που περιλαμβάνει τις ακόλουθες λειτουργίες (Crawford, 2002· Smith, 2011):

- Παρέχει φροντίδα κατά την πρώτη επαφή του ασθενή με τον γιατρό και αποτελεί την πύλη εισόδου του ανθρώπου στο σύστημα υγείας.
- Παρέχει στον άνθρωπο υψηλού επιπέδου φροντίδα υγείας, η οποία αφορά την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία και την αποκατάσταση, και η οποία καλύπτει οξεία ή άτυπα προβλήματα και καταστάσεις υγείας, καθώς και επιλεγμένα χρόνια νοσήματα που εμφανίζονται συχνά στην κοινότητα. Διασφαλίζει, έτσι, την ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του ασθενή.
- Εξασφαλίζει και συντονίζει τη συνέχεια της φροντίδας (continuity of care) που απαιτείται για τον ασθενή και τη νόσο σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας. Έτσι, ο ασθενής αισθάνεται ασφάλεια και εμπιστοσύνη απέναντι στο σύστημα και στον γιατρό που τον παρακολουθεί.
- Χρησιμοποιεί μια ιδιαίτερα προσωποκεντρική μορφή φροντίδας, ώστε να ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των ανθρώπων και να διασφαλίζει τον σεβασμό στην αυτονομία και την αξιοπρέπεια τους, στο πλαίσιο των κανόνων της βιοηθικής και της ιατρικής δεοντολογίας.

Σε όλα σχεδόν τα συστήματα υγείας που βασίζονται στην ΠΦΥ, κεντρικό ρόλο για τη σωστή λειτουργία της ΠΦΥ παίζει ο γενικός οικογενειακός γιατρός. Στη σημερινή εποχή που η ιατρική είναι κατακερματισμένη, αναδεικνύεται περισσότερο παρά ποτέ η ανάγκη να συμπεριληφθεί στα προγράμματα σπουδών των Ιατρικών Σχολών η διδασκαλία στους προπτυχιακούς φοιτητές θεμάτων σχετικών με την πρωτοβάθμια φροντίδα (McGlynn et al., 2003). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δίνει ξανά ιδιαίτερη έμφαση στον ρόλο της κοινότητας σε όλα τα επίπεδα αποφάσεων που σχετίζονται με την υγεία (Chalmers & Matthews, 2006).

#### 1.3.1 Ο ρόλος της ΠΦΥ στην εφαρμογή αποτελεσματικών παρεμβάσεων στην κοινότητα

Η σημασία του ρόλου της ΠΦΥ μπορεί να σκιαγραφηθεί μέσα από ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα κατά τη χορήγηση αντιρετροϊκής θεραπείας σε εγκύους που είχαν μολυνθεί από τον ιό HIV στην Ακτή Ελεφαντοστού (Starfield, Shi, Grover, & Macinko, 2005). Σύμφωνα με τον επιπολασμό της μόλυνσης από HIV και την αποτελεσματικότητα της αντιρετροϊκής θεραπείας στις τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές, το αναμενόμενο όφελος για τις 11.582 εγκύους —με την προϋπόθεση ότι όλες όσες ήταν θετικές στον ιό HIV θα λάμβαναν την κατάλληλη αγωγή— θα ήταν 462 λιγότερα μολυσμένα νεογνά από κάθετη μετάδοση. Στην πράξη, μόνο σε 12 κήσεις αποτράπηκε η μετάδοση του ιού στα νεογνά. Οι λόγοι που οδήγησαν στην κάθετη

μετάδοση του ιού στις υπόλοιπες 450 περιπτώσεις συνοψίζονται στον Πίνακα 1.4. Σύμφωνα με τον πίνακα, αν και υπήρχαν 23 περιπτώσεις στις οποίες η μετάδοση οφείλεται σε αναποτελεσματικότητα του φαρμάκου, οι υπόλοιπες 427 περιπτώσεις αποτελούν χαμένες ευκαιρίες πρόληψης, λόγω ενός συστήματος παροχής ΠΦΥ που δεν εξασφάλισε τη λήψη αποτελεσματικής θεραπείας από τις εγκύους.

Λόγοι που οδήγησαν στην κάθετη μετάδοση	Αριθμός κήσεων με κάθετη μετάδοση
Η έλλειψη πρόσβασης στις κλινικές προγεννητικής φροντίδας	77
Η κακή επικοινωνία, με αποτέλεσμα οι γυναίκες να μη δεχτούν να υποβληθούν σε έλεγχο για HIV	107
Η αποχή των γυναικών από την παρακολούθηση μετά τον έλεγχο για HIV, με αποτέλεσμα να μη λάβουν συμβουλευτική παρέμβαση για την αντιρετροϊκή θεραπεία	153
Η κακή επικοινωνία, με αποτέλεσμα να μη δεχτούν να λάβουν τη θεραπεία	50
Η αδυναμία πρόσβασης των εγκύων στα φάρμακα	40
Η αναποτελεσματικότητα της θεραπείας	23

**Πίνακας 1.4** Χαμένες ευκαιρίες για την πρόληψη κάθετης μετάδοσης HIV στην Ακτή Ελεφαντοστού (δεδομένα που παρουσιάστηκαν στο World Aids Day Meeting, Antwerp, Belgium, 2000).

Αν και το παραπάνω παράδειγμα αναφέρεται σε μια μη ανεπτυγμένη περιοχή του κόσμου, αντίστοιχες περιπτώσεις έχουν καταγραφεί και σε ανεπτυγμένες χώρες. Στις ΗΠΑ, είναι χαρακτηριστικό ότι οι ασθενείς λαμβάνουν μόνο κατά το ήμισυ τις προληπτικές υπηρεσίες που προτείνονται από τεκμηριωμένες κατευθυντήριες οδηγίες (Baicker & Chandra, 2004). Επιπλέον, η υπερβολική χρήση θεραπειών με μη αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα ή παρεμβάσεων με δυνητικά επιβλαβείς συνέπειες σε προηγμένα κράτη είναι ένα στοιχείο που προκαλεί ανησυχία (Greenfield, Rogers, Mangotich, Carney, & Tarlov, 1995). Ένα σύστημα υγείας οφείλει να αναπτύσσει στρατηγικές που θα ενισχύουν την εφαρμογή των τεκμηριωμένα αποτελεσματικών παρεμβάσεων και θα αποτρέπουν την εφαρμογή των μη αποτελεσματικών ή βλαπτικών παρεμβάσεων. Η ανάπτυξη και η υποστήριξη δομών, καθώς και η κατάλληλη εκπαίδευση των επαγγελματιών στην πρωτοβάθμια φροντίδα, είναι δυνατόν να συμβάλουν προς αυτήν την κατεύθυνση.

## 1.4. Η τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας της ΠΦΥ

Η αποτελεσματικότητα της ΠΦΥ τεκμηριώνεται με τη μέτρηση του οφέλους των ιατρικών παρεμβάσεων που γίνονται στο πλαίσιο της ΠΦΥ. Στις εκβάσεις με τις οποίες μπορεί κανείς να μετρήσει την αποτελεσματικότητα περιλαμβάνονται η μεγαλύτερη διάρκεια ζωής ή η βελτίωση άλλων κλινικών εκβάσεων, η καλύτερη ποιότητα ζωής ή η βελτίωση άλλων εκβάσεων που επικεντρώνονται στον ασθενή, η ελάττωση πιθανών επιπλοκών ή παρενεργειών, η καλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας και η μείωση του κόστους. Το συνολικό κόστος δεν περιλαμβάνει μόνο τις δαπάνες της παρέμβασης, αλλά και αυτές που ενδέχεται να προκύψουν από συνέπειες της παρέμβασης, οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν σωματική ανικανότητα, πρόσθετες ιατρικές παρεμβάσεις, ανικανότητα για εργασία, ανάγκη για μακροχρόνια υποστηρικτική φροντίδα και ούτω καθεξής. Η οικονομική αποδοτικότητα (cost effectiveness) είναι η αναλογία μεταξύ του συνολικού κόστους και της αποτελεσματικότητας. Έτσι, φθηνές παρεμβάσεις μπορεί να είναι οικονομικά αποδοτικές, μόνο αν είναι και αποτελεσματικές και οδηγούν σε μια ευνοϊκή σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας. Από την άλλη πλευρά, ακριβές παρεμβάσεις δεν προδικάζουν απαραίτητως και μια κακή σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας. Οικονομικά αποδοτική παρέμβαση δεν σημαίνει κατ' ανάγκη μείωση του κόστους.



Σύμφωνα με πραγματοποιηθείσες οικολογικές μελέτες (ecological studies), σε περιοχές όπου το σύστημα υγείας στηρίζεται περισσότερο στην πρωτοβάθμια φροντίδα, τα αποτελέσματα φαίνεται να είναι καλύτερα για τον πληθυσμό. Εκτός από τον αριθμό των γιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας, εξίσου σημαντικός είναι και ο τρόπος οργάνωσης της φροντίδας (Greenfield et al., 1992).

Η οργάνωση του συστήματος υγείας έχει ιδιαίτερη επίπτωση στο πώς παρέχεται η φροντίδα σε ασθενείς με χρόνια προβλήματα. Ένα ανεπαρκές σύστημα υγείας μπορεί να ευθύνεται για έλλειψη επικοινωνίας των επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς, για αδιαφορία από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας για τη γνώμη των ασθενών, για τη συνεχή ανάγκη των ασθενών να αναζητούν ιατρική συμβουλή από διαφορετικούς επαγγελματίες υγείας για παρόμοια προβλήματα ή ακόμη και για το ίδιο πρόβλημα, καθώς και για την παρουσία επαναλήψεων στη φροντίδα αλλά και αντιθέσεων στη διαχείριση ενός προβλήματος από διαφορετικούς επαγγελματίες υγείας (Harrold, Field, & Gurwitz, 1999).

Έχει παρατηρηθεί ότι σε χρόνια νοσήματα, όπως η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης και η οσφυαλγία, οι ασθενείς έχουν ευνοϊκότερα αποτελέσματα ως προς τη διαχείριση της νόσου όταν η φροντίδα είναι πιο οργανωμένη και παρέχεται σε πρωτοβάθμιο επίπεδο (Ferrer, Hambidge, & Maly, 2005· Goodman, Stukel, Chang, & Wennberg, 2006· Greenfield et al., 1992· Weiss & Blustein, 1996).

Μελέτες έχουν δείξει ότι τα συστήματα υγείας που βασίζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα αποφέρουν καλύτερα αποτελέσματα με χαμηλότερο κόστος. Σ' αυτά τα συστήματα, εμπλέκονται λιγότεροι ειδικοί στη διαχείριση ενός προβλήματος υγείας και οι ασθενείς πραγματοποιούν περισσότερες επισκέψεις σε γιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας, ενώ έχουν λιγότερες ημέρες νοσηλείας σε μονάδες εντατικής φροντίδας και χαμηλότερο κόστος υγειονομικής περίθαλψης (Gulbrandsen, Hjortdahl, & Fugelli, 1997).

Έχει διαπιστωθεί ότι η μακροχρόνια συνέχεια στη φροντίδα, που αποτελεί βασική προϋπόθεση της προσωποκεντρικής φροντίδας, οδηγεί σε μείωση του κόστους (Jaturapatporn & Dellow, 2007). Η προσωποκεντρική φροντίδα συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας, γιατί την ενισχύει και βελτιώνει την ποιότητα ζωής (Fiscella et al., 2004). Επίσης, έχει καταδειχθεί ότι οδηγεί σε καλύτερη κατανόηση των ψυχοκοινωνικών όψεων των προβλημάτων του ασθενή (Mead & Bower, 2000) και αυξάνει την ικανοποίηση του ασθενή από την επικοινωνία (Shi et al., 2003). Ακόμη, βελτιώνει την εμπιστοσύνη του ασθενή, ούτως ώστε να συζητήσει ορισμένα ευαίσθητα θέματα (Weinick & Krauss, 2000), βοηθά στη συμμόρφωση του ασθενή προς την προτεινόμενη θεραπεία (Franks & Fiscella, 1998) και προωθεί την καλύτερη αποδοχή της προληπτικής φροντίδας και της φροντίδας για την προαγωγή της υγείας (Forrest & Starfield, 1998). Η προσωποκεντρική φροντίδα δεν βελτιώνει μόνο εκβάσεις που επικεντρώνονται στον ασθενή αλλά και κλινικές εκβάσεις, καθώς έχει διαπιστωθεί ότι ελαττώνει τη θνητότητα (Weinberger, Oddone, & Henderson, 1996). Τέλος, βελτιώνει εκβάσεις που σχετίζονται με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα, διευκολύνει την πρόσβαση των ασθενών στη φροντίδα (Forrest & Starfield, 1998), μειώνει τις επαναλαμβανόμενες εισαγωγές στο νοσοκομείο (Woodward, Abelson, Tedford, & Hutchison, 2004) και τις αναγκαίες επισκέψεις σε ειδικούς γιατρούς (Rothwell, 2005), βοηθά στην καλύτερη εντόπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών των ιατρικών παρεμβάσεων (Gill, Mainous, & Nsereko, 2000) και μειώνει τη χρήση του τμήματος επειγόντων περιστατικών από τους ασθενείς (Bindman, Grumbach, Osmond, Vranizan, & Stewart, 1996).

Έχει παρατηρηθεί ότι η σφαιρική προσέγγιση στην παροχή ΠΦΥ αυξάνει την προληπτική φροντίδα για συγκεκριμένα νοσήματα, όπως τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, τη χρήση της μαστογραφίας και του προσυμπτωματικού ελέγχου με τεστ Παπανικολάου (Bindman et al., 1996· Rosenblatt, Hart, Baldwin, Chan, & Schneeweiss, 1998). Επίσης, μειώνει την εισαγωγή ασθενών με χρόνια νοσήματα στο νοσοκομείο λόγω επιπλοκών που είναι δυνατόν να προληφθούν (Shea, Misra, Ehrlich, Field, & Francis, 1992).

Όλα τα παραπάνω φέρνουν στο προσκήνιο τη σημασία της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Ωστόσο, η τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητάς της μέχρι τώρα έχει στηριχθεί κυρίως σε οικολογικές μελέτες (ecological studies). Κάτι τέτοιο δεν δίνει σαφείς απαντήσεις για το ποια επιμέρους μοντέλα και ποιοι τρόποι οργάνωσης μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικά και κάτω από ποιες προϋποθέσεις. Ως εκ τούτου, είναι αναγκαίες οι συγκριτικές μελέτες μεταξύ διαφορετικών μοντέλων παροχής της πρωτοβάθμιας φροντίδας, που θα λαμβάνουν υπόψη τις ιδιαιτερότητες κάθε περιοχής και θα βασίζονται σε δεδομένα ασθενών και όχι γεωγραφικών μονάδων (οικολογικές μελέτες), στις οποίες υπάρχει η πιθανότητα οικολογικού σφάλματος (ecological fallacy).

## Βιβλιογραφικές αναφορές

- Anell, A., Rosen, P., & Hjortsberg, C. (1997). Choice and participation in the health services: a survey of preferences among Swedish residents. *Health Policy*, 40(2), 157-168.
- Baicker, K., & Chandra, A. (2004). Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care. *Health Aff (Millwood), Suppl Web Exclusives*, W4-184-197. doi: 10.1377/hlthaff.w4.184
- Bindman, A. B., Grumbach, K., Osmond, D., Vranizan, K., & Stewart, A. L. (1996). Primary care and receipt of preventive services. *J Gen Intern Med*, 11(5), 269-276.
- Bodenheimer, T. (2007). *Building Teams in Primary Care: Lessons Learned*. <http://www.chcf.org/~media/MEDIA%20LIBRARY%20Files/PDF/PDF%20B/PDF%20BuildingTeamsInPrimaryCareLessons.pdf>
- Chalmers, I., & Matthews, R. (2006). What are the implications of optimism bias in clinical research? *Lancet*, 367(9509), 449-450. doi: 10.1016/S0140-6736(06)68153-1
- Crawford, D. A. (2002). Keep the focus on the family. *J Child Health Care*, 6(2), 133-146.
- Davis, K., Abrams, M., & Stremikis, K. (2011). How the Affordable Care Act will strengthen the nation's primary care foundation. *J Gen Intern Med*, 26(10), 1201-1203. doi: 10.1007/s11606-011-1720-y
- Ferrer, R. L., Hambidge, S. J., & Maly, R. C. (2005). The essential role of generalists in health care systems. *Ann Intern Med*, 142(8), 691-699.
- Fiscella, K., Meldrum, S., Franks, P., Shields, C. G., Duberstein, P., McDaniel, S. H., & Epstein, R. M. (2004). Patient trust: is it related to patient-centered behavior of primary care physicians? *Med Care*, 42(11), 1049-1055.
- Forrest, C. B., & Starfield, B. (1998). Entry into primary care and continuity: the effects of access. *Am J Public Health*, 88(9), 1330-1336.
- Franks, P., & Fiscella, K. (1998). Primary care physicians and specialists as personal physicians. Health care expenditures and mortality experience. *J Fam Pract*, 47(2), 105-109.
- Gill, J. M., Mainous, A. G., 3rd, & Nsereko, M. (2000). The effect of continuity of care on emergency department use. *Arch Fam Med*, 9(4), 333-338.
- Goerke, L. (2000). Bismarck versus Beveridge. Flat-Rate and Earnings-Related Unemployment Insurance in a General Efficiency Wage Framework. *FinanzArchiv / Public Finance Analysis*, 57(3), 243-260. doi: 10.2307/40912930
- Goodman, D. C., Stukel, T. A., Chang, C. H., & Wennberg, J. E. (2006). End-of-life care at academic medical centers: implications for future workforce requirements. *Health Aff (Millwood)*, 25(2), 521-531. doi: 10.1377/hlthaff.25.2.521
- Greenfield, S., Nelson, E. C., Zubkoff, M., Manning, W., Rogers, W., Kravitz, R. L., . . . Ware, J. E., Jr. (1992). Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care. Results from the medical outcomes study. *JAMA*, 267(12), 1624-1630.
- Greenfield, S., Rogers, W., Mangotich, M., Carney, M. F., & Tarlov, A. R. (1995). Outcomes of patients with hypertension and non-insulin dependent diabetes mellitus treated by different systems and specialties. Results from the medical outcomes study. *JAMA*, 274(18), 1436-1444.
- Gulbrandsen, P., Hjortdahl, P., & Fugelli, P. (1997). General practitioners' knowledge of their patients' psychosocial problems: multipractice questionnaire survey. *BMJ*, 314(7086), 1014-1018.
- Hanning, M. (1996). Maximum waiting-time guarantee--an attempt to reduce waiting lists in Sweden. *Health Policy*, 36(1), 17-35.
- Harrold, L. R., Field, T. S., & Gurwitz, J. H. (1999). Knowledge, patterns of care, and outcomes of care for generalists and specialists. *J Gen Intern Med*, 14(8), 499-511.
- Hutchison, B., Levesque, J. F., Strumpf, E., & Coyle, N. (2011). Primary health care in Canada: systems in motion. *Milbank Q*, 89(2), 256-288. doi: 10.1111/j.1468-0009.2011.00628.x
- Jaturapatporn, D., & Dellow, A. (2007). Does Family Medicine training in Thailand affect patient satisfaction with primary care doctors? *BMC Fam Pract*, 8, 14. doi: 10.1186/1471-2296-8-14
- Kringos, D., Boerma, W., Bourgueil, Y., Cartier, T., Dedeu, T., Hasvold, T., . . . Groenewegen, P. (2013). The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract*, 63(616), e742-750. doi: 10.3399/bjgp13X674422
- Lionis, C. (2014). Is there any room for General Practice in Greece? A proposal to scientific and academic stakeholders. *Hippokratia*, 18(4), 383.
- Lionis, C., Symvoulakis, E. K., Markaki, A., Vardavas, C., Papadakaki, M., Daniilidou, N., . . . Kyriopoulos, I. (2009). Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review. *Int J Integr Care*, 9, e88.
- Lister, J. (2008). *The NHS After 60: For Patients or Profits?* (1st ed.). London: Middlesex University Press.

- McGlynn, E. A., Asch, S. M., Adams, J., Keeseey, J., Hicks, J., DeCristofaro, A., & Kerr, E. A. (2003). The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med*, 348(26), 2635-2645. doi: 10.1056/NEJMsa022615
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*, 51(7), 1087-1110.
- Rosenblatt, R. A., Hart, L. G., Baldwin, L. M., Chan, L., & Schneeweiss, R. (1998). The generalist role of specialty physicians: is there a hidden system of primary care? *JAMA*, 279(17), 1364-1370.
- Rothwell, P. M. (2005). Treating individuals 2. Subgroup analysis in randomised controlled trials: importance, indications, and interpretation. *Lancet*, 365(9454), 176-186. doi: 10.1016/S0140-6736(05)17709-5
- Schoen, C., Davis, K., How, S. K., & Schoenbaum, S. C. (2006). U.S. health system performance: a national scorecard. *Health Aff (Millwood)*, 25(6), w457-475. doi: 10.1377/hlthaff.25.w457
- Schoen, C., Osborn, R., Huynh, P. T., Doty, M., Peugh, J., & Zapert, K. (2006). On the front lines of care: primary care doctors' office systems, experiences, and views in seven countries. *Health Aff (Millwood)*, 25(6), w555-571. doi: 10.1377/hlthaff.25.w555
- Shea, S., Misra, D., Ehrlich, M. H., Field, L., & Francis, C. K. (1992). Predisposing factors for severe, uncontrolled hypertension in an inner-city minority population. *N Engl J Med*, 327(11), 776-781. doi: 10.1056/NEJM199209103271107
- Shi, L., Macinko, J., Starfield, B., Wulu, J., Regan, J., & Politzer, R. (2003). The relationship between primary care, income inequality, and mortality in US States, 1980-1995. *J Am Board Fam Pract*, 16(5), 412-422.
- Smith, S. R. (2011). A recipe for medical schools to produce primary care physicians. *N Engl J Med*, 364(6), 496-497. doi: 10.1056/NEJMp1012495
- Souliotis, K., & Lionis, C. (2004). Creating an integrated health care system in Greece: a primary care perspective. *J Med Syst*, 28(6), 643-652.
- Starfield, B. (1998). *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. New York: Oxford University Press.
- Starfield, B., Shi, L., Grover, A., & Macinko, J. (2005). The effects of specialist supply on populations' health: assessing the evidence. *Health Aff (Millwood), Suppl Web Exclusives*, W5-97-W95-107. doi: 10.1377/hlthaff.w5.97
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*, 83(3), 457-502. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x
- The Technical Steering Committee. (2009). GP Earnings and Expenses 2007/08 Provisional Report. London.
- Toth, F. (2010). Healthcare policies over the last 20 years: reforms and counter-reforms. *Health Policy*, 95(1), 82-89. doi: 10.1016/j.healthpol.2009.11.006
- Tountas, Y., Oikonomou, N., Pallikarona, G., Dimitrakaki, C., Tzavara, C., Souliotis, K., . . . Niakas, D. (2011). Sociodemographic and socioeconomic determinants of health services utilization in Greece: the Hellas Health I study. *Health Serv Manage Res*, 24(1), 8-18. doi: 10.1258/hsmr.2010.010009
- Ward, P. R., Noyce, P. R., & St Leger, A. S. (2004). Are GP practice prescribing rates for coronary heart disease drugs equitable? A cross sectional analysis in four primary care trusts in England. *J Epidemiol Community Health*, 58(2), 89-96.
- Weinberger, M., Oddone, E. Z., & Henderson, W. G. (1996). Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? Veterans Affairs Cooperative Study Group on Primary Care and Hospital Readmission. *N Engl J Med*, 334(22), 1441-1447. doi: 10.1056/NEJM199605303342206
- Weinick, R. M., & Krauss, N. A. (2000). Racial/ethnic differences in children's access to care. *Am J Public Health*, 90(11), 1771-1774.
- Weiss, L. J., & Blustein, J. (1996). Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *Am J Public Health*, 86(12), 1742-1747.
- Woodward, C. A., Abelson, J., Tedford, S., & Hutchison, B. (2004). What is important to continuity in home care?. Perspectives of key stakeholders. *Soc Sci Med*, 58(1), 177-192.
- World Health Organisation. (1978). Primary Health Care : Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR. <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21370en/s21370en.pdf>
- World Health Organisation. (2008). The World Health Report 2008 - Primary Health Care (Now More Than Ever). <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>
- World Health Organization, W., Regional Office for Europe. European Observatory on Health Care Systems. (1999). *Health Care Systems in Transition: United Kingdom*: European Observatory on Health Care Systems.
- Αδαμακίδου, Θ., Καλοκαϊρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. (2008). Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική*, 47(3), 320-333.
- Σουλιώτης, Κ., & Λιονής, Χ. (2003). Λειτουργική ανασυγκρότηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Μια πρόταση για την άρση του αδιεξόδου. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 20(5), 466-476.
- Σουλιώτης Κ., Α. Χ. (2003). Λειτουργική ανασυγκρότηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Μια πρόταση για την άρση του αδιεξόδου. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 20(5), 466-476.

## Ευρετήριο όρων

Γενική Οικογενειακή Ιατρική (General Practice ή Family Medicine) 14,20  
διαχωρισμός μεταξύ αγοραστών και προμηθευτών (purchaser–provider split) 18  
Εθνικό Σύστημα Υγείας (National Health Service) 18  
οικογενειακοί γιατροί (family physicians ή general practitioners) 18,20  
οικολογικές μελέτες (ecological studies) 24  
οικολογικό σφάλμα (ecological fallacy) 24  
οικονομική αποδοτικότητα (cost effectiveness) 23  
ολιστική προσέγγιση (holistic approach) 21  
Οργανισμός Διατήρησης της Υγείας (Health Maintenance Organization) 19  
Παγκόσμια Οργάνωση των Γενικών Οικογενειακών Γιατρών (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) 20  
παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, συνεχούς, ολοκληρωμένης και εστιασμένης στην κοινότητα (community-based continuing comprehensive primary care) 20  
περιφερειακές **υγειονομικές** αρχές (District Health Authorities) 18  
προαγωγή της υγείας (promoting health) 21  
πρόληψη (prevention) 21  
προσανατολισμός προς την κοινότητα (community oriented) 20  
προσυμπτωματικός έλεγχος (screening) 21  
προσωποκεντρική φροντίδα (person centered care) 20  
Πρωτοβάθμια Φροντίδα ή Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Primary Care ή Primary Health Care) 15  
συνέχεια της φροντίδας (continuity of care) 22  
συντονισμός ιατρικής φροντίδας (coordination of health care) 21

## Κεφάλαιο 2

### Φροντίδα επικεντρωμένη στον ασθενή

B. Καραθάνος και Α. Τατσιώνη

#### Σύνοψη

Η επικοινωνία γιατρού–ασθενή αποτελεί βασική προϋπόθεση για την άσκηση της ιατρικής επιστήμης και πρωταρχικό στοιχείο για την παροχή της υγειονομικής περίθαλψης. Η προσέγγιση με επίκεντρο τον ασθενή θεωρείται διεθνώς ότι παρέχει υψηλής ποιότητας προσωπική φροντίδα υγείας. Η φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή και την οικογένεια εφαρμόζεται σε ασθενείς όλων των ηλικιών και μπορεί να ασκείται σε οποιοδήποτε περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης. Έχουν προταθεί διάφορα μοντέλα για τη θεωρητική προσέγγιση της σχέσης γιατρού–ασθενή, τα οποία είναι αποτέλεσμα της αμφίδρομης σχέσης που δημιουργείται ανάμεσά τους. Η ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας διευκολύνει την προσέγγιση που είναι επικεντρωμένη στον ασθενή και αφορά τόσο το ύφος όσο και το περιεχόμενο της προσέγγισης· έχει δε ως σκοπό την καλύτερη και αποτελεσματικότερη επικοινωνία, μειώνοντας ταυτόχρονα τους φραγμούς που τίθενται συχνά στην εν λόγω σχέση.

**Προαπαιτούμενη γνώση:** κλινικές δεξιότητες

## 2.1 Φροντίδα επικεντρωμένη στον ασθενή και την οικογένεια

Η αποτελεσματική επικοινωνία γιατρού–ασθενή (patient-physician communication) αποτελεί βασική προϋπόθεση για την άσκηση της ιατρικής επιστήμης και πρωταρχικό στοιχείο για την παροχής της υγειονομικής περίθαλψης. Οι ασθενείς επιθυμούν έναν ικανό και αποτελεσματικό επαγγελματία και, ταυτόχρονα, έναν «ευαίσθητο, ζεστό και συμπονετικό» ειδικό που θα λάβει υπόψη του τις πεποιθήσεις και τις ανησυχίες τους, και θα τους αντιμετωπίσει ως ξεχωριστές προσωπικότητες (Hurtado, Swift, & Corrigan, 2001· Institute for Patient-and Family-Centered Care· Scotto, De Ceglie, Guerra, Misciagna, & Pellecchia, 2009).

Καθημερινά πραγματοποιούνται χιλιάδες επισκέψεις ασθενών σε γιατρούς. Η επιτυχία της κάθε συνάντησης δεν εξαρτάται μόνο από τη γνώση που διαθέτει ο γιατρός αλλά και από τη σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ του γιατρού και του ασθενή (Mead & Bower, 2002).

Η προσέγγιση με επίκεντρο τον ασθενή θεωρείται διεθνώς ότι παρέχει υψηλής ποιότητας προσωπική φροντίδα υγείας. Τα τεκμήρια που συνδέουν την επικεντρωμένη στον ασθενή φροντίδα (patient-centered care) με τη βελτίωση των αποτελεσμάτων στην υγεία των ασθενών είναι περιορισμένα (Mead & Bower, 2000· Toop, 1998). Οικολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι η δημιουργία ενός πλαισίου που ενισχύει την προσέγγιση με επίκεντρο τον ασθενή έχει ως αποτέλεσμα την αποφυγή ιατρικών λαθών, καθώς και την εξοικονόμηση πόρων με τη μείωση των επισκέψεων σε γιατρούς και με τη διενέργεια λιγότερων διαγνωστικών εξετάσεων (Wolf, Lehman, Quinlin, Zullo, & Hoffman, 2008). Η προσέγγιση με επίκεντρο τον ασθενή φαίνεται να οδηγεί σε μείωση του άγχους και σε αύξηση της εμπιστοσύνης του ασθενή προς τον θεράποντα γιατρό, βοηθώντας αμφότερους να αποκτήσουν μια ολοκληρωμένη σχέση μεταξύ τους (Mead & Bower, 2002).

## 2.2 Μέθοδοι μέτρησης της φροντίδας που είναι επικεντρωμένη στον ασθενή

Η φροντίδα που είναι επικεντρωμένη στον ασθενή αποτελεί μια καινοτόμο προσέγγιση στον σχεδιασμό, την υλοποίηση και την αξιολόγηση της υγειονομικής περίθαλψης. Αν και πρόκειται για μία από τις βασικές κλινικές δεξιότητες (clinical skills) που πρέπει να κατέχουν οι επαγγελματίες στην ΠΦΥ, δυστυχώς η βιβλιογραφία μέχρι πρόσφατα δεν παρείχε τα εργαλεία με τα οποία θα μπορούσε κανείς να τη μετρήσει. Τα περισσότερα άρθρα αποτελούσαν δημοσιεύσεις της προσωπικής γνώμης των συγγραφέων ή μη συστηματικές ανασκοπήσεις. Ο τρόπος μέτρησης περιοριζόταν σε έρευνες για τις προτιμήσεις και τις εμπειρίες γιατρών και ασθενών. Αυτό το κενό είχε εντοπιστεί και στην ερευνητική ατζέντα του Ευρωπαϊκού Δικτύου για την Έρευνα στη Γενική Ιατρική (European General Practice Research Network, EGPRN, <http://www.egprn.org>) (Van Royen et al., 2010). Πρόσφατα, το Ινστιτούτο Έρευνας για τις Υπηρεσίες Υγείας στην Ολλανδία (Netherlands Institute for Health Services Research, NIVEL, <http://www.nivel.nl/en>) ανέπτυξε ένα σύστημα καταγραφής δεδομένων για την ΠΦΥ, στο οποίο συμμετέχουν διάφορες χώρες της Ευρώπης. Το σύστημα αυτό καταγράφει συγκεκριμένους ποιοτικούς δείκτες (quality indicators), που αφορούν τη δομή, τις διαδικασίες και τις εκβάσεις της ΠΦΥ στις ευρωπαϊκές χώρες. Στους δείκτες που αφορούν τις διαδικασίες της ΠΦΥ περιλαμβάνονται και εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης του ασθενή (patient's satisfaction) που απορρέει από τη σχέση του με τον οικογενειακό γιατρό, τον χρόνο που του αφιερώνει, την εμπιστοσύνη που του έχει, τη σαφήνεια στην επεξήγηση του προβλήματος, τις διαγνωστικές διαδικασίες και τις επιλογές στον τρόπο αντιμετώπισης (Kringos et al., 2010· Schafer et al., 2013).

## 2.3 Μοντέλα παροχής φροντίδας που είναι επικεντρωμένη στον ασθενή

Η φροντίδα που είναι επικεντρωμένη στον ασθενή και την οικογένεια εφαρμόζεται σε ασθενείς όλων των ηλικιών και μπορεί να ασκείται σε οποιοδήποτε περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης (Hurtado et al., 2001· Kinnersley, Stott, Peters, & Harvey, 1999). Τα μοντέλα που έχουν παρουσιαστεί στη βιβλιογραφία και βασίζονται στη φροντίδα την επικεντρωμένη στον ασθενή, κατά κανόνα, συντονίζονται από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Αυτό προϋποθέτει εκ μέρους του οικογενειακού γιατρού:

- την ικανότητα να υιοθετεί μια προσωποκεντρική προσέγγιση στην αντιμετώπιση του ασθενή και των προβλημάτων του,
- την ανάπτυξη και την εφαρμογή της τεχνικής της διαβούλευσης (consultation) κατά τη συνέντευξη με τον ασθενή, ώστε να δημιουργηθεί μια καλή σχέση γιατρού–ασθενή (patient-physician relationship),
- την παροχή μακροχρόνιας συνέχειας στη φροντίδα, όπως αυτή προσδιορίζεται από τις ανάγκες του ασθενή.

Ο τρόπος επικοινωνίας του ασθενή με τον γιατρό, καθώς και το επικοινωνιακό μοντέλο που χρησιμοποιούν οι επαγγελματίες υγείας κατά την επαφή τους με τον ασθενή, θεωρούνται κρίσιμα στοιχεία για την ικανοποίησή του. Η αποτελεσματική επικοινωνία εκ μέρους του γιατρού αφορά την προσέγγιση και το ενδιαφέρον για τις ανησυχίες του ασθενή, τη σαφή επεξήγηση και την αποφυγή χρήσης δυσνόητης ιατρικής ορολογίας (Winfield, Murrell, Clifford, & Farmer, 1996).

Το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine, IOM) στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής διατύπωσε το 2000 τον ορισμό της έννοιας της ανθρωποκεντρικής φροντίδας, σύμφωνα με τον οποίο «είναι η ιατρική φροντίδα που στοχεύει στη συνεργασία μεταξύ των γιατρών, των ασθενών και των οικογενειών τους (όποτε απαιτείται), προκειμένου να διασφαλιστεί ότι οι θεραπευτικές αποφάσεις που λαμβάνονται σέβονται τις προσδοκίες, τις ανάγκες και τις προτιμήσεις των ασθενών. Επιπλέον, επιδιώκει την ενεργοποίηση των ασθενών με την εκπαίδευση και τη βοήθεια που χρειάζονται, προκειμένου να λάβουν αποφάσεις, ώστε να συμμετέχουν ενεργά στη φροντίδα τους» (Mead, Bower, & Hann, 2002).

Η προσωποκεντρική προσέγγιση από την πλευρά του γιατρού δημιουργεί μια καλή διαπροσωπική σχέση με τον ασθενή, διευκολύνοντας την ανταλλαγή πληροφοριών, καθώς συμπεριλαμβάνει τον ασθενή στη διαδικασία λήψης της απόφασης (Franks et al., 2006).

Η καλή επικοινωνία γιατρού–ασθενή έχει τη δυναμική να βοηθήσει στη ρύθμιση των συναισθημάτων του ασθενή, να διευκολύνει την κατανόηση των ιατρικών πληροφοριών και να επιτρέψει την καλύτερη ταυτοποίηση των αναγκών, των αντιλήψεων και των προσδοκιών του ασθενή (Radwin, Cabral, & Wilkes, 2009· M. Stewart et al., 2000).

Οι ασθενείς που αναφέρουν καλή επικοινωνία με τον γιατρό τους είναι πιο πιθανό να είναι ικανοποιημένοι από τη φροντίδα που λαμβάνουν. Αυτό οφείλεται στην ανταλλαγή πληροφοριών σχετικών με τη νόσο τους για την ακριβή διάγνωσή της, στην αναφορά στα προβλήματα που προκύπτουν, στην αποδοχή των συμβουλών που λαμβάνουν και στην πιστή τήρηση της προβλεπόμενης θεραπείας (Henbest & Stewart, 1990· M. A. Stewart, 1984).

Σχετικά πρόσφατα έχει εφαρμοστεί στις Ηνωμένες Πολιτείες ένα μοντέλο για τη διαχείριση ασθενών με σύνθετα προβλήματα υγείας, οι οποίοι συνήθως παρουσιάζουν έναν συνδυασμό παθολογικών, κοινωνικών και ψυχιατρικών προβλημάτων. Το προτεινόμενο μοντέλο ονομάζεται Patient-Centered Medical Home (Patient Centered Medical Home Resource Center, 2011) και οι βασικές του αρχές, οι οποίες θεσπίστηκαν από την Αμερικανική Ακαδημία Οικογενειακών Γιατρών (American Academy of Family Physicians, AAFP, [www.aafp.org](http://www.aafp.org)), είναι οι εξής (Kellerman & Kirk, 2007):

- ολοκληρωμένη φροντίδα,
- φροντίδα επικεντρωμένη στον ασθενή,
- συντονισμένη φροντίδα,
- προσβάσιμες υπηρεσίες υγείας,
- ποιότητα και ασφάλεια.

Μοντέλα που, επίσης, στηρίζονται στην αρχή της φροντίδας της επικεντρωμένης στον ασθενή είναι τα μοντέλα παροχής συμπονετικής φροντίδας (compassionate care) (Shea, Wynyard, & Lionis, 2014). Τα μοντέλα αυτά προχωρούν πέρα από την εκδήλωση της ενσυναίσθησης και παρέχουν στους ασθενείς φροντίδα μέσω συγκεκριμένων δράσεων και υπηρεσιών, οι οποίες απαλύνουν το βάρος τους. Ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο ή από χρόνια νοσήματα τελικού σταδίου, ηλικιωμένοι ασθενείς ή και ασθενείς με επιπρόσθετα κοινωνικά προβλήματα είναι δυνατόν να λάβουν συμπονετική φροντίδα, η οποία μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη συμμόρφωσή τους προς τη θεραπεία, στη μείωση του άγχους, στη σωστότερη διαχείριση της ασθένειάς τους και στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους (Shea et al., 2014).

## 2.4 Σχέση γιατρού–ασθενή

Έχουν προταθεί διάφορα μοντέλα για τη θεωρητική προσέγγιση της σχέσης γιατρού–ασθενή. Με βάση την ανάλυση του Parsons, η σχέση γιατρού–ασθενή είναι μια σχέση κοινής συναίνεσης. Τόσο ο γιατρός όσο και ο ασθενής έχουν έναν συγκεκριμένο ρόλο στην προσέγγιση αυτή· έχουν προσδοκίες, δικαιώματα και υποχρεώσεις, όπως όλοι οι πρωταγωνιστές που ανήκουν σε μια κοινωνική ομάδα και επιτελούν τον ρόλο τους για την εύρυθμη λειτουργία της εν λόγω ομάδας (Bertakis, Azari, Callahan, Helms, & Robbins, 1999).

Η δεύτερη θεωρία που, επίσης, αντιμετωπίζει τη σχέση γιατρού–ασθενή ως σχέση κοινής συναίνεσης είναι η θεωρία των Szasz και Hollender. Η θεωρία αυτή στηρίζεται σε τρία μοντέλα τα οποία καθορίζονται από την κατάσταση υγείας του ασθενή και τη θεραπεία (Epstein et al., 2005). Ο Robert J. Edelman περιγράφει ένα μοντέλο το οποίο, όταν είναι προσαρμοσμένο στις ανάγκες του γιατρού, καταλήγει σε μια μη ισορροπημένη σχέση, ενώ, όταν είναι προσαρμοσμένο στον ασθενή, ο γιατρός δημιουργεί τις προϋποθέσεις για μια πιο ασθενοκεντρική επικοινωνία (Szasz & Hollender, 1956). Μια άλλη εκδοχή της σχέσης παρουσιάζεται από τους Bloor και Horobin, οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η αιτία των συγκρούσεων βρίσκεται στο τι πιστεύει ο γιατρός για τη συμπεριφορά του ασθενή. Εδώ, ο γιατρός θεωρεί ότι ο ασθενής επιβάλλεται να είναι άρτια πληροφορημένος για την κατάσταση της υγείας του και να αποζητά βοήθεια μόνο σε ειδικές περιπτώσεις (Bertakis & Azari, 2011). Το μοντέλο της «διαπραγματεύσιμης τάξης», που ανέπτυξε ο αμερικανός κοινωνιολόγος Anselm Strauss, υπερβαίνει το στενό πλαίσιο της σχέσης γιατρού–ασθενή. Η διαπραγμάτευση σημαίνει ότι ο προς επίτευξη στόχος δεν είναι δεδομένος εξαρχής και ότι η συμφωνία που γίνεται δεν είναι ποτέ οριστική, καθώς μπορεί πάντα να τεθεί υπό αμφισβήτηση και να οριστεί εκ νέου. Όσον αφορά τη συνάντηση του γιατρού με τον ασθενή, το ενδιαφέρον, από την άποψη της διαπραγμάτευσης, είναι ότι επιτρέπει να αντιλαμβανόμαστε τη συνάντηση ως κάτι το «ανοιχτό», όπου ο κάθε συμμετέχων μπορεί να επηρεάσει την εξέλιξη και τα αποτελέσματά της (Bloor, Frankland, Thomas, & Robson, 2001). Ο Freidson περιγράφει μια διαφορετική προσέγγιση, σύμφωνα με την οποία η σχέση γιατρού–ασθενή παρουσιάζεται ως σχέση συγκρούσεων. Οι συγκρούσεις αυτές μπορεί να εμφανιστούν προοδευτικά, καθώς τα δύο μέρη της συγκεκριμένης σχέσης έχουν διαφορετική οπτική και διαφορετικές προτεραιότητες, με αποτέλεσμα το πλάνο που επιθυμεί ο ασθενής να μην συμπίπτει μ' αυτό που προτείνει ο γιατρός (Szasz & Hollender, 1956). Σε όλα τα μοντέλα η επικοινωνία γίνεται μέσω λεκτικών και μη λεκτικών διαύλων. Στη μη λεκτική επικοινωνία, η συμπεριφορά ενός ατόμου και η αλληλεπίδρασή του με κάποιο άλλο άτομο επηρεάζονται από τη χρήση άλλων μέσων επικοινωνίας εκτός του λόγου (Chomsky, 1964).

Σήμερα πολλοί παράγοντες συμβάλλουν στον επαναπροσδιορισμό της σχέσης γιατρού–ασθενή. Μερικοί απ' αυτούς είναι η ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας που παρεμβάλλεται ανάμεσα στον γιατρό και τον ασθενή, καθώς και η ενημέρωση του ασθενή για ιατρικά θέματα από τα μέσα ενημέρωσης, με αποτέλεσμα να προσέρχεται στο ιατρείο προβάλλοντας στον γιατρό τη μη τυποποιημένη γνώση του. Επιπρόσθετα, οι εκφραστές του ιατρικού λόγου κατανοούν όλο και περισσότερο πόσο σημαντικό είναι να λαμβάνουν υπόψη τα συναισθήματα των ασθενών, όπως προκύπτουν από τη βίωση του σώματός τους, δημιουργώντας μαζί τους μια σχέση που να βασίζεται στην επικοινωνία και την αμοιβαιότητα. Έτσι, η εποικοδομητική συνεργασία γιατρού–ασθενή συμβάλλει στην επίτευξη του κοινού στόχου, που είναι η ίαση του ασθενή (Owens, 2010).

Ερευνητής	Μοντέλο επικοινωνίας	Χαρακτηριστικά
Talcott Parsons	Ασύμμετρο και συναινετικό μοντέλο	- Ο γιατρός μπορεί να λύσει το πρόβλημα του ασθενή. - Ο γιατρός είναι ενεργητικός. - Ο ασθενής είναι παθητικός. - Αρμονική σχέση παρά το γεγονός της ανισότητας
Szasz και Hollender	Ενεργοπαθητικό μοντέλο	-Ενεργητικότητα–παθητικότητα



		-Κατευθυνόμενη συνεργασία - Κοινή συμμετοχή
Robert J. Edelman	Μοντέλο επικοινωνίας προσαρμοσμένο στις ανάγκες του γιατρού	-Σχέση δύναμης μη ισορροπημένη
	Μοντέλο επικοινωνίας προσαρμοσμένο στις ανάγκες του ασθενή	-Ο γιατρός ανακαλύπτει ανησυχίες και ανάγκες, και προσαρμόζει τις αντιδράσεις του ανάλογα. Ακούει και σκέφτεται, διερευνά τις ιδέες του ασθενή, ενθαρρύνοντάς τον και δείχνοντας κατανόηση.  -Ο γιατρός εμπλέκει τον ασθενή στις αποφάσεις, ενώ αναμένει απ' αυτόν να είναι ενεργητικός, να κάνει ερωτήσεις και να επηρεάζει τη συνεδρία.
Bloor και Horobin	Μοντέλο βασισμένο στη θεωρία συγκρούσεων	-Ο ασθενής δεν συμμορφώνεται με τις οδηγίες του γιατρού.
Anselm Strauss	Μοντέλο «διαπραγματεύσιμης τάξης»	-Επιτρέπει να εκλαμβάνεται η συνάντηση ως κάτι το «ανοιχτό», όπου ο κάθε συμμετέχων μπορεί να επηρεάσει την εξέλιξη και τα αποτελέσματά της.
Eliot Freidson	Μοντέλο περισσότερο συγκρουσιακό παρά συναινετικό	-Ο γιατρός ορίζει ο ίδιος το περιεχόμενο και τις μορφές των υπηρεσιών που θα προσφέρει, αλλά ταυτόχρονα ο ασθενής δεν έχει παθητικό ρόλο.

**Πίνακας 2.1** Προτεινόμενα μοντέλα στην επικοινωνία γιατρού–ασθενή.

Ο «ιδανικός» ασθενής αναγνωρίζει, κατά το μοντέλο συναίνεσης του Parsons, ότι έχει τα δικαιώματα και τα προνόμιά του· επιτρέπεται, ή και απαιτείται, να αφήσει κάποιες ή όλες τις δραστηριότητές του. Επιπλέον, θεωρείται ότι έχει ανάγκη φροντίδας. Ανάμεσα στις υποχρεώσεις του διακρίνεται η θέληση να γίνει γρήγορα καλά, καθώς και να αναζητήσει βοήθεια και να αποκτήσει καλή σχέση με τον γιατρό του. Ο «ιδανικός» γιατρός, σύμφωνα με το μοντέλο συναίνεσης του Parsons, κατέχει υψηλό βαθμό γνώσης και εξειδίκευσης, τα οποία εφαρμόζει στον ασθενή. Όλες του οι ενέργειες στοχεύουν στο καλό του ασθενή και είναι αντικειμενικός και συναισθηματικά «απόμακρος». Επιπλέον, τηρεί τους κανόνες κατά την άσκηση του επαγγέλματος (Higgins, Porter, & O'Halloran, 2014).

Ο Parsons θεωρεί ότι ο γιατρός απολαμβάνει σημαντική αυτονομία στην εκτέλεση των καθηκόντων του και βρίσκεται σε θέση ισχύος απέναντι στον ασθενή (σχέση ασύμμετρη)· ωστόσο, αυτό ενδέχεται να εξυπηρετεί τις ανάγκες του ασθενή, ο οποίος εκείνη τη στιγμή επιθυμεί να αναλάβει κάποιος άλλος την ευθύνη (Makoul, 2001).

Η σχέση γιατρού–ασθενή, ως σχέση διαπραγμάτευσης, χαρακτηρίζεται από την πρόσωπο με πρόσωπο επαφή. Εδώ, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν η γλώσσα του σώματος, ο περιβάλλον χώρος, ο τρόπος ομιλίας, καθώς και ο τρόπος που τα δύο μέρη παρουσιάζουν την ταυτότητά τους, τον εαυτό τους και τις στρατηγικές που θα εφαρμόσουν προκειμένου να επιτευχθεί ο επιθυμητός στόχος (Lazzeri et al., 2015).

Λεκτική επικοινωνία είναι η ανταλλαγή πληροφοριών με τη χρήση λέξεων και λαμβάνει τη μορφή του γραπτού ή του προφορικού λόγου. Η λεκτική επικοινωνία βασίζεται στη χρήση της «γλώσσας», η οποία αποτελεί έναν καθορισμένο τρόπο χρησιμοποίησης των λέξεων, έτσι ώστε οι άνθρωποι να μπορούν να μοιράζονται αποτελεσματικά τις πληροφορίες (Smedley, Stith, & Nelson, 2003). Η μη λεκτική επικοινωνία ορίζεται ως «μια διαδικασία μέσω της οποίας ένα άτομο επηρεάζει τη συμπεριφορά, τη νοητική κατάσταση ή τα συναισθήματα κάποιου άλλου, χρησιμοποιώντας ένα ή περισσότερα λεκτικά κανάλια». Λεκτικό κανάλι ονομάζεται οποιοδήποτε άλλο μέσο εκτός του λόγου, το οποίο έχει την ικανότητα να μεταδίδει πληροφορίες και συναισθήματα. Ίσως λιγότερο για τον ασθενή και περισσότερο για τον γιατρό, η μη λεκτική συμπεριφορά θα πρέπει να είναι προσεγμένη, αφού μεταφέρει συναισθηματικά μηνύματα και αποτελεί τη βασική πηγή πληροφοριών για τον ασθενή (Greenfield, Kaplan, & Ware, 1985).

## 2.5 Δεξιότητες επικοινωνίας

Η ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας διευκολύνει την προσέγγιση που είναι επικεντρωμένη στον ασθενή και αφορά τόσο το ύφος όσο και το περιεχόμενο της προσέγγισης (Alazgi & Neal, 2003). Η προσεκτική ακρόαση, η ενσυναίσθηση και η χρήση ανοιχτών ερωτήσεων αποτελούν μερικά παραδείγματα επιδέξιας επικοινωνίας. Η βελτιωμένη επικοινωνία γιατρού–ασθενή τείνει να ενισχύσει τη συμμετοχή του ασθενή και την τήρηση της συνιστώμενης θεραπείας, ενώ αυξάνει την ικανοποίησή του (O'Keefe, 2001). Αντίθετα, η κακή επικοινωνία μειώνει την ικανοποίηση του ασθενή, την ποιότητα στην παρεχόμενη ιατρική περίθαλψη, το επίπεδο της ελπίδας και, μετέπειτα, την ψυχολογική προσαρμογή (Chen et al., 2007). Έχει αναφερθεί ότι οι ασθενείς, συχνά, θεωρούν τους γιατρούς ως μια από τις σημαντικότερες πηγές ψυχολογικής υποστήριξης. Η ενσυναίσθηση (empathy) είναι ένας από τους πιο ισχυρούς τρόπους παροχής αυτής της στήριξης, που αποσκοπεί στη μείωση της απόρριψης των συναισθημάτων των ασθενών, στην ελαχιστοποίηση της απομόνωσης και στην αποδοχή τους, καθώς τα συναισθήματα και οι σκέψεις τους εκλαμβάνονται ως κάτι φυσιολογικό και αναμενόμενο (Diette & Rand, 2007). Όταν καλλιεργείται κλίμα εχεμύθειας και εμπιστοσύνης, αλλά και όταν ο ασθενής ενθαρρύνεται να μιλήσει, τότε είναι πιο πιθανό να αποκαλύψει τον αληθινό λόγο της επίσκεψής του. Μ' αυτόν τον τρόπο υποβοηθείται η διάγνωση.

### 2.5.1 Η διαβούλευση ως διαδικασία επικοινωνίας γιατρού–ασθενή

Η διαβούλευση είναι μια διαδικασία επικοινωνίας γιατρού–ασθενή που βασίζεται στην ισορροπία μεταξύ της συμβουλευτικής από την πλευρά του γιατρού και της προσέγγισης με επίκεντρο τον ασθενή. Τόσο ο ασθενής όσο και ο γιατρός συνεισφέρουν κατά τη διαβούλευση, καθώς ο ασθενής έχει την πληροφορία για:

- το προς συζήτηση θέμα,
- το ιστορικό του και
- το ψυχοκοινωνικό πλαίσιο,
- ενώ ο γιατρός έχει την πληροφορία για:
- το βιοϊατρικό υπόβαθρο και
- τις υπηρεσίες στις οποίες υπάρχει πρόσβαση για την αντιμετώπιση του προβλήματος του ασθενή.

Κατά τη διαβούλευση λαμβάνουν χώρα τα παρακάτω:

- Ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ γιατρού και ασθενή, με σκοπό η πορεία δράσης που θα αποφασιστεί να είναι η καλύτερη και η αποδοτικότερη για τον ασθενή.
- Ενέργειες (περιεχόμενο): Ερωτήσεις για τη διεκρίνιση της αιτίας της επίσκεψης και συζήτηση για ένα πλάνο διαχείρισης του προβλήματος του ασθενή.
- Συμπεριφορές (διαδικασία): Ο τρόπος που εξελίσσεται η επίσκεψη. Πώς συμπεριφέρονται ο γιατρός και ο ασθενής μεταξύ τους (λεκτικά και μη λεκτικά).

Η ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας (communication skills) από την πλευρά του γιατρού, ώστε να μπορεί να διεκπεραιώνει τη διαδικασία της διαβούλευσης, προσφέρει τα εξής (Mead & Bower, 2002):

- Ο γιατρός εντοπίζει το πρόβλημα του ασθενή με μεγαλύτερη ακρίβεια.
- Ο ασθενής προσαρμόζεται καλύτερα ψυχολογικά και είναι πιο ικανοποιημένος από την παρεχόμενη φροντίδα.
- Ο γιατρός αντλεί μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη δουλειά του και έχει λιγότερο άγχος.

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι ο τρόπος επικοινωνίας δεν εξαρτάται μόνο από τις δεξιότητες του γιατρού αλλά και από τη βαρύτητα του προβλήματος του ασθενή. Όσο πιο επείγων και απειλητικός για τη ζωή του ασθενή είναι ο λόγος προσέλευσής του, τόσο η απόφαση για τον τρόπο διαχείρισης μεταβιβάζεται στον γιατρό, χωρίς να υπάρχουν τα χρονικά περιθώρια για μια ολοκληρωμένη διαδικασία διαβούλευσης (Franks et al., 2006). Έτσι, ανάλογα με τη βαρύτητα του λόγου προσέλευσης, ο γιατρός μπορεί, κατά την επίσκεψη, να αναλάβει έναν από τους παρακάτω ρόλους:

1. Να πάρει άμεσα την απόφαση για το είδος της παρέμβασης στον ασθενή. Στην οξεία φάση σοβαρών περιστατικών, όπως στην περίπτωση ασθενή με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, ένας γιατρός αναμένεται να πάρει αποφάσεις μονομερώς και να προβεί σε ορισμένες ενέργειες για λογαριασμό του ασθενή, με στόχο να αντιμετωπίσει την άμεση απειλή για τη ζωή του (M. Stewart et al., 2000).
2. Να καθοδηγεί τον ασθενή κατά τη διαχείριση του προβλήματός του. Κατά τη διαχείριση οξέων νοσημάτων που δεν είναι απειλητικά για τη ζωή του ασθενή, όπως οι οξείες λοιμώξεις ή οι μικροτραυματισμοί, ή και κατά τη ρύθμιση χρόνιων προβλημάτων, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης ή η υπέρταση, ο γιατρός παρέχει στον ασθενή πληροφορίες σχετικά με τη διάγνωση και συμβουλές για τη θεραπεία (Lussier & Richard, 2010).
3. Να λειτουργεί ως σύμμαχος του ασθενή. Σε χρόνιες ασθένειες, οι οποίες ενδέχεται να έχουν σοβαρές επιπλοκές για τον ασθενή, μολονότι έχει ήδη ρυθμίσει τη διαχείρισή τους, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια ή η χρόνια νεφρική νόσος, ο γιατρός μπορεί να δημιουργήσει μια σχέση συμμαχίας με τον ασθενή. Ο γιατρός, ως σύμμαχος του ασθενή, τον βοηθάει να αναπτύξει σταδιακά τη γνώση του για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει, ούτως ώστε να είναι πλέον ο ασθενής σε θέση να συζητήσει διάφορες εναλλακτικές θεραπείες. Στόχος του γιατρού είναι να κινητοποιήσει τον ασθενή και να του παράσχει τις απαραίτητες πληροφορίες που θα του επιτρέψουν να εφαρμόσει το συμφωνημένο θεραπευτικό πλάνο (Fiscella et al., 2004).
4. Να διευκολύνει τον ασθενή στην εφαρμογή των επιλογών του. Στην περίπτωση των χρόνιων ασθενειών που συνήθως δεν οδηγούν σε σοβαρές επιπλοκές, όπως το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, η οστεοαρθρίτιδα ή η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, ο γιατρός φροντίζει ώστε ο ασθενής, αφού έχει αναπτύξει βαθιά κατανόηση του νοσήματος, να αποκτήσει την ικανότητα να ελέγχει το πρόβλημα της υγείας του ανεξάρτητα, λαμβάνοντας τα αναγκαία μέτρα για την προσαρμογή του στη θεραπεία. Σ' αυτές τις καταστάσεις, οι ασθενείς μπορεί να έχουν συγκεκριμένα αιτήματα, τα οποία διατυπώνουν κατά τη διαβούλευση. Στόχος του γιατρού είναι να συμπληρώσει τις πληροφορίες που πιθανόν δεν γνωρίζει ο ασθενής και να βοηθήσει στην εφαρμογή της θεραπείας. Ο ασθενής και ο γιατρός έχουν μια σχέση στην οποία ο γιατρός διευκολύνει τον ασθενή και παρέχει το κίνητρο, ώστε οι ψυχοκοινωνικές πτυχές και οι πεποιθήσεις του ασθενή να επιβεβαιώνονται και να διαδραματίζουν ρόλο στα αιτήματά του προς τον γιατρό. Η φροντίδα βασίζεται στις απαιτήσεις του γιατρού αλλά και στις επιθυμίες του ασθενή. Η συνάντηση γιατρού–ασθενή χαρακτηρίζεται από τον διάλογο, τον οποίο συχνά ξεκινά ο ασθενής, και την προσεκτική εκτίμηση των εναλλακτικών επιλογών από τον γιατρό, ο οποίος καταλήγει σε προτάσεις προς τον ασθενή, προκειμένου να τον διευκολύνει στην εφαρμογή της θεραπείας (Hjortdahl & Borchgrevink, 1991).

## 2.5.2 Τα στάδια της διαβούλευσης

Για την επίτευξη μιας καλής επικοινωνίας κατά τη διαβούλευση πρέπει να ισχύουν τα εξής:

- Χρήση απλής γλώσσας, έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί εύκολα να κατανοήσει το μήνυμα.
- Χρήση περισσότερων του ενός τρόπων διαβίβασης του μηνύματος, σε περίπτωση που αποτύχει ο ένας τρόπος.
- Προσπάθεια επανάληψης, ώστε να γίνει κατανοητό το μήνυμα.

- Χρήση ελέγχου, έτσι ώστε να διαπιστωθεί αν διαβιβάστηκε και κατανοήθηκε σωστά το μήνυμα.
- Προσπάθεια ώστε το μήνυμα να ακολουθείται από πράξεις.
- Συλλογή πληροφοριών για το πρόβλημα.
- Συλλογή πληροφοριών για τις απόψεις του ασθενή ως προς το πρόβλημα που έχει.
- Συλλογή πληροφοριών για την επίδραση (σωματική, συναισθηματική, κοινωνική) του προβλήματος στον ασθενή και την οικογένειά του.

Τα στάδια της διαβούλευσης περιλαμβάνουν:

- Παροχή πληροφόρησης στον ασθενή ανάλογα με το τι θα ήθελε να γνωρίζει.
- Εκτίμηση της κατανόησης της πληροφορίας από τον ασθενή.
- Αναγνώριση της αντίδρασης του ασθενή στην πληροφορία που έλαβε.
- Αναγνώριση των προβληματισμών και των ανησυχιών του ασθενή.
- Καθορισμός του βαθμού συμμετοχής που επιθυμεί ο ασθενής στη λήψη αποφάσεων (όταν υπάρχουν επιλογές θεραπείας).
- Συζήτηση των επιλογών θεραπείας, ώστε ο ασθενής να αντιλαμβάνεται τις συνέπειες.
- Επιλογή ενός πλάνου σύμφωνα με το οποίο θα μεγιστοποιείται η πιθανότητα να ακολουθήσει ο ασθενής την απόφαση που συμφωνήθηκε για θεραπεία και αλλαγή του τρόπου ζωής.

Η ικανοποιητική και σωστή επικοινωνία κατά τη διαβούλευση εξαρτάται και από άλλους σημαντικούς παράγοντες, όπως η αρμονική σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενή. Η ύπαρξη συγκεκριμένων, κοινών, αντικειμενικών στόχων συμβάλλει στην καλύτερη επικοινωνία, καθώς γιατρός και ασθενής συνεργάζονται για την εκπλήρωση του κοινού σκοπού. Το περιβάλλον είναι ένας ακόμη παράγοντας. Ένα άνετο περιβάλλον με κατάλληλη θερμοκρασία και κατάλληλο εξοπλισμό προάγει την επικοινωνία, καθώς τα άτομα αισθάνονται την ατμόσφαιρα μεταξύ τους χαλαρή και ευχάριστη, χωρίς την πίεση του χρόνου και του άγχους. Η ιδιωτικότητα διασφαλίζεται όταν δεν υπάρχουν διακοπές από τρίτους ή παρουσία άλλων ατόμων κατά την επικοινωνία. Ακόμη, η διαχείριση των πληροφοριών πρέπει να γίνεται με την κατάλληλη εμπιστευτικότητα, ώστε ο ασθενής να μην ανησυχεί μήπως εκτεθεί. Τέλος, είναι σημαντική η επικέντρωση της προσοχής στον συνομιλητή για επιτυχημένη ανταλλαγή πληροφοριών και ολοκληρωμένη επικοινωνία (Aroga, 2003).

### 2.5.3 Η αξιολόγηση των δεξιοτήτων για τη διενέργεια ιατρικής συνέντευξης

Το Συμβούλιο Πιστοποίησης Πτυχιούχων Ιατρικής Εκπαίδευσης (*Accreditation Council for Graduate Medical Education*, ACGME) καθόρισε έξι βασικές ικανότητες τις οποίες θα πρέπει να έχει ο ειδικευόμενος ή ειδικευμένος γιατρός. Έκρινε αναγκαίο οι διαδικασίες αξιολόγησης να βασίζονται στις ικανότητες, καθώς και στην έγκυρη και αξιόπιστη αποτελεσματικότητα, και να σχετίζονται με την ιατρική πρακτική του ειδικευομένου. Ένα από τα πιο δημοφιλή εργαλεία που κατασκεύασε το ACGME και χρησιμοποιείται από τις σχολές για να αξιολογήσουν τις δεξιότητες ιατρικής συνέντευξης είναι το πλαίσιο SEGUE (Makoul, 2001). Το πλαίσιο εκπαίδευσης στην προσέγγιση του ασθενή κατά SEGUE περιλαμβάνει μια κλίμακα από οδηγίες σε μορφή λίστας (Πίνακας 2), προκειμένου να διευκολύνει τη διδασκαλία και την αξιολόγηση των δεξιοτήτων επικοινωνίας στην ιατρική εκπαίδευση (*medical education*). Το πρώτο βήμα περιλαμβάνει τον χαιρετισμό του ασθενή, τον ορισμό της ατζέντας της επίσκεψης και τον καθορισμό του πλαισίου της συνάντησης (προτείνεται να τίθενται στον ασθενή ερωτήματα όπως «Θέλετε να συζητήσουμε τίποτε άλλο;»). Επιπλέον, η δημιουργία ανθρώπινης επαφής και η διατήρηση της ιδιωτικότητας (π.χ., αναφορά σε άλλα θέματα πλην των ιατρικών) περιλαμβάνονται στις οδηγίες SEGUE.

Σε ένα δεύτερο βήμα εντάσσεται η απόσπαση των πληροφοριών. Είναι σημαντικό να εκφράσει ο ασθενής την άποψή του για το πρόβλημα υγείας και την πορεία του (ιδέες, ανησυχίες, σκέψεις). Η διερεύνηση σωματικών ή βιολογικών (συμπτώματα, σημάρια κ.λπ.) και ψυχοκοινωνικών ή συναισθηματικών παραγόντων (π.χ., συνθήκες ζωής, σχέσεις με την οικογένεια, ψυχολογική πίεση) αποτελεί προτεινόμενο βήμα για την αρτιότερη επικοινωνία με τον ασθενή. Η συζήτηση για προηγούμενες θεραπείες και για το πώς η ασθένεια επηρεάζει τον τρόπο ζωής του ασθενή (ποιότητα ζωής, επικίνδυνες συμπεριφορές ή συνήθειες), η αποφυγή κλειστών ερωτήσεων, καθώς και η ευκαιρία να εκφράσει ο ασθενής ελεύθερα τις ανησυχίες του, έχοντας την

αμέριστη προσοχή του θεράποντα, η ενθάρρυνση και η ανατροφοδότηση, αλλά και ο έλεγχος των πληροφοριών που δόθηκαν ως την παρούσα φάση δημιουργούν κλίμα ασφάλειας στον ασθενή. Η παροχή πληροφοριών στον ασθενή που εξηγούν τη συλλογιστική των διαγνωστικών διαδικασιών και εμπλουτίζουν τις γνώσεις του για το σώμα του και την κατάστασή του (π.χ., η απλή εξήγηση των διαγνωστικών δοκιμασιών και η προσαρμογή των πληροφοριών στο επίπεδο γνώσης του ασθενή, με αποφυγή χρήσης δυσνόητων ιατρικών όρων), όπως και η ενθάρρυνση για τη διατύπωση ερωτήσεων σχετικών με τις πληροφορίες που αναζητά διευκολύνουν την επικοινωνία γιατρού–ασθενή.

Τέλος, η αντίληψη της οπτικής του ασθενή, η αναγνώριση του χρόνου αναμονής του, το ενδιαφέρον, η φροντίδα και η ενσυναίσθηση σε συνδυασμό με τον σεβασμό απέναντί του, η ανακεφαλαίωση όσων ειπώθηκαν κατά τη συνάντηση και ο σχεδιασμός των επόμενων βημάτων αποτελούν για το SEGUE βασικούς παράγοντες σωστής επικοινωνίας μεταξύ του γιατρού και του ασθενή (Mead & Bower, 2002).

Η ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας σύμφωνα με το πλαίσιο εκπαίδευσης SEGUE βοηθά ώστε να έχει ο γενικός γιατρός τα παρακάτω *πλεονεκτήματα* κατά τη διαβούλευση:

- Να δημιουργεί κλίμα εμπιστοσύνης.
- Να αποδέχεται τον ασθενή.
- Να επιτυγχάνει καλύτερη συνεργασία.
- Να αντιλαμβάνεται τα μηνύματα των ασθενών.
- Να αποφεύγει τις παρεξηγήσεις.
- Να κερδίζει την ανταπόκριση των ασθενών.
- Να θεωρείται άξιος προσοχής.
- Να γίνεται πιο μεθοδικός.
- Να βελτιώνει την ικανότητά του να σκέφτεται καθαρά.
- Να νιώθει πως έχει τον έλεγχο αυτού που κάνει.

<b>Το πλαίσιο εκπαίδευσης SEGUE</b>		
<b>Καθορίστε το πλαίσιο</b>	<b>Απόσπαση πληροφοριών</b>	<b>Παροχή πληροφοριών</b>
Χαιρετίστε τον ασθενή.	Αποσπάστε την άποψη του ασθενή για το πρόβλημα υγείας και την πορεία του.	Εξηγήστε τη συλλογιστική των διαγνωστικών διαδικασιών.
Καθορίστε τον λόγο της συνάντησης.	Διερευνήστε σωματικούς / βιολογικούς παράγοντες.	Διδάξτε–μάθετε στον ασθενή το σώμα του και την κατάστασή του.
Ορίστε την ατζέντα της συνάντησης (π.χ., «Τίποτε άλλο;»).	Διερευνήστε ψυχοκοινωνικούς/συναισθηματικούς παράγοντες.	Ενθαρρύνετε τη διατύπωση ερωτήσεων σχετικών με τις πληροφορίες που αναζητά.
Δημιουργείστε ανθρώπινη επαφή κατά τη συνάντηση (π.χ., αναφερθείτε σε άλλα θέματα πλην των ιατρικών).	Συζητήστε προηγούμενες θεραπείες.	Προσαρμόστε την επικοινωνία στο επίπεδο γνώσης του ασθενή.
Διατηρείστε την ιδιωτικότητα (π.χ., κλειστή πόρτα, ιδιωτική συνομιλία).	Συζητήστε το πώς η ασθένεια επηρεάζει τον τρόπο ζωής του ασθενή.	Αντίληψη της οπτικής του ασθενή.
	Αποφύγετε κλειστές, καθοδηγούμενες ερωτήσεις.	Αναγνωρίστε τον χρόνο αναμονής.
	Δώστε στον ασθενή τον χρόνο / την ευκαιρία να εκφραστεί και να μιλήσει.	Εκφράστε το ενδιαφέρον σας, τη φροντίδα σας, τη

		ενσυναίσθησή σας.
	Ακούστε. Δώστε στον ασθενή την αμέριστη προσοχή σας.	Διατηρήστε έναν τόνο σεβασμού προς τον ασθενή.
	Ελέγξτε τις πληροφορίες, διευκρινίστε.	
<b>Περατώστε τη συνάντηση</b>		
	Ρωτήστε τον ασθενή αν θέλει να ρωτήσει κάτι άλλο.	
	Ανακεφαλαιώστε μαζί με τον ασθενή τα επόμενα βήματα.	

**Πίνακας 2.2** Το πλαίσιο εκπαίδευσης SEGUE (*Set the stage, Elicit information, Give information, Understand the patient's perspective, and End the encounter*).

## 2.6 Φραγμοί στην επικοινωνία γιατρού–ασθενή και η αντιμετώπισή τους

Στην καθημερινή κλινική πράξη συνήθως δεν ακολουθείται η διαδικασία της διαβούλευσης. Αρκετά από τα βήματα του πλαισίου SEGUE δεν εφαρμόζονται. Ο γιατρός πολλές φορές υιοθετεί συμπεριφορές που δεν επιτρέπουν στον ασθενή να εκφράσει ό,τι τον απασχολεί. Τέτοιες συμπεριφορές περιλαμβάνουν:

- την παροχή συμβουλής και την προσπάθεια καθησυχασμού, πριν εντοπιστούν τα κύρια προβλήματα,
- την ερμηνεία της απογοήτευσης του ασθενή ως κάτι φυσιολογικό,
- την έμφαση στα σωματικά προβλήματα και το ενδιαφέρον μόνο γι' αυτά,
- την αλλαγή θέματος,
- την προσπάθεια δημιουργίας ενός εύθυμου κλίματος.

Φραγμοί στην επικοινωνία από την πλευρά του γιατρού συνήθως είναι:

- οι αλλεπάλληλες ερωτήσεις,
- η ηθικολογία,
- η κριτική,
- ο εφησυχασμός,
- η χρήση απειλών,
- η αποφυγή των δύσκολων ζητημάτων,
- ο φόβος πρόκλησης ψυχικού πόνου,
- η αδυναμία χειρισμού των αντιδράσεων του ασθενή,
- ο φόβος έκφρασης προσωπικών συναισθημάτων,
- ο φόβος αμφισβήτησης του «ειδικού» ρόλου του προσωπικού υγείας.

Επιπρόσθετοι παράγοντες που εμποδίζουν την αποτελεσματική επικοινωνία είναι οι ακόλουθοι:

- Αποτυχία αντίληψης της προσωπικότητας του συνομιλητή: Η σωστή επικοινωνία απαιτεί γνώση και κατανόηση της θέσης και της κατάστασης στην οποία βρίσκεται ο συνομιλητής, καθώς και των προβλημάτων του και των ανησυχιών που τον διακατέχουν. Αν κάτι τέτοιο δεν ισχύει, τότε η επικοινωνία είναι προβληματική, συνεχίζεται δύσκολα και, συνήθως, ο απώτερος σκοπός της δεν επιτυγχάνεται.
- Αποτυχία ακρόασης: Η διεξαγωγή της σωστής επικοινωνίας απαιτεί και σωστή ακρόαση. Στην περίπτωση που δεν υπάρχει προσεκτική και σε βάθος ακρόαση, η επικοινωνία αποτυγχάνει. Οι

συνομιλητές πρέπει να έχουν τη διάθεση να ακούσουν προσεκτικά ο ένας στον άλλον, για να καταφέρουν να αντιληφθούν πλήρως ο ένας την κατάσταση του άλλου.

- Ακατάλληλα σχόλια και ερωτήσεις: Σε ορισμένες περιπτώσεις, συγκεκριμένοι τύποι σχολίων και ερωτήσεων θα πρέπει να αποφεύγονται, επειδή κατά κανόνα τείνουν να εμποδίζουν την αποτελεσματική επικοινωνία, φορτίζοντας συναισθηματικά τα μέρη της επικοινωνίας.
- Επιρροή προκαταλήψεων και στερεοτύπων: Οι συνομιλητές οφείλουν να είναι απαλλαγμένοι από προκαταλήψεις και να απευθύνονται στον συνομιλητή τους με ευγένεια. Επικοινωνία που βασίζεται στην υποκρισία συνήθως αποτυγχάνει (Franks et al., 2006).

Οι ικανότητες επικοινωνίας έχουν σχέση με διανοητικές και φυσικές ικανότητες, όπως η ικανότητα προφορικής και γραπτής έκφρασης του μηνύματος, η υπομονή, η επιμονή και η προσπάθεια για δημιουργία καλού κλίματος. Κάποια άτομα δεν έχουν υψηλό δείκτη τέτοιων ικανοτήτων, κάτι που δυσχεραίνει την επικοινωνία.

Η έρευνα έχει καταστήσει σαφές ότι οι εθνικές μειονότητες μπορεί να λαμβάνουν συστηματικά χαμηλότερης ποιότητας υγειονομική περίθαλψη από τον υπόλοιπο πληθυσμό. Το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine, IOM) ανέφερε ότι αυτές οι ανισότητες εν μέρει συνδέονται με τα στερεότυπα, τις προκαταλήψεις και την αβεβαιότητα των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης (Assis-Hassid, Reychav, Heart, Pliskin, & Reis, 2015). Οι συγγραφείς, επίσης, παρατηρούν ότι οι συνθήκες στις οποίες λαμβάνουν χώρα πολλά ιατρικά περιστατικά —και οι οποίες χαρακτηρίζονται από πίεση λόγω έλλειψης χρόνου, από νοητική πολυπλοκότητα και πίεση για περιορισμό του κόστους— μπορεί να αυξήσουν την πιθανότητα τα εν λόγω περιστατικά να καταλήξουν σε φροντίδα που δεν ανταποκρίνεται επαρκώς στις ανάγκες των μειονοτικών ασθενών. Επιπλέον, έχει καταδειχθεί ότι οι γλωσσικοί και πολιτιστικοί φραγμοί μπορεί να έχουν αρνητική επίδραση στην προσβασιμότητα και στην ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνουν οι εθνικές μειονότητες (M. Stewart et al., 2000).

Επιπροσθέτως, οι ασθενείς πολλές φορές αποφεύγουν να δώσουν σημαντικές πληροφορίες σχετικές με το πρόβλημά τους. Οι λόγοι για τους οποίους οι ασθενείς αποκρύπτουν πληροφορίες είναι οι ακόλουθοι:

- Δεν πιστεύουν ότι μπορεί να γίνει κάτι.
- Δεν θέλουν να επιβαρύνουν τον γιατρό με τα προβλήματά τους.
- Δεν θέλουν να τους λυπούνται ή να φανούν αγάριστοι.
- Θεωρούν ότι κάποια από τα προβλήματα δεν πρέπει να τα αναφέρουν.
- Βρίσκουν αποτρεπτική τη συμπεριφορά του γιατρού.
- Ανησυχούν ότι θα επαληθευτούν οι φόβοι τους σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους.

Στη συνέχεια, θα διατυπωθούν ορισμένα κλινικά σενάρια, με σκοπό να αναδειχθούν οι φραγμοί στην επικοινωνία (communication barriers) μεταξύ του γιατρού και του ασθενή, και να συζητηθούν τρόποι αντιμετώπισής τους.

**Κλινικό σενάριο 1:** Στο ιατρείο το πρωί περιμένουν ήδη δώδεκα άτομα. Ο γενικός γιατρός καλεί τον πρώτο ασθενή να μπει. Έρχονται δύο ηλικιωμένες κυρίες. Έρχονται παρέα, επειδή είναι γειτόνισσες και φίλες. Δεν μπορούν να περιμένουν άλλο έξω, γιατί κάνει και κρύο. Κάθονται τυλιγμένες στα παλτά τους, καθώς η πόρτα του ιατρείου δεν κλείνει καλά και ο χώρος είναι αρκετά ψυχρός. Ακούγεται αρκετός θόρυβος, επειδή οι ασθενείς στην αναμονή συζητάνε δυνατά. «Γιατρέ, ξεκίνα να τελειώνουμε!», λένε οι δύο κυρίες...

#### **Υπάρχει κάποιος φραγμός στην επικοινωνία στο παραπάνω παράδειγμα;**

*Σύμφωνα με το παράδειγμα, το περιβάλλον είναι βασικός παράγοντας που επηρεάζει την επικοινωνία. Η θερμοκρασία (κρύο), ο χρόνος αναμονής (μεγάλη διάρκεια), ο θόρυβος (απουσία μόνωσης), η παρουσία δεύτερου ατόμου στον χώρο εξέτασης και η πίεση χρόνου αποτελούν παράγοντες που δρουν αρνητικά στη σωστή επικοινωνία μεταξύ γιατρού και ασθενή.*

#### **Ποιες τεχνικές θα μπορούσαν να μειώσουν τους φυσικούς φραγμούς και να βελτιώσουν την επικοινωνία;**

*- Αρχικά, η θέση που θα καθίσει η ασθενής· η ιδανική θα ήταν δίπλα στον γιατρό, χωρίς την παρεμβολή του γραφείου.*

- *Ο συγγενής ή φίλος που ενδέχεται να συνοδεύει την ασθενή μπορεί να καθίσει δίπλα στην ασθενή, χωρίς να παρεμβάλλεται ανάμεσα στην ασθενή και τον γιατρό.*

**Κλινικό σενάριο 2:** Η κυρία Μαριάνθη είναι 58 ετών και επισκέπτεται τον οικογενειακό της γιατρό, πιάνοντας το κεφάλι της. Δηλώνει ότι έχει έναν τρομερό πονοκέφαλο. Παροτρύνεται να μιλήσει λίγο περισσότερο για το πρόβλημά της. Η κυρία Μαριάνθη αφήνει το κεφάλι της, που το κρατούσε μέχρι τότε, κοιτάζει τον γιατρό και αρχίζει να μιλάει: «Τον περασμένο μήνα είχα επισκεφθεί τον αδερφό μου που έχει καρκίνο στους πνεύμονες...». Ο γιατρός, εκνευρισμένος που η ασθενής δεν μπαίνει αμέσως στο θέμα, τη διακόπτει: «Γιατί δεν μου λέτε για το πρόβλημα που έχετε τώρα;».

**Υπάρχει φραγμός στην επικοινωνία γιατρού–ασθενή στο παραπάνω σενάριο;**

*Η ασθενής του παραδείγματος αποτελεί τυπική περίπτωση ασθενή που μιλάει για θέματα τα οποία φαινομενικά δεν σχετίζονται με το πρόβλημα που την απασχολεί. Συνήθως, οι ασθενείς, αν δεν τους διακόψει ο γιατρός, μιλάνε μέχρι δύο λεπτά. Τις περισσότερες φορές, έχει καταγραφεί ότι ο γιατρός διακόπτει τον ασθενή του κάθε 18 δευτερόλεπτα (Radwin et al., 2009).*

**Ποια τεχνική θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει ο γιατρός για να διακόψει τον ασθενή ώστε να μην φανεί αγενής;**

*«Δεν αμφιβάλω ότι το επεισόδιο που περιγράφετε είναι ενδιαφέρον, αλλά πώς πιστεύετε ότι μπορεί να με βοηθήσει να καταλάβω καλύτερα το πρόβλημα για το οποίο με επισκεφθήκατε σήμερα;»*

**Κλινικό σενάριο 3:** Η Στέλλα είναι 19 χρονών και έρχεται στον γενικό γιατρό, γιατί λέει ότι δεν νιώθει καλά. Όταν ο γιατρός της ζητάει να πει λίγα περισσότερα, εκείνη περιγράφει την κατάσταση της ως εξής:

*«Νιώθω ότι όλα είναι μάταια. Δεν έχω διάθεση για τίποτε. Αρχικά νόμιζα ότι δεν με ενδιέφερε η σχολή γραφιστικής που πήγαινα. Πίστεψα ότι ήταν λάθος επιλογή και έφτασα σε σημείο να τα παρατήσω. Και να σκεφτεί κανείς ότι η σχολή αυτή ήταν το όνειρό μου. Ύστερα, άρχισα να φοβάμαι ότι κάτι κακό θα συμβεί σε μένα και την οικογένειά μου. Σταμάτησα να βγαίνω και με τον φίλο μου και τσακωθήκαμε. Τώρα αισθάνομαι απελπισμένη.»*

Η Στέλλα αρχίζει να κλαίει.

Ο γενικός γιατρός ξαφνιάζεται από την αντίδραση αυτή και ζητάει από την ασθενή να φροντίσει να δει το συντομότερο κάποιον ειδικό για ψυχικά νοσήματα. Είναι σίγουρος πως η Στέλλα έχει κατάθλιψη. Η ασθενής μοιάζει να μην ακούει τι της λέει και συνεχίζει να κλαίει...

**Υπάρχει φραγμός στην επικοινωνία γιατρού–ασθενή στο παραπάνω σενάριο και με ποιες τεχνικές μπορεί να αντιμετωπιστεί;**

*Στο συγκεκριμένο περιστατικό θεωρείται σημαντικό να καταλάβει η ασθενής ότι ο γιατρός κατανοεί πώς νιώθει. Ο γιατρός μπορεί να δείξει ότι κατανοεί τα συναισθήματά της, λέγοντας ότι καταλαβαίνει τη δύσκολη κατάσταση στην οποία βρίσκεται, αλλά και με κάποιες πράξεις, όπως οι ακόλουθες:*

- Να της δώσει ένα χαρτομάντιλο.
- Να της πει ότι πραγματικά είναι πολύ άσχημο αυτό που της συμβαίνει.
- Στη συνέχεια, να της εξηγήσει ότι είναι φυσιολογικό να αισθάνεται έτσι, όπως άλλωστε θα ένιωθαν κι άλλοι με το ίδιο πρόβλημα.
- Να αγγίζει το χέρι της.

Οι στρατηγικές ελέγχου της συνάντησης έχουν ως σκοπό να διερευνήσουν την επικοινωνία γιατρού–ασθενή και να την καθοδηγήσουν προς μια κατεύθυνση που θα διευκολύνει το κάθε μέρος να περάσει τις δικές του ιδέες και να κάνει τον συνομιλητή του να αποδεχτεί την κατάσταση από τη δική του οπτική γωνία.



Η παρουσίαση του προβλήματος στον γιατρό είναι πολύ σημαντικός παράγοντας για τον ασθενή. Ο ασθενής, στην προσπάθειά του να μεταφέρει λεκτικά στον γιατρό την κατάσταση της υγείας του και τα προβλήματα που του παρουσιάζονται, πολλές φορές πλατειάζει και παραθέτει και άλλα γεγονότα που θεωρεί εκείνος σημαντικά. Επίσης, η ψυχολογική κατάσταση του ασθενή, η οποία πολλές φορές επηρεάζεται και από εξωτερικούς παράγοντες, οι συνήθειές του και, γενικότερα, η στάση του απέναντι στο αίτημα-πρόβλημά του καθιστούν τη σχέση του με τον γιατρό προβληματική. Η προσπάθεια αυτοδιάγνωσης και προσανατολισμού του γιατρού προς το σημείο που επιθυμεί ο ασθενής, ο θυμός ή η ανησυχία ότι έχει κάτι σοβαρό, το οποίο προσπαθούν να του αποκρύψουν, είναι συχνές καταστάσεις που καλείται να αντιμετωπίσει ο γιατρός στην καθημερινή του πρακτική (Henbest & Stewart, 1990). Υπάρχουν ειδικές περιπτώσεις ασθενών, όπως ο ασθενής που προσέρχεται με θυμό, ο χειριστικός ή ο υποχόνδριος ασθενής, τους οποίους καλείται αρκετές φορές να αντιμετωπίσει ο γιατρός. Το να διερευνά ένας γιατρός τα συναισθηματικά νοήματα που ενυπάρχουν στα συμπτώματα που αναφέρει ο ασθενής είναι απολύτως θεμιτό, σχεδόν απαραίτητο στη σχέση γιατρού-ασθενή.

**Κλινικό σενάριο 4:** Ο κύριος Κώστας είναι 60 ετών και επισκέπτεται το ιατρείο, κρατώντας ένα χαρτί με αποτελέσματα εξετάσεων. Έχει γνωστή αρτηριακή υπέρταση, είναι υπέρβαρος και καπνιστής. Κατά τον έλεγχο των εξετάσεων από τον γενικό γιατρό, επιβεβαιώνεται για μία ακόμη φορά ότι η χοληστερόλη του είναι υψηλή.

«Τις πήρα από το μικροβιολογικό εργαστήριο χθες και τις έφερα να τις δείτε κι εσείς», λέει στον γιατρό. «Μου αλλάξατε τα φάρμακα πριν από τρεις μήνες. Αυτήν τη φορά πίστευα ότι η χοληστερίνη θα είχε μειωθεί. Αφού δεν μειώνεται, γιατί να παίρνω τα φάρμακα;»

Ο γιατρός, ενοχλημένος από την αντίδραση του ασθενή, του απαντάει ότι, αν δεν χάσει βάρος κι αν δεν ασκείται καθημερινά, να μη περιμένει να μειωθεί η χοληστερόλη του με το φάρμακο.

**Τι θα μπορούσε να προηγηθεί της λήψης των εξετάσεων από τον ασθενή, ώστε να αποτραπεί ο φραγμός στην επικοινωνία;**

*Πριν από τη λήψη των εξετάσεων, θα μπορούσε να γίνει διερεύνηση των προσδοκιών του ασθενή, με σκοπό να αποφευχθεί η δυσαρέσκειά του. Στην παρούσα φάση και ενώ ο ασθενής νιώθει ότι δεν έχει επιτευχθεί ο θεραπευτικός στόχος, θα βοηθούσε η αναγνώριση του γεγονότος ότι τα αποτελέσματα δεν είναι σύμφωνα με τις προσδοκίες του ασθενή. Επιπλέον, μέσα από τον διάλογο με τον ασθενή, θα μπορούσε να διαμορφωθεί μια νέα στρατηγική —τι θα πρέπει να μειωθεί, ποιοι θα πρέπει να είναι οι στόχοι, πώς μπορεί να γίνει, ποιοι τρόποι είναι εφικτοί για τον ασθενή και ποιοι όχι— και να καθοριστεί ένα συγκεκριμένο πλαίσιο δράσης.*

**Κλινικό σενάριο 5:** Η Ρόζα είναι 33 ετών από τη Βουλγαρία και κατά την επίσκεψή της στο ιατρείο προσέρχεται μαζί με μία φίλη της. Η Ρόζα μιλάει πολύ λίγα ελληνικά και η φίλη της σκοπεύει να βοηθήσει στη μετάφραση... Δυστυχώς, και η φίλη της δεν γνωρίζει παρά μόνο κάποιες παραπάνω λέξεις στα ελληνικά. Έτσι, ο γιατρός καταλήγει να προσπαθεί να συνεννοηθεί την περισσότερη ώρα με νοήματα.

**Ποιος φραγμός στην επικοινωνία υπάρχει στο παραπάνω σενάριο;**

*Η διαφορετική γλώσσα και οι πολιτισμικές διαφορές αποτελούν τους πιο σημαντικούς φραγμούς σ' αυτήν την επικοινωνία. Παρόμοιοι παράγοντες που δυσκολεύουν την επικοινωνία είναι οι διαφορετικές διάλεκτοι, η απώλεια ακοής ή όρασης, και οι διαταραχές στην ομιλία και τον λόγο.*

**Κλινικό σενάριο 6:** Ο κύριος Πέτρος εισβάλλει στο ιατρείο χωρίς να χτυπήσει την πόρτα, την ώρα που εξετάζεται άλλος ασθενής. Γίνεται έκκληση από τον γιατρό να περιμένει απέξω μέχρι να τελειώσει με τον ασθενή που εξετάζει. Απαντάει: «Να περιμένω έξω; Τι μου λες τώρα; Περιμένω τόση ώρα χωρίς αποτέλεσμα. Θα μιλήσω σε σένα κατευθείαν κι όχι στη νοσοκόμα που είναι έξω, μέχρι να έρθει η σειρά μου.»

**Ποιος φραγμός στην επικοινωνία υπάρχει στο παραπάνω σενάριο και με ποιες τεχνικές μπορεί να αντιμετωπιστεί;**

*Στο εν λόγω κλινικό σενάριο συναντάμε έναν θυμωμένο ασθενή και, ίσως, επιθετικό απέναντι στον γιατρό. Η μεγάλη αναμονή τον έκανε να χάσει την υπομονή του. Αρχικό και βασικό βήμα για την αντιμετώπιση ενός θυμωμένου ασθενή είναι η αναγνώριση του θυμού του. Το επόμενο βήμα είναι η παράκληση εκ μέρους του γιατρού να του εξηγήσει γιατί είναι θυμωμένος. Στην περίπτωση που ο ασθενής συνεχίζει να είναι επιθετικός, η αναζήτηση βοήθειας από την πλευρά του γιατρού είναι αναγκαία.*

**Κλινικό σενάριο 7:** Η κυρία Ερμιόνη είναι 60 ετών. Κάθε φορά που επισκέπτεται το ιατρείο είναι πολύ ευγενική. Συνήθως, όμως, δεν παρακολουθεί τον γιατρό, παραμελεί τον συνιστώμενο προληπτικό έλεγχο και, πολλές φορές, του ζητάει να περάσει από το σπίτι για να γράψει το αντιυπερτασικό φάρμακο που παίρνει, γιατί ξεχνά να πάρει το βιβλιάριο μαζί της στο ιατρείο. Σήμερα κατά την επίσκεψη λέει: «Γιατρέ, έχασα πάλι τη συνταγή μου. Εσύ, που πάντα μου συμπαραστέκεσαι, δώσε μου μια καινούρια».

**Ποιος φραγμός στην επικοινωνία υπάρχει στο παραπάνω σενάριο;**

*Η ασθενής αυτού του σεναρίου αποτελεί αντιπροσωπευτικό παράδειγμα «χειριστικού ασθενή». Προσπαθεί να χειριστεί την κατάσταση όπως τη βολεύει καλύτερα, χωρίς αυτό να έχει ουσιαστικό αποτέλεσμα στη λύση των προβλημάτων της (επαναλαμβανόμενη κατάσταση). Το χαρακτηριστικό της συγκεκριμένης ασθενούς (χειριστική ασθενής) είναι η υπερβολική οικειότητα με τον γιατρό.*

**Ποιες τεχνικές μπορεί να χρησιμοποιηθούν στην επικοινωνία με ασθενείς που παρουσιάζουν χειριστική συμπεριφορά;**

*Η κατάλληλη τεχνική θα μπορούσε να είναι η εκπαίδευσή τους, όπως ο καθορισμός ενός ορίου επισκέψεων ή ενός αριθμού συνταγών, με σκοπό την εισαγωγή ενός θεραπευτικού πλαισίου και την τήρησή του.*

**Κλινικό σενάριο 8:** Ο κύριος Μάνος είναι 80 ετών και, από τότε που πέθανε η γυναίκα του, ζει μόνος του σε ένα απομακρυσμένο σπίτι στο χωριό. Σπάνια δέχεται επισκέψεις από συγγενείς ή φίλους. Συχνά παίρνει τηλέφωνο για να ζητήσει τη γνώμη γιατρού για διάφορα ενοχλήματα, μικρής σημασίας τις πιο πολλές φορές. Σήμερα έρχεται στο ιατρείο και παραπονιέται ότι τις τελευταίες μέρες έχει τρομερή ζαλάδα, αδυναμία και αιμωδίες σε όλο το σώμα. Παρ' όλα αυτά, μπορεί να περπατήσει και να καθίσει στην καρέκλα χωρίς ιδιαίτερο πρόβλημα. Από την κλινική εξέταση και τον εργαστηριακό έλεγχο, ο γενικός γιατρός δεν βρίσκει κάτι παθολογικό. «Θα πεθάνω! Γιατρέ, μόνο εσύ μπορείς να με βοηθήσεις!», λέει.

**Ποιος φραγμός στην επικοινωνία υπάρχει στο παραπάνω σενάριο και με ποιες τεχνικές μπορεί να αντιμετωπιστεί;**

*Ο ασθενής του παραδείγματος διακατέχεται από έντονα συναισθήματα και συμπτώματα, τα οποία δεν επιβεβαιώνονται κατά την κλινική εξέταση. Το υπερβολικό άγχος και ο φόβος ότι θα πεθάνει εκδηλώνονται πολύ έντονα. Ένας τέτοιος ασθενής μπορεί να χαρακτηριστεί ως «υποχόνδριος». Ο καθησυχασμός και η διερεύνηση της αιτίας του φόβου θα βοηθούσαν σε μια προσέγγιση του ασθενή με καλύτερη επικοινωνία. Επίσης, η εκπαίδευση του ασθενή στο να αντιμετωπίζει τις φοβίες του θα μπορούσε να επιτευχθεί με τη βοήθεια ειδικού (ψυχολόγου), ώστε να βοηθηθεί να ανακαλύψει μια νέα στάση απέναντι στο πρόβλημά του. Τέλος, η συζήτηση μαζί του με σκοπό την αναζήτηση κοινωνικών στηριγμάτων αποτελεί βασικό βήμα στην προσπάθειά του να αντιμετωπίσει τη συγκεκριμένη κατάσταση.*

Ορισμένα θέματα παρουσιάζουν ιδιαίτερες κοινωνικές προεκτάσεις και ο ασθενής δυσκολεύεται να συζητήσει ανοιχτά με τον γιατρό. Η προσέγγιση των ασθενών που αντιμετωπίζουν προβλήματα με ιδιαίτερες κοινωνικές προεκτάσεις, αλλά έχουν ανάγκη από φροντίδα και βοήθεια, θα πρέπει να γίνεται με έναν ευέλικτο τρόπο, προσαρμοσμένο στις μεταβαλλόμενες ανάγκες του κάθε ασθενή και με πλήρη σεβασμό στην

προσωπική του ακεραιότητα. Βασικός στόχος, στην προκειμένη περίπτωση, είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής και η εξασφάλιση ίσων ευκαιριών πρόσβασης στη φροντίδα. Κάθε ασθενής έχει τον δικό του χαρακτήρα, τα ενδιαφέροντά του, την ιστορία της ζωής του, τις συνθήκες της οικογενειακής του κατάστασης και τις δικές του κοινωνικές και υγειονομικές ανάγκες, ικανότητες και προτιμήσεις. Τα χαρακτηριστικά αυτά πρέπει να αποτελούν τη βάση για τον σχεδιασμό των υπηρεσιών, τη φροντίδα της διαχείρισης, την εξέλιξη του προσωπικού και την παρακολούθηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Η έννοια της πολιτισμικά ευαίσθητης φροντίδας σέβεται τα ιδιαίτερα βιογραφικά, γλωσσικά, πολιτιστικά, θρησκευτικά και σεξουαλικά χαρακτηριστικά του προσώπου που έχει ανάγκη από φροντίδα: στοχεύει δε στην καθολική πρόσβαση στο σύστημα φροντίδας και στην αύξηση της ευαισθητοποίησης του επαγγελματικού προσωπικού, με την παροχή υγειονομικής και μακροχρόνιας φροντίδας, και με τη χρήση της μητρικής γλώσσας των μεταναστών μέσω διερμηνείας, ενώ λαμβάνει υπόψη συγκεκριμένες πτυχές του φύλου όσον αφορά τη φροντίδα. Σημαντικό είναι, επίσης, να διασφαλίζεται η ατομικότητα και η εχεμύθεια, και να παρέχεται κλίμα ασφάλειας και κατανόησης.

**Κλινικό σενάριο 9:** Η κυρία Θεοδώρα είναι 78 ετών χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα υγείας. Ζει σε ένα ορεινό, απομονωμένο χωριό από τότε που παντρεύτηκε. Έρχεται στο ιατρείο με την κόρη της, η οποία ανησυχεί, γιατί, όπως λέει, η μητέρα της «...σταμάτησε να βγαίνει όσο συχνά έβγαινε από το σπίτι. Δεν έρχεται ούτε τα εγγόνια της να δει!». Όταν της ζητάει να τους επισκεφθεί, η κυρία Θεοδώρα απαντάει συνήθως ότι έχει γεράσει πλέον και νιώθει κουρασμένη.

**Ποιος φραγμός στην επικοινωνία υπάρχει στο παραπάνω σενάριο;**

*Από την επικοινωνία με την ασθενή διαπιστώνουμε ότι δεν μιλάει για το πρόβλημά της.*

**Ποιες τεχνικές μπορεί να χρησιμοποιήσει ο γιατρός στην παρούσα φάση;**

*Ο γιατρός αποφασίζει να εξετάσει την κυρία Θεοδώρα χωρίς η κόρη της να είναι παρούσα. Ρωτά την ασθενή αν την απασχολεί κάτι. Η κυρία Θεοδώρα φαίνεται να διστάζει να μιλήσει και αποφεύγει να δώσει κάποια σαφή απάντηση. Η διευκρίνιση πως ό,τι συζητηθεί θα είναι εμπιστευτικό και πως ο γιατρός θα προσπαθήσει να τη βοηθήσει θα μπορούσε να καθησυχάσει τους αρχικούς φόβους της ασθενούς και να την ενθαρρύνει να μιλήσει για το πρόβλημά της. Επίσης, το να της δοθεί η δυνατότητα να το σκεφτεί κι, αν θέλει, να μιλήσει σε μια άλλη συνάντηση ίσως λειτουργήσει θετικά και την κάνει να νιώσει άνετα.*

Η κυρία Θεοδώρα λέει αρχικά ότι ντρέπεται να μιλήσει για το πρόβλημά της.

Ο γιατρός της δίνει λίγο χρόνο, χωρίς να κάνει κάποια παρέμβαση. Στη συνέχεια, η ασθενής περιγράφει ότι έχει πρόβλημα με τα ούρα της· δεν μπορεί να τα συγκρατήσει πάντα. Έτσι, προτιμάει να μη βγαίνει από το σπίτι, για να έχει εύκολη πρόσβαση στην τουαλέτα...

**Ποιος φραγμός υπάρχει στην επικοινωνία με την ασθενή;**

*Τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά και η θέση του συγκεκριμένου ατόμου στην κοινωνία, καθώς και οι αντιλήψεις του είναι παράγοντες που καθορίζουν το φορτίο ενός προβλήματος για τον ασθενή και, πολλές φορές, τον καθιστούν επιφυλακτικό στη διατύπωση του προβλήματός του. Η ακράτεια ούρων είναι ένα πρόβλημα που σε πολλούς ασθενείς προκαλεί αίσθημα ντροπής και τους οδηγεί σε στάση και συμπεριφορά η οποία συχνά καταλήγει στην απομόνωση.*

**Ποιες τεχνικές μπορεί να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση του φραγμού;**

*Σε έναν τέτοιον ασθενή, η αναγνώριση του προβλήματος από την πλευρά του γιατρού και η έκφραση της κατανόησής του θα λειτουργούσαν ανακουφιστικά και θα του έδιναν την ευκαιρία να μιλήσει. Η επισήμανση του γιατρού ότι πρόκειται για φυσιολογική αντίδραση από την πλευρά του ασθενή αποτελεί βασικό βήμα στην προσπάθεια αυτή.*

Πρόβλήματα τα οποία ο ασθενής ενδέχεται να αποφύγει να συζητήσει ανοιχτά με τον γιατρό του (hidden agenda) είναι:

- οι σεξουαλικές σχέσεις,
- η αιμομιξία,
- μια κακοήθης νόσος,
- τα πολλαπλά ενοχλήματα,
- η στειρότητα,
- η ανεπιθύμητη κύηση,
- οι αμβλώσεις και
- η κακοποίηση.

**Κλινικό σενάριο 10:** Η Λίνα είναι 25 ετών και έρχεται στο ιατρείο για πρώτη φορά. Παραπονιέται ότι εδώ και έξι μήνες έχει πυελικό άλγος και άλγος στην οσφύ, διαλείπουσες μυαλγίες, αϋπνία (για αρκετούς μήνες) και αίσθημα κόπωσης. Ο γιατρός παρατηρεί διάφορους μώλωπες (παλιούς και πρόσφατους) στα χέρια, στα πόδια και στο πρόσωπο. Όταν τη ρωτάει, λέει ότι είναι απρόσεχτη και χτυπάει συχνά σε αντικείμενα. Η Λίνα συνοδεύεται από τον σύζυγό της, ο οποίος αρνείται να βγει από το δωμάτιο, για να εξεταστεί κλινικά η ασθενής από τον γιατρό. Κατά τη γυναικολογική εξέταση, ο γιατρός διαπιστώνει την ύπαρξη πυώδους κοιλιακού εκκρίματος και ευαισθησία του κόλπου. Ο σύζυγος φαίνεται ενοχλημένος και ρωτάει γιατί χρειάζεται να χρησιμοποιήσει ο γιατρός τόσα πολλά «μπουκαλάκια» για τις εξετάσεις.

Η διαφορική διάγνωση για το παραπάνω περιστατικό μπορεί ενδεικτικά να περιλαμβάνει:

- φλεγμονώδη νόσο της πυέλου,
- εγκυμοσύνη,
- αιμορραγική διαταραχή,
- ενδοοικογενειακή βία.

**Γιατί η ενδοοικογενειακή βία μπορεί να αποτελεί την αιτία προσέλευσης στο ιατρείο στο παραπάνω παράδειγμα;**

*Η ασθενής δεν εκφράζεται ελεύθερα και η παρουσία του συζύγου δυσκολεύει την επικοινωνία με τον γιατρό. Η αντιμετώπιση του φραγμού επικοινωνίας, καθώς και η προσέγγιση ενός τέτοιου ασθενή απαιτούν διακριτικότητα και σωστή ενημέρωση.*

Στοιχεία που μπορεί να θέσουν την υποψία ενδοοικογενειακής βίας σε ένα περιστατικό είναι:

- η διαφοροποίηση μεταξύ ασθενή και συνοδού ως προς τα στοιχεία του ιστορικού,
- η καθυστέρηση που παρατηρείται στην αναζήτηση ιατρικής φροντίδας ή νοσηλείας,
- οι γενικές εξηγήσεις, που ορισμένες φορές δεν είναι ρεαλιστικές, και
- τα εργαστηριακά ευρήματα, που δεν συμφωνούν με το ιστορικό του ασθενή.

Η διαφύλαξη της ασφάλειας του ασθενή και, στη συνέχεια, η διαβεβαίωση ότι υπάρχει εχεμύθεια αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την ανάπτυξη εμπιστοσύνης μεταξύ του γιατρού και του ασθενή. Πολλές φορές, προκύπτουν νομικά θέματα, τα οποία πρέπει να είναι σε θέση να διαχειριστεί ο γιατρός και να συνεργαστεί με τους αρμόδιους φορείς για την επίλυση του προβλήματος. Η συμβουλευτική και η ενημέρωση πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στην προσέγγιση του ασθενή, καθώς και η παρουσίαση συγκεκριμένου τρόπου δράσης, όπως η παραμονή του σε ξενώνες φιλοξενίας για θύματα ενδοοικογενειακής βίας, αν ο ασθενής συμφωνεί να απομακρυνθεί από τον χώρο στον οποίο υπόκειται στη βίαιη συμπεριφορά.

**Κλινικό σενάριο 11:** Η κυρία Γεωργία είναι 72 ετών, πάσχει από άνοια και προσέρχεται στο ιατρείο με την κόρη της. Αν και επικοινωνεί ικανοποιητικά, πριν απαντήσει, κοιτάζει πάντα την κόρη της. Η κόρη της μένει μαζί της τα τελευταία 5 χρόνια, από τη στιγμή που η κυρία Γεωργία διαγνώστηκε με άνοια· αναφέρει ότι η μητέρα της αυτοτραυματίζεται συχνά, επειδή δεν καταλαβαίνει, και ότι δεν μπορεί να τη βοηθήσει. Η γυναίκα κάθεται χωρίς να αντιδρά και φαίνεται φοβισμένη. Η κόρη της λέει ότι η μητέρα της έπεσε και χτύπησε στον δεξιό ώμο πριν από δύο ημέρες. Κατά την εξέταση του ασθενή, ο γιατρός παρατηρεί έναν μώλωπα στο δεξιό βραχιόνιο, καθώς επίσης κι άλλους μώλωπες στα χέρια, στα πόδια και στην κοιλιά. Υπάρχει ευαισθησία στην

ψηλάφηση της κεφαλής του βραχιονίου. Γίνεται σύσταση από συνάδελφο για έλεγχο της αιμόστασης από αιματολόγο. Ο ακτινολογικός έλεγχος εμφανίζει κάταγμα κεφαλής του βραχιονίου.

Κατά τη διαχείριση του ασθενή, ο γιατρός προτείνει να αντιμετωπιστεί ο πόνος με περίδεση του ώμου. Κρίνεται σημαντικό να διερευνηθεί η πιθανότητα ενδοοικογενειακής βίας και, αν επιβεβαιωθεί, θα πρέπει να ενημερωθεί ο ασθενής για τις διαθέσιμες δομές και τους φορείς που μπορούν να του προσφέρουν βοήθεια σε ένα ασφαλές περιβάλλον.

Κατά τη διαδικασία διερεύνησης της πιθανότητας άσκησης βίας, ο γιατρός μπορεί να θέσει ερωτήσεις, όπως στα παρακάτω παραδείγματα:

- Υπάρχουν βίαια περιστατικά στην οικογένεια για τα οποία θα θέλατε να μιλήσετε;
- Προσπάθησε κανείς να σας κάνει κακό;
- Υπάρχει κάποιος στο σπίτι που σας προκαλεί φόβο;
- Σας φροντίζουν καλά στο σπίτι;
- Πήρε κανείς χρήματα από το σπίτι χωρίς την άδειά σας;
- Σας ανάγκασαν στο σπίτι να κάνετε κάτι που δεν θέλατε;

Η διερεύνηση μπορεί να γίνει και με ερωτήσεις στον συνοδό, όπως οι παρακάτω:

- Αισθάνεστε ότι ο ασθενής μπορεί να χρειάζεται περισσότερα απ' αυτά που μπορείτε να του προσφέρετε;
- Φοβάστε ότι μπορεί να προκαλέσετε κακό στον ασθενή;
- Έχετε προκαλέσει κακό στον ασθενή;

Από τη στιγμή που θα διαπιστωθεί άσκηση βίας οποιασδήποτε μορφής (σωματική, ψυχολογική, οικονομική, σεξουαλική, περιθωριοποίησης) σε ασθενή, ο γιατρός οφείλει να τον ενημερώσει για τις διαθέσιμες κοινωνικές δομές υποστήριξης, να τον παραπέμψει σε ειδικό ψυχολόγο ή κοινωνικό λειτουργό και να τον διαβεβαιώσει ότι κατά τη διαδικασία θα του παρέχεται ασφάλεια και περιβάλλον εχεμύθειας.

Υπάρχουν τεκμήρια ότι, σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, ο προσυμπτωματικός έλεγχος για την πιθανότητα να έχουν υποστεί ενδοοικογενειακή βία συμβάλλει στην εντόπιση των θυμάτων (Nelson, Bougatsos, & Blazina, 2012). Εργαλεία προσυμπτωματικού ελέγχου (ερωτηματολόγια) δεν υπάρχουν μεταφρασμένα και σταθμισμένα για τον ελληνικό πληθυσμό· μπορεί, όμως, να ενημερώνεται ο ασθενής για τη δυνατότητα που έχει να μιλήσει στον οικογενειακό του γιατρό για ένα τέτοιο ζήτημα. Η ενημέρωση πραγματοποιείται μέσω υλικού (φυλλάδια, αφίσες κ.λπ.) που βρίσκεται στην αίθουσα αναμονής και που ο ασθενής μπορεί να διαβάσει εμπιστευτικά κατά την αναμονή του στο ιατρείο. Υπήρξαν τεκμήρια, σύμφωνα με τα οποία οι γυναίκες προτιμούν τις μεθόδους αυτοαναφοράς για περιστατικά άσκησης βίας από τον σύντροφό τους (intimate partner violence), αν και αυτό δεν επιβεβαιώθηκε από μελέτες που έγιναν στη συνέχεια (Ahmad et al., 2009· MacMillan et al., 2006).

## Βιβλιογραφικές αναφορές

- Ahmad, F., Hogg-Johnson, S., Stewart, D. E., Skinner, H. A., Glazier, R. H., & Levinson, W. (2009). Computer-assisted screening for intimate partner violence and control: a randomized trial. *Ann Intern Med*, *151*(2), 93-102.
- Alazri, M. H., & Neal, R. D. (2003). The association between satisfaction with services provided in primary care and outcomes in Type 2 diabetes mellitus. *Diabet Med*, *20*(6), 486-490.
- Arora, N. K. (2003). Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Soc Sci Med*, *57*(5), 791-806.
- Assis-Hassid, S., Reychav, I., Heart, T., Pliskin, J. S., & Reis, S. (2015). Enhancing patient-doctor-computer communication in primary care: towards measurement construction. *Isr J Health Policy Res*, *4*, 4. doi: 10.1186/2045-4015-4-4
- Bertakis, K. D., & Azari, R. (2011). Determinants and outcomes of patient-centered care. *Patient Educ Couns*, *85*(1), 46-52. doi: 10.1016/j.pec.2010.08.001
- Bertakis, K. D., Azari, R., Callahan, E. J., Helms, L. J., & Robbins, J. A. (1999). The impact of physician practice style on medical charges. *J Fam Pract*, *48*(1), 31-36.
- Bloor, M., Frankland, J., Thomas, M., & Robson, K. (2001). *Focus Groups in Social Research*. London: SAGE Publications.
- Chen, W. T., Starks, H., Shiu, C. S., Fredriksen-Goldsen, K., Simoni, J., Zhang, F., . . . Zhao, H. (2007). Chinese HIV-positive patients and their healthcare providers: contrasting Confucian versus Western notions of secrecy and support. *ANS Adv Nurs Sci*, *30*(4), 329-342. doi: 10.1097/01.ANS.0000300182.48854.65
- Chomsky, N. (1964). A review of B.F.Skinner's "Verbal behavior". In J. A. F. a. J. J. Katz (Ed.), *The structure of language: readings in the philosophy of language*. New Jersey: Practice Hall.
- Diette, G. B., & Rand, C. (2007). The contributing role of health-care communication to health disparities for minority patients with asthma. *Chest*, *132*(5 Suppl), 802S-809S. doi: 10.1378/chest.07-1909
- Epstein, R. M., Franks, P., Shields, C. G., Meldrum, S. C., Miller, K. N., Campbell, T. L., & Fiscella, K. (2005). Patient-centered communication and diagnostic testing. *Ann Fam Med*, *3*(5), 415-421. doi: 10.1370/afm.348
- Fiscella, K., Meldrum, S., Franks, P., Shields, C. G., Duberstein, P., McDaniel, S. H., & Epstein, R. M. (2004). Patient trust: is it related to patient-centered behavior of primary care physicians? *Med Care*, *42*(11), 1049-1055.
- Franks, P., Jerant, A. F., Fiscella, K., Shields, C. G., Tancredi, D. J., & Epstein, R. M. (2006). Studying physician effects on patient outcomes: physician interactional style and performance on quality of care indicators. *Soc Sci Med*, *62*(2), 422-432. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.05.027
- Greenfield, S., Kaplan, S., & Ware, J. E., Jr. (1985). Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcomes. *Ann Intern Med*, *102*(4), 520-528.
- Henbest, R. J., & Stewart, M. (1990). Patient-centredness in the consultation. 2: Does it really make a difference? *Fam Pract*, *7*(1), 28-33.
- Higgins, A., Porter, S., & O'Halloran, P. (2014). General practitioners' management of the long-term sick role. *Soc Sci Med*, *107*, 52-60. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.01.044
- Hjortdahl, P., & Borchgrevink, C. F. (1991). Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *BMJ*, *303*(6811), 1181-1184.
- Hurtado, M. P., Swift, E. K., & Corrigan, J. M. (Eds.). (2001). *Envisioning the National Health Care Quality Report*. Washington DC: National Academy Press.
- Institute for Patient-and Family-Centered Care. Retrieved 7 March, 2015, from [www.ipfcc.org](http://www.ipfcc.org)
- Kellerman, R., & Kirk, L. (2007). Principles of the patient-centered medical home. *Am Fam Physician*, *76*(6), 774-775.
- Kinnersley, P., Stott, N., Peters, T. J., & Harvey, I. (1999). The patient-centredness of consultations and outcome in primary care. *Br J Gen Pract*, *49*(446), 711-716.
- Kringos, D. S., Boerma, W. G., Bourgueil, Y., Cartier, T., Hasvold, T., Hutchinson, A., . . . Wilm, S. (2010). The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Fam Pract*, *11*, 81. doi: 10.1186/1471-2296-11-81
- Lazzeri, N., Mazzei, D., Greco, A., Rotesi, A., Lanata, A., & De Rossi, D. E. (2015). Can a Humanoid Face be Expressive? A Psychophysiological Investigation. *Front Bioeng Biotechnol*, *3*, 64. doi: 10.3389/fbioe.2015.00064
- Lussier, M. T., & Richard, C. (2010). Should family physicians be empathetic?: YES. *Can Fam Physician*, *56*(8), 740-742, 744-746; discussion e287, e289.
- MacMillan, H. L., Wathen, C. N., Jamieson, E., Boyle, M., McNutt, L. A., Worster, A., . . . Webb, M. (2006). Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA*, *296*(5), 530-536. doi: 10.1001/jama.296.5.530
- Makoul, G. (2001). The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Educ Couns*, *45*(1), 23-34.

- Mead, N., & Bower, P. (2000). Measuring patient-centredness: a comparison of three observation-based instruments. *Patient Educ Couns*, 39(1), 71-80.
- Mead, N., & Bower, P. (2002). Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Educ Couns*, 48(1), 51-61.
- Mead, N., Bower, P., & Hann, M. (2002). The impact of general practitioners' patient-centredness on patients' post-consultation satisfaction and enablement. *Soc Sci Med*, 55(2), 283-299.
- Nelson, H. D., Bougatsos, C., & Blazina, I. (2012). Screening women for intimate partner violence: a systematic review to update the U.S. Preventive Services Task Force recommendation. *Ann Intern Med*, 156(11), 796-808, W-279, W-280, W-281, W-282. doi: 10.7326/0003-4819-156-11-201206050-00447
- O'Keefe, M. (2001). Should parents assess the interpersonal skills of doctors who treat their children? A literature review. *J Paediatr Child Health*, 37(6), 531-538.
- Owens, B. R. (2010). Producing Parsons' reputation: early critiques of Talcott Parsons' social theory and the making of a caricature. *J Hist Behav Sci*, 46(2), 165-188. doi: 10.1002/jhbs.20424
- Patient Centered Medical Home Resource Center. (2011). Agency for Healthcare Research and Quality. Retrieved September 2015, from [http://www.pcmh.ahrq.gov/portal/server.pt/community/pcmh\\_home/1483](http://www.pcmh.ahrq.gov/portal/server.pt/community/pcmh_home/1483)
- Radwin, L. E., Cabral, H. J., & Wilkes, G. (2009). Relationships between patient-centered cancer nursing interventions and desired health outcomes in the context of the health care system. *Res Nurs Health*, 32(1), 4-17. doi: 10.1002/nur.20302
- Schafer, W. L., Boerma, W. G., Kringos, D. S., De Ryck, E., Gress, S., Heinemann, S., . . . Groenewegen, P. P. (2013). Measures of quality, costs and equity in primary health care instruments developed to analyse and compare primary care in 35 countries. *Qual Prim Care*, 21(2), 67-79.
- Scotto, F., De Ceglie, A., Guerra, V., Misciagna, G., & Pellicchia, A. (2009). Determinants of patient satisfaction survey in a gastrointestinal endoscopy service. *Clinical Governance International Journal*, 114(2), 86-97.
- Shea, S., Wynyard, R., & Lionis, C. (2014). *Providing Compassionate Healthcare: Challenges in Policy and Practice*. Oxon and New York: Routledge.
- Smedley, B., Stith, A., & Nelson, A. (Eds.). (2003). *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington DC: The National Academies Press.
- Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*, 49(9), 796-804.
- Stewart, M. A. (1984). What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Soc Sci Med*, 19(2), 167-175.
- Szasz, T. S., & Hollender, M. H. (1956). A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship. *AMA Arch Intern Med*, 97(5), 585-592.
- Toop, L. (1998). Primary care: core values. Patient centred primary care. *BMJ*, 316(7148), 1882-1883.
- Van Royen, P., Beyer, M., Chevallerier, P., Eilat-Tsanani, S., Lionis, C., Peremans, L., . . . Hummers-Pradier, E. (2010). The research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe. Part 3. Results: person centred care, comprehensive and holistic approach. *Eur J Gen Pract*, 16(2), 113-119. doi: 10.3109/13814788.2010.481018
- Winefield, H., Murrell, T., Clifford, J., & Farmer, E. (1996). The search for reliable and valid measures of patient-centredness. *Psychology & Health*, 11(6), 811-824. doi: 10.1080/08870449608400277
- Wolf, D. M., Lehman, L., Quinlin, R., Zullo, T., & Hoffman, L. (2008). Effect of patient-centered care on patient satisfaction and quality of care. *J Nurs Care Qual*, 23(4), 316-321. doi: 10.1097/01.NCQ.0000336672.02725.a5

## Ευρετήριο όρων

- Αμερικανική Ακαδημία Οικογενειακών Γιατρών (American Academy of Family Physicians) 30
- άσκηση βίας από τον σύντροφο (intimate partner violence) 44
- δεξιότητες επικοινωνίας (communication skills) 34
- διαβούλευση (consultation) 30
- ενσυναίσθηση (empathy) 33
- επικοινωνία γιατρού-ασθενή (patient-physician communication) 29
- Ευρωπαϊκό Δίκτυο για την Έρευνα στη Γενική Ιατρική (European General Practice Research Network) 29
- θέματα που ο ασθενής αποφεύγει να συζητήσει ανοιχτά με τον γιατρό του (hidden agenda) 43
- ιατρική εκπαίδευση (medical education) 35
- ικανοποίηση του ασθενή (patient's satisfaction) 29

Ινστιτούτο Έρευνας για τις Υπηρεσίες Υγείας στην Ολλανδία (Netherlands Institute for Health Services Research) 29

Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine) 30, 38

κλινικές δεξιότητες (clinical skills) 29

ποιοτικοί δείκτες (quality indicators) 29

Συμβούλιο Πιστοποίησης Πτυχιούχων Ιατρικής Εκπαίδευσης (*Accreditation Council for Graduate Medical Education*) 35

συμπνετική φροντίδα (compassionate care) 30

σχέση γιατρού–ασθενή (patient-physician relationship) 30

φραγμοί στην επικοινωνία (communication barriers) 38

φροντίδα επικεντρωμένη στον ασθενή (patient-centered care) 29



## **Κεφάλαιο 3**

### **Ανακοίνωση της διάγνωσης ενός σοβαρού νοσήματος – Ανακοίνωση θανάτου**

A. Μίσσιου και Α. Τατσιώνη

#### **Σύνοψη**

Ο οικογενειακός γιατρός καλείται συχνά να αναλάβει το δύσκολο έργο της ανακοίνωσης της διάγνωσης μιας σοβαρής νόσου· ένα εγχείρημα που απαιτεί κατάλληλες επικοινωνιακές δεξιότητες. Στη βιβλιογραφία έχουν προταθεί αρκετά σχετικά πρωτόκολλα. Το κεφάλαιο αυτό θα καλύψει το θεωρητικό υπόβαθρο που χρειάζεται ο οικογενειακός γιατρός για να ακολουθήσει το πρωτόκολλο SPIKES, μια σειρά έξι βημάτων που καθορίζουν το πλαίσιο στο οποίο οφείλει να κινηθεί ο αναγγέλλων τη δυσάρεστη είδηση.

Επιπροσθέτως, ο οικογενειακός γιατρός καλείται αρκετά συχνά να ανακοινώσει τον θάνατο ενός ασθενή στους οικείους του. Πρόκειται για μια εξαιρετικά στρεσογόνο και οδυνηρή εμπειρία, η οποία απαιτεί κατάλληλες επικοινωνιακές δεξιότητες και ενσυναίσθηση, ώστε η ανακοίνωση της δυσάρεστης είδησης του θανάτου ενός αγαπημένου προσώπου να τύχει επιτυχούς χειρισμού. Ο οικογενειακός γιατρός μεριμνά για τον πενθούντα καθ' όλη τη διεργασία του πένθους, παρέχοντας ψυχολογική στήριξη, διευκολύνοντας την εκδήλωση της θλίψης, εντοπίζοντας ενδείξεις επιπλοκής του πένθους και συνοδά ψυχοσωματικά συμπτώματα, και προωθώντας την ανάκαμψη και την επάνοδο του πενθούντα στην ομαλή κοινωνική και συναισθηματική ζωή μετά το πέρας του πένθους.

#### **Προαπαιτούμενη γνώση**

Δεξιότητες επικοινωνίας, ορισμοί πένθους, θλίψης και θρήνου, διάγνωση θανάτου, συμπονετική φροντίδα.

### 3.1 Ανακοίνωση της διάγνωσης ενός σοβαρού νοσήματος

Η τεχνολογική πρόοδος και η συνεχής ανάπτυξη νέων, σύγχρονων διαγνωστικών μεθόδων, σε συνδυασμό με την ολοένα αυξανόμενη χρήση προληπτικών παρεμβάσεων προσυμπτωματικού ελέγχου, οδηγούν σε διαρκή αύξηση των νέων διαγνώσεων για σοβαρά νοσήματα (GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators, 2015). Την ανακοίνωση της διάγνωσης μιας σοβαρής νόσου επωμίζεται συχνά ο οικογενειακός γιατρός του ασθενή· πρόκειται για ένα δύσκολο έργο που απαιτεί αυξημένες επικοινωνιακές δεξιότητες και ενσυναίσθηση από την πλευρά του οικογενειακού γιατρού (Barnett, Fisher, Cooke, James, & Dale, 2007· Kurer & Zekri, 2008· Mehdi & Al-Bahrani, 2013· Shaw, Dunn, & Heinrich, 2012).

Σύμφωνα με τον Buckman (1992), ως δυσάρεστη είδηση (bad news) ορίζεται κάθε είδηση που πρόκειται να αλλάξει δραστικά και αρνητικά την οπτική του ασθενή σχετικά με το μέλλον του (Buckman, 1992a, 1992b). Η επιτυχής έκβαση της ανακοίνωσης της δυσάρεστης είδησης (breaking bad news) αποτελεί βασική προϋπόθεση για την περαιτέρω καλή σχέση και επικοινωνία γιατρού–ασθενή (Baile et al., 2000· Ha & Longnecker, 2010· Kurer & Zekri, 2008).

Η απόκτηση των κατάλληλων δεξιοτήτων θεωρείται καθοριστικής σημασίας και εντάσσεται τα τελευταία χρόνια στο προπτυχιακό πρόγραμμα των ιατρικών σχολών (Rosenbaum, Ferguson, & Lobas, 2004· Simmenroth-Nayda, Alt-Epping, & Gagyor, 2011· von Lengerke, Kursch, Lange, & MHH, 2011). Ακόμη, παρέχεται με τη μορφή μετεκπαιδευτικών σεμιναρίων σε ειδικευόμενους και ειδικευμένους γιατρούς (Barnett et al., 2007· Erner & Baile, 2014· Joyce, Scher, Steenbergh, & Voutt-Goos, 2011· Lienard et al., 2010· Rosenbaum et al., 2004). Η εκπαιδευτική διαδικασία μπορεί να περιλαμβάνει (Alelwani & Ahmed, 2014· Bays et al., 2014· Jacques et al., 2011):

- θεωρητικά μαθήματα,
- ομαδικές συζητήσεις,
- οπτικοακουστικό υλικό,
- προσομοίωση κλινικών σεναρίων,
- ανάδραση (feedback) και καθοδήγηση,
- επαναληπτικά εργαστήρια,
- διαδικτυακή εκπαίδευση (e-learning training) ή
- συνδυασμό των ανωτέρω.

Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην εκπαίδευση για την παροχή συμπονετικής φροντίδας (compassionate care) προς τον ασθενή και την οικογένειά του (Shield, Tong, Tomas, & Besdine, 2011).

Ο τρόπος ανακοίνωσης της διάγνωσης μπορεί να διαφέρει ανά κλινική περίπτωση, ωστόσο έχουν προταθεί στη βιβλιογραφία διάφορα πρωτόκολλα χειρισμού και ανακοίνωσης της δυσάρεστης είδησης στον ασθενή (breaking bad news protocols), όπως τα παρακάτω (Narayanan, Bista, & Koshy, 2010· Svarovsky, 2013):

- SPIKES protocol,
- BREAKS protocol,
- NURSE protocol,
- Ask-Tell-Ask Strategy.

Η δυσάρεστη είδηση ενδέχεται να αφορά (Baile et al., 2000):

- τη διάγνωση ανίατης ή θανατηφόρου νόσου,
- νέα υποτροπή ή
- διακοπή θεραπείας.

Το κεφάλαιο αυτό θα καλύψει το θεωρητικό υπόβαθρο που χρειάζεται ο οικογενειακός γιατρός για να ακολουθήσει το πρωτόκολλο SPIKES, μια σειρά έξι βημάτων που καθορίζουν το πλαίσιο στο οποίο οφείλει να κινηθεί ο αναγγέλλον τη δυσάρεστη είδηση (Πίνακας 3.1) (Baile et al., 2000).

<b>S</b>	<b>SETTING UP</b> the interview	Προετοιμασία της συνάντησης
<b>P</b>		

	Assessing the <b>PATIENT'S PERCEPTION</b>	Εκτίμηση της αντίληψης του ασθενή σχετικά με τη νόσο και τις προοπτικές
<b>I</b>	Obtaining the patient's <b>INVITATION</b>	Εκτίμηση της επιθυμίας του ασθενή για ενημέρωση
<b>K</b>	Giving <b>KNOWLEDGE</b> and information to the patient	Προειδοποίηση, ενημέρωση του ασθενή
<b>E</b>	Addressing the patient's <b>EMOTIONS</b> with empathic responses	Αναγνώριση των συναισθημάτων του ασθενή και λεκτική ανταπόκριση με ενσυναίσθηση
<b>S</b>	<b>STRATEGY</b> and summary	Συζήτηση για το θεραπευτικό πλάνο, προγραμματισμός

**Πίνακας 3.1** Πρωτόκολλο SPIKES – Έξι βήματα για την ανακοίνωση της δυσάρεστης είδησης (*delivering bad news*).

### 3.1.1 Ανάλυση του πρωτοκόλλου SPIKES

**Κλινικό σενάριο 1:** Η κυρία Ιωάννα είναι 40 ετών και μητέρα τριών παιδιών. Πριν από τρία χρόνια είχε διαγνωστεί με κακόηθες μελάνωμα, το οποίο αφαιρέθηκε. Το μελάνωμα ήταν σταδίου I κατά Clark και η ασθενής είχε ενημερωθεί πως η πρόγνωση ήταν πολύ καλή. Προ εβδομάδος επισκέφθηκε το νοσοκομείο για τον προγραμματισμένο τακτικό έλεγχο, όπου ζητήθηκε η διενέργεια αξονικής τομογραφίας θώρακα και κοιλίας.

Ο οικογενειακός γιατρός έλαβε το αποτέλεσμα της εξέτασης τηλεφωνικά και πληροφορήθηκε από τον συνάδελφό του παθολόγο πως ο σύζυγος της κυρίας Ιωάννας έχει επίσης ενημερωθεί, χωρίς την παρουσία της ίδιας. Η αξονική τομογραφία έδειξε μεταστάσεις στους πνεύμονες και την κοιλιά.

Η κυρία Ιωάννα επισκέπτεται μόνη της τον οικογενειακό της γιατρό και ζητά να μάθει το αποτέλεσμα της εξέτασης στην οποία υποβλήθηκε, καθώς ο σύζυγός της δεν της έχει εξηγήσει τι ακριβώς συμβαίνει.

#### 3.1.1.1 Προετοιμασία της συνάντησης (S: Setting up the interview)

Η προετοιμασία του τρόπου με τον οποίο θα ανακοινωθεί η δυσάρεστη είδηση στον ασθενή είναι συχνά επιβλητική για τον γιατρό που έχει αναλάβει το δύσκολο και αρκετά στρεσογόνο αυτό έργο. Η προετοιμασία μπορεί να περιλαμβάνει επανεξέταση του πλάνου (Baile et al., 2000):

- προσέγγιση του ασθενή,
- ανακοίνωσης της δυσάρεστης είδησης,
- απόκριση στα συναισθήματα του ασθενή και
- στα δύσκολα ερωτήματα που θα θέσει πιθανώς ο ασθενής.

Ο αγγελιοφόρος δυσάρεστων ειδήσεων βιώνει συχνά αρνητικά συναισθήματα: λύπης, απογοήτευσης ή ευθύνης (Tesser, Rosen, & Tesser, 1971· Whippen & Canellos, 1991). Ωστόσο, αν και η δυσάρεστη είδηση είναι έντονο πλήγμα για τον ασθενή, τον γεμίζει θλίψη και προκαλεί αβεβαιότητα για το μέλλον του, η πληροφορία που δίνεται από τον οικογενειακό γιατρό κατά την ανακοίνωση της διάγνωσης είναι σημαντική, από την άποψη ότι επιτρέπει στον ασθενή να ενημερωθεί για τις επιλογές που υπάρχουν και να προγραμματίσει το άμεσο μέλλον (Baile et al., 2000· Ha & Longnecker, 2010).

Για την επίτευξη των στόχων της συνάντησης, ο οικογενειακός γιατρός οφείλει να μεριμνήσει για την εξασφάλιση του κατάλληλου περιβάλλοντος, ώστε να είναι ευνοϊκό για την απερίσπαστη και εστιασμένη συζήτηση που θα ακολουθήσει. Κατάλληλο θεωρείται ένα περιβάλλον με τα εξής χαρακτηριστικά (Baile et al., 2000):

- ήσυχο δωμάτιο, χωρίς διακοπές από τηλέφωνα,

- δίχως την παρουσία τρίτων (εκτός από τους ανθρώπους που θα παίξουν υποστηρικτικό ρόλο για τον ασθενή),
- ιδιωτικότητα (αποφυγή ανακοίνωσης σε χώρους νοσηλείας με πολλά κρεβάτια που χωρίζονται μεταξύ τους με κουρτίνες ή παραβάν).

Η παρουσία του ή της συζύγου, ενός στενού συγγενή ή ενός προσφιλούς και πολύ κοντινού στον ασθενή προσώπου κατά τη συνάντηση κρίνεται ιδιαίτερος σημαντική. Το πρόσωπο που θα παρίσταται θα έχει υποστηρικτικό ρόλο για τον ασθενή τόσο κατά τη διάρκεια της συνάντησης όσο και μετέπειτα. Θα βοηθήσει τον ασθενή να εξωτερικεύσει τα συναισθήματά του, θα τον παρηγορήσει και θα τον βοηθήσει να επιστρέψει στο σπίτι του με ασφάλεια. Επιπλέον, είναι σημαντικό να υπάρχει τρίτο πρόσωπο στη συνάντηση, ώστε να συγκρατήσει σημαντικές πληροφορίες και λεπτομέρειες σχετικά με τη διάγνωση και τις θεραπευτικές επιλογές. Συχνά, ο ασθενής αντιδρά με άρνηση στην ανακοίνωση της δυσάρεστης είδησης, απωθεί την πληροφορία και την επόμενη μέρα δεν τη θυμάται. Σε άλλες περιπτώσεις, αντιδρά με εσωστρέφεια και αδυνατεί να θέσει τις κατάλληλες ερωτήσεις στον οικογενειακό γιατρό, ώστε να λάβει την απαιτούμενη πληροφόρηση (DiMatteo & Martin, 2011).

Η Elizabeth Kübler-Ross περιέγραψε μια σειρά πέντε ψυχολογικών σταδίων, από τα οποία περνά διαδοχικά ο λαμβάνων τη δυσάρεστη είδηση. Ο κύκλος της θλίψης, όπως ονομάζει τα πέντε στάδια, περιγράφεται στον Πίνακα 3.2. Σαφώς, δεν αντιδρούν όλοι οι άνθρωποι με τον ίδιο τρόπο: κάποιιο παγιδεύονται για μεγάλο χρονικό διάστημα σε ένα από τα στάδια, όπως αυτό της άρνησης· ορισμένοι ολοκληρώνουν τον κύκλο και ξαναρχίζουν από την αρχή· κάποιιο άλλοι επαναλαμβάνουν μικρότερους κύκλους, αναμειγνύοντας τα στάδια και προχωρώντας πότε προς τα εμπρός και πότε προς τα πίσω (Kübler-Ross, 1969).

Στάδια	Επεξήγηση	Ενδεικτικές φράσεις
<b>Στάδιο 1°: Άρνηση</b>	Προσπάθεια να αποφύγει το αναπόφευκτο	«Αποκλείεται, δεν μπορεί να συμβαίνει σε εμένα!» «Αποκλείεται, κάποιο λάθος κάνετε, δεν είδατε, δεν ακούσατε καλά! Είμαι βέβαιος/-η σας λέω!»
<b>Στάδιο 2°: Θυμός ή Οργή</b>	Αιφνίδια έκφραση των συσσωρευμένων συναισθημάτων, συγκίνηση, απογοήτευση και ξεσπάσματα οργής	«Είναι άδικο, γιατί σε εμένα (Θεέ μου); Δεν έχω ζήσει τίποτα.» «Είμαι πολύ μικρός/-ή ακόμα, γιατί μου το κάνεις αυτό;» «Έχω τόσα ακόμη να κάνω! Είναι τρομερή αδικία!» «Δε Σου έφταιξα σε τίποτε, Θε μου, γιατί με τιμωρείς; Γιατί δε βοηθάς;»
<b>Στάδιο 3°: Διαπραγμάτευση</b>	Αναζητώντας μάταια μια διέξοδο	«Τουλάχιστον, άσε με να δω τα παιδιά μου να μεγαλώνουν.» «Θα είμαι καλύτερος, θα αλλάξω, απλώς άσε με να ζήσω λίγο παραπάνω.»
<b>Στάδιο 4°: Κατάθλιψη</b>	Συνειδητοποίηση τελικά του αναπόφευκτου και ψυχολογική κατέρευση	«Είμαι τόσο λυπημένος, γιατί να προσπαθήσω να κάνω οτιδήποτε;» «Δεν έχω ελπίδες, απλώς θα περιμένω να πεθάνω.»
<b>Στάδιο 5°: Αποδοχή</b>	Προσπάθεια να προχωρήσει μπροστά	«Εντάξει όλα θα πάνε καλά.» «Θα το παλέψω και όλα θα φτιάξουν.»

**Πίνακας 3.2** Ο κύκλος της θλίψης κατά Kübler-Ross, επεξηγήσεις και ενδεικτικά παραδείγματα.

Η κυρία Ιωάννα επισκέπτεται τον οικογενειακό της γιατρό μόνη της, γεγονός που δεν διευκολύνει την ανακοίνωση της διάγνωσης. Ο οικογενειακός γιατρός οφείλει να την ενημερώσει πως πρόκειται για ένα πολύπλοκο ζήτημα και θα ήταν καλύτερα να είναι, επίσης, παρών ο σύζυγός της ή κάποιος άλλος δικός της άνθρωπος κατά τη συζήτηση των αποτελεσμάτων της εξέτασης και των θεραπευτικών επιλογών που υπάρχουν.

Ο οικογενειακός γιατρός οφείλει, πριν προβεί στην ανακοίνωση της δυσάρεστης είδησης, να προσεγγίσει τον ασθενή, να τον κάνει να νιώσει βολικά και να δημιουργήσει κλίμα εμπιστοσύνης και εγγύτητας. Επιβοηθητικές προς αυτήν την κατεύθυνση είναι οι εξής ενέργειες (Baile et al., 2000):

- Η ανακοίνωση να γίνεται σε καθιστή θέση.
- Να μην υπάρχουν αντικείμενα που παρεμβάλλονται ως εμπόδια μεταξύ του γιατρού και του ασθενή.
- Ο ασθενής να έχει βολική και άνετη θέση.
- Να αποφεύγεται η βιασύνη.
- Να υπάρχει οπτική επαφή.
- Ενδεχόμενη ύπαρξη κάποιας σωματικής επαφής (κράτημα χεριού, άγγιγμα στο μπράτσο).

### 3.1.1.2 Εκτίμηση της αντίληψης του ασθενή σχετικά με τη νόσο και τις προοπτικές (P: Assessing the patient's perception)

Στη συνέχεια του κλινικού σεναρίου 1, η ασθενής επικοινωνεί με τον σύζυγό της και ενημερώνει τον οικογενειακό της γιατρό πως ο σύζυγος βρίσκεται καθ' οδόν και θα παραστεί στη συζήτηση των αποτελεσμάτων της εξέτασης.

Ως επόμενο βήμα, ο οικογενειακός γιατρός θα εκτιμήσει πόση πληροφορία γνωρίζει ήδη η ασθενής και πώς αντιλαμβάνεται αυτήν την πληροφορία. Ιδιαίτερα χρήσιμες είναι οι ερωτήσεις ανοικτού τύπου.

Παρατίθενται μερικά παραδείγματα:

- «Τι σας έχει πει ο σύζυγός σας;»
- «Τι σας έχει πει ο γιατρός που σας έκανε την αξονική;»
- «Κατανοείτε τους λόγους για τους οποίους κάνατε την αξονική;»
- «Τι σας ανησυχεί ό,τι μπορεί να συμβαίνει;»

Μέσω των ερωτήσεων ανοικτού τύπου δίνεται η δυνατότητα στον οικογενειακό γιατρό (Lubinsky, 1994):

- να διορθώσει τυχόν λανθασμένες αντιλήψεις του ασθενή,
- να διαμορφώσει τη δυσάρεστη είδηση κατάλληλα, ώστε να είναι κατανοητή στον ασθενή,
- να εκτιμήσει αν ο ασθενής βρίσκεται σε άρνηση,
- να διακρίνει αν ο ασθενής έχει παράλογες προσδοκίες για πιθανή θεραπεία,
- να εκτιμήσει αν ο ασθενής θέλει να αποφύγει βασικές, αλλά δυσμενείς, ιατρικές λεπτομέρειες και
- να διακρίνει αν ο ασθενής στηρίζεται σε ψεύτικες ελπίδες.

### 3.1.1.3 Εκτίμηση της επιθυμίας του ασθενή για ενημέρωση (I: Obtaining the patient's invitation)

**Κλινικό σενάριο 2:** Η κυρία Ευτυχία είναι 63 ετών. Προ τριημέρου υποβλήθηκε σε ανοικτή βιοψία για ογκίδιο στον δεξιό μαστό, το οποίο αναδείχθηκε στον προληπτικό προσυμπτωματικό έλεγχο με μαστογραφία. Ενημερώθηκε από το νοσοκομείο πως το αποτέλεσμα θα είναι έτοιμο σε 15 ημέρες. Η κυρία Ευτυχία τηλεφωνεί στον οικογενειακό της γιατρό και τον παρακαλεί να αναλάβει εκείνος την επικοινωνία με τον παθολογοανατόμο και να την ενημερώσει όταν λάβει το αποτέλεσμα.

Ο οικογενειακός γιατρός, στο καθορισμένο χρονικό διάστημα, λαμβάνει το αποτέλεσμα της βιοψίας, το οποίο δείχνει αδενοκαρκίνωμα. Στη συνέχεια, τηλεφωνεί στην κυρία Ευτυχία για να προγραμματίσουν μια συνάντηση προκειμένου να της ανακοινώσει το αποτέλεσμα της βιοψίας και να συζητήσουν σχετικά με το πλάνο παρακολούθησής της. Επίσης, ενημερώνει την κυρία Ευτυχία πως θα ήταν χρήσιμο να παραστεί και

κάποιος δικός της άνθρωπος στη συνάντηση, ώστε να μπορεί να συγκρατήσει πιθανές διευκρινίσεις που εκείνη ενδέχεται να ξεχάσει αργότερα.

**Κατά τη συνάντηση, ο οικογενειακός γιατρός μεριμνά, αρχικά, για την κατάλληλη προετοιμασία (S: Setting up the interview) και την εκτίμηση της αντίληψης της ασθενούς σχετικά με τη νόσο (P: Assessing the patient's perception).**

Η επιθυμία για ενημέρωση ποικίλλει από ασθενή σε ασθενή: οι περισσότεροι δεν γνωρίζουν από την αρχή αν θα ήθελαν να ακούσουν όλες τις λεπτομέρειες· κάποιοι επιθυμούν ενδελεχή ενημέρωση για τη διάγνωση, την πρόγνωση και όλες τις τεχνικές λεπτομέρειες, ενώ κάποιοι άλλοι θα προτιμούσαν να το αποφύγουν· ωστόσο, υπάρχουν αρκετοί ασθενείς οι οποίοι θα ήθελαν να ακούσουν όλη την αλήθεια ευθύς εξαρχής (Baile et al., 2000).

Ο οικογενειακός γιατρός θα χρησιμοποιήσει ερωτήσεις ανοικτού τύπου, ώστε να διακρίνει την επιθυμία της ασθενούς για ενημέρωση και να εκτιμήσει τον βαθμό στον οποίο επιθυμεί να ενημερωθεί. Παρατίθενται ενδεικτικά παραδείγματα:

- «Πόσες λεπτομέρειες θα θέλατε να σας πω αυτήν τη στιγμή για την κατάστασή σας;»
- «Θέλετε να μάθετε όλες τις λεπτομέρειες για το αποτέλεσμα της βιοψίας ή θέλετε να επικεντρωθούμε στο θεραπευτικό πλάνο;»
- «Κάποιοι ασθενείς μου θέλουν να γνωρίζουν όλες τις λεπτομέρειες, άλλοι προτιμούν να τους λέω τα βασικά· εσείς πώς θα θέλατε να συζητήσουμε;»

Αν ο ασθενής δεν επιθυμεί να ενημερωθεί για τις λεπτομέρειες, ο οικογενειακός γιατρός θα προσφερθεί να απαντήσει σε οποιαδήποτε ερώτηση προκύψει στο μέλλον ή να συζητήσει τις λεπτομέρειες με κάποιον συγγενή του ασθενή ή κάποιο προσφιλές του πρόσωπο.

#### **3.1.1.4 Προειδοποίηση–ενημέρωση του ασθενή (K: Giving knowledge and information to the patient)**

Ο οικογενειακός γιατρός, προτού προβεί στην ανακοίνωση της δυσάρεστης είδησης, οφείλει να προϊδεάσει τον ασθενή για τα άσχημα νέα που θα ακολουθήσουν, ούτως ώστε να μετριάσει την επικείμενη δυσάρεστη έκπληξη (Baile et al., 2000). Ακολουθούν ενδεικτικά παραδείγματα:

- «Τα αποτελέσματα δεν ήταν τόσο καλά.»
- «Δυστυχώς, έχω κάποια άσχημα νέα να σας ανακοινώσω.»
- «Λυπάμαι, μα πρέπει να σας ενημερώσω ότι...»

Μετά την αρχική φράση προειδοποίησης, ο οικογενειακός γιατρός προβαίνει στην ανακοίνωση της δυσάρεστης είδησης. Συνιστάται η πληροφορία να δίνεται σε μικρές δόσεις, ώστε να μπορεί ο ασθενής να την αφομοιώνει, και σε γλώσσα κατανοητή από τον ασθενή, δίχως εξεζητημένη ιατρική ορολογία. Τα ιατρικά δεδομένα πρέπει να παρουσιάζονται με σαφήνεια χωρίς περιθώριο παρερμηνείας από τον ασθενή, ενώ προτείνεται να αποφεύγεται η υπερβολική ευθύτητα (Baile et al., 2000 Burgers, Beukeboom, & Sparks, 2012). Ενδεικτικά παραδείγματα παρατίθενται στον Πίνακα 3.3.

<b>Φράσεις προς αποφυγή</b>	<b>Αντικατάσταση με φράσεις όπως:</b>
«...υπήρξε μετάσταση...»	«...υπήρξε εξάπλωση ή επέκταση...»
«...βιοψία ή βιοπτικό υλικό...»	«...δείγμα ή κομμάτι ιστού...»
«Έχετε αυξημένους βλάστες στο αίμα.»	«Το αποτέλεσμα της εξέτασης δεν είναι καλό.»
«Η μαγνητική τομογραφία έδειξε πολλαπλές	«Η εξέταση έδειξε πως υπάρχουν πολλές βλάβες στον

απομυελινωτικές εστίες στον εγκέφαλο.»	εγκέφαλο.»
«Η αξονική εγκεφάλου που κάνατε δείχνει μια χωροκατακτητική εξεργασία στο δεξί ημισφαίριο.»	«Η εξέταση που κάνατε έδειξε όγκο στον εγκέφαλο.»
«Θα ήμουν επιφυλακτικός με την πρόγνωση της νόσου που έχετε.»	«Η πρόγνωση δεν είναι τόσο καλή, υπάρχουν όμως οι εξής επιλογές...»
«Έχετε πολύ επιθετικό καρκίνο και, αν δεν ξεκινήσετε άμεσα θεραπεία, θα πεθάνετε.»	«Η πρόγνωση δεν είναι τόσο καλή, γι' αυτό χρειάζεται να μιλήσουμε για τις επιλογές θεραπείας...»
«Δεν υπάρχει κάτι που μπορούμε να κάνουμε για σας.»	«Θα ήθελα να συζητήσουμε για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και του πόνου.»

**Πίνακας 3.3** Ενδεικτικά παραδείγματα φράσεων που πρέπει να αποφεύγονται.

### 3.1.1.5 Αναγνώριση των συναισθημάτων του ασθενή και λεκτική ανταπόκριση με ενσυναίσθηση (E: Addressing the patient's emotions with empathic responses)

Η αναγνώριση των συναισθημάτων του αρρώστου και η ανταπόκριση με εκφράσεις που δηλώνουν ενσυναίσθηση αποτελούν, ίσως, το δυσκολότερο κομμάτι κατά την ανακοίνωση της δυσάρεστης είδησης (Buckman, 1992a, 1992b· Ptacek & Eberhardt, 1996). Η συναισθηματική αντίδραση διαφέρει από ασθενή σε ασθενή και μπορεί να περιλαμβάνει:

- σιωπή,
- εσωστρέφεια,
- δυσπιστία,
- άρνηση,
- αποδοκιμασία,
- κλάμα,
- θλίψη,
- θρήνο,
- θυμό,
- απομόνωση,
- κατάπληξη, αδυναμία να αντιδράσει ή
- συνδυασμό των ανωτέρω.

Ο οικογενειακός γιατρός οφείλει να διερευνήσει και να αναγνωρίσει την όποια συναισθηματική αντίδραση του ασθενή και να ανταποκριθεί με ενσυναίσθηση, προσφέροντάς του υποστήριξη και αλληλεγγύη (Baile et al., 2000). Στη συνέχεια, παρατίθενται ορισμένα παραδείγματα διερευνητικών ερωτήσεων, φράσεων αναγνώρισης της συναισθηματικής αντίδρασης, φράσεων που επικυρώνουν την ορθή κατανόηση των δεδομένων από τον ασθενή και φράσεων που δείχνουν ενσυναίσθηση.

Παραδείγματα διερευνητικών ερωτήσεων και φράσεων:

- «Πώς το εννοείτε;»
- «Πείτε μου περισσότερα γι' αυτό.»
- «Μπορείτε να εξηγήσετε τι εννοείτε;»
- «Είπατε πως σας τρομοκρατεί;»
- «Πείτε μου τι είναι αυτό που σας προβληματίζει.»
- «Μόλις μου είπατε πως ανησυχείτε για τα παιδιά σας. Πείτε μου περισσότερα γι' αυτό.»

Παραδείγματα φράσεων αναγνώρισης της συναισθηματικής αντίδρασης:

- «Μπορώ να καταλάβω γιατί αισθάνεστε έτσι.»
- «Νομίζω ότι καταλαβαίνω πώς αισθάνεστε.»
- «Φαντάζομαι ο καθένας θα είχε αυτήν την αντίδραση.»
- «Έχετε απόλυτο δίκιο να σκέφτεστε έτσι.»
- «Πολλοί ασθενείς είχαν μια παρόμοια εμπειρία.»

Παραδείγματα φράσεων που επικυρώνουν την ορθή κατανόηση των δεδομένων από τον ασθενή:

- «Ναι, έχετε κατανοήσει πλήρως το αποτέλεσμα και τη σημασία της εξέτασης.»
- «Φαίνεται πως το καταλάβατε πολύ καλά.»

Παραδείγματα φράσεων που δείχνουν ενσυναίσθηση:

- «Μπορώ να καταλάβω πως τα νέα ή τα αποτελέσματα σας έχουν ταράξει.»
- «Ξέρω, δεν το περιμένατε.»
- «Κατανοώ πως δεν είναι καλά νέα για σας.»
- «Λυπάμαι, μα πρέπει να σας πω το εξής...»
- «Είναι και για μένα πολύ δύσκολο.»
- «Κι εγώ ήλπιζα σε ένα καλύτερο αποτέλεσμα, αλλά δυστυχώς...»

### 3.1.1.6 Συζήτηση–προγραμματισμός για το θεραπευτικό πλάνο (S: Strategy and summary)

Παράλληλα με την αναγνώριση των συναισθημάτων του ασθενή και την απόκριση σ' αυτά με ενσυναίσθηση, ο οικογενειακός γιατρός πρέπει να βεβαιωθεί πως ο ασθενής κατανοεί την προσφερόμενη πληροφορία, να του δώσει χρόνο για να την αφομοιώσει, να τον προτρέψει στη διατύπωση ερωτήσεων και σχετικών προβληματισμών, και να εκτιμήσει αν ο ασθενής είναι σε θέση να συζητήσει σχετικά με το θεραπευτικό πλάνο σ' αυτήν τη συνάντηση ή θα χρειαστεί να προγραμματίσει μια δεύτερη στις επόμενες ημέρες.

Οι ασθενείς που έχουν ένα ξεκάθαρο θεραπευτικό πλάνο για το μέλλον τείνουν να νιώθουν λιγότερο ανήσυχοι και βιώνουν σε μικρότερο βαθμό τη σχετική αβεβαιότητα (Baile et al., 2000). Το θεραπευτικό πλάνο μπορεί να περιλαμβάνει:

- θεραπεία της νόσου,
- παράταση της ζωής,
- αποφυγή πρόωρου θανάτου,
- διατήρηση ή βελτίωση της λειτουργικότητας του ασθενή,
- ανακούφιση του πόνου,
- βελτίωση της ποιότητας ζωής,
- διατήρηση του ελέγχου βασικών λειτουργιών του ασθενή,
- επίτευξη ενός καλού και ήρεμου θανάτου,
- υποστήριξη της οικογένειας και άλλων αγαπημένων προσώπων ή
- συνδυασμό των ανωτέρω.

Ο οικογενειακός γιατρός, χρησιμοποιώντας ερωτήσεις ανοικτού τύπου, όπως:

- «Τι είναι σημαντικό για εσάς τώρα;»,
- «Σε τι ελπίζετε;»,
- «Σε τι θα θέλατε να επικεντρωθούμε σχετικά με τη θεραπεία;» και
- «Πώς θα θέλατε να κινηθούμε για το μέλλον;»,

προτρέπει τον ασθενή να προσδιορίσει και να εκφράσει τις ανάγκες και τις προσδοκίες του σχετικά με το μέλλον, ώστε να θέσουν από κοινού επιθυμητούς και ρεαλιστικούς θεραπευτικούς στόχους (von Gunten, Ferris, & Emanuel, 2000). Στη συνέχεια, αφού καθοριστεί ένα κοινά αποδεκτό θεραπευτικό πλάνο, ο οικογενειακός γιατρός οφείλει να διασαφηνίσει την πιθανή αποτελεσματικότητα, τις ανεπιθύμητες ενέργειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους της προτεινόμενης θεραπείας, και να εκτιμήσει τυχόν παρερμηνεύσεις των λεγομένων του από τον ασθενή (Conlee & Tesser, 1973). Ακόμη, συνιστάται η παροχή έγγραφης περιγραφής των συζητηθέντων θεμάτων στον ασθενή, καθώς και σχετικού με αυτά έντυπου υλικού.



### 3.1.2 Η στάση της οικογένειας απέναντι στην πληροφόρηση του ασθενή σχετικά με τη διάγνωση του σοβαρού νοσήματος

**Κλινικό σενάριο 3:** Η κυρία Μαρία είναι 80 ετών, εισάγεται στο νοσοκομείο έπειτα από παραπομπή του οικογενειακού της γιατρού, γιατί εμφάνισε αναιμία. Λίγες ημέρες αργότερα, ο οικογενειακός γιατρός ενημερώνεται τηλεφωνικά από τον θεράποντα γιατρό ότι η κυρία Μαρία πάσχει από καρκίνο του στομάχου και έχει προσδόκιμο επιβίωσης 4-6 μήνες. Για τη διάγνωση και την πρόγνωση είναι ήδη ενήμερη η κόρη της κυρίας Μαρίας, η οποία ζητά από τον οικογενειακό γιατρό, κατά την επίσκεψή του στο νοσοκομείο, να μην αποκαλύψει τη σοβαρότητα της κατάστασης στη μητέρα της, διότι πιστεύει πως κάτι τέτοιο θα την επηρέαζε αρνητικά. Ωστόσο, η κυρία Μαρία, κατά τη νοσηλεία της, ζητά επίμονα πληροφορίες για τα αποτελέσματα των εξετάσεων και την κατάσταση της υγείας της.

Η διάγνωση του καρκίνου δεν επηρεάζει μόνο τον ασθενή· επηρεάζει, επίσης, τη δομή της οικογένειας και την οικογενειακή δυναμική. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η οικογένεια του ασθενή, σε μια προσπάθεια να τον προστατεύσει από τα έντονα συναισθήματα της απογοήτευσης, της απελπισίας και της απώλειας της ελπίδας, ζητά από τον θεράποντα γιατρό να μην αποκαλύψει την αλήθεια στον ασθενή (Mystakidou, Pappa, Tsilila, Katsouda, & Vlahos, 2004).

Η αναπτυσσόμενη σχέση και επικοινωνία μεταξύ του γιατρού, του ασθενή και της οικογένειάς του διαμορφώνεται, σε κάθε περίπτωση, από το πολιτισμικό υπόβαθρο των συμμετεχόντων. Κάποιες κοινωνίες επιτρέπουν την ελεύθερη βούληση του ασθενή και εκδίδουν επίσημες οδηγίες της πολιτείας προς τους γιατρούς, με τις οποίες τους υποχρεώνουν να ενημερώνουν ενδελεχώς τον ασθενή. Ωστόσο, σε κάποιες άλλες κοινωνίες, όπου οι οικογενειακοί δεσμοί είναι πιο έντονοι, η οικογένεια παρεμβαίνει και καθορίζει η ίδια τον βαθμό πληροφόρησης του ασθενή. Στην Ελλάδα, η απόκρυψη της αλήθειας από τον ασθενή με σοβαρή νόσο αποτελεί συνήθη πρακτική (Kazdaglis et al., 2010).

Στο παραπάνω παράδειγμα, η κυρία Μαρία, καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας της, αναζητά επίμονα πληροφόρηση. Οι απόψεις σχετικά με το αν θα πρέπει ή όχι να αποκαλύπτεται η αλήθεια στον ασθενή που ζητά να μάθει δίστανται. Οι περισσότεροι ασθενείς με σοβαρή νόσο επιθυμούν να γνωρίζουν όλη την αλήθεια (Fallowfield, Ford, & Lewis, 1995) και την επιθυμία τους αυτή συμμαρμίζονται οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας. Στον αντίποδα, αρκετά συχνά οι οικογένειες των ασθενών απαιτούν την απόκρυψη της διάγνωσης, παρά την επιμονή του ασθενή για πληροφόρηση. Οι παράγοντες που συνηγορούν στην αποκάλυψη της αλήθειας στον ασθενή που την αναζητά είναι οι κάτωθι:

- η επιθυμία του ασθενή,
- η διαύγεια του ασθενή (απουσία σύγχυσης, προσανατολισμός στα πρόσωπα),
- το νομικό πλαίσιο,
- η απαραίτητη συγκατάθεση του ασθενή για το πλάνο αντιμετώπισης,
- η αλήθεια εκτιμάται από τον ασθενή ως θετικό στοιχείο της σχέσης του με τον γιατρό, ενώ η απόκρυψή της ως κακό,
- ο σεβασμός στην αυτονομία του ασθενή.

Ο οικογενειακός γιατρός θα καθησυχάσει την κόρη της κυρίας Μαρίας και θα της εξηγήσει πως, εφόσον η μητέρα της ζητά να μάθει την αλήθεια, θα πρέπει να σεβαστεί την επιθυμία της. Ακόμη, θα της προτείνει να είναι παρούσα κατά τη συζήτησή του με τη μητέρα της.

### 3.1.3 Ο κίνδυνος κατάθλιψης μετά την ανακοίνωση δυσάρεστων ειδήσεων

Ο Αντώνης είναι 30 ετών και αναμένει σύντομα να γίνει πατέρας. Πάσχει από φλεγμονώδη νόσο του εντέρου που διαγνώστηκε προ εικοσαετίας. Στον τελευταίο τακτικό έλεγχο στο νοσοκομείο, διαπιστώθηκε ύποπτη βλάβη κατά την κολονοσκόπηση και έγινε λήψη βιοψίας. Το αποτέλεσμα της βιοψίας ήταν θετικό για

κακοήθεια. Ακολούθησε μια σειρά εξετάσεων και, στη συνέχεια, ο ασθενής ενημερώθηκε για τη διάγνωση και την πρόγνωση. Ο ασθενής κατακλύζεται από άγχος, φοβάται για το μέλλον του, που τώρα πια φαντάζει αβέβαιο, και αποπειράται να αυτοκτονήσει.

Σύμφωνα με μεγάλη προοπτική μελέτη που δημοσιεύθηκε το 2012, οι ασθενείς που έχουν διαγνωστεί πρόσφατα με καρκίνο εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας (Fang et al., 2012). Ο κίνδυνος μάλιστα αυξάνεται, όταν ο ασθενής είναι έφηβος ή νεαρός ενήλικος. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται κατά το πρώτο έτος μετά τη διάγνωση, διότι στο διάστημα αυτό εμφανίζεται ο μεγαλύτερος κίνδυνος (Lu et al., 2013).

Οι παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία σε ασθενείς με καρκίνο είναι οι ακόλουθοι ((Robson, Scrutton, Wilkinson, & MacLeod, 2010):

- ιστορικό ψυχιατρικής διαταραχής,
- οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας,
- κατάθλιψη,
- αίσθημα απελπισίας,
- χρήση ναρκωτικών ουσιών,
- πρόσφατος θάνατος συζύγου ή προσφιλούς προσώπου,
- ανεπαρκής κοινωνική στήριξη,
- καρκίνος στοματικής κοιλότητας, φάρυγγα, πνεύμονα (που συνδέεται συχνά με κατάχρηση αλκοόλ και καπνού),
- προχωρημένο στάδιο της νόσου και κακή πρόγνωση,
- σύγχυση ή παραλήρημα,
- ανεπαρκής αναλγησία,
- παρουσία συμπτωμάτων ελλείμματος (π.χ., απώλεια κινητικότητας, απώλεια ελέγχου του εντέρου και της ουροδόχου κύστης, ακρωτηριασμός, παραπληγία, αδυναμία κατάποσης),
- ψυχική και σωματική κόπωση, εξάντληση και
- απώλεια κάθε ελπίδας.

Σε νέους ασθενείς με καρκίνο, προτείνεται προσυμπτωματικός έλεγχος για κατάθλιψη και διαταραχή πανικού. Ωστόσο, τα τεκμήρια για την επιλογή του κατάλληλου εργαλείου προσυμπτωματικού ελέγχου είναι ελλιπή· χρειάζεται ένα ευαίσθητο, σύντομο και εύκολο στη χρήση εργαλείο, το οποίο να μπορεί να εφαρμοστεί σε ασθενείς με καρκίνο (Leal-Hernández, Sandoval, Palacios-Espinosa, & J.R.T., 2014· Rasic, Belik, Bolton, Chochinov, & Sareen, 2008).

### 3.2 Ανακοίνωση θανάτου

Η ανακοίνωση του θανάτου ενός ασθενή στα μέλη της οικογένειάς του είναι μια εξαιρετικά στρεσογόνος και οδυνηρή εμπειρία για τον γιατρό, καθώς ο αγγελιοφόρος δυσάρεστων ειδήσεων βιώνει συχνά αρνητικά συναισθήματα: λύπης, απογοήτευσης ή ευθύνης (Brown et al., 2009· Strote et al., 2011). Ακόμη, απαιτούνται κατάλληλες επικοινωνιακές δεξιότητες και ενσυναίσθηση, ώστε η ανακοίνωση της δυσάρεστης είδησης του θανάτου ενός αγαπημένου προσώπου να τύχει επιτυχούς χειρισμού. Ωστόσο, δεν υπάρχει επαρκής καθοδήγηση του γιατρού στο συγκεκριμένο θέμα ούτε σε επίπεδο προπτυχιακής εκπαίδευσης ούτε σε μετεκπαιδευτικό επίπεδο, κατά την άσκηση για ειδικότητα ή μετέπειτα (Barnett et al., 2007· Naik, 2013· Shoenberger, Yeghiazarian, Rios, & Henderson, 2013). Τα τελευταία χρόνια γίνεται προσπάθεια να ενταχθεί το αντικείμενο στο προπτυχιακό πρόγραμμα των ιατρικών σχολών (Naik, 2013· Sullivan et al., 2004).

Η εκπαιδευτική διαδικασία μπορεί να περιλαμβάνει (Shoenberger et al., 2013):

- θεωρητικά μαθήματα,
- ομαδικές συζητήσεις,
- οπτικοακουστικό υλικό,
- προσομοίωση κλινικών σεναρίων,
- διδακτικές στιγμές σε κλινικό περιβάλλον ή

- συνδυασμό των ανωτέρω.

Σε γενικές γραμμές, ανεξάρτητα από τη διάγνωση, ο θάνατος μπορεί να είναι αναμενόμενος ή αιφνίδιος και απροσδόκητος. Στην πρώτη περίπτωση, οι συγγενείς του ασθενή έχουν επίγνωση της σοβαρότητας της ασθένειας και του επικείμενου θανάτου· είχαν το χρονικό περιθώριο να προετοιμαστούν ψυχολογικά για την ανακοίνωση της θλιβερής είδησης, γεγονός που την καθιστά πιο εύκολη. Ωστόσο, όταν ο θάνατος επέρχεται απροσδόκητα και αιφνίδια, οι συγγενείς δυσκολεύονται να αντιμετωπίσουν το δυσάρεστο γεγονός και αδυνατούν να πιστέψουν πως το αγαπημένο τους πρόσωπο δεν θα είναι πια κοντά τους· είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι και έντονα συναισθηματικά φορτισμένοι. Η έλλειψη συμπόνιας, ευγένειας και κατανόησης της θλίψης τους από τον αγγελιοφόρο της δυσάρεστης είδησης είναι δυνατόν να πυροδοτήσει βίαιη αντίδραση θλίψης και θυμό προς τον αγγελιοφόρο, ο οποίος θεωρείται από τον λαμβάνοντα τη δυσάρεστη είδηση υπαίτιος γι' αυτήν (Naik, 2013). Στον αντίποδα, η θλιβερή εμπειρία της ανακοίνωσης του αιφνίδιου θανάτου ενός αγαπημένου προσώπου δύναται να αμβλυθεί κάπως για τον λαμβάνοντα τη δυσάρεστη είδηση, όταν ακολουθείται ένα καλώς δομημένο και επιστημονικά τεκμηριωμένο πλάνο προσέγγισης, που συνοδεύεται από ευαισθητοποίηση, κατάλληλη εκπαίδευση και ενσυναίσθηση του αγγελιοφόρου (Adamowski, Dickinson, Weitzman, Roessler, & Carter-Snell, 1993).

Στον Πίνακα 3.4 παρατίθενται σύγχρονοι ορισμοί σχετικά με το πένθος και τα συναισθήματα που το συνοδεύουν (American Psychiatric Association, 2013· M. S. Stroebe, Hansson, Stroebe, & Schut, 2008).

Πένθος (bereavement)	Η αντικειμενική κατάσταση απώλειας ενός αγαπημένου προσώπου λόγω θανάτου. Περιλαμβάνει αντιδράσεις θλίψης και θρήνου.
Θλίψη (grief)	Η συναισθηματική αντίδραση ενός ατόμου στον θάνατο προσφιλους προσώπου.
Θρήνος (mourning)	Η κοινωνική αντίδραση ενός ατόμου στον θάνατο προσφιλους προσώπου, εκφραζόμενη μέσα από τυπικές κοινωνικές εκδηλώσεις πένθους.

**Πίνακας 3.4** Ορισμοί σχετικά με το πένθος και τα συνοδά συναισθήματα.

**Κλινικό σενάριο 4:** Η κυρία Ειρήνη είναι 78 ετών. Προσέρχεται στο Κέντρο Υγείας με το ασθενοφόρο. Την συνοδεύουν οι δύο γιοι της, οι οποίοι ενημερώνουν τον οικογενειακό γιατρό που εφημερεύει πως βρήκαν την μητέρα τους λιπόθυμη στο σπίτι της, πεσμένη κάτω από το κρεβάτι της, ενώ είχε κάνει εμετό. Δεν ξέρουν πότε μπορεί να συνέβη. Η κυρία Ειρήνη αντιδρά μόνο στα επώδυνα ερεθίσματα, ενώ εξακολουθεί να αποβάλλει εμέσματα που φαίνεται να έχουν και κοπρανώδες περιεχόμενο. Ενώ γίνεται προσπάθεια καθαρισμού του αεραγωγού, τοποθέτησης φλεβικής γραμμής και μέτρησης ζωτικών σημείων, η κυρία Ειρήνη παθαίνει ανακοπή. Στο μόνιτορ εμφανίζεται καρδιακή παύλα και ξεκινά καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση. Παρά την επίμονη προσπάθεια για 40 λεπτά, η κυρία Ειρήνη δεν επανέρχεται.

Ο οικογενειακός γιατρός, χωρίς άσκοπες καθυστερήσεις, θα μεριμνήσει για την εξασφάλιση του κατάλληλου περιβάλλοντος, ώστε να ανακοινώσει τον θάνατο της κυρίας Ειρήνης στους γιους της. Κατάλληλο θεωρείται ένα περιβάλλον με τα εξής χαρακτηριστικά:

- ήσυχο δωμάτιο, χωρίς διακοπές από τηλέφωνα,
- δίχως την παρουσία τρίτων,
- ιδιωτικότητα (αποφυγή ανακοίνωσης σε χώρους νοσηλείας με πολλά κρεβάτια που χωρίζονται μεταξύ τους με κουρτίνες ή παραβάν).

Ο οικογενειακός γιατρός, προτού προβεί στην ανακοίνωση του θανάτου της μητέρας τους, οφείλει να προϊδεάσει τους γιους της για τα άσχημα νέα που θα ακολουθήσουν, ούτως ώστε να μετριάσει την επικείμενη έντονη κατάπληξή τους. Ενδεικτικά παραδείγματα φράσεων που μπορεί να χρησιμοποιηθούν είναι τα κάτωθι:

- «Δυστυχώς, έχω άσχημα νέα να σας ανακοινώσω.»
- «Λυπάμαι, μα πρέπει να σας ενημερώσω ότι...»
- «Λυπάμαι, μα τα νέα δεν είναι ευχάριστα.»

Μετά την αρχική φράση προειδοποίησης, ο οικογενειακός γιατρός θα προβεί στην ανακοίνωση της δυσάρεστης είδησης. Συνιστάται η πληροφορία να δοθεί σε γλώσσα κατανοητή, με σαφήνεια, χωρίς τη χρήση μεταφορικών εκφράσεων, οι οποίες ενδέχεται να μην γίνουν κατανοητές από τους συγγενείς. Αν του ζητηθεί, θα πρέπει να αναφέρει στους συγγενείς λεπτομέρειες σχετικά με τις ιατρικές ενέργειες στις οποίες προέβη προκειμένου να αποτρέψει τον θάνατο του εκλιπόντος και να τους διαβεβαιώσει πως έπραξε ό,τι ήταν ανθρωπίνως δυνατό (Naik, 2013).

### 3.2.1 Διευκόλυνση των οικείων στην εκδήλωση της θλίψης

Η αντίδραση στην ανακοίνωση του θανάτου ενός αγαπημένου προσώπου ποικίλλει ανάλογα με το πολιτισμικό και κοινωνικό υπόβαθρο, και συχνά ενδέχεται να είναι έντονη. Οι συγγενείς αντιλαμβάνονται τον αιφνίδιο θάνατο ως πρόωρο και άδικο. Οι πιθανές αντιδράσεις θλίψης είναι οι εξής:

- αρχική κατάπληξη με αδυναμία αντίδρασης,
- άρνηση,
- θυμός, οργή,
- ενοχή.

Οι αντιδράσεις θλίψης μπορεί να εκδηλωθούν με:

- σιωπή,
- κλάμα,
- κραυγές,
- θρήνο,
- κινήσεις του σώματος ή
- συνδυασμό των ανωτέρω.

Ο οικογενειακός γιατρός οφείλει να βοηθήσει τους συγγενείς να εκφράσουν τη θλίψη τους, προτρέποντάς τους να εξωτερικεύσουν τα συναισθήματά τους και ανταποκρινόμενος σ' αυτά με ενσυναίσθηση (Naik, 2013). Για την επίτευξη αυτού του στόχου, πρέπει να προσπαθήσει να τους προσεγγίσει, να τους κάνει να νιώσουν άνετα και να δημιουργήσει κλίμα εμπιστοσύνης και εγγύτητας. Επιβοηθητικές προς αυτήν την κατεύθυνση είναι οι εξής ενέργειες:

- Η ανακοίνωση να γίνεται σε καθιστή θέση.
- Να μην υπάρχουν αντικείμενα που παρεμβάλλονται ως εμπόδια μεταξύ του γιατρού και των συγγενών.
- Οι συγγενείς να έχουν βολική και άνετη θέση.
- Να αποφεύγεται η βιασύνη.
- Να υπάρχει οπτική επαφή.
- Ενδεχομένως να υπάρξει κάποια σωματική επαφή (κράτημα χεριού, άγγιγμα στο μπράτσο).

Ακόμη, ανάλογα με το πολιτισμικό και θρησκευτικό υπόβαθρο των συγγενών, χρήσιμες και παρηγορητικές μπορεί να φανούν φιλοσοφικές φράσεις, όπως:

- «Τελικά όλα εξαρτώνται από την επιθυμία του Θεού.»
- «Ο κύκλος της ζωής εκτυλίσσεται σύμφωνα με το θέλημα του Θεού.»

Ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου συνοδεύεται πάντοτε από μια περίοδο πένθους, το οποίο μπορεί, σε ορισμένες περιπτώσεις, να επιπλακεί με:

- κατάθλιψη, όταν ο πενθών αναφέρει τουλάχιστον τέσσερα από τα συμπτώματα που περιλαμβάνονται στον ορισμό της κατάθλιψης (American Psychiatric Association, 2013),
- δυσθυμία, όταν η καταθλιπτική διάθεση διαρκεί τουλάχιστον δύο χρόνια,
- άγχος,
- αυτοκτονικό ιδεασμό,

- χρήση ναρκωτικών ουσιών,
- κατάχρηση αλκοόλ,
- μετατραυματική αγχώδη διαταραχή,
- υπέρταση και
- καρδιαγγειακά συμβάματα.

Οι παράγοντες που ευνοούν την εξέλιξη σε επιπλεγμένο πένθος συνοψίζονται ως εξής (Naik, 2013):

- απρόσμενος θάνατος,
- βίαιος θάνατος,
- θάνατος οφειλόμενος σε τροχαίο ατύχημα,
- αυτοκτονία,
- ελλιπής κοινωνική στήριξη και
- ελλιπής ψυχολογική υποστήριξη.

### 3.2.2 Ανακοίνωση θανάτου παιδιού

**Κλινικό σενάριο 5:** Η Αναστασία είναι 5 ετών. Προσκομίζεται στο Κέντρο Υγείας από τους γονείς της με δύσπνοια, αγγειοίδημα και λαρυγγικό οίδημα. Είναι κυανωτική, συγχυτική και εμφανίζει βραδυκαρδία και υπόταση. Οι γονείς ενημερώνουν τον εφημερεύοντα οικογενειακό γιατρό πως η μικρή κατανάλωσε ξηρούς καρπούς πριν από περίπου 40 λεπτά. Χορηγείται άμεσα στην Αναστασία αδρεναλίνη· παρέχονται επίσης οξυγόνο, βρογχοδιασταλτικά και υγρά, αλλά δυστυχώς η αναφυλακτική καταπληξία είναι ήδη εγκατεστημένη και εμφανίζει ταχεία εξέλιξη. Η αδρεναλίνη δεν βοηθά και η Αναστασία παθαίνει καρδιακή ανακοπή. Στο μόνιτορ εμφανίζεται καρδιακή παύλα και ξεκινά καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση. Παρά την επίμονη προσπάθεια για αρκετή ώρα, η Αναστασία δεν επανέρχεται.

Ο θάνατος ενός παιδιού είναι συνταρακτικό γεγονός για τους γονείς. Έχουν την ανάγκη να δουν, να κρατήσουν στην αγκαλιά τους το νεκρό παιδί τους και να μπορέσουν να το αποχαιρετήσουν. Ακόμη, θέλουν να μάθουν κάθε λεπτομέρεια για τον θάνατο του παιδιού τους και να ενημερωθούν ενδελεχώς για τα αίτια του θανάτου και τις ιατρικές ενέργειες που έλαβαν χώρα κατά την προσπάθεια αποτροπής του (Garstang, Griffiths, & Sidebotham, 2014).

Ο οικογενειακός γιατρός, χωρίς άσκοπες καθυστερήσεις, θα μεριμνήσει για την εξασφάλιση του κατάλληλου περιβάλλοντος και θα προσπαθήσει να δημιουργήσει κλίμα εμπιστοσύνης και εγγύτητας, ώστε να ανακοινώσει στους γονείς τον θάνατο του παιδιού. Θα παράσχει λεπτομερή πληροφόρηση σχετικά με τις ιατρικές ενέργειες στις οποίες προέβη, θα τους διαβεβαιώσει πως έπραξε ό,τι ήταν ανθρωπίνως δυνατό και θα τους βοηθήσει να εκφράσουν τη θλίψη τους. Επιπλέον, θα τους ενημερώσει ότι απαιτείται η διενέργεια νεκροψίας, προκειμένου να αποσαφηνιστούν πλήρως τα αίτια του αιφνίδιου θανάτου της κόρης τους. Στη συνέχεια, θα τους δώσει χρόνο να αφομοιώσουν τη δυσάρεστη είδηση και θα μεριμνήσει ώστε να τους δοθεί επαρκής χρόνος και συνθήκες ιδιωτικότητας για να αποχαιρετίσουν το νεκρό παιδί τους.

Επιπροσθέτως, ο οικογενειακός γιατρός θα προσφερθεί να απαντήσει σε οποιαδήποτε ερώτηση προκύψει στο μέλλον και θα διατηρήσει επαφή με τους γονείς στο προσεχές διάστημα, ώστε, αν χρειαστεί, να τους παράσχει ψυχολογική στήριξη (Garstang et al., 2014· Naik, 2013).

Ο θάνατος ενός παιδιού είναι συντριπτικός για τους γονείς και το πένθος που ακολουθεί είναι σπάνια ανεπίπλεκτο. Στις περισσότερες περιπτώσεις, το πένθος για την απώλεια ενός παιδιού καθίσταται παθολογικό. Έχει υποστηριχθεί ότι υπάρχουν οι εξής κατηγορίες παθολογικού πένθους (Middleton, Moylan, Raphael, Burnett, & Martinek, 1993):

- Καθυστερημένο (η εμπειρία του πένθους είναι η συνήθης, απλώς παρουσιάζεται με καθυστέρηση).
- Απόν (υπάρχει άρνηση, χωρίς καμία ανοικτή έκφραση πένθους).
- Χρόνιο (παρατεταμένο πένθος, διάρκειας μεγαλύτερης του ενός έτους, χωρίς ενδείξεις βελτίωσης, το οποίο χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα άγχους και ενοχής).

- Ανεπίλυτο (παρατεταμένο πένθος, αλλά με κάποιες ενδείξεις βελτίωσης).
- Ανεσταλαμένο (το άτομο είναι εντελώς ανήμπορο να μιλήσει για την απώλεια).

Η ύπαρξη ενός κοινωνικού δικτύου στήριξης για τον πενθούντα κρίνεται καθοριστικής σημασίας, καθώς αποτρέπει την εξέλιξη του πένθους σε παθολογικό (Oliver & Fallat, 1995). Το κοινωνικό αυτό δίκτυο αποτελείται συνήθως από στενούς συγγενείς και φίλους. Ωστόσο, όταν το υπάρχον κοινωνικό δίκτυο είναι δυσλειτουργικό, ο πενθών έχει την ανάγκη ψυχολογικής στήριξης από τον οικογενειακό του γιατρό (Benkel, Wijk, & Molander, 2009). Επιπλέον, επιβοηθητική κρίνεται η συμμετοχή σε ομάδες στήριξης και η παραπομπή, αν χρειαστεί, σε εξειδικευμένες υποστηρικτικές δομές.

### 3.2.3 Το πένθος ύστερα από την απώλεια του συντρόφου

**Κλινικό σενάριο 6:** Ο κύριος Λευτέρης είναι 78 ετών και πάσχει από νόσο Αλτσχάιμερ. Ζει με τη γυναίκα του, την κυρία Λαμπρινή, η οποία έχει αναλάβει την πλήρη φροντίδα του, καθώς η ασθένειά του τον έχει καθλώσει στο κρεβάτι. Η κατάστασή του έχει χειροτερεύσει αρκετά τον τελευταίο χρόνο: δεν σηκώνεται καθόλου, παρουσιάζει αδυναμία στην κατάποση, τρώει μόνο αλεσμένη τροφή, όταν τον ταΐζει η γυναίκα του, φέρει ουροκαθετήρα και δεν μπορεί να σχηματίσει προτάσεις ή να συνεννοηθεί λεκτικά. Ο οικογενειακός τους γιατρός τον επισκέπτεται κάθε μήνα για την αλλαγή του ουροκαθετήρα. Μια μέρα, η κυρία Λαμπρινή τηλεφωνεί στον οικογενειακό τους γιατρό για να τον ενημερώσει πως ο κύριος Λευτέρης πέθανε. Τον παρακαλεί να πάει στο σπίτι τους για να δώσει το πιστοποιητικό θανάτου.

Ο οικογενειακός γιατρός καλείται συχνά να πιστοποιήσει τον θάνατο ενός ασθενή (Myers & Eden, 2007). Αφού επιβεβαιώσει τον θάνατο, προχωρά στην έκδοση του πιστοποιητικού θανάτου, όταν τα αίτια είναι γνωστά και ο θάνατος αναμενόμενος, ή ενημερώνει τις αρμόδιες αρχές, όταν απαιτείται διενέργεια νεκροψίας για την αποσαφήνιση των αιτίων ενός βίαιου ή αιφνίδιου θανάτου. Το έργο του, όμως, δεν ολοκληρώνεται με την πιστοποίηση του θανάτου· ο οικογενειακός γιατρός οφείλει, στη συνέχεια, να μεριμνήσει για την οικογένεια του εκλιπόντος και, πρωτίστως, για την κυρία Λαμπρινή, διευκολύνοντας την εκδήλωση της θλίψης, παρέχοντας ψυχολογική στήριξη και παραπέμποντας σε εξειδικευμένες υποστηρικτικές δομές, αν επιλεγεί το πένθος (von Gunten et al., 2000).

Η χηρεία θεωρείται από τους περισσότερους ανθρώπους ως το πιο ψυχοπιεστικό από όλα τα γεγονότα της ζωής, μετά φυσικά από την απώλεια ενός παιδιού (Holmes & Rahe, 1967). Η απώλεια του ή της συζύγου επιφέρει συνταρακτικές αλλαγές στη ζωή του πενθούντος, συναισθηματικές, κοινωνικές και οικονομικές. Ο χηρέυσας νιώθει συχνά συντετριμμένος και μόνος· αναμένεται να αναλάβει πλέον την ευθύνη για όλα, ολομόναχος, χωρίς συνοδοιπόρο. Όσο πιο βαθιά διαπλέκονται οι ζωές των μελών του ζευγαριού και όσο πιο πολύπλοκες είναι οι διαπροσωπικές τους σχέσεις, τόσο πιο έντονα και ψυχοπιεστικά βιώνεται η απώλεια (DiMatteo & Martin, 2011· M. Stroebe, Stroebe, & Hansson, 1993).

Οι ηλικιωμένοι χηρέυσαντες εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο για επιπλεγμένο πένθος και ταλαιπωρούνται συχνά από σωρεία ψυχοσωματικών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Κάποια από τα συμπτώματα βελτιώνονται με την πάροδο του χρόνου και τη διεργασία επίλυσης του πένθους, ενώ κάποια άλλα επιδεινώνονται λόγω χρόνιου παθολογικού πένθους ή παραμένουν τα ίδια, καθώς ο πενθών έχει παγιωθεί σε ανεπίλυτο πένθος. Τα συχνότερα παρατηρούμενα ψυχοσωματικά συμπτώματα σε ηλικιωμένους πενθούντες είναι τα κάτωθι (Utz, Caserta, & Lund, 2012):

- διαταραχές ύπνου,
- κόπωση,
- αδυναμία συγκέντρωσης,
- απώλεια όρεξης,
- στηθάγχη,
- ταχυκαρδία,
- αίσθημα παλμών,
- αρθραλγία,
- ενοχλήματα από το ουροποιητικό,
- μυαλγίες,

- κεφαλαλγία,
- δυσκοιλιότητα,
- χρόνιο κοιλιακό άλγος,
- δύσπνοια,
- εφίδρωση,
- αλωπεκία,
- δυσκαταποσία,
- εκζέματα,
- ζάλη και
- θολή όραση.

Έχουν προταθεί διάφορες θεραπευτικές παρεμβάσεις, όπως (Shear, Ghesquiere, & Glickman, 2013):

- γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία (cognitive behavioral treatment),
- υποστηρικτική συμβουλευτική και
- φαρμακοθεραπεία με αντικαταθλιπτικά.

Ο οικογενειακός γιατρός μεριμνά για τον πενθούντα καθ' όλη τη διεργασία του πένθους και μπορεί:

- να παρέχει ψυχολογική στήριξη,
- να εντοπίζει ενδείξεις επιπλοκής του πένθους,
- να ανακουφίζει τα ψυχοσωματικά συμπτώματα,
- να προωθεί τη συμμετοχή σε ομάδες στήριξης,
- να παραπέμπει σε εξειδικευμένες υποστηρικτικές δομές, σε περιπτώσεις παθολογικού πένθους, και
- να διευκολύνει την ανάκαμψη και επάνοδο του πενθούντα στην ομαλή κοινωνική και συναισθηματική ζωή μετά το πέρας του πένθους.

## Βιβλιογραφικές αναφορές

- Adamowski, K., Dickinson, G., Weitzman, B., Roessler, C., & Carter-Snell, C. (1993). Sudden unexpected death in the emergency department: caring for the survivors. *CMAJ*, *149*(10), 1445-1451.
- Alelwani, S. M., & Ahmed, Y. A. (2014). Medical training for communication of bad news: A literature review. *J Educ Health Promot*, *3*, 51. doi: 10.4103/2277-9531.134737
- American Psychiatric Association (Ed.). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5®)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*, *5*(4), 302-311.
- Barnett, M. M., Fisher, J. D., Cooke, H., James, P. R., & Dale, J. (2007). Breaking bad news: consultants' experience, previous education and views on educational format and timing. *Med Educ*, *41*(10), 947-956. doi: 10.1111/j.1365-2923.2007.02832.x
- Bays, A. M., Engelberg, R. A., Back, A. L., Ford, D. W., Downey, L., Shannon, S. E., . . . Curtis, J. R. (2014). Interprofessional communication skills training for serious illness: evaluation of a small-group, simulated patient intervention. *J Palliat Med*, *17*(2), 159-166. doi: 10.1089/jpm.2013.0318
- Benkel, I., Wijk, H., & Molander, U. (2009). Family and friends provide most social support for the bereaved. *Palliat Med*, *23*(2), 141-149. doi: 10.1177/0269216308098798
- Brown, R., Dunn, S., Byrnes, K., Morris, R., Heinrich, P., & Shaw, J. (2009). Doctors' stress responses and poor communication performance in simulated bad-news consultations. *Acad Med*, *84*(11), 1595-1602. doi: 10.1097/ACM.0b013e3181baf537
- Buckman, R. (1992a). *Breaking Bad News: A Guide for Health Care Professionals*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Buckman, R. (1992b). *How to break bad news*. Basingstoke, UK: Papermac.
- Burgers, C., Beukeboom, C. J., & Sparks, L. (2012). How the doc should (not) talk: when breaking bad news with negations influences patients' immediate responses and medical adherence intentions. *Patient Educ Couns*, *89*(2), 267-273. doi: 10.1016/j.pec.2012.08.008
- Conlee, M., & Tesser, A. (1973). The Effects of Recipient Desire to Hear on News Transmission. *Sociometry*, *36*(4), 588-599. doi: DOI: 10.2307/2786254
- DiMatteo, M. R., & Martin, L. R. (2011). *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας, Ασθένειες τελικού σταδίου, απώλειες και πένθος*. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.
- Epner, D. E., & Baile, W. F. (2014). Difficult conversations: teaching medical oncology trainees communication skills one hour at a time. *Acad Med*, *89*(4), 578-584. doi: 10.1097/ACM.0000000000000177
- Fallowfield, L., Ford, S., & Lewis, S. (1995). No news is not good news: information preferences of patients with cancer. *Psychooncology*, *4*(3), 197-202.
- Fang, F., Fall, K., Mittleman, M. A., Sparen, P., Ye, W., Adami, H. O., & Valdimarsdottir, U. (2012). Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. *N Engl J Med*, *366*(14), 1310-1318. doi: 10.1056/NEJMoa1110307
- Garstang, J., Griffiths, F., & Sidebotham, P. (2014). What do bereaved parents want from professionals after the sudden death of their child: a systematic review of the literature. *BMC Pediatr*, *14*, 269. doi: 10.1186/1471-2431-14-269
- GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. (2015). Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, *385*(9963), 117-171. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61682-2
- Ha, J. F., & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: a review. *Ochsner J*, *10*(1), 38-43.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res*, *11*(2), 213-218.
- Jacques, A. P., Adkins, E. J., Knepel, S., Boulger, C., Miller, J., & Bahner, D. P. (2011). Educating the delivery of bad news in medicine: Preceptorship versus simulation. *Int J Crit Illn Inj Sci*, *1*(2), 121-124. doi: 10.4103/2229-5151.84796
- Joyce, B. L., Scher, E., Steenbergh, T., & Voutt-Goos, M. J. (2011). Development of an institutional resident curriculum in communication skills. *J Grad Med Educ*, *3*(4), 524-528. doi: 10.4300/JGME-D-10-00233.1
- Kazdaglis, G. A., Arnaoutoglou, C., Karypidis, D., Memekidou, G., Spanos, G., & Papadopoulos, O. (2010). Disclosing the truth to terminal cancer patients: a discussion of ethical and cultural issues. *East Mediterr Health J*, *16*(4), 442-447.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. New York: The Macmillan Company.
- Kurer, M. A., & Zekri, J. M. (2008). Breaking bad news: can we get it right? *Libyan J Med*, *3*(4), 200-203. doi: 10.4176/080825
- Leal-Hernández, D. A., Sandoval, L., Palacios-Espinosa, X., & J.R.T., C. (2014). Proposed Scales for Measuring Suicidal Ideation in Adult Cancer Patients. *Open Journal of Medical Psychology*, *3*(3), 79-86. doi: DOI: 10.4236/ojmp.2014.31010



- Lienard, A., Merckaert, I., Libert, Y., Bragard, I., Delvaux, N., Etienne, A. M., . . . Razavi, D. (2010). Is it possible to improve residents breaking bad news skills? A randomised study assessing the efficacy of a communication skills training program. *Br J Cancer*, *103*(2), 171-177. doi: 10.1038/sj.bjc.6605749
- Lu, D., Fall, K., Sparen, P., Ye, W., Adami, H. O., Valdimarsdottir, U., & Fang, F. (2013). Suicide and suicide attempt after a cancer diagnosis among young individuals. *Ann Oncol*, *24*(12), 3112-3117. doi: 10.1093/annonc/mdt415
- Lubinsky, M. S. (1994). Bearing bad news: Dealing with the mimics of denial. *J Genet Couns*, *3*(1), 5-12. doi: 10.1007/BF01414602
- Mehdi, I., & Al-Bahrani, B. J. (2013). Be a true listener, rather than a good conversationalist. *South Asian J Cancer*, *2*(4), 288-289. doi: 10.4103/2278-330X.119914
- Middleton, W., Moylan, A., Raphael, B., Burnett, P., & Martinek, N. (1993). An international perspective on bereavement related concepts. *Aust N Z J Psychiatry*, *27*(3), 457-463.
- Myers, K. A., & Eden, D. (2007). Death duties: workshop on what family physicians are expected to do when patients die. *Can Fam Physician*, *53*(6), 1035-1038.
- Mystakidou, K., Parpa, E., Tsilila, E., Katsouda, E., & Vlahos, L. (2004). Cancer information disclosure in different cultural contexts. *Support Care Cancer*, *12*(3), 147-154. doi: 10.1007/s00520-003-0552-7
- Naik, S. B. (2013). Death in the hospital: Breaking the bad news to the bereaved family. *Indian J Crit Care Med*, *17*(3), 178-181. doi: 10.4103/0972-5229.117067
- Narayanan, V., Bista, B., & Koshy, C. (2010). 'BREAKS' Protocol for Breaking Bad News. *Indian J Palliat Care*, *16*(2), 61-65. doi: 10.4103/0973-1075.68401
- Oliver, R. C., & Fallat, M. E. (1995). Traumatic childhood death: how well do parents cope? *J Trauma*, *39*(2), 303-307; discussion 307-308.
- Ptacek, J. T., & Eberhardt, T. L. (1996). Breaking bad news. A review of the literature. *JAMA*, *276*(6), 496-502.
- Rasic, D. T., Belik, S. L., Bolton, J. M., Chochinov, H. M., & Sareen, J. (2008). Cancer, mental disorders, suicidal ideation and attempts in a large community sample. *Psychooncology*, *17*(7), 660-667. doi: 10.1002/pon.1292
- Robson, A., Scrutton, F., Wilkinson, L., & MacLeod, F. (2010). The risk of suicide in cancer patients: a review of the literature. *Psychooncology*, *19*(12), 1250-1258. doi: 10.1002/pon.1717
- Rosenbaum, M. E., Ferguson, K. J., & Lobas, J. G. (2004). Teaching medical students and residents skills for delivering bad news: a review of strategies. *Acad Med*, *79*(2), 107-117.
- Shaw, J., Dunn, S., & Heinrich, P. (2012). Managing the delivery of bad news: an in-depth analysis of doctors' delivery style. *Patient Educ Couns*, *87*(2), 186-192. doi: 10.1016/j.pec.2011.08.005
- Shear, M. K., Ghesquiere, A., & Glickman, K. (2013). Bereavement and complicated grief. *Curr Psychiatry Rep*, *15*(11), 406. doi: 10.1007/s11920-013-0406-z
- Shield, R. R., Tong, I., Tomas, M., & Besdine, R. W. (2011). Teaching communication and compassionate care skills: an innovative curriculum for pre-clerkship medical students. *Med Teach*, *33*(8), e408-416. doi: 10.3109/0142159X.2011.586748
- Shoenberger, J. M., Yeghiazarian, S., Rios, C., & Henderson, S. O. (2013). Death notification in the emergency department: survivors and physicians. *West J Emerg Med*, *14*(2), 181-185. doi: 10.5811/westjem.2012.10.14193
- Simmenroth-Nayda, A., Alt-Epping, B., & Gagyor, I. (2011). Breaking bad news - an interdisciplinary curricular teaching-concept. *GMS Z Med Ausbild*, *28*(4), Doc52. doi: 10.3205/zma000764
- Stroebe, M., Stroebe, W., & Hansson, R. (Eds.). (1993). *Handbook of Bereavement Theory, Research, and Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Stroebe, W., & Schut, H. (Eds.). (2008). *Handbook of bereavement research and practice: consequences, coping and care*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Strote, J., Schroeder, E., Lemos, J., Paganelli, R., Solberg, J., & Range Hutson, H. (2011). Academic emergency physicians' experiences with patient death. *Acad Emerg Med*, *18*(3), 255-260. doi: 10.1111/j.1553-2712.2011.01004.x
- Sullivan, A. M., Warren, A. G., Lakoma, M. D., Liaw, K. R., Hwang, D., & Block, S. D. (2004). End-of-life care in the curriculum: a national study of medical education deans. *Acad Med*, *79*(8), 760-768.
- Svarovsky, T. (2013). Having Difficult Conversations: The Advanced Practitioner's Role. *Journal of the advanced practitioner in oncology*, *4*(1), 47-52.
- Tesser, A., Rosen, S., & Tesser, M. (1971). On the Reluctance to Communicate Undesirable Messages (the MUM Effect): A Field Study. *Psychological Reports*, *29*(2), 651-654. doi: DOI: 10.2466/pr0.1971.29.2.651
- Utz, R. L., Caserta, M., & Lund, D. (2012). Grief, depressive symptoms, and physical health among recently bereaved spouses. *Gerontologist*, *52*(4), 460-471. doi: 10.1093/geront/gnr110
- von Gunten, C. F., Ferris, F. D., & Emanuel, L. L. (2000). The patient-physician relationship. Ensuring competency in end-of-life care: communication and relational skills. *JAMA*, *284*(23), 3051-3057.
- von Lengerke, T., Kursch, A., Lange, K., & MHH, A. P.-L. (2011). The communication skills course for second year medical students at Hannover Medical School: An evaluation study based on students' self-assessments. *GMS Z Med Ausbild*, *28*(4), Doc54. doi: 10.3205/zma000766

Whippen, D. A., & Canellos, G. P. (1991). Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1,000 oncologists. *J Clin Oncol*, 9(10), 1916-1920.

### **Ευρετήριο όρων**

ανακοίνωση της δυσάρεστης είδησης (breaking bad news ή delivering bad news) 49  
γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία (cognitive behavioral treatment) 62  
δυσάρεστη είδηση (bad news) 49  
εκτίμηση της αντίληψης του ασθενή σχετικά με τη νόσο και τις προοπτικές (assessing the patient's perception) 49,52,53  
θλίψη (grief) 58  
θρήνος (mourning) 58  
πένθος (bereavement) 58  
πρωτόκολλα χειρισμού και ανακοίνωσης της δυσάρεστης είδησης (breaking bad news protocols) 49  
συμπονετική φροντίδα (compassionate care) 49

## Κεφάλαιο 4

### Προληπτική φροντίδα σε εφήβους και ενηλίκους

Α. Μίσσιου και Α. Τατσιώνη

#### Σύνοψη

Το παρόν κεφάλαιο θα καλύψει παρεμβάσεις πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης. Οι παρεμβάσεις αυτές αφορούν κατεξοχήν τον γενικό πληθυσμό, για τη φροντίδα του οποίου οφείλει να μεριμνά ο οικογενειακός γιατρός, και στοχεύουν σε νοσήματα που αποτελούν τις συχνότερες αιτίες θανάτου και ανικανότητας. Στις συχνότερες αυτές αιτίες περιλαμβάνονται καρδιαγγειακά νοσήματα, νεοπλάσματα, λοιμώδη νοσήματα και ψυχικές διαταραχές.

Οι προτεινόμενες προληπτικές παρεμβάσεις ταξινομούνται με κριτήριο την ηλικία, και κατ' επέκταση τις διαφορετικές ανάγκες πρόληψης της κάθε ηλικιακής ομάδας, στα κάτωθι υποκεφάλαια:

- παρεμβάσεις για ενηλίκους,
- παρεμβάσεις για εφήβους και νεαρούς ενηλίκους, και
- παρεμβάσεις για ηλικιωμένους ενηλίκους.

#### Προαπαιτούμενη γνώση

Πρόληψη, επίπεδα πρόληψης, αξιολόγηση διαγνωστικών δοκιμασιών, αξιολόγηση εργαλείων εκτίμησης κινδύνου.

## 4.1 Πρόληψη

Ως πρόληψη (prevention) ορίζεται η προσπάθεια που καταβάλλεται για να ληφθούν εκ των προτέρων μέτρα και να αποτραπούν κάποιες αρνητικές ή ανεπιθύμητες καταστάσεις, ενέργειες ή συνέπειες. Στην Ιατρική, η προσπάθεια αυτή αφορά το δίπολο ασθενής-νόσος και, συγκεκριμένα, όλες τις παρεμβάσεις που στοχεύουν αφενός στην πρόληψη εμφάνισης της νόσου (πρωτογενής πρόληψη) και αφετέρου στην ανίχνευση προσυμπτωματικών ασθενών, δηλαδή ασθενών που φέρουν τη νόσο, αλλά δεν εμφανίζουν συμπτώματα (δευτερογενής πρόληψη).

### 4.1.1 Κατηγορίες προληπτικών παρεμβάσεων

Οι προληπτικές παρεμβάσεις μπορεί να ανήκουν σε μία από τις τέσσερις παρακάτω κατηγορίες:

#### 4.1.1.1 Εμβολιασμοί

Σε κάθε χώρα υπάρχει εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών για παιδιά, εφήβους και ενηλίκους, το οποίο στηρίζεται στα επιδημιολογικά δεδομένα του πληθυσμού της· σχεδιάζεται, δηλαδή, με βάση την επίπτωση και τη βαρύτητα της νόσου που προκαλεί στον συγκεκριμένο πληθυσμό ο κάθε λοιμογόνος παράγοντας για τον οποίο υπάρχει εμβολιαστική κάλυψη. Σύμφωνα με το εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών για την Ελλάδα — όπως ανακοινώθηκε τον Ιανουάριο του 2015—, οι εμβολιασμοί που συνιστώνται για εφήβους και ενηλίκους δίνονται αναλυτικά στον Πίνακα 4.1 (Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών, 2015).

Εμβόλιο	Ακρωνύμιο	Ηλικία	Δοσολογικό σχήμα
Διφθερίτιδας, τετάνου, ακυτταρικό κοκκύτη (Tdap ≥ 7 ετών) και πολιομυελίτιδας αδρανοποιημένο (IPV)	<b>Tdap-IPV</b>	11-12 ετών	1 δόση
Τετάνου, διφθερίτιδας, ακυτταρικό κοκκύτη	<b>Td, Tdap</b>	άνω των 19 ετών	Αντικατάσταση μιας δόσης Td με Tdap και, στη συνέχεια, 1 δόση Td ανά 10ετία.
Ιού ανθρώπινων θηλωμάτων	<b>HPV</b>	11-26 ετών	3 δόσεις
Ιλαράς, παρωτίτιδας, ερυθράς	<b>MMR</b>	19-55 ετών	1 ή 2 δόσεις
Ανεμευλογιάς	<b>VAR</b>	άνω των 19 ετών	2 δόσεις
Γρίπης	<b>IV3</b>	άνω των 60 ετών	1 δόση κάθε χρόνο
Έρπητα ζωστήρα	-	άνω των 60 ετών	1 δόση
Πνευμονιόκοκκου συζευγμένο / πνευμονιόκοκκου πολυσακχαριδικό	<b>PCV13/PPSV23</b>	άνω των 65 ετών	1 δόση

Πίνακας 4.1 Εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών για εφήβους και ενηλίκους.

Επιπλέον, σύμφωνα με το εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών για την Ελλάδα, συνιστώνται επιπρόσθετοι εμβολιασμοί για ομάδες πληθυσμού αυξημένου κινδύνου, στις οποίες περιλαμβάνονται (Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών, 2015):

- Συγκεκριμένες ομάδες επαγγελματιών: επαγγελματίες υγείας, προσωπικό ιδρυμάτων.
- Άτομα με συγκεκριμένο τρόπο ζωής: σεξουαλικές συνήθειες, χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών.
- Άτομα που ζουν κάτω από συγκεκριμένες περιβαλλοντικές συνθήκες: ένοικοι ιδρυμάτων.
- Ταξιδιώτες: ανάλογα με τον τόπο προορισμού.
- Αλλοδαποί, μετανάστες (εμβολιασμοί ανάλογα με τη χώρα προέλευσης).
- Άτομα με συγκεκριμένα προβλήματα υγείας με βάση το ατομικό τους ιατρικό ιστορικό.

Το πλήρες εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών για την Ελλάδα, υπάρχει στον ιστότοπο του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ) του Υπουργείου Υγείας. Εκεί μπορεί να αναζητήσει κάποιος τους εμβολιασμούς που συνιστώνται για τις ομάδες υψηλού κινδύνου, καθώς και το πλήρες πρόγραμμα εμβολιασμών για τα παιδιά: <http://www.keelpno.gr>

#### 4.1.1.2 Φαρμακευτικές παρεμβάσεις

Υπάρχουν ελάχιστα φάρμακα που τεκμηριωμένα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για πρωτογενή ή δευτερογενή πρόληψη. Η ασπιρίνη προτείνεται για πρωτογενή πρόληψη καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Συγκεκριμένα, προτείνεται για την πρόληψη οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου στους άνδρες 45 έως 79 ετών και αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου στις γυναίκες 55 έως 79 ετών (U. S. Preventive Services Task Force, 2009a). Επιπλέον, έχει προταθεί η χρήση ταμοξιφαίνης ή ραλοξιφαίνης με στόχο την πρόληψη καρκίνου του μαστού σε γυναίκες υψηλού κινδύνου (Nelson, Smith, Griffin, & Fu, 2013).

#### 4.1.1.3 Προσυμπτωματικός έλεγχος (screening)

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος μπορεί να γίνει με απλές ερωτήσεις κατά τη λήψη του ιστορικού, με ένα σταθμισμένο ερωτηματολόγιο ως εργαλείο διαλογής, με απλές μετρήσεις κατά την κλινική εξέταση ή με πιο πολύπλοκες εργαστηριακές, απεικονιστικές ή ενδοσκοπικές εξετάσεις. Ορισμένα παραδείγματα προσυμπτωματικού ελέγχου δίνονται στον Πίνακα 4.2.

Προσυμπτωματικός έλεγχος – Παραδείγματα	
Ερωτήσεις Σταθμισμένα ερωτηματολόγια	«Είστε καπνιστής;» AUDIT PHQ-9
Απλές μετρήσεις Εργαστηριακές, απεικονιστικές, ενδοσκοπικές εξετάσεις	Αρτηριακή πίεση Περιφέρεια μέσης Επίπεδα λιπιδίων Μαστογραφία Κολonosκόπηση

**Πίνακας 4.2** Παραδείγματα προσυμπτωματικού ελέγχου.

Για να χρησιμοποιηθεί μια δοκιμασία ως προσυμπτωματικός έλεγχος, δεν αρκεί μόνο να έχει εκτιμηθεί η ευαισθησία και η ειδικότητά της, αλλά είναι σημαντικό να υπάρχουν στη βιβλιογραφία μελέτες ικανές να απαντήσουν σε μια σειρά από ερωτήματα για τη χρήση της ως προσυμπτωματικού ελέγχου στον γενικό πληθυσμό. Αν και στην πράξη δεν υπάρχουν πάντα τεκμήρια για να απαντηθούν όλα τα ερωτήματα, ιδανικά, πριν από την υιοθέτηση μιας δοκιμασίας ως προσυμπτωματικού ελέγχου, είναι χρήσιμο να συλλεχθούν και να αξιολογηθούν όλες οι μελέτες που προσπάθησαν να αποτιμήσουν τη χρήση της δοκιμασίας στη διάγνωση, στη θεραπεία, στην αλλαγή της έκβασης των ασθενών, αλλά και στη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας, όπως φαίνονται στον Πίνακα 4.3 (Fryback & Thornbury, 1991).

<b>Ερωτήματα</b> Σε τι ποσοστό θα αλλάξει η αρχική υποκειμενική εκτίμηση για τη διαγνωστική πιθανότητα μετά τη δοκιμασία;	Εξαρτάται από τον επιπολασμό της νόσου στον πληθυσμό και από τον λόγο πιθανοφάνειας της διαγνωστικής δοκιμασίας,
--	--

Σε τι ποσοστό θα αλλάξει η θεραπευτική επιλογή μετά τη δοκιμασία;	Προϋποθέτει την ύπαρξη αποδεκτών μεθόδων θεραπείας λογικού κόστους.
Σε τι ποσοστό θα βελτιωθεί η έκβαση, αν ο ασθενής υποβληθεί στη δοκιμασία, σε σύγκριση με την έκβαση, αν δεν υποβληθεί;	Προϋποθέτει ότι η νόσος διαδράμει μια ασυμπτωματική περίοδο τέτοιας διάρκειας, ώστε να επαρκεί ο χρόνος για να μειώσει η θεραπεία σημαντικά τη νοσηρότητα ή/και τη θνητότητα.
Ποια η σχέση κόστους–αποτελεσματικότητας της συγκεκριμένης δοκιμασίας;	Εκτός από το οικονομικό κόστος που είναι επιθυμητό να κυμαίνεται σε λογικό εύρος, επιβάλλεται να είναι περιορισμένες και οι ανεπιθύμητες επιδράσεις της παρέμβασης.

**Πίνακας 4.3** Τι χρειάζεται να αξιολογηθεί σε μια δοκιμασία, πριν χρησιμοποιηθεί για προσυμπτωματικό έλεγχο.

#### 4.1.1.4 Εκπαιδευτικές παρεμβάσεις

Η εκπαίδευση ως προληπτική παρέμβαση στοχεύει στην αλλαγή των συνηθειών και του τρόπου ζωής του ασθενή. Βασική προϋπόθεση για την εφαρμογή και την επιτυχία μιας εκπαιδευτικής προληπτικής παρέμβασης είναι να επιθυμεί ο ίδιος ο ασθενής να αλλάξει συνήθειες και τρόπο ζωής.

Σύμφωνα με τη θεωρία συμπεριφοράς του Bandura (1986), γνωστή επίσης ως «κοινωνική μάθηση», η μάθηση πραγματοποιείται από την παρατήρηση και τη μίμηση της συμπεριφοράς ενός προτύπου. Η μίμηση της συμπεριφοράς ενός προτύπου συνήθως γίνεται ασυνείδητα. Κατά συνέπεια, διαδραστικές εκπαιδευτικές παρεμβάσεις προωθούν την ασυνείδητη μίμηση και αυξάνουν την αποτελεσματικότητα.

Ωστόσο, οι εκπαιδευτικές προληπτικές παρεμβάσεις απαιτούν χρόνο και, συχνά, συνοδεύονται από υποτροπή του ασθενή στην αρχική του συνήθεια κατά τη διάρκεια της παρέμβασης, ενώ αρκετές φορές το θετικό αποτέλεσμα χάνεται μετά τη διακοπή της εκπαιδευτικής παρέμβασης (Dansinger, Tatsioni, Wong, Chung, & Balk, 2007).

Έχουν προταθεί διάφορα μοντέλα για τις παρεμβάσεις που στοχεύουν στην αλλαγή των συνηθειών και του τρόπου ζωής, όπως το «Ετοιμότητα προς αλλαγή» για τη διακοπή της κατάχρησης αλκοόλ (Πίνακας 4.4) (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992) ή το μοντέλο «5Α» για τη διακοπή του καπνίσματος (Πίνακας 4.9) (Lawson, Flocke, & Casucci, 2009).

Ετοιμότητα προς αλλαγή	
Ασθενής	Γιατρός
Πριν από τη συνειδητοποίηση Συνειδητοποίηση	Πληροφόρηση Δέσμευση
Προετοιμασία για δράση Συντήρηση Υποτροπή	Προτάσεις, στρατηγικές Υποστήριξη Αίτια, επανάληψη προσπάθειας

**Πίνακας 4.4** Μοντέλο δράσης: Ετοιμότητα προς αλλαγή.

## 4.2 Κατευθυντήριες οδηγίες πρόληψης στην πρωτοβάθμια φροντίδα

Μπορεί να αναζητήσει κανείς κατευθυντήριες οδηγίες, οι οποίες να αφορούν την πρωτογενή ή δευτερογενή πρόληψη, σε διάφορους επιστημονικούς οργανισμούς. Οι οργανισμοί αυτοί ακολουθούν συγκεκριμένα βήματα, τα οποία παρουσιάζουν με διαφάνεια, και είναι υπεύθυνοι αφενός για τη ανάπτυξη και αφετέρου για τη διάχυση των κατευθυντήριων οδηγιών. Ένας τέτοιος οργανισμός είναι η Ομάδα Δράσης για Προληπτικές Υπηρεσίες των Ηνωμένων Πολιτειών (US Preventive Services Task Force, <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org>). Ο οργανισμός US Preventive Services Task Force (USPSTF) ακολουθεί πέντε βήματα για την ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών για πρωτογενή ή δευτερογενή πρόληψη που αφορούν την πρωτοβάθμια φροντίδα (Πίνακας 4.5). Στον ηλεκτρονικό ιστότοπο του οργανισμού μπορεί κανείς να βρει δωρεάν το ηλεκτρονικό βιβλίο που περιγράφει αναλυτικά τις συστάσεις για όσες προληπτικές παρεμβάσεις αξιολογήθηκαν (The Guide to Clinical Preventive Services, Recommendations of the U.S.

Preventive Services Task Force). Οι συστάσεις αυτές αναφέρονται στον γενικό πληθυσμό αλλά και σε συγκεκριμένες ομάδες του γενικού πληθυσμού, όπως οι έγκυοι και τα παιδιά. Οι συστάσεις χωρίζονται σε πέντε κατηγορίες ανάλογα με την ισχύ που τους αποδίδεται (Πίνακας 4.6). Στις δύο πρώτες κατηγορίες (Α και Β) ανήκουν προληπτικές παρεμβάσεις που προτείνεται να εφαρμόζονται στον γενικό πληθυσμό στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Αυτές είναι και οι παρεμβάσεις οι οποίες θα συζητηθούν στα κλινικά σενάρια που ακολουθούν.

<b>ΒΗΜΑ 1<sup>ο</sup></b>	Σαφής διατύπωση των κλινικών ερωτημάτων που σχετίζονται με την προληπτική παρέμβαση.
<b>ΒΗΜΑ 2<sup>ο</sup></b> <b>ΒΗΜΑ 3<sup>ο</sup></b>	Συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Εκτίμηση της ποιότητας της βιβλιογραφίας που αφορά καθένα από τα κλινικά ερωτήματα.
<b>ΒΗΜΑ 4<sup>ο</sup></b> <b>ΒΗΜΑ 5<sup>ο</sup></b>	Καταγραφή της ωφέλειας και των βλαπτικών συνεπειών από την παρέμβαση. Υπολογισμός της καθαρής ωφέλειας από την προληπτική παρέμβαση.

**Πίνακας 4.5 Βήματα για την ανάπτυξη των κατευθυντήριων οδηγιών.**

<b>Κατηγορία</b>	<b>Ερμηνεία</b>	<b>Συστάσεις</b>
A	Μεγάλη βεβαιότητα για ουσιαστική ωφέλεια	Να παρέχεται στον πληθυσμό
B	Μεγάλη βεβαιότητα για μέτρια ωφέλεια / Μέτρια βεβαιότητα για ουσιαστική ωφέλεια	Να παρέχεται στον πληθυσμό
C	Μέτρια βεβαιότητα για μικρή ωφέλεια	Να παρέχεται εξατομικευμένα
D	Μεγάλη ή μέτρια βεβαιότητα για μηδενική ωφέλεια ή/και βλάβη	Να μην παρέχεται στον πληθυσμό
I	Έλλειψη επαρκών ενδείξεων/τεκμηρίων	Ο πληθυσμός να ενημερώνεται για τα πιθανά οφέλη και τις βλάβες

**Πίνακας 4.6 Κατηγορίες συστάσεων.**

#### 4.2.1 Προληπτικές παρεμβάσεις για ενήλικους

**Κλινικό σενάριο 1:** Ο κύριος Μανώλης είναι 57 ετών. Ζητάει από τον οικογενειακό του γιατρό να κάνει προληπτικά έναν γενικό έλεγχο. Υποστηρίζει ότι μόνο έτσι διασφαλίζει την υγεία του. Ο κύριος Μανώλης δεν έχει κάποιο γνωστό χρόνιο πρόβλημα υγείας. Αναφέρει ότι πίνει λίγο κρασί με το φαγητό καθημερινά και καπνίζει μισό πακέτο τσιγάρα την ημέρα.

Μια μετα-ανάλυση τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών, που δημοσιεύθηκε το 2012, προσπάθησε να απαντήσει στο ερώτημα αν ο γενικός έλεγχος υγείας συμβάλλει στη μείωση της νοσηρότητας και της θνητότητας. Στις δοκιμασίες που αξιολογήθηκαν στις κλινικές δοκιμές, στο πλαίσιο του γενικού ελέγχου, περιλαμβάνονταν η λήψη ιστορικού, η κλινική εξέταση και μια σειρά από διαγνωστικές εξετάσεις, όπως:

- μέτρηση αρτηριακής πίεσης,
- μέτρηση σακχάρου,
- επίπεδα λιπιδίων,
- δείκτης μάζας σώματος,
- εκτίμηση κινδύνου (risk assessment),
- βιοχημικός έλεγχος,
- σπιρομέτρηση,
- γενική ούρων,
- εκτίμηση όρασης,
- εκτίμηση ακοής,
- ακτινογραφία θώρακα,
- μαστογραφία,
- απεικονιστικός έλεγχος πυέλου,
- σιγμοειδοσκόπηση,

- δοκιμασία ανίχνευσης αίματος στα κόπρανα,
- τεστ Παπανικολάου.

Η μετα-ανάλυση κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ο γενικός έλεγχος υγείας δεν μειώνει τη νοσηρότητα ή τη θνητότητα, ούτε τη συνολική ούτε αυτή που οφείλεται σε καρδιαγγειακά αίτια ή καρκίνο· αυξάνει, όμως, τις νέες διαγνώσεις. Δυστυχώς, τα δεδομένα των τυχαιοποιημένων μελετών ήταν ελλιπή ως προς τις πιθανές επιβλαβείς συνέπειες που μπορεί να έχει ο γενικός έλεγχος υγείας (Krogsboll, Jorgensen, Gronhoj Larsen, & Gotzsche, 2012). Ο γενικός έλεγχος υγείας δεν έχει τεκμηριωθεί ως μέσο πρόληψης· υπάρχουν, ωστόσο, παρεμβάσεις για ενήλικους που είναι αποτελεσματικές στην πρόληψη συγκεκριμένων νοσημάτων. Όσον αφορά τον ασθενή στο παραπάνω παράδειγμα, αφού ο οικογενειακός γιατρός λάβει υπόψη το φύλο, την ηλικία και τους παράγοντες κινδύνου για συχνά νοσήματα, θα μπορούσε να προτείνει τις ακόλουθες προληπτικές παρεμβάσεις. Οι παρεμβάσεις αυτές έχουν τεκμηριωμένα μεγάλο ή μέτριο όφελος όταν παρέχονται στον γενικό πληθυσμό.

#### 4.2.1.1 Εκτίμηση καρδιαγγειακού κινδύνου

Η εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου (cardiovascular risk assessment) αποτελεί βασική προϋπόθεση για την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Για τον ελληνικό πληθυσμό, προτείνεται η χρήση των πινάκων καρδιαγγειακού κινδύνου SCORE:

<http://www.heartscore.org/greece/Pages/Welcome.aspx>

Οι επιμέρους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου που πρέπει να εκτιμώνται από τον οικογενειακό γιατρό στο πλαίσιο πρωτογενούς ή δευτερογενούς πρόληψης είναι οι εξής:

- ηλικία,
- φύλο,
- ατομικό ιστορικό στεφανιαίας νόσου ή αθηροσκλήρωσης,
- οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου,
- κάπνισμα,
- αρτηριακή υπέρταση,
- επίπεδα λιπιδίων,
- σακχαρώδη διαβήτη και
- παχυσαρκία (δείκτης μάζας σώματος άνω των 30 kg/m<sup>2</sup>).

#### 4.2.1.2. Διακοπή καπνίσματος

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος για το κάπνισμα γίνεται με την απλή ερώτηση «Καπνίζετε;». Αν ο ασθενής απαντήσει θετικά, σύντομες προτρεπτικές παρεμβάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος, οι οποίες μπορεί να επαναλαμβάνονται σε κάθε συνάντηση του οικογενειακού γιατρού με τον ασθενή, ενδέχεται να οδηγήσουν τον ασθενή στην αναζήτηση βοήθειας σε ένα ιατρείο διακοπής καπνίσματος (U. S. Preventive Services Task Force, 2009b). Στον Πίνακα 4.7 αποτυπώνεται το πλαίσιο προσέγγισης κατά τις σύντομες παρεμβάσεις, με σκοπό τη διερεύνηση της ετοιμότητας του ασθενή και την προτροπή να προσπαθήσει να διακόψει το κάπνισμα. Το πλαίσιο αυτό είναι γνωστό ως «5A» (Lawson et al., 2009).

#### Στρατηγική για τη συμβουλευτική διακοπής καπνίσματος: «5A framework»

Ask about tobacco use	Ρωτήστε τον ασθενή αν καπνίζει
Advise to quit through clear personalized messages	Συμβουλευστε τη διακοπή του καπνίσματος μέσω ξεκάθαρων εξατομικευμένων μηνυμάτων



Assess willingness to quit	Εκτιμήστε την επιθυμία του ασθενή να διακόψει το κάπνισμα
Assist to quit	Βοηθήστε στη διακοπή
Arrange follow-up and support	Κανονίστε για επανέλεγχο και υποστήριξη

**Πίνακας 4.7** Πλαίσιο σύντομης παρέμβασης για τη διερεύνηση της ετοιμότητας του ασθενή και την προτροπή να προσπαθήσει να διακόψει το κάπνισμα.

Η συμβουλευτική παρέμβαση διακοπής του καπνίσματος αποτελεί το τρίτο βήμα, μετά τον προσυμπτωματικό έλεγχο και τη σύντομη παρέμβαση, και προϋποθέτει δομή εξειδικευμένης φροντίδας, όπως το ιατρείο διακοπής καπνίσματος. Οι μεγαλύτερης διάρκειας και περισσότερες στον αριθμό συνεδρίες είναι πιο αποτελεσματικές. Όμως, ακόμη και σύντομες συμβουλευτικές παρεμβάσεις που γίνονται μόνο μία φορά βοηθούν. Επίσης, φαίνεται πως ακόμη και η συμβουλευτική μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας (quit lines) βελτιώνει τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος.

Αν, ωστόσο, η συμβουλευτική παρέμβαση διακοπής του καπνίσματος αποτύχει ή δεν επαρκεί, μπορεί να γίνει φαρμακευτική παρέμβαση. Η φαρμακευτική θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει είτε υποκατάσταση νικοτίνης είτε βραδείας αποδέσμευσης βουπροπιόνη (εκλεκτικός αναστολέας της επαναπρόσληψης νοραδρεναλίνης και ντοπαμίνης) ή βαρενικλίνη (μερικός αγωνιστής των  $\alpha 4\beta 2$  νικοτινικών υποδοχέων της ακετυλχολίνης), που μειώνουν την επιθυμία και τα συμπτώματα στέρησης από τη νικοτίνη.

Αξίζει να σημειωθεί πως η θεραπευτική παρέμβαση που συνδυάζει συμβουλευτικό και φαρμακευτικό σκέλος είναι πιο αποτελεσματική από μια παρέμβαση που είναι μόνο συμβουλευτική ή μόνο φαρμακευτική (U. S. Preventive Services Task Force, 2009b).

#### 4.2.1.3 Προσυμπτωματικός έλεγχος για υπέρταση

Ως αρτηριακή υπέρταση ορίζεται η συστολική αρτηριακή πίεση με τιμή μεγαλύτερη από 140 mm Hg ή η διαστολική αρτηριακή πίεση με τιμή μεγαλύτερη από 90 mm Hg, με τουλάχιστον δύο παθολογικές μετρήσεις, σε τουλάχιστον δύο επισκέψεις, σε διάστημα μεγαλύτερο της μίας εβδομάδας (U. S. Preventive Services Task Force, 2007). Προτού τεθεί η διάγνωση, προς αποκλεισμό του συχνού φαινομένου της υπέρτασης της λευκής μπλούζας, ο οικογενειακός γιατρός τοποθετεί στον ασθενή μηχανήμα 24ωρης καταγραφής της αρτηριακής πίεσης για μία ημέρα ή —όταν αυτό δεν είναι εφικτό— ζητά από τον ασθενή να καταγράψει τιμές αρτηριακής πίεσης για επτά ημέρες στο σπίτι. Σ' αυτήν την περίπτωση, ο γιατρός παρατηρεί τις τιμές που έχουν καταγραφεί από τον ασθενή τις προηγούμενες ημέρες χωρίς να λάβει υπόψη του την τιμή της πρώτης από τις επτά ημέρες καταγραφής. Όταν υπάρχει διαφορά ανάμεσα στις τιμές που καταγράφονται σε μετρήσεις στο ιατρείο και σ' αυτές που καταγράφονται στο σπίτι, σύμφωνα με πρόσφατη μετα-ανάλυση, θεωρούνται πιο αξιόπιστες οι τιμές αρτηριακής πίεσης που έχουν καταγραφεί από τον ασθενή στο σπίτι (Franklin et al., 2012).

Σε νορμοτασικούς ασθενείς (τιμές αρτηριακής πίεσης μικρότερες από 120/80 mm Hg), ο έλεγχος επαναλαμβάνεται κάθε δύο έτη. Αν ανευρίσκονται τιμές αρτηριακής πίεσης στα ανώτερα φυσιολογικά όρια (συστολική αρτηριακή πίεση 120-139 mm Hg ή διαστολική αρτηριακή πίεση 80-90 mm Hg), ο έλεγχος επαναλαμβάνεται κάθε χρόνο. Αν ο ασθενής είναι υπερτασικός χρήζει παρέμβασης. Ιδανικός θεωρείται ο συνδυασμός φαρμακευτικής και συμβουλευτικής παρέμβασης. Η συμβουλευτική παρέμβαση περιλαμβάνει διατροφικές συμβουλές, όπως μείωση της κατανάλωσης αλατιού, απώλεια βάρους, μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ (ιδιαίτερα σε ασθενείς που καταναλώνουν περισσότερα από 20 ποτά την εβδομάδα), αλλά και προτάσεις για αύξηση της σωματικής άσκησης και για διαχείριση του άγχους (Lin et al., 2014· U. S. Preventive Services Task Force, 2007). Αναλυτικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση της υπέρτασης στην Ελλάδα, σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας, μπορεί να αναζητήσει κανείς στην ιστοσελίδα της Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης (<http://www.greekphcguidelines.gr>).

#### 4.2.1.4 Προσυμπτωματικός έλεγχος για δυσλιπιδαιμία

Συνιστάται ο έλεγχος των επιπέδων των λιπιδίων σε κάθε άνδρα άνω των 35 ετών, καθώς και σε γυναίκες άνω των 45 ετών και νέους ενηλίκους άνω των 20 ετών, όταν εμφανίζουν αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο. Αν ανευρεθεί παθολογική η πρώτη μέτρηση, επαναλαμβάνεται και χρησιμοποιείται ο μέσος όρος των δύο μετρήσεων για την εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου του ασθενή.

Αν τα επίπεδα των λιπιδίων του ασθενή είναι φυσιολογικά, προτείνεται επανέλεγχος ανά πέντε έτη. Το χρονικό αυτό διάστημα μπορεί να είναι μεγαλύτερο όταν ο καρδιαγγειακός κίνδυνος είναι χαμηλός. Αντίθετα, συνιστάται να γίνεται σε μικρότερα διαστήματα, όταν τα επίπεδα των λιπιδίων είναι οριακά αυξημένα, και ενδεχομένως να απαιτηθεί θεραπευτική παρέμβαση νωρίτερα από την πενταετία, όταν ο καρδιαγγειακός κίνδυνος είναι αυξημένος (Stone et al., 2014).

Αν απαιτηθεί θεραπευτική παρέμβαση για τη ρύθμιση των παθολογικών επιπέδων των λιπιδίων, η φαρμακευτική υπερτερεί σε αποτελεσματικότητα από την υγειονομική. Ωστόσο, ο οικογενειακός γιατρός οφείλει, σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική αγωγή, να ωθεί μέσω της συμβουλευτικής τον ασθενή του να ακολουθεί μια ισορροπημένη διατροφή, να αποφεύγει το κάπνισμα και το αλκοόλ, και να αυξήσει τη σωματική του δραστηριότητα (Lin et al., 2014· Stone et al., 2014). Αναλυτικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση της δυσλιπιδαιμίας στην Ελλάδα, σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας, μπορεί κανείς να αναζητήσει στην ιστοσελίδα της Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης (<http://www.greekphcguidelines.gr>).

#### 4.2.1.5 Προσυμπτωματικός έλεγχος για σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2

Συνιστάται ο προσυμπτωματικός έλεγχος για σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 σε ασυμπτωματικούς ενηλίκους, χωρίς ενδείξεις για ύπαρξη επιπλοκών από τη νόσο, όταν παρατηρείται εμμένουσα τιμή αρτηριακής πίεσης μεγαλύτερη από 135/80 mm Hg, υπό ή χωρίς αντιυπερτασική αγωγή.

Το επίπεδο της αρτηριακής πίεσης αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για την εμφάνιση καρδιαγγειακών επιπλοκών σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Ακόμη, η καλή ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης στους συγκεκριμένους ασθενείς μειώνει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Έχει δείχθει, μάλιστα, πως η καλή ρύθμιση των επιπέδων του σακχάρου σε προσυμπτωματικό στάδιο (ασθενείς δίχως συμπτώματα πολουρίας, πολυδιψίας, πολυφαγίας και χωρίς ήδη εγκατεστημένες επιπλοκές) καθυστερεί την εμφάνιση μικροαγγειακών επιπλοκών σε ασθενείς με τιμές αρτηριακής πίεσης μεγαλύτερες από 135/80 mm Hg. Ωστόσο, δεν υπάρχουν ενδείξεις για καθυστέρηση της εμφάνισης τόσο των μικροαγγειακών όσο και των μακροαγγειακών επιπλοκών σε καλά ρυθμισμένους προσυμπτωματικούς διαβητικούς ασθενείς με τιμές αρτηριακής πίεσης μικρότερες από 135/80 mm Hg.

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος για σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 στην Ελλάδα μπορεί να γίνει:

- με μέτρηση της τιμής γλυκόζης νήστεως (τιμές γλυκόζης μεγαλύτερες από 126 mg/dl, επιβεβαίωση με επανάληψη της μέτρησης σε ξεχωριστή ημέρα) και
- με μέτρηση τιμής γλυκόζης δύο ώρες μετά από φόρτιση (τιμές γλυκόζης μεγαλύτερες από 140 mg/dl).
- Αν τα επίπεδα γλυκόζης είναι φυσιολογικά, προτείνεται επανέλεγχος κάθε τρία έτη.

Μια ιδιαίτερη κατηγορία ασθενών που, επίσης, χρήζουν προσυμπτωματικού ελέγχου για σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, ανεξάρτητα από την τιμή της αρτηριακής τους πίεσης, είναι οι ασθενείς στους οποίους η πιθανή διάγνωση σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 αλλάζει το επίπεδο καρδιαγγειακού κινδύνου ή/και συνεπάγεται τροποποίηση στη διαχείριση άλλων παραγόντων κινδύνου (π.χ., επίπεδα λιπιδίων, λήψη ασπιρίνης κ.λπ.) (Norris, Kansagara, Bougatsos, Fu, & Force, 2008 U. S. Preventive Services Task Force, 2008).

#### 4.2.1.6 Προσυμπτωματικός έλεγχος για την παχυσαρκία

Για τον προσυμπτωματικό έλεγχο της παχυσαρκίας, ο οικογενειακός γιατρός μπορεί να μετρήσει την περιφέρεια της μέσης του ασθενή ή να υπολογίσει τον δείκτη μάζας σώματος. Οι φυσιολογικές τιμές, καθώς

και οι τιμές βάσει των οποίων κατατάσσονται οι ασθενείς σε υπέρβαρους και παχύσαρκους ανάλογα με το φύλο περιγράφονται στον Πίνακα 4.8.

Περιφέρεια μέσης		Δείκτης μάζας σώματος
<b>Γυναίκες</b> υπέρβαρες: μεγαλύτερη από 80 cm	<b>Άνδρες</b> υπέρβαροι: μεγαλύτερη από 94 cm	<b>Γυναίκες και άνδρες</b> υπέρβαροι: 25 έως 29
παχύσαρκες: μεγαλύτερη από 88 cm	παχύσαρκοι: μεγαλύτερη από 102 cm	παχύσαρκοι: 30 ή περισσότερο

**Πίνακας 4.8** Περιφέρεια μέσης και δείκτης μάζας σώματος σε άνδρες και γυναίκες.

Η απώλεια σωματικού βάρους δεν ωφελεί μόνο τους παχύσαρκους ασθενείς· είναι, επίσης, ευεργετική για τους διαβητικούς, καθώς βελτιώνει την ανοχή στη γλυκόζη, για τους υπέρτασους, καθώς συμβάλλει στη μείωση της τιμής της αρτηριακής πίεσης, για τους δυσλιπιδαιμικούς, καθώς βελτιώνει τα επίπεδα των λιπιδίων, αλλά και για όλους εκείνους τους ασθενείς που βρίσκονται σε προστάδιο των προαναφερόμενων νοσημάτων, διότι επιβραδύνει την εξέλιξή τους και συμβάλλει στην καλύτερη ρύθμιση των παραμέτρων τους.

Ένα πρόγραμμα απώλειας βάρους περιλαμβάνει:

- μείωση της πρόσληψης θερμίδων,
- τροποποίηση της συμπεριφοράς ως προς τη λήψη τροφής,
- αερόβια άσκηση και
- ασκήσεις ενδυνάμωσης σε τακτική εβδομαδιαία βάση.

Ωστόσο, πρόκειται για μια επίπονη προσπάθεια, διότι συχνά συνοδεύεται από ψυχολογική πίεση. Ο ασθενής που προσπαθεί να χάσει βάρος προσπαθεί πρακτικά να αλλάξει τον τρόπο ζωής του, κάτι που ισοδυναμεί με απώλεια. Γι' αυτόν τον λόγο, απαιτείται παράλληλα κοινωνική στήριξη και αντιμετώπιση πιθανής συνοδής κατάθλιψης (Florez, Dubowitz, Ghosh-Dastidar, Beckman, & Collins, 2015· Moyer & Force, 2012b· Nigatu, Reijneveld, Penninx, Schoevers, & Bultmann, 2015).

Προτείνεται ολιστική προσέγγιση μέσα από δομημένα προγράμματα και με τη συμμετοχή ομάδας ειδικών, όπου δίνεται έμφαση στην τροποποίηση της συμπεριφοράς. Απαιτούνται αρκετές συνεδρίες, ατομικές ή ομαδικές, και στις αρχικές συνεδρίες καθορίζεται από κοινού με τον ασθενή ο στόχος απώλειας βάρους, ο οποίος θα πρέπει να είναι εφικτός. Κλινικά ικανοποιητικός στόχος θεωρείται η απώλεια του 5% του αρχικού σωματικού βάρους κατά τη διάρκεια ενός έτους. Η προσπάθεια για την επίτευξη του καθορισμένου στόχου περιλαμβάνει αφενός βελτίωση της διατροφής με την ένταξη υγιεινότερων τροφών και τη μείωση της ποσότητας της προσλαμβανόμενης τροφής, και αφετέρου συνεδρίες φυσικής άσκησης. Επιπλέον, γίνεται προσπάθεια να αντιμετωπιστούν οι φραγμοί που συναντά ο ασθενής, και προωθείται η ενεργός συμμετοχή του στο εγχείρημα. Ο οικογενειακός γιατρός επικοινωνεί με την ομάδα των ειδικών και ενημερώνεται για τον ασθενή, ενώ τον υποστηρίζει σε κάθε βήμα, ακόμη και σε περίπτωση υποτροπής.

Αποτελεσματικότερα θεωρούνται τα προγράμματα απώλειας βάρους που περιλαμβάνουν πολλαπλές συνεδρίες (12-26 συνεδρίες κατ' έτος), καθώς και τα προγράμματα ολοκληρωμένης διαχείρισης (multi-component behavioral interventions, community-based programs) (Moyer, 2012).

#### 4.2.1.7 Λήψη ασπιρίνης

Η λήψη ασπιρίνης στο πλαίσιο πρωτογενούς πρόληψης ελαττώνει την πιθανότητα εμφάνισης εμφράγματος στους άντρες και την πιθανότητα εμφάνισης ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου στις γυναίκες. Η λήψη ασπιρίνης προτείνεται σε ασθενείς με μέτριο ή υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο, με την προϋπόθεση ότι η πιθανότητα αιμορραγίας από το πεπτικό ή εγκεφαλικής αιμορραγίας ως ενδεχόμενης παρενέργειας από την ασπιρίνη δεν είναι μεγαλύτερη από την πιθανότητα πρόληψης ενός καρδιαγγειακού συμβάντος. Η τελική

απόφαση λαμβάνεται από κοινού από τον γιατρό και τον ασθενή. Ο γιατρός οφείλει να υπολογίσει και να εξηγήσει στον ασθενή τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Οφείλει, επίσης, να υπολογίσει και να εξηγήσει στον ασθενή τον κίνδυνο να υποστεί αιμορραγία πεπτικού ή εγκεφαλική αιμορραγία από τη χρήση της ασπιρίνης. Ο κίνδυνος εμφάνισης εμφράγματος στους άνδρες υπολογίζεται με βάση τους εξής παράγοντες κινδύνου:

- ηλικία,
- σακχαρώδης διαβήτης,
- επίπεδα λιπιδίων,
- αρτηριακή υπέρταση και
- κάπνισμα.

Ο κίνδυνος εμφάνισης ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου στις γυναίκες υπολογίζεται με βάση τους εξής παράγοντες κινδύνου:

- ηλικία,
- αρτηριακή υπέρταση,
- σακχαρώδης διαβήτης,
- κάπνισμα,
- ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου,
- κολπική μαρμαρυγή και
- υπερτροφία αριστερής κοιλίας.

Παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα αιμορραγίας από το πεπτικό είναι οι κάτωθι:

- ιστορικό επιγαστραλγίας,
- ιστορικό έλκους (2-3 φορές μεγαλύτερος κίνδυνος) και
- λήψη μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (4 φορές μεγαλύτερος κίνδυνος).

Αν το όφελος υπερτερεί της πιθανότητας παρενεργειών, προτείνονται δύο δοσολογικά σχήματα για την προληπτική χορήγηση ασπιρίνης:

- καθημερινή χορήγηση 75 mg ή 100 mg ή
- χορήγηση κάθε δεύτερη μέρα 100 mg ή 375 mg.

Μεγαλύτερη δόση δεν έχει αποδειχθεί ότι ελαττώνει περισσότερο τον κίνδυνο εμφράγματος στους άνδρες ή ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου στις γυναίκες, ενώ αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο αιμορραγίας από το πεπτικό (Berger et al., 2006· Hira et al., 2015· U. S. Preventive Services Task Force, 2009a).

#### **4.2.1.8 Προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο του παχέος εντέρου**

Συνιστάται προσυμπτωματικός έλεγχος σε ασυμπτωματικούς άνδρες και γυναίκες 50 έως 75 ετών. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος μπορεί να συμπεριλαμβάνει ένα από τα παρακάτω:

- Κάθε χρόνο μικροσκοπική εξέταση αίματος στα κόπρανα και, στην περίπτωση που η εξέταση είναι θετική, ο ασθενής παραπέμπεται για ενδοσκοπικό έλεγχο.
- Κάθε πέντε χρόνια σιγμοειδοσκόπηση, ενώ ενδιάμεσα, κάθε τρία έτη, έλεγχος με μικροσκοπική εξέταση αίματος στα κόπρανα.
- Κάθε 10 έτη κολonosκόπηση.

Εξαιρούνται οι ασθενείς με κληρονομούμενα σύνδρομα (σύνδρομο Lynch, οικογενής αδενωματώδης πολυποδίαση), καθώς και οι ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου. Στους ασθενείς αυτούς, η παρακολούθηση γίνεται από ειδικό γαστρεντερολόγο και διαφέρει τόσο ο χρόνος έναρξης όσο και η συχνότητα του ελέγχου (Qaseem et al., 2012· Whitlock, Lin, Liles, Beil, & Fu, 2008).

#### 4.2.1.9 Προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο του πνεύμονα

Συνιστάται προσυμπτωματικός έλεγχος σε ασυμπτωματικούς άνδρες και γυναίκες 55 έως 80 ετών οι οποίοι έχουν καπνίσει τουλάχιστον 30 pack-years και, εάν έχουν κάνει διακοπή, δεν έχουν περάσει περισσότερα από 15 έτη από τη διακοπή. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος συμπεριλαμβάνει μία αξονική τομογραφία θώρακα χαμηλής δόσης κάθε χρόνο. Σε περίπτωση που έχουν διακόψει το κάπνισμα, ο προσυμπτωματικός έλεγχος συνιστάται μέχρι να συμπληρώσουν 15 έτη από τη διακοπή (Humphrey et al., 2013).

#### 4.2.1.10 Προσυμπτωματικός έλεγχος για κακή χρήση αλκοόλ

Η κακή χρήση αλκοόλ περιλαμβάνει διάφορα επίπεδα, όπως περιγράφονται στον Πίνακα 4.9 (Whitlock et al., 2004).

Όρος	Ορισμός
Επικίνδυνη χρήση αλκοόλ	Κατανάλωση αλκοόλ σε ποσότητα μεγαλύτερη από την ημερήσια, εβδομαδιαία ή ανά περίπτωση συνιστώμενη ποσότητα. Επίπεδα κατανάλωσης που αυξάνουν τον κίνδυνο για επιπτώσεις στην υγεία του καταναλωτή.
Επιβλαβής χρήση αλκοόλ	Ένα μοτίβο κατανάλωσης που ήδη προκαλεί ζημία στην υγεία του χρήστη, είτε σωματική (π.χ., ηπατική βλάβη) είτε ψυχική (π.χ., επεισόδια κατάθλιψης).
Κατάχρηση αλκοόλ	Ένα δυσπροσαρμοστικό μοτίβο κατανάλωσης που οδηγεί σε κλινικά σημαντική αποδιοργάνωση και βλάβη, η οποία εκδηλώνεται με ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα εντός ενός έτους:  Μη τήρηση σημαντικών υποχρεώσεων στην εργασία, στο σχολείο ή στο σπίτι λόγω της κατανάλωσης αλκοόλ (π.χ., επανειλημμένες απουσίες ή κακή απόδοση στην εργασία, απουσίες ή αποβολές από το σχολείο, παραμέληση των παιδιών ή του νοικοκυριού). Χρήση αλκοόλ σε καταστάσεις στις οποίες είναι φυσικά επικίνδυνη (π.χ., οδήγηση αυτοκινήτου ή χειρισμός μηχανήματος). Νομικά προβλήματα εξαιτίας της κατανάλωσης αλκοόλ (π.χ., συλλήψεις για απρεπή συμπεριφορά). Συνέχιση της χρήσης αλκοόλ παρά τα επίμονα ή υποτροπιάζοντα κοινωνικά ή και διαπροσωπικά προβλήματα που προκαλούνται ή επιδεινώνονται από τις επιπτώσεις του αλκοόλ (π.χ., διαπληκτισμοί και εντάσεις με τη/τον σύζυγο σχετικά με τις συνέπειες της μέθης ή καυγάδες με σωματική συμμετοχή).  Τα συμπτώματα δεν πληρούν τα κριτήρια για εξάρτηση από το αλκοόλ.
Εξάρτηση από το αλκοόλ	Ένα δυσπροσαρμοστικό μοτίβο κατανάλωσης που οδηγεί σε κλινικά σημαντική αποδιοργάνωση και βλάβη, η οποία εκδηλώνεται με τρία ή περισσότερα από τα ακόλουθα, οποιαδήποτε στιγμή, εντός ενός έτους:  • Ανοχή, όπως ορίζεται από οποιοδήποτε από τα κάτωθι:  Ανάγκη για σημαντικά αυξημένες ποσότητες αλκοόλ προς επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος. Σημαντικά μειωμένο αποτέλεσμα με τη συνεχή χρήση της ίδιας ποσότητας αλκοόλ.  • Απόσυρση/Στέρηση, όπως εκδηλώνεται από ένα από τα ακόλουθα:

	<p>Το χαρακτηριστικό σύνδρομο στέρησης από το αλκοόλ. Αλκοόλ (ή άλλη παρόμοια ουσία) λαμβάνεται για την ανακούφιση ή την αποφυγή των συμπτωμάτων στέρησης.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Το αλκοόλ λαμβάνεται συχνά σε μεγαλύτερες ποσότητες ή για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από ό,τι σκόπευε αρχικά ο χρήστης.</li> <li>• Επίμονη επιθυμία ή ανεπιτυχείς προσπάθειες για περιορισμό ή έλεγχο της χρήσης αλκοόλ.</li> <li>• Ένα μεγάλο μέρος του χρόνου του χρήστη δαπανάται σε δραστηριότητες που είναι απαραίτητες για την απόκτηση και τη χρήση αλκοόλ ή την ανάκαμψη από τις επιπτώσεις της υπερκατανάλωσης.</li> <li>• Παραίτηση του χρήστη από σημαντικές κοινωνικές, επαγγελματικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες λόγω της χρήσης αλκοόλ.</li> <li>• Συνέχιση της χρήσης παρά τη γνώση ενός επίμονου ή υποτροπιάζοντος σωματικού ή ψυχολογικού προβλήματος που είναι πιθανόν να έχει προκληθεί ή να επιδεινώνεται από το αλκοόλ (π.χ., συνέχιση κατανάλωσης αλκοόλ παρά την αναγνώριση ότι επιδεινώνει ένα υπάρχον έλκος).</li> </ul>
--	--

**Πίνακας 4.9** Κατηγορίες κακής χρήσης αλκοόλ και συνιστώμενες παρεμβάσεις.

Υπάρχουν διάφορα εργαλεία για την ανίχνευση κακής χρήσης αλκοόλ σε ενήλικους. Το εργαλείο Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί για τον ελληνικό πληθυσμό (Moussas et al., 2009)· αποτελείται από δέκα ερωτήσεις, το περιεχόμενο των οποίων, καθώς και οι τομείς που καλύπτουν παρουσιάζονται συνοπτικά στον Πίνακα 4.10 (Thomas F Babor, John C Higgins-Biddle, John B Saunders, & Maristela G Monteiro, 2001· T. F. Babor, J. C. Higgins-Biddle, J. B. Saunders, & M. G. Monteiro, 2001).

	Περιεχόμενα	Τομείς
Ερώτηση 1	Συχνότητα κατανάλωσης	<b>Επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ</b>
Ερώτηση 2	Συνήθης ποσότητα	
Ερώτηση 3	Συχνότητα κατάχρησης	<b>Συμπτώματα εξάρτησης</b>
Ερώτηση 4	Ελαττωμένος έλεγχος της κατανάλωσης	
Ερώτηση 5	Αυξημένες εξάρσεις πόσης	
Ερώτηση 6	Πρωινή κατανάλωση	<b>Επιβλαβής κατανάλωση αλκοόλ</b>
Ερώτηση 7	Ενοχή μετά την κατανάλωση	
Ερώτηση 8	Συσκοτίσεις	
Ερώτηση 9	Τραυματισμοί που συσχετίζονται με το αλκοόλ	
Ερώτηση 10	Ο περίγυρος προβληματίζεται από την κατανάλωση αλκοόλ	

**Πίνακας 4.10** Τομείς και περιεχόμενα του AUDIT.

Συνολικός βαθμός μεγαλύτερος του 8 δείχνει επικίνδυνη χρήση αλκοόλ, η οποία ορίζεται ποσοτικά ως εξής:

- περισσότερα από 14 ποτά ανά εβδομάδα ή περισσότερα από 4 ποτά ανά περίσταση για τους άνδρες,
- περισσότερα από 7 ποτά ανά εβδομάδα ή περισσότερα από 3 ποτά ανά περίσταση για τις γυναίκες.

Επιπλέον, στην κατηγορία της επικίνδυνης χρήσης αλκοόλ εντάσσονται και ασθενείς που καταναλώνουν μικρότερη ποσότητα αλκοόλ, αλλά υπόκεινται σε σωματικές, κοινωνικές και ψυχολογικές βλαβερές συνέπειες από τη χρήση αλκοόλ, ή ασθενείς που δεν ικανοποιούν τα κριτήρια διάγνωσης, ώστε να καταταχθούν στην κατηγορία της κατάχρησης/εξάρτησης από το αλκοόλ.

Σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, σύντομες (διάρκειας 6-15 λεπτών), πολλαπλές συμβουλευτικές συνεδρίες και παρακολούθηση των ασθενών με επικίνδυνη χρήση αλκοόλ μπορεί να οδηγήσουν σε μικρή έως μέτρια μείωση της κατανάλωσης κατά τη διάρκεια της εβδομάδας. Οι ασθενείς που ικανοποιούν τα διαγνωστικά κριτήρια του Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV) κατάχρησης/εξάρτησης από το αλκοόλ δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα, καθώς υπάρχουν τεκμήρια ικανοποιητικής αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων που προέρχονται από ειδικό (Thomas F Babor et al., 2001· T. F. Babor et al., 2001· Moyer & Preventive Services Task, 2013· Whitlock et al., 2004).

#### 4.2.1.11 Προσυμπτωματικός έλεγχος για κατάθλιψη

Η Ομάδα Δράσης για Προληπτικές Υπηρεσίες των Ηνωμένων Πολιτειών (US Preventive Services Task Force, USPSTF) συνιστά να γίνεται προσυμπτωματικός έλεγχος για κατάθλιψη στους ενήλικους μόνο όταν υπάρχουν υποστηρικτικές δομές για την επιβεβαίωση της διάγνωσης και την αποτελεσματική θεραπεία και παρακολούθηση (O'Connor, Whitlock, Beil, & Gaynes, 2009· U. S. Preventive Services Task Force, 2009e). Το εργαλείο για τον προσυμπτωματικό έλεγχο κατάθλιψης, το οποίο έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί για τον ελληνικό πληθυσμό, είναι το PRIME-MD Patient Health Questionnaire Brief (PHQ-9) (Hyphantis et al., 2011).

Συνοψίζοντας, στον Πίνακα 4.11 παρουσιάζονται οι προληπτικές παρεμβάσεις που μπορεί να προτείνει ο οικογενειακός γιατρός στον κύριο Μανώλη.

<b>Προληπτικές παρεμβάσεις για τον κύριο Μανώλη</b>	
<b>Εκτίμηση καρδιαγγειακού κινδύνου</b>	Διακοπή καπνίσματος Μέτρηση αρτηριακής πίεσης Μέτρηση λιπιδίων Μέτρηση σακχάρου Προσυμπτωματικός έλεγχος για παχυσαρκία Λήψη ασπιρίνης
<b>Κακοήθη νοσήματα</b>	Προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο του παχέος εντέρου Προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο του πνεύμονα
<b>Λοιμώδη νοσήματα</b>	Εμβόλιο κατά του τετάνου
<b>Ψυχικές διαταραχές</b>	Προσυμπτωματικός έλεγχος για κακή χρήση αλκοόλ

**Πίνακας 4.11** Προληπτικές παρεμβάσεις για τον κύριο Μανώλη.

**Κλινικό σενάριο 2:** Η κυρία Μαργαρίτα είναι 57 ετών. Επισκέπτεται τακτικά τον οικογενειακό της γιατρό, ο οποίος γνωρίζει καλά το ιστορικό της. Η κυρία Μαργαρίτα ανησυχεί πάντοτε αρκετά για την υγεία της. Δεν έχει μέχρι στιγμής προβλήματα υγείας εκτός από αρτηριακή υπέρταση που διαγνώστηκε πριν από τέσσερα χρόνια. Καθώς ο οικογενειακός γιατρός συνταγογραφεί το φάρμακο για την υπέρταση, η κυρία Μαργαρίτα βγάζει από την τσάντα της και του δίνει ένα φυλλάδιο από ένα νέο διαγνωστικό κέντρο που άνοιξε στην περιοχή. Εκείνο που της τράβηξε την προσοχή είναι η δυνατότητα που δίνει το κέντρο να κάνουν οι γυναίκες μαγνητική μαστογραφία. Το φυλλάδιο τονίζει ότι με τη μέθοδο αυτή είναι δυνατόν να διαγνωστούν ογκίδια πολύ μικρού μεγέθους, τα οποία δεν είναι σε θέση να εντοπίσει η απλή μαστογραφία. Ρωτάει λοιπόν τον οικογενειακό της γιατρό αν μπορεί να της κανονίσει μια τέτοια εξέταση και αν το ταμείο της μπορεί να την καλύψει.

Ο οικογενειακός γιατρός, γνωρίζοντας από το ιστορικό της κυρίας Μαργαρίτας πως δεν υπάρχει ιστορικό γυναικολογικού καρκίνου στην οικογένειά της, θα προτείνει στην ασθενή προληπτικές παρεμβάσεις για γυναικολογικό καρκίνο οι οποίες έχουν τεκμηριωμένα μεγάλο ή μέτριο όφελος όταν παρέχονται στον γενικό

#### 4.2.1.12 Προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο του μαστού

Ο προληπτικός έλεγχος που προτείνεται στον γενικό πληθυσμό χωρίς οικογενειακό ιστορικό είναι η διενέργεια μαστογραφίας κάθε δύο έτη σε γυναίκες 50 έως 74 ετών και, εξατομικευμένα, ανάλογα με την επιθυμία της ασθενούς, ο έλεγχος μπορεί να ξεκινήσει από τα 40 έτη, με επανέλεγχο, επίσης, κάθε δύο έτη (U. S. Preventive Services Task Force, 2009d). Προτείνεται επανέλεγχος κάθε δύο έτη και όχι κατ' έτος, διότι, σύμφωνα με το αποτέλεσμα μελέτης που δημοσιεύτηκε το 2009, μ' αυτό το χρονοδιάγραμμα αφενός διατηρείται το μεγαλύτερο μέρος από το όφελος που υπάρχει και με τον ετήσιο έλεγχο και αφετέρου μειώνονται στο μισό οι βλαπτικές συνέπειες που προκύπτουν από τον ετήσιο έλεγχο (Mandelblatt et al., 2009). Οι βλαπτικές συνέπειες αφορούν:

- ψυχολογική επιβάρυνση,
- επιπρόσθετες ιατρικές επισκέψεις,
- απεικονιστικές εξετάσεις,
- βιοψίες,
- άγχος και ανησυχία λόγω ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων,
- μη αναγκαία θεραπεία και
- έκθεση σε ραδιενέργεια.

Τα ποσοστά ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων αυξάνονται κυρίως για τις νεότερες γυναίκες, ενώ αντίθετα στις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας αυξάνεται ο κίνδυνος υπερδιάγνωσης. Ωστόσο, παρά τις ενδεχόμενες βλαπτικές συνέπειες του προληπτικού ελέγχου, το όφελος από τη μείωση της θνητότητας είναι μεγάλο και η επίπτωση από τις βλαπτικές συνέπειες μέτρια (Mandelblatt et al., 2009· U. S. Preventive Services Task Force, 2009d).

Όσον αφορά τη μαγνητική μαστογραφία για την οποία ενδιαφέρεται η κα Μαργαρίτα, δεν έχει τεκμηριωθεί διαγνωστική υπεροχή της ψηφιακής ή μαγνητικής μαστογραφίας έναντι της απλής μαστογραφίας. Τα υπάρχοντα τεκμήρια είναι ελλιπή. Ωστόσο, σε ορισμένες κατηγορίες ασθενών φαίνεται να υπερτερεί η μαγνητική έναντι της απλής μαστογραφίας, όπως σε:

- νεότερες γυναίκες,
- γυναίκες με μεγάλη πυκνότητα ιστού στον μαζικό αδένα και
- γυναίκες με αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού.

Στο παραπάνω παράδειγμα, η κυρία Μαργαρίτα δεν ανήκει σε κάποια από τις προαναφερθείσες κατηγορίες. Στην περίπτωση αυτή, ο οικογενειακός γιατρός θα λάβει υπόψη τις βλαβερές συνέπειες της χρήσης μαγνητικής μαστογραφίας σε σχέση με την απλή μαστογραφία, οι οποίες συνοψίζονται στα εξής:

- έγχυση σκιαγραφικού,
- αυξημένα ψευδώς θετικά αποτελέσματα,
- υπερδιάγνωση, δηλαδή θεραπεία για καρκίνο που δεν θα γίνει κλινικά εμφανής κατά τη διάρκεια της ζωής μιας γυναίκας, και
- αυξημένο κόστος.

Στο πλαίσιο πρόληψης καρκίνου του μαστού σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης, δεν χρειάζεται κάποια επιπλέον παρέμβαση πέραν της μαστογραφίας. Τακτική κλινική εξέταση των μαστών ή αυτοεξέταση δεν παρουσιάζουν τεκμηριωμένο όφελος σε γυναίκες που ελέγχονται με μαστογραφία. Υπάρχουν μάλιστα ικανοποιητικά τεκμήρια που δείχνουν ότι η αυτοεξέταση του μαστού ως μέθοδος πρόληψης δεν μειώνει τη θνητότητα από καρκίνο του μαστού (U. S. Preventive Services Task Force, 2009d).

Γυναίκες με κληρονομικό ιστορικό αυξημένου κινδύνου ή γυναίκες με γνωστές μεταλλάξεις στα γονίδια BRCA1 και BRCA2 χρήζουν παραπομπής σε ειδικό για γενετική συμβουλευτική και πιθανό γενετικό έλεγχο για καρκίνο του μαστού και των ωοθηκών. Στις ασθενείς αυτές προτείνεται πιο εντατικός προσυμπτωματικός έλεγχος, προληπτική χρήση εκλεκτικών ρυθμιστών των οιστρογονικών υποδοχέων (ραλοξιφαίνη ή ταμοξιφαίνη), προφυλακτική μαστεκτομή ή προφυλακτική αμφοτερόπλευρη ωοθηκεκτομή,



μεμονωμένα ή σε συνδυασμό (Moyer & Force, 2014· Nelson et al., 2013· U. S. Preventive Services Task Force, 2009d).

Το κληρονομικό ιστορικό αυξημένου κινδύνου προσδιορίζεται ως εξής:

- δύο συγγενείς πρώτου ή δεύτερου βαθμού, η μία εκ των οποίων με διάγνωση σε ηλικία 50 ετών ή μικρότερη,
- συνδυασμός τριών ή περισσότερων συγγενών πρώτου ή δεύτερου βαθμού με καρκίνο του μαστού, ανεξάρτητα από την ηλικία διάγνωσης,
- συνδυασμός καρκίνου του μαστού και των ωοθηκών σε συγγενείς πρώτου ή δεύτερου βαθμού,
- μία συγγενής πρώτου βαθμού με αμφοτερόπλευρο καρκίνο μαστού,
- συνδυασμός δύο ή περισσότερων συγγενών πρώτου ή δεύτερου βαθμού με καρκίνο ωοθηκών ανεξάρτητα από την ηλικία διάγνωσης,
- μία συγγενής πρώτου ή δεύτερου βαθμού με καρκίνο του μαστού και καρκίνο των ωοθηκών, ανεξάρτητα από την ηλικία διάγνωσης,
- έναν άνδρα με διάγνωση καρκίνου του μαστού.

Σε γυναίκες εβραϊκής καταγωγής Ashkenazi, το κληρονομικό ιστορικό αυξημένου κινδύνου προσδιορίζεται ως εξής:

- μία πρώτου βαθμού συγγενής με διάγνωση καρκίνου του μαστού ή των ωοθηκών,
- δύο δεύτερου βαθμού συγγενείς από την ίδια οικογενειακή πλευρά με διάγνωση καρκίνου του μαστού ή των ωοθηκών.

#### 4.2.1.13 Προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας

Προτείνεται προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε γυναίκες 21 έως 65 ετών, ο οποίος διενεργείται με κυτταρολογικό έλεγχο επιχρίσματος του τραχήλου της μήτρας κάθε τρία έτη. Σε γυναίκες 30 έως 65 ετών, όταν ο κυτταρολογικός έλεγχος συνδυάζεται με έλεγχο για τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων, ο προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας μπορεί να επαναλαμβάνεται κάθε πέντε έτη. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας αποσκοπεί στην έγκαιρη ανίχνευση υψηλού βαθμού διαφοροποίησης προκαρκινωματώδους βλάβης του τραχήλου ή στην ανίχνευση ασυμπτωματικού διηθητικού καρκίνου του τραχήλου σε πρώιμο στάδιο (Kulasingam, Havrilesky, Ghebre, & Myers, 2013· Moyer & Force, 2012c· Vesco, Whitlock, Eder, Burda, et al., 2011· Vesco, Whitlock, Eder, Lin, et al., 2011).

Ένας ολοκληρωμένος προληπτικός έλεγχος για την κυρία Μαργαρίτα θα περιλαμβάνει, εκτός από προσυμπτωματικό έλεγχο για γυναικολογικούς καρκίνους, και προληπτικές παρεμβάσεις για καρδιαγγειακά νοσήματα, άλλα νεοπλάσματα, όπως ο καρκίνος του παχέος εντέρου, λοιμώδη νοσήματα και ψυχικές διαταραχές (Πίνακας 4.12).

<b>Προληπτικές παρεμβάσεις για την κυρία Μαργαρίτα</b>	
<b>Εκτίμηση καρδιαγγειακού κινδύνου</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Διακοπή καπνίσματος</li> <li>• Μέτρηση αρτηριακής πίεσης</li> <li>• Μέτρηση λιπιδίων</li> <li>• Μέτρηση σακχάρου</li> <li>• Προσυμπτωματικός έλεγχος για παχυσαρκία</li> <li>• Λήψη ασπιρίνης</li> </ul>
<b>Κακοήθη νοσήματα</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο του μαστού</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας</li> <li>• Προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο του παχέος εντέρου</li> <li>• Προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο του πνεύμονα</li> </ul>
<b>Λοιμώδη νοσήματα</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εμβόλιο κατά του τετάνου</li> </ul>
<b>Ψυχικές διαταραχές</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Προσυμπτωματικός έλεγχος για επικίνδυνη χρήση αλκοόλ</li> </ul>

**Πίνακας 4.12** Προληπτικές παρεμβάσεις για την κυρία Μαργαρίτα.

## 4.2.2 Προληπτικές παρεμβάσεις για εφήβους και νεαρούς ενήλικους

**Κλινικό σενάριο 3:** Η Ρέα είναι 17 ετών και επισκέπτεται τον οικογενειακό της γιατρό, γιατί εδώ και δύο μέρες παρουσίασε βήχα. Αφού την εξετάζει, ο οικογενειακός γιατρός διαπιστώνει μια ήπια ιογενή λοίμωξη ανώτερου αναπνευστικού, η οποία δεν χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση. Καθώς την καθησυχάζει, η Ρέα αναφέρει πως μάλλον την κόλλησε ο φίλος της. Στην ερώτηση του οικογενειακού γιατρού αν έχει σεξουαλικές επαφές, η απάντηση είναι θετική και, στην ερώτηση αν χρησιμοποιεί προφύλαξη, απαντά «Όχι πάντοτε». Ο οικογενειακός γιατρός αποφασίζει να συζητήσει κάποια θέματα πρόληψης με την ασθενή.

### 4.2.2.1 Εκπαιδευτική παρέμβαση για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα

Όσον αφορά τους εφήβους, προτείνεται συμβουλευτική παρέμβαση για την πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Η παρέμβαση καθίσταται μάλιστα πιο αποτελεσματική, όταν αυξάνεται η συχνότητα και ο αριθμός των προσφερόμενων συνεδριών, καθώς και όταν απευθύνεται σε ομάδες εφήβων και όχι σε μεμονωμένα άτομα. Στους νεαρούς ενήλικους, αντίστοιχα, προτείνεται συμβουλευτική παρέμβαση μόνο αν ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου ή αν διαμένουν σε περιοχές με υψηλή συχνότητα σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και διατηρούν σχέσεις με πολλαπλούς συντρόφους (O'Connor et al., 2014).

Προτείνεται συμβουλευτική παρέμβαση για τα πιο συχνά σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, όπως:

- χλαμύδια,
- γονόρροια,
- ηπατίτιδα Β,
- ηπατίτιδα C,
- έρπητας γεννητικών οργάνων,
- ιός επίκτητης ανοσοανεπάρκειας,
- ιός ανθρωπίνων θηλωμάτων,
- σύφιλη και
- τριχομονάδα.

Η συμβουλευτική παρέμβαση μπορεί να περιλαμβάνει:

- εκπαιδευτικό υλικό,
- εκπαίδευση για την απόκτηση δεξιοτήτων (π.χ., πώς πρέπει να χρησιμοποιούν το προφυλακτικό) και

- υποστήριξη για αλλαγή σεξουαλικής συμπεριφοράς, η οποία να συνεπάγεται μικρότερο κίνδυνο ή αποφυγή του κινδύνου.

#### 4.2.2.2 Προσυμπτωματικός έλεγχος για λοίμωξη από γλαμύδια και γονόκοκκο

Συνιστάται προσυμπτωματικός έλεγχος για γλαμύδια και γονόκοκκο σε νέες γυναίκες μέχρι 24 ετών που έχουν σεξουαλικές σχέσεις και σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, εάν ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου (Πίνακας 4.13).

Ομάδες υψηλού κινδύνου για λοίμωξη από γλαμύδια/γονόκοκκο	
Σεξουαλικά ενεργές έφηβες	
Σεξουαλικά ενεργές, νεαρές ενήλικες γυναίκες, ηλικίας μικρότερης των 24 ετών για γλαμύδια και μικρότερης των 25 ετών για γονόκοκκο	
Ενήλικες γυναίκες:	με ιστορικό προηγούμενης λοίμωξης με ιστορικό άλλου σεξουαλικά μεταδιδόμενου νοσήματος με νέους ή πολλαπλούς σεξουαλικούς συντρόφους με μη συνεχή χρήση προφυλακτικού χρήστες ναρκωτικών ουσιών που χρησιμοποιούν το σεξ ως μέθοδο για την απόκτηση χρημάτων

**Πίνακας 4.13** Ομάδες υψηλού κινδύνου για λοίμωξη από γλαμύδια και γονόκοκκο.

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος σε ομάδες υψηλού κινδύνου συμβάλλει στη θεραπεία της ασυμπτωματικής ακόμη λοίμωξης και στη μείωση της φλεγμονώδους νόσου της πυέλου και των επιπλοκών της (έκτοπη κύηση, υπογονιμότητα, χρόνια πυελικό άλγος)· διενεργείται με ανάλυση ενισχυμένου DNA (Nucleic acid amplification tests) σε δείγμα ούρων ή κολπικό δείγμα. Σε πληθυσμό με χαμηλό επιπολασμό, αυξάνονται τα ψευδώς θετικά αποτελέσματα (LeFevre & Force, 2014a· Zakher, Cantor, Pappas, Daeges, & Nelson, 2014).

#### 4.2.2.3 Προσυμπτωματικός έλεγχος για λοίμωξη από τον ιό της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (Human Immunodeficiency Virus, HIV)

Προτείνεται προσυμπτωματικός έλεγχος για πιθανή μόλυνση από τον ιό της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (Moyer & U. S. Preventive Services Task Force, 2013a):

- σε εφήβους και ενήλικους 15 έως 65 ετών,
- σε εγκύους και
- σε εφήβους κάτω των 15 ετών ή ενήλικους άνω των 65 ετών, οι οποίοι εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο λοίμωξης.

Ασθενείς αυξημένου κινδύνου θεωρούνται οι εξής:

- Άνδρες που έχουν σεξουαλική επαφή με άνδρες.
- Ασθενείς που έχουν πολλαπλούς σεξουαλικούς συντρόφους και δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικό.
- Ασθενείς που έκαναν ή κάνουν χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών.
- Ασθενείς που χρησιμοποιούν το σεξ ως μέθοδο απόκτησης χρημάτων ή ναρκωτικών ή έχουν συντρόφους μ' αυτήν τη συμπεριφορά.

- Ασθενείς που είχαν ή έχουν σύντροφο ο οποίος έχει μολυνθεί με τον ιό της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας, είναι αμφιφυλόφιλος ή χρήστης ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών.
- Ασθενείς που θεραπεύονται για σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα.
- Ασθενείς που ζητούν οι ίδιοι να ελεγχθούν για πιθανή μόλυνση από τον ιό της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας.

#### 4.2.2.4 Προσυμπτωματικός έλεγχος για λοίμωξη από σύφιλη

Προτείνεται προσυμπτωματικός έλεγχος για σύφιλη σε εγκύους και σε ενήλικους ασθενείς αυξημένου κινδύνου. Ασθενείς αυξημένου κινδύνου θεωρούνται οι κάτωθι (U. S. Preventive Services Task Force, 2009f):

- Ενήλικοι άνδρες που είχαν σεξουαλική επαφή με άνδρες και υιοθετούν σεξουαλική συμπεριφορά υψηλού κινδύνου.
- Ασθενείς που χρησιμοποιούν το σεξ ως μέθοδο απόκτησης χρημάτων ή ναρκωτικών.
- Τρόφιμοι σφροονιστικών ιδρυμάτων.
- Ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα και πιθανώς υιοθετούν σεξουαλική συμπεριφορά υψηλού κινδύνου.

#### 4.2.2.5 Προσυμπτωματικός έλεγχος για λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας B

Προτείνεται περιοδικός προσυμπτωματικός έλεγχος για ηπατίτιδα B:

- σε εφήβους και ενηλίκους που κατοικούν σε περιοχές με υψηλό επιπολασμό της νόσου, πάνω από 2%,
  - ο σε εφήβους και ενηλίκους με σεξουαλική συμπεριφορά υψηλού κινδύνου,
- σε εφήβους και ενηλίκους που κάνουν ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών,
- σε άνδρες που έχουν σεξουαλική επαφή με άνδρες,
- σε εφήβους και ενηλίκους που έχουν στενή σχέση ή σεξουαλική επαφή με πάσχοντα από ηπατίτιδα B και
- σε εφήβους και ενηλίκους που ενδέχεται να εκτίθενται σε αίμα διαδερμικά (π.χ., επαγγελματίες υγείας).

Ο έλεγχος διενεργείται με την ανίχνευση του αντιγόνου επιφανείας του ιού (HBsAg) σε δείγμα φλεβικού αίματος και η νόσος επιβεβαιώνεται με την παραμονή του αντιγόνου για περισσότερο από έξι μήνες. Κατά τον προσυμπτωματικό έλεγχο ανιχνεύεται, επίσης, η ύπαρξη αντισωμάτων anti-HBs και anti-HBc, προς διαχωρισμό παρελθούσας λοίμωξης και εμβολιασμού. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος συμβάλλει καθοριστικά στην ανίχνευση ασυμπτωματικών ασθενών με χρόνια λοίμωξη από ηπατίτιδα B. Όταν η ανίχνευση αυτών των ασθενών συνδυάζεται με την έναρξη αντικών σχημάτων θεραπείας, τότε το αποτέλεσμα είναι η μόνιμη ιολογική ανταπόκριση και η βελτίωση των κλινικών εκβάσεων (LeFevre & Force, 2014b).

#### 4.2.2.6 Προσυμπτωματικός έλεγχος για λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας C

Προτείνεται περιοδικός προσυμπτωματικός έλεγχος για ηπατίτιδα C σε ενηλίκους:

- με σεξουαλική συμπεριφορά υψηλού κινδύνου,
- που κάνουν ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών,
- με αιμορροφιλία,
- που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση,
- που υποβάλλονται σε μεταγίσεις αίματος,
- οι οποίοι ενδέχεται να εκτίθενται σε αίμα διαδερμικά (π.χ., επαγγελματίες υγείας).

Ο έλεγχος, ο οποίος διενεργείται με την ανίχνευση του αντισώματος anti-HCV Ab σε δείγμα φλεβικού αίματος και την επιβεβαίωση με PCR (polymerase chain reaction), συμβάλλει καθοριστικά στην ανίχνευση

ασυμπτωματικών ασθενών με χρόνια λοίμωξη από ηπατίτιδα C. Όταν η ανίχνευση αυτών των ασθενών συνεπάγεται την έναρξη αντικών σχημάτων θεραπείας, τότε το αποτέλεσμα είναι η μόνιμη ιολογική ανταπόκριση και η βελτίωση των κλινικών εκβάσεων. Ωστόσο, δεν υπάρχουν μελέτες που να συνδέουν τον προσυμπτωματικό έλεγχο με μείωση της νοσηρότητας και της θνητότητας ασυμπτωματικών ασθενών με χρόνια λοίμωξη από ηπατίτιδα C (Moyer & Force, 2013).

#### 4.2.2.7 Εμβολιασμός έναντι του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV)

Σε επίπεδο πρόληψης, συνιστάται ο εμβολιασμός έναντι του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων σε γυναίκες από 11 έως 26 ετών. Διατίθενται δύο εμβόλια, ένα διδύναμο και ένα τετραδύναμο, τα οποία χορηγούνται σε τρεις δόσεις και καλύπτουν έναντι των κυρίως ογκογόνων τύπων του ιού 16 και 18. Προτείνεται, επίσης, ο εμβολιασμός ανδρών 9 έως 24 ετών με το τετραδύναμο εμβόλιο, για την πρόληψη εμφάνισης κονδυλωμάτων (Markowitz et al., 2014). Ωστόσο, δεν συνιστάται έναρξη προσυμπτωματικού ελέγχου πριν από την ηλικία των 30 ετών, διότι πιθανή λοίμωξη από τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων, συνήθως, αυτοϊάται (Moyer & Force, 2012c).

Προσυμπτωματικός έλεγχος για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα	
Έφηβες	Γονόκοκκος Χλαμύδια
Έφηβοι ομάδας υψηλού κινδύνου	Ιός επίκτητης ανοσοανεπάρκειας
Ενήλικες ομάδας υψηλού κινδύνου	Γονόκοκκος (μόνο σε γυναίκες) Χλαμύδια (μόνο σε γυναίκες) Ιός επίκτητης ανοσοανεπάρκειας Σύφιλη Ηπατίτιδα C

**Πίνακας 4.14** Συνοπτικός πίνακας με τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα για τα οποία προτείνεται προσυμπτωματικός έλεγχος.

#### 4.2.2.8 Εκπαιδευτική παρέμβαση για την πρόληψη καρκίνου του δέρματος

Προτείνεται συμβουλευτική παρέμβαση σε άτομα υψηλού κινδύνου για καρκίνο του δέρματος (βασιλοκυτταρικό καρκίνωμα, ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα, μελάνωμα). Άτομα υψηλού κινδύνου θεωρούνται:

- άτομα 10 έως 24 ετών με ανοιχτό χρώμα δέρματος, μαλλιών και ματιών, με φακίδες, και
- άτομα που είναι ευαίσθητα στον ήλιο.

Η συμβουλευτική παρέμβαση στοχεύει στη συζήτηση μεθόδων προστασίας από την έκθεσή τους σε υπεριώδη ακτινοβολία (Lin, Eder, & Weinmann, 2011).

#### 4.2.2.9 Εκπαιδευτική παρέμβαση για την πρόληψη της έναρξης του καπνίσματος

Υπάρχουν διάφορα στάδια στα οποία μπορεί να βρίσκεται ένας έφηβος σε σχέση με το κάπνισμα:

- Μπορεί να έχει τάση να αρχίσει το κάπνισμα.
- Μπορεί να έχει μόλις ξεκινήσει.
- Μπορεί να βρίσκεται στο στάδιο του πειραματισμού.
- Μπορεί να είναι καπνιστής.
- Μπορεί να είναι εξαρτημένος από τη νικοτίνη.

Συνήθως, όσον αφορά το κάπνισμα, η περίοδος από τον πειραματισμό μέχρι τον εθισμό διαρκεί περίπου δύο χρόνια. Ωστόσο, για κάποιους εφήβους, η μετάβαση στην εξάρτηση από τη νικοτίνη μπορεί να γίνει σε μικρότερο χρονικό διάστημα.

Η συμβουλευτική παρέμβαση, είτε με τη μορφή της προσωπικής ή τηλεφωνικής επικοινωνίας είτε με τη μορφή έντυπου ή διαδικτυακού υλικού, φαίνεται να μειώνει τον κίνδυνο έναρξης του καπνίσματος σε παιδιά και εφήβους σχολικής ηλικίας (Patnode et al., 2013).

Σημαντικοί παράγοντες που ωθούν τα παιδιά και τους εφήβους στο να αρχίσουν το κάπνισμα είναι οι εξής:

- το παράδειγμα των γονιών,
- η ελαττωμένη γονική επιτήρηση,
- η εύκολη πρόσβαση σε τσιγάρα,
- η εσφαλμένη εντύπωση ότι οι συνομήλικοι καπνίζουν και
- η συνεχής έκθεση στη διαφήμιση που προωθεί το κάπνισμα.

#### 4.2.2.10 Προσυμπτωματικός έλεγχος για την παχυσαρκία

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος για την παχυσαρκία στους εφήβους επιτυγχάνεται με τη μέτρηση του δείκτη μάζας σώματος. Δείκτης μάζας σώματος που αντιστοιχεί μεταξύ της 84ης και της 94ης εκατοστιαίας θέσης στις πρότυπες καμπύλες σωματικής ανάπτυξης υποδηλώνει υπέρβαρους εφήβους, ενώ δείκτης μάζας σώματος που ξεπερνά την 95η εκατοστιαία θέση υποδηλώνει παχύσαρκους εφήβους.

Σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας, προσφέρονται, εφόσον διατίθενται, ή γίνεται παραπομπή σε ολοκληρωμένα προγράμματα διαχείρισης του βάρους, που περιλαμβάνουν:

- συμβουλευτική παρέμβαση,
- δίαιτα,
- φυσική άσκηση και
- συμμετοχή των γονιών (για μικρότερα παιδιά).

Τα προγράμματα αυτά αφορούν ασθενείς τουλάχιστον έξι ετών. Παρ' όλα αυτά, η αποτελεσματικότητα της συμβουλευτικής και συμπεριφορολογικής παρέμβασης, ακόμη και σε πολύ εντατικά προγράμματα, είναι μέτρια. Συγκεκριμένα, η παρέμβαση επιφέρει μέτριες αλλαγές του σωματικού βάρους και είναι περιορισμένα τα τεκμήρια που υποστηρίζουν την παραμονή των ευεργετικών αποτελεσμάτων στον χρόνο μετά το πέρας της παρέμβασης (Dansinger et al., 2007· Kontogianni et al., 2010· U. S. Preventive Services Task Force & Barton, 2010).

#### 4.2.2.11 Προσυμπτωματικός έλεγχος για κατάθλιψη

Συνιστάται προσυμπτωματικός έλεγχος για μείζονα κατάθλιψη στους εφήβους, όταν υπάρχουν υποστηρικτικές δομές διάγνωσης, θεραπείας και παρακολούθησης, οι οποίες συνεργάζονται με την πρωτοβάθμια φροντίδα. Η παρέμβαση προτείνεται σε εφήβους 12 έως 18 ετών (U. S. Preventive Services Task Force, 2009c· Williams, O'Connor, Eder, & Whitlock, 2009).

Συνοψίζοντας, οι παρεμβάσεις που θα προτείνει ο οικογενειακός γιατρός στη Ρέα παρατίθενται στον Πίνακα 4.15.

<b>Προληπτικές παρεμβάσεις για τη Ρέα</b>	
Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Συμβουλευτική παρέμβαση</li> <li>• Προσυμπτωματικός έλεγχος για χλαμύδια, γονόκοκκο, ιό επίκτητης ανοσοανεπάρκειας</li> <li>• Εμβόλιο έναντι του ιού των ανθρώπινων</li> </ul>

	θηλωμάτων
Κακοήθη νοσήματα	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Συμβουλευτική παρέμβαση για πρόληψη καρκίνου του δέρματος</li> </ul>
Κάπνισμα	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Συμβουλευτική παρέμβαση για την αποφυγή έναρξης του καπνίσματος</li> </ul>
Παχυσαρκία	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Προσυμπτωματικός έλεγχος για παχυσαρκία</li> </ul>
Κατάθλιψη	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Προσυμπτωματικός έλεγχος για κατάθλιψη</li> </ul>

**Πίνακας 4.15** Προληπτικές παρεμβάσεις για τη Ρέα.

### 4.2.3 Προληπτικές παρεμβάσεις για ηλικιωμένους

**Κλινικό σενάριο 4:** Ο κύριος Νίκος είναι 71 ετών και επισκέπτεται τον οικογενειακό του γιατρό μαζί με τη γυναίκα του, την κυρία Σοφία, η οποία είναι 67 ετών, για να τους συνταγογραφήσει τα φάρμακά τους. Είναι παντρεμένοι 45 χρόνια και έχουν τρία παιδιά που ζουν με τις οικογένειές τους στην ίδια πόλη. Από το ιστορικό τους ο οικογενειακός γιατρός γνωρίζει ότι ο κύριος Νίκος πάσχει από συχνές κρίσεις ουρικής αρθρίτιδας και από οστεοαρθρίτιδα στα γόνατα, ενώ η κυρία Σοφία πάσχει από υποθυρεοειδισμό και καπνίζει πέντε τσιγάρα την ημέρα εδώ και 15 χρόνια. Καθώς συνταγογραφεί τα φάρμακά τους, οι δύο ασθενείς λένε στον οικογενειακό γιατρό ότι θέλουν να του κάνουν μερικές ερωτήσεις.

#### 4.2.3.1 Εμβολιασμοί για την πρόληψη λοιμωδών νοσημάτων

«Κάνουμε το εμβόλιο για τη γρίπη κάθε χρόνο· ακούσαμε, όμως, ότι υπάρχει και ένα εμβόλιο για τον πνευμονιόκοκκο. Χρειάζεται να το κάνουμε κι αυτό;»

Το εμβόλιο για τον πνευμονιόκοκκο γίνεται σε όλους τους ενηλίκους που είναι τουλάχιστον 65 ετών. Ακόμη προτείνεται ετήσιος εμβολιασμός έναντι της γρίπης σε όλους τους ασθενείς 60 ετών και άνω, καθώς και το εμβόλιο για τον έρπητα ζωστήρα για ασθενείς τουλάχιστον 60 ετών, αλλά και για τον τέτανο κάθε 10 χρόνια (Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών, 2015).

#### 4.2.3.2 Εκτίμηση καρδιαγγειακού κινδύνου

«Θέλουμε να σας δείξουμε τις πιέσεις που μετρήσαμε τον τελευταίο μήνα στο σπίτι. Είναι καλές;» Στο ημερολόγιο που δίνουν στον οικογενειακό γιατρό σημειώνονται τιμές αρτηριακής πίεσης για τον κύριο Νίκο 120/70 mm Hg, τις περισσότερες φορές, ενώ για την κυρία Σοφία 140/90 mm Hg.

Ο οικογενειακός γιατρός οφείλει να εκτιμήσει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο για κάθε ασθενή. Θα χρειαστεί να μετρήσει τα επίπεδα των λιπιδίων τόσο για τον κύριο Νίκο, όσο και για την κυρία Σοφία. Επιπλέον, για την κυρία Σοφία θα ζητήσει προσυμπτωματικό έλεγχο για σακχαρώδη διαβήτη, καθώς η αρτηριακή πίεση είναι στα ανώτερα φυσιολογικά όρια. Το κάπνισμα αποτελεί παράγοντα που αυξάνει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο για την κυρία Σοφία. Ακόμη, θα χρειαστεί να γίνει έλεγχος για παχυσαρκία στους δύο ασθενείς. Ο οικογενειακός γιατρός βρίσκει ότι η κυρία Σοφία έχει περιφέρεια 90 cm, ενώ ο κύριος Νίκος 91 cm. Καθώς η κυρία Σοφία είναι παχύσαρκη, μπορεί να ελαττώσει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, αν ακολουθήσει ένα πρόγραμμα απώλειας βάρους. Με βάση τον υπολογιζόμενο καρδιαγγειακό κίνδυνο, ο

οικογενειακός γιατρός θα εκτιμήσει αν χρειάζεται να προτείνει και τη χορήγηση ασπιρίνης για πρόληψη καρδιαγγειακών συμβαμάτων, αφού λάβει επιπλέον υπόψη τον κίνδυνο ανεπιθύμητων ενεργειών, όπως η αιμορραγία από το πεπτικό (Berger et al., 2006· Hira et al., 2015· Moyer & Force, 2012b· Norris et al., 2008· Stone et al., 2014· U. S. Preventive Services Task Force, 2008, 2009a).

#### **4.2.3.3 Προσυμπτωματικός έλεγχος για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής**

«Πριν από έναν μήνα πέθανε ένας ξάδερφός μου από ρήξη ανευρύσματος, το οποίο δεν ήξερε ότι υπήρχε. Είχε μεγάλη αιμορραγία στην κοιλιά. Μήπως χρειάζεται να το ψάξω κι εγώ;», ρωτάει τον οικογενειακό του γιατρό ο κύριος Νίκος.

Ο οικογενειακός γιατρός θα ρωτήσει τον κύριο Νίκο αν κάπνιζε ποτέ. Στο παράδειγμα, ο ασθενής απαντάει ότι κάπνιζε 15 τσιγάρα την ημέρα για 45 χρόνια αλλά το έκοψε πριν από 12 χρόνια και δεν έχει καπνίσει ξανά.

Προτείνεται υπέρηχος κοιλιάς για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής σε άνδρες καπνιστές 65 έως 75 ετών. Αν ο υπέρηχος δεν αναδείξει ανευρυσματική διάταση της κοιλιακής αορτής, δεν συνιστάται επανέλεγχος για ανεύρυσμα (Guirguis-Blake, Beil, Sun, Senger, & Whitlock, 2014).

#### **4.2.3.4 Προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο του πνεύμονα**

Προτείνεται προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο του πνεύμονα με αξονική τομογραφία χαμηλής δόσης ετησίως σε άνδρες και γυναίκες 55 έως 80 ετών, οι οποίοι είναι καπνιστές και έχουν καπνίσει τουλάχιστον 30 pack-years. Αν έχουν καπνίσει τουλάχιστον 30 pack-years και έχουν διακόψει το κάπνισμα, χωρίς όμως να έχουν συμπληρώσει 15 χρόνια από τη διακοπή, συνιστάται προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο του πνεύμονα ετησίως μέχρι να συμπληρώσουν 15 χρόνια από τη διακοπή του καπνίσματος. Οι παραπάνω ομάδες ασθενών φαίνεται πως έχουν το μεγαλύτερο όφελος, λόγω ελάττωσης της θνητότητας με την εφαρμογή του προσυμπτωματικού ελέγχου. Η σύσταση αυτή είναι σχετικά πρόσφατη και γίνονται μελέτες για τον υπολογισμό του κόστους σε σχέση με την αποτελεσματικότητά της.

Ο οικογενειακός γιατρός θα υπολογίσει για τον κύριο Νίκο τον αριθμό των pack years. Ένα πακέτο περιέχει 20 τσιγάρα. Ο κύριος Νίκος κάπνιζε 15 τσιγάρα κάθε μέρα για 45 χρόνια, που αντιστοιχεί σε 34 pack years ( $15/20 \times 45 = 34$  pack years). Η παρέμβαση θα χορηγηθεί στον κύριο Νίκο για τα επόμενα τρία έτη, ώστε να συμπληρωθούν 15 έτη από τη διακοπή του καπνίσματος (Humphrey et al., 2013).

Στην κυρία Σοφία, η οποία καπνίζει, δεν θα προταθεί προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο του πνεύμονα, καθώς δεν έχει συμπληρώσει 30 pack years. Ωστόσο, προτείνεται συμβουλευτική για διακοπή του καπνίσματος με σκοπό την ελάττωση του καρδιαγγειακού κινδύνου (Lawson et al., 2009· U. S. Preventive Services Task Force, 2009b).

#### **4.2.3.5 Προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο του παχέος εντέρου**

Συνιστάται προσυμπτωματικός έλεγχος σε ασυμπτωματικούς ασθενείς 50 έως 75 ετών. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος μπορεί να περιλαμβάνει ένα από τα παρακάτω (Qaseem et al., 2012· Whitlock et al., 2008):

- Κάθε χρόνο μικροσκοπική εξέταση αίματος στα κόπρανα και, στην περίπτωση που η εξέταση είναι θετική, ο ασθενής παραπέμπεται για ενδοσκοπικό έλεγχο.
- Κάθε 5 χρόνια σιγμοειδοσκόπηση, ενώ ενδιάμεσα, κάθε 3 έτη, έλεγχος με μικροσκοπική εξέταση αίματος στα κόπρανα.
- Κάθε 10 έτη κολonosκόπηση.

#### **4.2.3.6 Προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας**

Η κυρία Σοφία αναφέρει στον οικογενειακό της γιατρό ότι είχε κάνει τεστ Παπανικολάου πριν από τρία χρόνια και όλα ήταν καλά. Τον ρωτάει αν χρειάζεται να κάνει ξανά.



Προτείνεται προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας κάθε τρία έτη σε γυναίκες 21 έως 65 ετών. Η κυρία Σοφία είναι 67 ετών, οπότε μπορεί να σταματήσει να υποβάλλεται πλέον σε προσυμπτωματικό έλεγχο, με την προϋπόθεση ότι οι προηγούμενοι τρεις διαδοχικοί έλεγχοι έγιναν τα τελευταία 10 χρόνια, ήταν και οι τρεις αρνητικοί και ο τελευταίος έχει γίνει την τελευταία πενταετία (Moyer & Force, 2012c).

#### 4.2.3.7 Προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο του μαστού

Η κυρία Σοφία αναφέρει, επίσης, ότι είχε κάνει μαστογραφία πριν από τέσσερα χρόνια και αναρωτιέται αν πρέπει να ξανακάνει.

Συνιστάται μαστογραφία κάθε δύο χρόνια σε γυναίκες 50 έως 74 ετών και, ανάλογα με την επιθυμία της ασθενούς, σε γυναίκες 40 έως 49 ετών. Επομένως, ο οικογενειακός γιατρός θα συστήσει στην κυρία Σοφία να ξανακάνει μαστογραφία (U. S. Preventive Services Task Force, 2009d).

#### 4.2.3.8 Προσυμπτωματικός έλεγχος για οστεοπόρωση

Η κυρία Σοφία συνεχίζει τη συζήτηση, αναφέροντας ότι μια φίλη της πρότεινε να πάρει συμπληρώματα διατροφής με βιταμίνη D και ασβέστιο. Ρωτάει, λοιπόν, τον οικογενειακό γιατρό αν κάτι τέτοιο μπορεί να προλάβει την οστεοπόρωση.

Προτείνεται μέτρηση οστικής πυκνότητας (Dual Energy X-ray Absorptiometry, DEXA) σε γυναίκες άνω των 65 ετών, καθώς και σε γυναίκες μικρότερες των 65 ετών για τις οποίες ο 10ετής κίνδυνος κατάγματος είναι ίσος ή μεγαλύτερος από τον κίνδυνο μιας 65χρονης γυναίκας καυκάσιας φυλής που δεν έχει άλλους παράγοντες κινδύνου (Nelson, Haney, Dana, Bougatsos, & Chou, 2010· U. S. Preventive Services Task Force, 2011). Ο 10ετής κίνδυνος κατάγματος υπολογίζεται με το FRAX score (<http://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.jsp?lang=gr>), το οποίο έχει μεταφραστεί στα ελληνικά και αποτελεί εργαλείο υπολογισμού του 10ετούς κινδύνου κατάγματος βάσει των εξής παραμέτρων:

- ηλικία,
- φύλο,
- βάρος,
- ύψος,
- ατομικό ιστορικό κατάγματος,
- ιστορικό κατάγματος σε έναν από τους γονείς,
- κάπνισμα,
- από του στόματος λήψη κορτικοστεροειδών (λήψη ισοδύναμη με περισσότερα από 5 mg πρεδνιζολόνης καθημερινά, για διάστημα μεγαλύτερο από 3 μήνες συνδέεται με οστεοπόρωση),
- ιστορικό ρευματοειδούς αρθρίτιδας,
- ύπαρξη κάποιου αιτίου δευτεροπαθούς οστεοπόρωσης,
- κατανάλωση αλκοόλ (περισσότερες από 3 μονάδες την ημέρα) και
- οστική πυκνότητα ισχίου (αν υπάρχει ήδη μέτρηση).

Τα αίτια δευτεροπαθούς οστεοπόρωσης είναι τα κάτωθι:

- σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1,
- ατελής οστεογένεση στους ενηλίκους,
- υπερθυρεοειδισμός για μεγάλο χρονικό διάστημα χωρίς θεραπεία,
- υπογοναδισμός ή πρόωμη εμμηνόπαυση,
- χρόνιος υποσιτισμός/υποθρεψία,
- δυσαπορρόφηση και χρόνια ηπατική νόσος.

Η αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης περιλαμβάνει (Chung, Lee, Terasawa, Lau, & Trikalinos, 2011· Moyer & U. S. Preventive Services Task Force, 2013b):

- συμπληρώματα βιταμίνης D και ασβεστίου,

- σωματική άσκηση και
- διφωσφονικά σε γυναίκες με μειωμένη οστική πυκνότητα χωρίς ιστορικό προηγούμενου κατάγματος.

Αναλυτικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση της οστεοπόρωσης στην Ελλάδα, σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας, μπορεί να αναζητήσει κανείς στην ιστοσελίδα της Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης (<http://www.greekphcguidelines.gr>).

#### 4.2.3.9 Παρεμβάσεις για την πρόληψη των πτώσεων στους ηλικιωμένους

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι επιρρεπείς στις πτώσεις (falls). Ως εκ τούτου, για ασθενείς άνω των 65 ετών με αυξημένο κίνδυνο, προτείνεται:

- φυσική άσκηση,
- φυσικοθεραπεία και
- χορήγηση βιταμίνης D (τουλάχιστον 800 IU την ημέρα).

Δεν υπάρχει, ωστόσο, συγκεκριμένο εργαλείο για τον υπολογισμό του κινδύνου πτώσεων. Επιβαρυντικοί παράγοντες θεωρούνται οι εξής (Michael et al., 2010· Moyer & Force, 2012a):

- ιστορικό πτώσεων,
- ιστορικό κινητικών προβλημάτων και
- χαμηλή απόδοση στη δοκιμασία: Get-Up-and-Go test.

Οι επιπλέον προληπτικές παρεμβάσεις, ειδικά για ασθενείς άνω των 60 ετών, συνοψίζονται ως εξής:

- εμβόλιο κατά του ιού της γρίπης,
- εμβόλιο κατά του πνευμονιόκοκκου,
- προσυμπτωματικός έλεγχος για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής (άνδρες άνω των 65 ετών, καπνιστές ή με ιστορικό καπνίσματος),
- προσυμπτωματικός έλεγχος για οστεοπόρωση (γυναίκες 65 ετών και άνω ή γυναίκες κάτω των 65 ετών με αυξημένο κίνδυνο κατάγματος) και
- φυσική άσκηση, φυσικοθεραπεία, βιταμίνη D (σε ασθενείς άνω των 65 ετών με αυξημένο κίνδυνο πτώσης).

Επιπρόσθετες προληπτικές παρεμβάσεις, ειδικά για εγκύους και παιδιά, μπορεί να αναζητήσει κανείς στον ιστότοπο του USPSTF (<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org>).

## Βιβλιογραφικές αναφορές

- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). Development and Validation of the AUDIT *AUDIT : the Alcohol Use Disorders Identification Test : guidelines for use in primary health care* (pp. 10-13). Geneva: World Health Organization.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). How to Help Patients *AUDIT : the Alcohol Use Disorders Identification Test : guidelines for use in primary health care* (pp. 20-25). Geneva: World Health Organization.
- Berger, J. S., Roncaglioni, M. C., Avanzini, F., Pangrazzi, I., Tognoni, G., & Brown, D. L. (2006). Aspirin for the primary prevention of cardiovascular events in women and men: a sex-specific meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA*, 295(3), 306-313. doi: 10.1001/jama.295.3.306
- Chung, M., Lee, J., Terasawa, T., Lau, J., & Trikalinos, T. A. (2011). Vitamin D with or without calcium supplementation for prevention of cancer and fractures: an updated meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*, 155(12), 827-838. doi: 10.7326/0003-4819-155-12-201112200-00005
- Dansinger, M. L., Tatsioni, A., Wong, J. B., Chung, M., & Balk, E. M. (2007). Meta-analysis: the effect of dietary counseling for weight loss. *Ann Intern Med*, 147(1), 41-50.
- Florez, K. R., Dubowitz, T., Ghosh-Dastidar, M. B., Beckman, R., & Collins, R. L. (2015). Associations between depressive symptomatology, diet, and body mass index among participants in the supplemental nutrition assistance program. *J Acad Nutr Diet*, 115(7), 1102-1108. doi: 10.1016/j.jand.2015.01.001
- Franklin, S. S., Thijs, L., Hansen, T. W., Li, Y., Boggia, J., Kikuya, M., . . . International Database on Ambulatory Blood Pressure in Relation to Cardiovascular Outcomes, I. (2012). Significance of white-coat hypertension in older persons with isolated systolic hypertension: a meta-analysis using the International Database on Ambulatory Blood Pressure Monitoring in Relation to Cardiovascular Outcomes population. *Hypertension*, 59(3), 564-571. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.111.180653
- Fryback, D. G., & Thornbury, J. R. (1991). The efficacy of diagnostic imaging. *Med Decis Making*, 11(2), 88-94.
- Guirguis-Blake, J. M., Beil, T. L., Sun, X., Senger, C. A., & Whitlock, E. P. (2014) *Primary Care Screening for Abdominal Aortic Aneurysm: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force*. Rockville (MD).
- Hira, R. S., Kennedy, K., Nambi, V., Jneid, H., Alam, M., Basra, S. S., . . . Virani, S. S. (2015). Frequency and practice-level variation in inappropriate aspirin use for the primary prevention of cardiovascular disease: insights from the National Cardiovascular Disease Registry's Practice Innovation and Clinical Excellence registry. *J Am Coll Cardiol*, 65(2), 111-121. doi: 10.1016/j.jacc.2014.10.035
- Humphrey, L. L., Deffebach, M., Pappas, M., Baumann, C., Artis, K., Mitchell, J. P., . . . Slatore, C. G. (2013). Screening for lung cancer with low-dose computed tomography: a systematic review to update the US Preventive services task force recommendation. *Ann Intern Med*, 159(6), 411-420. doi: 10.7326/0003-4819-159-6-201309170-00690
- Hyphantis, T., Kotsis, K., Voulgari, P. V., Tsifetaki, N., Creed, F., & Drosos, A. A. (2011). Diagnostic accuracy, internal consistency, and convergent validity of the Greek version of the patient health questionnaire 9 in diagnosing depression in rheumatologic disorders. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 63(9), 1313-1321. doi: 10.1002/acr.20505
- Kontogianni, M. D., Farmaki, A. E., Vidra, N., Sofrona, S., Magkanari, F., & Yannakoulia, M. (2010). Associations between lifestyle patterns and body mass index in a sample of Greek children and adolescents. *J Am Diet Assoc*, 110(2), 215-221. doi: 10.1016/j.jada.2009.10.035
- Krogsboll, L. T., Jorgensen, K. J., Gronhoj Larsen, C., & Gotzsche, P. C. (2012). General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 345, e7191. doi: 10.1136/bmj.e7191
- Kulasingam, S. L., Havrilesky, L. J., Ghebre, R., & Myers, E. R. (2013). Screening for cervical cancer: a modeling study for the US Preventive Services Task Force. *J Low Genit Tract Dis*, 17(2), 193-202. doi: 10.1097/LGT.0b013e3182616241
- Lawson, P. J., Flocke, S. A., & Casucci, B. (2009). Development of an instrument to document the 5A's for smoking cessation. *Am J Prev Med*, 37(3), 248-254. doi: 10.1016/j.amepre.2009.04.027
- LeFevre, M. L., & Force, U. S. P. S. T. (2014a). Screening for Chlamydia and gonorrhea: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*, 161(12), 902-910. doi: 10.7326/M14-1981
- LeFevre, M. L., & Force, U. S. P. S. T. (2014b). Screening for hepatitis B virus infection in nonpregnant adolescents and adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*, 161(1), 58-66. doi: 10.7326/M14-1018
- Lin, J. S., Eder, M., & Weinmann, S. (2011). Behavioral counseling to prevent skin cancer: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*, 154(3), 190-201. doi: 10.7326/0003-4819-154-3-201102010-00009

- Lin, J. S., O'Connor, E., Evans, C. V., Senger, C. A., Rowland, M. G., & Groom, H. C. (2014). Behavioral counseling to promote a healthy lifestyle in persons with cardiovascular risk factors: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*, *161*(8), 568-578. doi: 10.7326/M14-0130
- Mandelblatt, J. S., Cronin, K. A., Bailey, S., Berry, D. A., de Koning, H. J., Draisma, G., . . . Surveillance Modeling, N. (2009). Effects of mammography screening under different screening schedules: model estimates of potential benefits and harms. *Ann Intern Med*, *151*(10), 738-747. doi: 10.7326/0003-4819-151-10-200911170-00010
- Markowitz, L. E., Dunne, E. F., Saraiya, M., Chesson, H. W., Curtis, C. R., Gee, J., . . . Prevention. (2014). Human papillomavirus vaccination: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep*, *63*(RR-05), 1-30.
- Michael, Y. L., Whitlock, E. P., Lin, J. S., Fu, R., O'Connor, E. A., Gold, R., & Force, U. S. P. S. T. (2010). Primary care-relevant interventions to prevent falling in older adults: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*, *153*(12), 815-825. doi: 10.7326/0003-4819-153-12-201012210-00008
- Moussas, G., Dadouti, G., Douzenis, A., Poulis, E., Tzelembis, A., Bratis, D., . . . Lykouras, L. (2009). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): reliability and validity of the Greek version. *Ann Gen Psychiatry*, *8*, 11. doi: 10.1186/1744-859X-8-11
- Moyer, V. A., & Force, U. S. P. S. T. (2012a). Prevention of falls in community-dwelling older adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*, *157*(3), 197-204. doi: 10.7326/0003-4819-157-3-201208070-00462
- Moyer, V. A., & Force, U. S. P. S. T. (2012b). Screening for and management of obesity in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*, *157*(5), 373-378. doi: 10.7326/0003-4819-157-5-201209040-00475
- Moyer, V. A., & Force, U. S. P. S. T. (2012c). Screening for cervical cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*, *156*(12), 880-891, W312. doi: 10.7326/0003-4819-156-12-201206190-00424
- Moyer, V. A., & Force, U. S. P. S. T. (2013). Screening for hepatitis C virus infection in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*, *159*(5), 349-357. doi: 10.7326/0003-4819-159-5-201309030-00672
- Moyer, V. A., & Force, U. S. P. S. T. (2014). Risk assessment, genetic counseling, and genetic testing for BRCA-related cancer in women: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*, *160*(4), 271-281. doi: 10.7326/M13-2747
- Moyer, V. A., & Preventive Services Task, F. (2013). Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med*, *159*(3), 210-218. doi: 10.7326/0003-4819-159-3-201308060-00652
- Moyer, V. A., & U. S. Preventive Services Task Force. (2013a). Screening for HIV: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*, *159*(1), 51-60. doi: 10.7326/0003-4819-159-1-201307020-00645
- Moyer, V. A., & U. S. Preventive Services Task Force. (2013b). Vitamin D and calcium supplementation to prevent fractures in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*, *158*(9), 691-696. doi: 10.7326/0003-4819-158-9-201305070-00603
- Nelson, H. D., Haney, E. M., Dana, T., Bougatsos, C., & Chou, R. (2010). Screening for osteoporosis: an update for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*, *153*(2), 99-111. doi: 10.7326/0003-4819-153-2-201007200-00262
- Nelson, H. D., Smith, M. E., Griffin, J. C., & Fu, R. (2013). Use of medications to reduce risk for primary breast cancer: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*, *158*(8), 604-614. doi: 10.7326/0003-4819-158-8-201304160-00005
- Nigatu, Y. T., Reijneveld, S. A., Penninx, B. W., Schoevers, R. A., & Bultmann, U. (2015). The longitudinal joint effect of obesity and major depression on work performance impairment. *Am J Public Health*, *105*(5), e80-86. doi: 10.2105/AJPH.2015.302557
- Norris, S. L., Kansagara, D., Bougatsos, C., Fu, R., & Force, U. S. P. S. T. (2008). Screening adults for type 2 diabetes: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*, *148*(11), 855-868.
- O'Connor, E. A., Lin, J. S., Burda, B. U., Henderson, J. T., Walsh, E. S., & Whitlock, E. P. (2014). Behavioral sexual risk-reduction counseling in primary care to prevent sexually transmitted infections: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*, *161*(12), 874-883. doi: 10.7326/M14-0475
- O'Connor, E. A., Whitlock, E. P., Beil, T. L., & Gaynes, B. N. (2009). Screening for depression in adult patients in primary care settings: a systematic evidence review. *Ann Intern Med*, *151*(11), 793-803. doi: 10.7326/0003-4819-151-11-200912010-00007
- Patnode, C. D., O'Connor, E., Whitlock, E. P., Perdue, L. A., Soh, C., & Hollis, J. (2013). Primary care-relevant interventions for tobacco use prevention and cessation in children and adolescents: a systematic evidence review

- for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*, 158(4), 253-260. doi: 10.7326/0003-4819-158-4-201302190-00580
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol*, 47(9), 1102-1114.
- Qaseem, A., Denberg, T. D., Hopkins, R. H., Jr., Humphrey, L. L., Levine, J., Sweet, D. E., . . . Clinical Guidelines Committee of the American College of P. (2012). Screening for colorectal cancer: a guidance statement from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*, 156(5), 378-386. doi: 10.7326/0003-4819-156-5-201203060-00010
- Stone, N. J., Robinson, J. G., Lichtenstein, A. H., Goff, D. C., Jr., Lloyd-Jones, D. M., Smith, S. C., Jr., . . . Panel, A. A. C. G. (2014). Treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular disease risk in adults: synopsis of the 2013 American College of Cardiology/American Heart Association cholesterol guideline. *Ann Intern Med*, 160(5), 339-343. doi: 10.7326/M14-0126
- U. S. Preventive Services Task Force. (2007). Screening for high blood pressure: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med*, 147(11), 783-786. doi: doi:10.7326/0003-4819-147-11-200712040-00009
- U. S. Preventive Services Task Force. (2008). Screening for type 2 diabetes mellitus in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*, 148(11), 846-854. doi: doi:10.7326/0003-4819-148-11-200806030-00007
- U. S. Preventive Services Task Force. (2009a). Aspirin for the prevention of cardiovascular disease: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*, 150(6), 396-404.
- U. S. Preventive Services Task Force. (2009b). Counseling and interventions to prevent tobacco use and tobacco-caused disease in adults and pregnant women: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med*, 150(8), 551-555.
- U. S. Preventive Services Task Force. (2009c). Screening and treatment for major depressive disorder in children and adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Pediatrics*, 123(4), 1223-1228. doi: 10.1542/peds.2008-2381
- U. S. Preventive Services Task Force. (2009d). Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*, 151(10), 716-726, W-236. doi: 10.7326/0003-4819-151-10-200911170-00008
- U. S. Preventive Services Task Force. (2009e). Screening for depression in adults: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med*, 151(11), 784-792. doi: 10.7326/0003-4819-151-11-200912010-00006
- U. S. Preventive Services Task Force. (2009f). Screening for syphilis infection in pregnancy: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med*, 150(10), 705-709.
- U. S. Preventive Services Task Force. (2011). Screening for osteoporosis: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med*, 154(5), 356-364. doi: 10.7326/0003-4819-154-5-201103010-00307
- U. S. Preventive Services Task Force, & Barton, M. (2010). Screening for obesity in children and adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Pediatrics*, 125(2), 361-367. doi: 10.1542/peds.2009-2037
- Vesco, K. K., Whitlock, E. P., Eder, M., Burda, B. U., Senger, C. A., & Lutz, K. (2011). Risk factors and other epidemiologic considerations for cervical cancer screening: a narrative review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*, 155(10), 698-705, W216. doi: 10.7326/0003-4819-155-10-201111150-00377
- Vesco, K. K., Whitlock, E. P., Eder, M., Lin, J., Burda, B. U., Senger, C. A., . . . Zuber, S. (2011) *Screening for Cervical Cancer: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force*. Rockville (MD).
- Whitlock, E. P., Lin, J. S., Liles, E., Beil, T. L., & Fu, R. (2008). Screening for colorectal cancer: a targeted, updated systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*, 149(9), 638-658. doi: doi:10.7326/0003-4819-149-9-200811040-00245
- Whitlock, E. P., Polen, M. R., Green, C. A., Orleans, T., Klein, J., & Force, U. S. P. S. T. (2004). Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*, 140(7), 557-568.
- Williams, S. B., O'Connor, E. A., Eder, M., & Whitlock, E. P. (2009). Screening for child and adolescent depression in primary care settings: a systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics*, 123(4), e716-735. doi: 10.1542/peds.2008-2415
- Zakher, B., Cantor, A. G., Pappas, M., Daeges, M., & Nelson, H. D. (2014). Screening for gonorrhea and Chlamydia: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*, 161(12), 884-893. doi: 10.7326/M14-1022
- Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών (Producer). (2015). *Πρόγραμμα Εμβολιασμών Ενηλίκων*. Retrieved from <http://www.keelpno.gr/>

## Ευρετήριο όρων

- εκτίμηση καρδιαγγειακού κινδύνου (cardiovascular risk assessment) 70  
εκτίμηση κινδύνου (risk assessment) 69  
ιός της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (Human Immunodeficiency Virus) 81  
ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων (Human Papillomavirus Vaccination) 82  
Ομάδα Δράσης για Προληπτικές Υπηρεσίες των Ηνωμένων Πολιτειών (US Preventive Services Task Force) 68,76  
πρόληψη (prevention) 66  
προσυμπτωματικός έλεγχος (screening) 67  
πτώση (fall) 88  
συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας (quit lines) 72

## Κεφάλαιο 5

### Ολοκληρωμένη φροντίδα για τους ηλικιωμένους

B. Καραθάνος και Α. Τατσιώνη

#### Σύνοψη

Η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού αποτελεί κοινό φαινόμενο όλων των δυτικών κοινωνιών τις τελευταίες δεκαετίες και αντιμετωπίζεται συχνά από την πολιτεία και τις υπηρεσίες υγείας ως κρίση που απειλεί την κοινωνική σταθερότητα. Ο πληθυσμός των ηλικιωμένων δεν μπορεί να θεωρηθεί απλά ως ένα υποσύνολο του γενικού πληθυσμού, καθώς εμφανίζει σημαντικές διαφορές ως προς τη δομή του. Οι όροι «ηλικιωμένος», «γήρας» και «τρίτη ηλικία» παραμένουν ασαφείς. Η παροχή φροντίδας στους ηλικιωμένους αποτελεί μια πολύπλοκη διαδικασία λόγω της συνύπαρξης ενός αριθμού παραγόντων που επηρεάζουν τη διαχείριση των προβλημάτων τους. Εξαιτίας των αλλαγών στις λειτουργίες του οργανισμού κατά τη γήρανση, οι ηλικιωμένοι είναι ιδιαίτερα ευπαθείς. Κατά την εκτίμηση ενός ηλικιωμένου στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, προτείνεται μια σειρά από ερωτήσεις και απλές διαγνωστικές δοκιμασίες, οι οποίες μπορούν να εντοπίσουν πιθανά ελλείμματα στις λειτουργίες του. Το προτεινόμενο μοντέλο για τη διαχείριση τέτοιων ασθενών στοχεύει στη διασφάλιση υψηλής ποιότητας φροντίδας και καλής σχέση κόστους–αποτελεσματικότητας. Οι πτώσεις είναι πολύ συχνές στα άτομα μεγάλης ηλικίας και έχουν ως συνέπεια την αυξημένη νοσηρότητα του ηλικιωμένου ή ακόμη και τον θάνατό του. Έτσι, λόγω της ιδιαιτερότητας της φύσης τους, έχει αναπτυχθεί ένας αριθμός εργαλείων αξιολόγησης του κινδύνου πτώσης και εφαρμόζεται στους χώρους που διαμένουν οι ηλικιωμένοι.

**Προαπαιτούμενη γνώση:** Φυσιολογία της γήρανσης, εργαλεία διαλογής, κλινικοί προγνωστικοί κανόνες, αξιολόγηση εργαλείων διαλογής και κλινικών προγνωστικών κανόνων, κατευθυντήριες οδηγίες πρόληψης για ηλικιωμένους.

## 5.1 Γήρανση

Τις τελευταίες δεκαετίες η δημογραφική γήρανση προβληματίζει όλες τις χώρες της Ευρώπης: η έκταση και η ένταση του φαινομένου αναδεικνύει την αναγκαιότητα λήψης μέτρων, τα οποία περιλαμβάνονται σήμερα και στους άξονες προτεραιότητας χάραξης ευρωπαϊκών πολιτικών. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (European Commission), στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Σύμπραξης Καινοτομίας για την Ενεργό και Υγιή Γήρανση (European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing), έχει εστιάσει την προσοχή της σε μια σειρά δράσεων που έχουν ως σκοπό τη μεταφορά της περίθαλψης από το νοσοκομείο στο σπίτι του ηλικιωμένου ασθενή, κάτι που είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την ποιότητα της ζωής του. Στόχος της ευρωπαϊκής αυτής στρατηγικής είναι να βοηθήσει τους ηλικιωμένους να είναι αυτόνομοι, υγιείς και παραγωγικοί για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, και να συνεχίζουν να απολαμβάνουν την άνεση του σπιτιού τους. Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τις επιμέρους δράσεις της στρατηγικής για την ενεργό και υγιή γήρανση (active and healthy ageing) υπάρχουν στον ιστότοπο της Ευρωπαϊκής Σύμπραξης ([http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index\\_en.cfm?section=active-healthy-ageing](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing)).

Με μια αναλυτική εξέταση των πρόσφατων πληθυσμιακών μεταβολών, διαπιστώνεται ότι, και στην Ελλάδα, η τάση για γήρανση του πληθυσμού (η τάση, δηλαδή, αύξησης του ποσοστού των ηλικιωμένων στον συνολικό πληθυσμό) συνεχίζεται απρόσκοπτα. Ο ελληνικός πληθυσμός διαρκώς «γερνάει», καθώς παρατηρείται αύξηση του μέσου όρου ηλικίας και ταυτόχρονη μείωση των γεννήσεων. Ο μέσος όρος ζωής αυξάνεται διαρκώς: Για τους άνδρες, ενώ το 1981 ήταν 72,2 έτη, το 1996 ήταν 75,1 έτη και για τις γυναίκες 76,5 και 80,3 έτη αντίστοιχα ([Δοντάς, 1981](#)). Η συνολική αύξηση του πληθυσμού οφείλεται στην αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων και στην εισροή μεταναστών από το εξωτερικό ([Κοτζαμάνης & Μαράτου Αλιπραντή, 1996](#)). Πάρα τη θετική συμβολή των μεταναστών, που έρχονται για να εγκατασταθούν και να εργαστούν στην Ελλάδα, το ποσοστό των ηλικιωμένων αυξάνεται στον δημογραφικό δυναμισμό της χώρας ([Μπένογ, 1999](#)), τόσο στον αγροτικό όσο και στον αστικό χώρο ([Αμανατίδου, 2000](#)).

Η δημογραφική γήρανση, καθώς και ο τρόπος ζωής των ατόμων μεγάλης ηλικίας, έχουν προκαλέσει το ενδιαφέρον των επιστημόνων και της κοινής γνώμης. Το ενδιαφέρον άρχισε στις δεκαετίες 1950 και 1960, όταν είδαν το φως οι πρώτες δημογραφικές μελέτες που ανέλυαν τη γήρανση του πληθυσμού. Στη δεκαετία του 1970 δόθηκε έμφαση στους υπερηλικούς οι οποίοι ορίζονταν ως άτομα άνω των 75 ετών. Στη δεκαετία του 1980 έγιναν οι περισσότερες μελέτες για τη γήρανση του πληθυσμού, τα αίτια και τις επιπτώσεις της ([Λιονής, 1996](#)).

Η γήρανση είναι ένα φυσιολογικό φαινόμενο, όπου με την πάροδο του χρόνου παρατηρούνται προοδευτικές, μη αναστρέψιμες μεταβολές στη λειτουργία των οργάνων, με μηχανισμούς που δεν είναι ακόμη πλήρως κατανοητοί. Παρά το γεγονός ότι υπάρχει διάκριση μεταξύ «χρονολογικής» και «βιολογικής» ηλικίας, η οποία και απεικονίζει τη φυσιολογική φθορά, ο οργανισμός χάνει κάθε χρόνο (μετά το 40ο έτος της ηλικίας) το 1% των φυσιολογικών λειτουργιών του. Η γυναικεία γονιμότητα είναι μία από τις βασικές λειτουργίες που επηρεάζεται και μειώνεται όσο η ηλικία αυξάνεται. Έτσι, οι γυναίκες φαίνεται να χάνουν μεγάλο ποσοστό γονιμότητας μετά το 30ο έτος της ηλικίας τους, μέχρι το 50ο περίπου έτος, οπότε εισέρχονται στην εμμηνόπαυση. Επιπλέον, λειτουργίες όπως η νευρική αγωγιμότητα, η καρδιακή και η νεφρική λειτουργία, η αναπνευστική ικανότητα και, γενικότερα, το έργο που παράγει ένας άνθρωπος φαίνεται να μειώνονται σημαντικά με την πάροδο του χρόνου και την αύξηση της ηλικίας ([Myers, 1990](#)).

Ο πληθυσμός των ηλικιωμένων δεν μπορεί να θεωρηθεί απλά ως ένα υποσύνολο του γενικού πληθυσμού, καθώς εμφανίζει σημαντικές διαφορές στη δομή του. Παρατηρείται μια σταθερή υπεροχή του γυναικείου φύλου, που στην ηλικία των 85 ετών φτάνει την αναλογία 3:1 ([Brassington, King, & Bliwise, 2000](#)). Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται στην Ελλάδα μια σημαντική αναλογικά αύξηση των «πολύ ηλικιωμένων», ηλικίας άνω των 80 ετών ([Λιονής, 1996](#)). Σημαντικοί δείκτες, όπως η οικογενειακή κατάσταση και οι συνθήκες διαμονής, αλλάζουν δραματικά πάνω από την ηλικία των 65 ετών. Τα φαινόμενα αυτά δεν βιώνονται ως μεμονωμένες εμπειρίες, αλλά αποτελούν βιώματα γενεών: οι άνθρωποι εισέρχονται στα «γηρατεία» ως άτομα αλλά και ως μέλη ενός συνόλου με κοινές εμπειρίες, αντιλήψεις και προσδοκίες ([Buchner et al., 1997](#)).

Το ηλικιακό όριο των 65 ετών σχετίζεται περισσότερο με τη συνταξιοδότηση και λιγότερο με την επιδείνωση των φυσιολογικών λειτουργιών. Η έκπτωση των μηχανισμών προσαρμογής του ανθρώπινου σώματος είναι μια διαδικασία συνεχής, η οποία καταλήγει συχνά στην πρόκληση σύνθετων κλινικών προβλημάτων. Ως ηλικιωμένοι ορίζονται συμβατικά οι άνθρωποι ηλικίας άνω των 65 ετών, οπότε οι



περισσότερες στατιστικές απογραφής ταξινομούν ως ηλικιωμένο πληθυσμό τα άτομα άνω των 60-65 ετών. Αυτή η συμβατική κατηγοριοποίηση έχει ως αποτέλεσμα άτομα ηλικίας πολύ μεγαλύτερης από τα 65 έτη να συμπεριλαμβάνονται στις μελέτες με άτομα νεότερα, πολύ διαφορετικής φυσικής κατάστασης, συγκροτώντας τελικά μια ετερογενή ομάδα με μεγάλες διακυμάνσεις στη φυσική και διανοητική υγεία. Ως ηλικιωμένος ενήλικος θεωρείται αυτός που για βιολογικούς λόγους που σχετίζονται με το πέρας της ηλικίας σταματά να εργάζεται. Στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες, ο ορισμός διατυπώνεται με βάση την ηλικία στην οποία μπορεί κάποιος να συνταξιοδοτηθεί.

Οι όροι «ηλικιωμένος», «γήρας» και «τρίτη ηλικία» παραμένουν ασαφείς και, παρόλο που δεν υπάρχει αυστηρώς καθορισμένο βιολογικό όριο, το 65ο έτος θεωρείται συνήθως το μεταίχμιο της μετάβασης στην τρίτη ηλικία. Με βάση τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), τα έτη 75-90 αντιστοιχούν στην 4η ηλικία και τα έτη πάνω από 90 στην 5η ηλικία. Επίσης, ως πραγματικά υπερήλικες (aged) χαρακτηρίζονται οι άνω των 75 ετών, ενώ ως νεότεροι υπερήλικες (elderly) οι μεταξύ 65-74 ετών ([Χανιώτης, 1999](#)).

«Υπερήλικος ασθενής θεωρείται εκείνος, του οποίου η κατάσταση της υγείας αρχίζει να επηρεάζει τις αποφάσεις στις κατευθυντήριες γραμμές της υγείας» ([World Health Organisation, 1984](#)). Η διεθνής βιβλιογραφία ([Drag & Bieliauskas, 2010](#), [Steverink, 2001](#)) δείχνει ότι η αύξηση της ηλικίας και η σωματική και γνωσιακή έκπτωση είναι αλληλένδετα στοιχεία κι έχουν ως αποτέλεσμα δυσκολίες σε καθημερινές δραστηριότητες, στην αυτόνομη διαβίωση και στη μνήμη ([Salthouse, 1996](#)). Η χρονολογική ηλικία είναι ένας φτωχός προγνωστικός παράγοντας της λειτουργικής κατάστασης αλλά και του προσδόκιμου επιβίωσης ενός ασθενή, καθότι σημαντικές κρίνονται άλλες παράμετροι, όπως το φύλο, το οργανικό προφίλ, το ιστορικό ασθενειών και της επακόλουθης τους νοσηρότητας, καθώς και το κοινωνικό πλαίσιο (π.χ., οικονομικοί πόροι, οικογενειακή υποστήριξη), το οποίο παίζει επίσης σημαντικό ρόλο ([US Social Security Administration, 2005](#)).

Το ενδιαφέρον για τη γήρανση των πληθυσμών και των ατόμων συνδέεται με ([Fries, 1980](#)):

- τη μεγάλη αύξηση του αριθμού και της αναλογίας των ηλικιωμένων,
- τις αλλαγές που σημειώθηκαν στις τελευταίες δεκαετίες στις δημογραφικές μεταβλητές (μεταβολές στη γονιμότητα, τη θνησιμότητα και τις μεταναστεύσεις) και
- τις μεταβολές στη δομή της οικογένειας και στο μέγεθος των νοικοκυριών, οι οποίες είχαν επιπτώσεις στη ζωή των ηλικιωμένων.

Καθώς οι άνθρωποι γερνούν, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να ασθενήσουν και να αποκτήσουν κάποια αναπηρία, χρησιμοποιούν περισσότερο τις υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας και προκαλούν μεγαλύτερες δαπάνες ιατρικής περίθαλψης. Αν και δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η προχωρημένη ηλικία είναι προάγγελος νοσηρότητας και θνησιμότητας, η αξία αυτής της πρόβλεψης είναι μάλλον περιορισμένη. Το επίπεδο υγείας των ηλικιωμένων είναι καλύτερο από ό,τι γενικά θεωρείται και διαφέρει σημαντικά από άτομο σε άτομο ([Binder, 2002](#)).

Η αύξηση της νοσηρότητας και της εξάρτησης που παρατηρείται στους ηλικιωμένους έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά ([Brassington et al., 2000](#)):

1. Υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης: Οι ηλικιωμένοι αρρωσταίνουν πιο συχνά από τους νέους.
2. Εμφάνιση των ασθενειών του γήρατος: Κυριαρχούν τα χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα και ιδιαίτερα οι ασθένειες του καρδιαγγειακού συστήματος, οι νόσοι των αγγείων του εγκεφάλου, τα ατυχήματα, οι ψυχικές διαταραχές, η φυσική αναπηρία και οι σχετιζόμενες με το γήρας πνευματικές διαταραχές. Η γεροντική άνοια είναι μια τυπική ασθένεια των ηλικιωμένων για την οποία απαιτούνται συχνά επαγγελματικές υπηρεσίες φροντίδας.
3. Επιβράδυνση της ίασης: Οι ηλικιωμένοι, γενικά, χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να αναρρώσουν από μια ασθένεια και υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος οι ασθένειες να γίνουν χρόνιες.
4. Πολλαπλή νοσηρότητα: Οι ηλικιωμένοι, κατά κανόνα, πάσχουν από πολλές ασθένειες ταυτόχρονα.
5. Χρήση υπηρεσιών υγείας: Οι ηλικιωμένοι, συνήθως, χρησιμοποιούν περισσότερο τις υγειονομικές υπηρεσίες, γιατί χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να αναρρώσουν.

## 5.2 Οι προκλήσεις στη διαχείριση των ηλικιωμένων

Η παροχή φροντίδας στους ηλικιωμένους ενήλικες αποτελεί μία πολύπλοκη διαδικασία λόγω της συνύπαρξης ενός αριθμού παραγόντων, που επηρεάζουν τη διαχείριση των προβλημάτων τους (Darer, Hwang, Pham, Bass & Anderson 2004) Η ομάδα αυτή των ενηλίκων συμπεριλαμβάνει συχνά ασθενείς με πολλαπλή νοσηρότητα (Boyd & Fortin 2011· Mercer, Smith & WykeS 2009· Boyd, Darer & Boulton, 2005· Valderas, Starfield & Sibbald, 2009) Συγκεκριμένα, πάνω από το 50% των ηλικιωμένων έχουν τρία ή περισσότερα χρόνια νοσήματα. (Anderson, 2010) Επιπλέον, με την πάροδο της ηλικίας παρατηρείται μια σταδιακή επιδείνωση των φυσιολογικών λειτουργιών με κύριο χαρακτηριστικό την έκπτωση των μηχανισμών προσαρμογής. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αλλαγή της κλινικής εικόνας με την οποία παρουσιάζονται τα διάφορα νοσήματα. Παράλληλα, επέρχονται σημαντικές αλλαγές και στον κοινωνικό ρόλο των ηλικιωμένων, με τη διακοπή της εργασίας, την απόσυρση από την οικονομική δραστηριότητα, τον περιορισμό των κοινωνικών επαφών και την εξάρτησή τους από τα άτομα που τους φροντίζουν. Στο πλαίσιο αυτών των αλλαγών, η λειτουργική αυτονομία και η ποιότητα ζωής είναι οι δύο σημαντικότεροι στόχοι για την επίτευξη ενός ικανοποιητικού επίπεδου υγείας. Η αυτονομία και η ποιότητα ζωής απειλούνται από τη σύνθετη και πολύπλοκη παθολογία της τρίτης ηλικίας, η οποία χαρακτηρίζεται από σημαντική αύξηση του επιπολασμού των νοσημάτων φθοράς, μεγάλη συννοσηρότητα και αυξημένη χρήση υπηρεσιών υγείας και κατανάλωση φαρμάκων (Alexander, Rivara & Wolf, 1992).

Η πολλαπλή νοσηρότητα συνδέεται με αρνητικές συνέπειες, συμπεριλαμβανομένου του θανάτου, της αναπηρίας, της ιδρυματοποίησης, με αποτέλεσμα τη μεγαλύτερη χρήση των πόρων υγειονομικής περίθαλψης, τη φτωχότερη ποιότητα ζωής και την αύξηση του ποσοστού των ανεπιθύμητων επιπτώσεων της θεραπείας ή των παρεμβάσεων (Boyd & Fortin, 2011· Boyd, Darer & Boulton, 2005· Tinetti, Bogardus & Agostini, 2004· Barnett, Smith & Lord, 2003· Williams & Baumand, 2003). Ταυτόχρονα, οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι μία αρκετά ετερογενής ομάδα, που δημιουργεί δυσκολίες στην εφαρμογή ενός ενιαίου πλάνου διαχείρισης. Μέχρι στιγμής φαίνεται ότι, στρατηγικές ολοκληρωμένης φροντίδας που δεν εστιάζουν σε μία συγκεκριμένη νόσο καθώς και παρεμβάσεις που στοχεύουν στην αντιμετώπιση των συχνών συνδρόμων στους ηλικιωμένους, μπορεί να βοηθήσουν την ομάδα αυτή του πληθυσμού. (Anderson & Wood, 2010· Boulton & Wieland, 2010· Counsell, Callahan & Clark, 2007· Pedulla & Eleazer, 1997· Tinetti, Bogardus & Agostini, 2004) Επίσης, απαιτείται μια εξατομικευμένη προσέγγιση, ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του κάθε ηλικιωμένου και τα χαρακτηριστικά της χώρας στην οποία ζει. Ένα ουσιαστικό πρόβλημα είναι ότι οι τεκμηριωμένες κατευθυντήριες οδηγίες στην κλινική πρακτική, αν και είναι διαθέσιμες για πολλές νόσους, επικεντρώνονται σε συγκεκριμένες παθήσεις αποτελώντας εμπόδιο στη διαχείριση της πολλαπλής νοσηρότητας των ηλικιωμένων ασθενών (Boyd, Darer & Boulton, 2005· Tinetti, Bogardus & Agostini 2004· Mutasingwa, Ge & Upshur, 2011· Cox, Kloseck & Crilly, 2011· Lugtenberg, Burgers & Clancy, 2011· Fortin, Contant & Savard, 2011). Στις μελέτες που βασίζονται οι κατευθυντήριες οδηγίες, η ομάδα των ηλικιωμένων συχνά έχει αποκλειστεί με αποτέλεσμα την απουσία άμεσων δεδομένων για τους ασθενείς αυτούς. (Boyd, Darer & Boulton, 2005· Lugtenberg, Burgers & Clancy, 2011) Επιπλέον δεν λαμβάνουν υπόψη μια σειρά από συχνά προβλήματα, που συνδέονται με τη γήρανση καθώς και θέματα πρόληψης. Σε μία προσπάθεια ανάπτυξης ενός πλαισίου για τη διαχείριση των ηλικιωμένων, η Αμερικάνικη Εταιρεία Γηριατρικής (American Geriatrics Society, <http://www.americangeriatrics.org>) πρότεινε μία προσέγγιση, που έχει ως βασική προϋπόθεση την παροχή φροντίδας στους ηλικιωμένους από μία ομάδα υγείας. (American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity, 2012) Η παραπάνω προσέγγιση βασίζεται σε πέντε αρχές:

- Στη διερεύνηση των προτιμήσεων του ηλικιωμένου
- Στην ερμηνεία των διαθέσιμων τεκμηρίων για τη δυνατότητα εφαρμογής τους στον ηλικιωμένο
- Στην εκτίμηση της πρόγνωσης
- Στην προσαρμογή του πλάνου ώστε να είναι εφικτό
- Στην επιλογή στρατηγικών για την εφαρμογή του πλάνου διαχείρισης, που θα ενισχύουν το όφελος και θα ελαττώνουν τις βλαπτικές συνέπειες και θα βελτιώνουν την ποιότητα ζωής για τον ηλικιωμένο.

### 5.2.1 Γενική εκτίμηση των ηλικιωμένων

Λόγω των αλλαγών στις λειτουργίες του οργανισμού κατά τη γήρανση, οι ηλικιωμένοι είναι ιδιαίτερα ευπαθείς (frail). Το σύνδρομο ευαλωτότητας (frailty syndrome) οφείλεται σε πολλαπλούς παράγοντες και εμφανίζεται όταν οι στρεσογόνες για την υγεία καταστάσεις ξεπερνούν τις σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές αντοχές του ηλικιωμένου (Espinoza & Walston, 2005· Rockwood et al., 2005). Υπάρχουν τεκμήρια που βεβαιώνουν ότι η εκπαίδευση, η πρόληψη και η προαγωγή ενός υγιούς τρόπου ζωής σε τομείς όπως η διατροφή, η φυσική άσκηση, η κοινωνική και πνευματική δραστηριότητα, όταν αρχίζουν από νεαρή ηλικία και συνεχίζονται καθώς ο πληθυσμός γερνά, μπορούν να προαγάγουν την ανάπτυξη ενός υγιούς τρόπου γήρανσης και να ελαττώσουν την επίπτωση του συνδρόμου ευαλωτότητας και τη χρονική διάρκεια μιας εξαρτημένης διαβίωσης για τον ηλικιωμένο (Fried, 1994).

Κατά την εκτίμηση ενός ηλικιωμένου στην πρωτοβάθμια φροντίδα, προτείνεται μια σειρά από ερωτήσεις και απλές διαγνωστικές δοκιμασίες, οι οποίες μπορούν να εντοπίσουν πιθανά ελλείμματα στις λειτουργίες του (Reuben, 2009). Η εντόπιση τέτοιων ελλειμμάτων έχει ως σκοπό την υιοθέτηση παρεμβάσεων που θα τα μειώσουν και θα καταστήσουν έτσι τον ηλικιωμένο λιγότερο ευπαθή. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται οι λειτουργίες που προτείνονται για έλεγχο και οι αντίστοιχες ερωτήσεις ή διαγνωστικές δοκιμασίες για τον έλεγχο της καθεμιάς.

- **Λειτουργική κατάσταση - Βασικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (Activities of daily living, ADLs):** Ερωτήσεις σχετικά με το αν ο ηλικιωμένος μπορεί να κάνει τις παρακάτω δραστηριότητες μόνος του: μπάνιο, ντύσιμο, να πάει τουαλέτα, μετακίνηση, έλεγχος των σφικτήρων, σίτιση. Βαθμολόγηση ανάλογα με το αν είναι σε θέση να τις ολοκληρώσει χωρίς βοήθεια, αν μπορεί αλλά με δυσκολία, αν δεν μπορεί να ολοκληρώσει χωρίς βοήθεια.

- **Λειτουργική κατάσταση - Σύνθετες δραστηριότητες της Καθημερινής ζωής (Instrumental activities of daily living, IADLs):** Ερωτήσεις σχετικά με το αν ο ηλικιωμένος μπορεί να κάνει τις παρακάτω δραστηριότητες μόνος του: χρήση τηλεφώνου, προετοιμασία γεύματος, οικιακές εργασίες, πλύσιμο, χρήση μέσων μαζικής μεταφοράς ή οδήγηση, λήψη φαρμακευτικής αγωγής ή διαχείριση οικονομικών. Βαθμολόγηση ανάλογα με το αν είναι σε θέση να τις ολοκληρώσει χωρίς βοήθεια, αν μπορεί αλλά με δυσκολία, αν δεν μπορεί να ολοκληρώσει χωρίς βοήθεια.

- **Διαταραχές της όρασης:** Ερωτήσεις όπως «Έχετε δυσκολία στην οδήγηση ή όταν βλέπετε τηλεόραση ή διαβάζετε ή όταν κάνετε οποιαδήποτε από τις καθημερινές σας δραστηριότητες λόγω της όρασής σας, ακόμα και φορώντας γυαλιά.» Η καταφατική απάντηση υποδηλώνει ότι η εξέταση είναι θετική. Εναλλακτικά, μπορεί να γίνει έλεγχος της όρασης με τη χρήση του πίνακα Snellen.

- **Διαταραχές ακοής:** Χρήση του εργαλείου από τη μελέτη National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) (Reuben, 1998). Η εξέταση θεωρείται θετική όταν το σύνολο των βαθμών είναι τουλάχιστον 3. Περιλαμβάνει τις παρακάτω ερωτήσεις:

- Είναι η ηλικία σας πάνω από 70 έτη; (Σε καταφατική απάντηση: 1 βαθμός)
- Ποιο είναι το φύλο σας; (Αν είναι άνδρας: 1 βαθμός)
- Έχετε 12 ή λιγότερα χρόνια εκπαίδευσης; (Σε καταφατική απάντηση: 1 βαθμός)
- Έχετε ποτέ επισκεφθεί γιατρό λόγω διαταραχής στην ακοή σας; (Σε καταφατική απάντηση: 2 βαθμοί)
- Χωρίς ακουστικό βαρηκοΐας, μπορείτε συνήθως να ακούσετε και να καταλάβετε τι λέει κάποιος χωρίς να έχετε οπτική επαφή, εφόσον σας ψιθυρίζει από στο άλλο άκρο της αίθουσας; (Σε καταφατική απάντηση: 2 βαθμοί)

Εναλλακτικά, μπορεί να γίνει έλεγχος της ακοής με ακουομετρία.

- **Ακράτεια ούρων:** Με βάση εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη ACOVE-2 (Wenger, 2009). Γίνεται στον ηλικιωμένο η παρακάτω ερώτηση: «Είχατε ποτέ ακράτεια ούρων (σας έφυγαν ούρα) σε ποσότητα τέτοια που να ήταν αρκετά ενοχλητικό ώστε θα θέλατε να μάθετε πώς θα μπορούσε να το αντιμετωπίσετε;» Η καταφατική απάντηση υποδηλώνει ότι η εξέταση είναι θετική.

- **Κακή θρέψη:** Γίνεται η ερώτηση: «Έχετε χάσει βάρος κατά το τελευταίο έτος;». Σε αναφερόμενη απώλεια τουλάχιστον 5% του συνήθους σωματικού βάρους κατά το προηγούμενο έτος, η δοκιμασία θεωρείται θετική.

- **Βάδισμα, ισορροπία, πτώσεις:** Με βάση εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη ACOVE-2 (Wenger, 2009). «Έχετε πέσει 2 ή περισσότερες φορές κατά τους τελευταίους 12 μήνες;» ή «Έχετε πέσει 2 ή

περισσότερες φορές κατά τους τελευταίους 12 μήνες;». Σε καταφατική απάντηση σε οποιαδήποτε από τις δύο ερωτήσεις θεωρείται ότι η δοκιμασία είναι θετική.

- **Κατάθλιψη:** Χρησιμοποιείται το Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) (Kroenke, 2003). Η εξέταση θεωρείται θετική όταν το σύνολο των βαθμών είναι τουλάχιστον 3. Περιλαμβάνει τις παρακάτω ερωτήσεις:

Τις τελευταίες δύο εβδομάδες, πόσο συχνά:

- Έχετε νιώσει μικρό ενδιαφέρον ή μείωση της ευχαρίστησης στο να κάνετε πράγματα; (Καθόλου: 0, Αρκετές ημέρες: 1, Περισσότερες από τις μισές ημέρες: 2, Σχεδόν κάθε μέρα: 3)
- Αισθανθήκατε πιεσμένος, στεναχωρημένος ή απελπισμένος; (Καθόλου: 0, Αρκετές ημέρες: 1, Περισσότερες από τις μισές ημέρες: 2, Σχεδόν κάθε μέρα: 3)

- **Γνωσιακά προβλήματα:** Μπορεί να γίνει με τη δοκιμασία ανάκλησης 3 αντικειμένων (Siu, 1991). Η εξέταση θεωρείται θετική όταν το σύνολο των αντικειμένων που έκανε ανάκληση ο ασθενής είναι κάτω από 2. Επίσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί ο σχεδιασμός ρολογιού (Lessig, 2008). Σε ύπαρξη οποιουδήποτε από τα παρακάτω η δοκιμασία θεωρείται θετική: λάθος ώρα, έλλειψη δεικτών, απώλεια αριθμών, υποκατάσταση αριθμών, επανάληψη, άρνηση.

- **Περιβαλλοντικά προβλήματα:** Χρησιμοποιούνται οι λίστες οικιακής ασφάλειας.

Ιδιαίτερα δύσκολη είναι η εκτίμηση για τη διατροφική κατάσταση του ηλικιωμένου. Η κακή θρέψη είναι συχνή στους ηλικιωμένους και αποτελεί έναν από τους παράγοντες που συμβάλλουν στο σύνδρομο ευαλωτότητας. Οι ηλικιωμένοι με κακή θρέψη διατρέχουν τον κίνδυνο να πέσουν, να παραμείνουν στο νοσοκομείο για μεγάλο διάστημα, να εισαχθούν σε ιδρύματα, να εμφανίσουν μετεγχειρητικές επιπλοκές και λοιμώξεις, να αναπτύξουν έλκη λόγω πίεσης, να έχουν επιπλεγμένη επούλωση των ελκών και να οδηγηθούν στον θάνατο. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή έχει ήδη χρηματοδοτήσει σχετική δράση με σκοπό την ανάπτυξη εργαλείων για την εκτίμηση της διατροφικής κατάστασης των ηλικιωμένων ([http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index\\_en.cfm?section=active-healthy-ageing](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing)). Ένα επιπλέον πρόβλημα, το οποίο συμβάλλει και στην κακή θρέψη, είναι η επικίνδυνη χρήση αλκοόλ. Το αλκοόλ μπορεί, επίσης, να επηρεάσει την ισορροπία και να οδηγήσει στην πτώση του ηλικιωμένου. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος για την επικίνδυνη χρήση αλκοόλ μέσω κατάλληλων εργαλείων, όπως το ερωτηματολόγιο AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), προτείνεται και για τους ηλικιωμένους. Επιπλέον, προτείνονται δράσεις που στοχεύουν στην καλύτερη ενημέρωση των ηλικιωμένων και τη συμμόρφωσή τους σε προγράμματα προκειμένου να τροποποιήσουν παράγοντες κινδύνου, όπως το αλκοόλ ([http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index\\_en.cfm?section=active-healthy-ageing](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing)).

## 5.2.2 Η εκτίμηση της πρόγνωσης και του προσδόκιμου επιβίωσης κατά τη διαχείριση των ηλικιωμένων

Οι πίνακες που αποτυπώνουν το προσδόκιμο επιβίωσης δίνουν μια αρχική εκτίμηση για τον αναμενόμενο εναπομείναντα χρόνο ζωής ενός ανθρώπου ανάλογα με την ηλικία, το φύλο και τη φυλή· κατ' επέκταση, μπορούν να δώσουν και μια αρχική εκτίμηση για το προσδόκιμο επιβίωσης ενός ηλικιωμένου. Το προσδόκιμο επιβίωσης στην Ελλάδα, όπως και σε όλον τον δυτικό κόσμο, έχει ανέβει σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες. Σύμφωνα με τον Πίνακα 5.2, στη δεκαετία του 1990 το προσδόκιμο επιβίωσης στην Ελλάδα είχε φτάσει τα 77 έτη και το 2004 τα 81 έτη κατά τη γέννηση για τις γυναίκες, ενώ οι άνδρες υπολείπονται κατά μια πενταετία.

Χρονολογία	Προσδόκιμο επιβίωσης σε ετη	
	Άνδρες	Γυναίκες
1928	42	44
1960	67	69

<b>1970</b>	68	72
<b>1980</b>	69	74
<b>1990</b>	71	77
<b>2004</b>	75	81

**Πίνακας 5.2** Προσδόκιμο επιβίωσης Ελληνικού πληθυσμού κατά τη γέννηση, 1928-2004. Πηγή: ΕΣΥΕ

Παρ' όλα αυτά, οι πίνακες για το προσδόκιμο επιβίωσης δεν λαμβάνουν υπόψη κλινικά χαρακτηριστικά ή τη λειτουργική κατάσταση του ηλικιωμένου, που αποτελούν παράγοντες οι οποίοι μεταβάλλουν τον αναμενόμενο χρόνο επιβίωσης (Gross, Rebok, Unverzagt, Willis, & Brandt, 2011). Για παράδειγμα, στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ) ένας άνδρας 85 ετών έχει 75% πιθανότητα να ζήσει δύο χρόνια ακόμη και 25% πιθανότητα να ζήσει εννέα χρόνια ακόμη (US Social Security Administration, 2011). Η διακύμανση στο προσδόκιμο επιβίωσης οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στη συννοσηρότητα και τη λειτουργική κατάσταση του ηλικιωμένου άνδρα. Αν και η πραγματική επιβίωση του κάθε ηλικιωμένου είναι πιθανόν να αποκλίνει από την αναμενόμενη επιβίωση, μια αδρή εκτίμηση μπορεί να κατευθύνει το πλάνο των προληπτικών παρεμβάσεων και άλλων μακροχρόνιων στρατηγικών, και να θέσει το πλαίσιο για συζητήσεις σχετικές με τη θεραπεία. Όσο πιο μακροχρόνιο είναι το πλάνο διαχείρισης για έναν ηλικιωμένο, τόσο λιγότερη βεβαιότητα υπάρχει για το μελλοντικό επίπεδο υγείας του και την πιθανή μεταβολή των κοινωνικών του αναγκών. Σε έναν ηλικιωμένο χωρίς ιδιαίτερη νοσηρότητα και σε καλή λειτουργική κατάσταση —ο οποίος αναμένεται να ξεπεράσει τη διάμεση ηλικία επιβίωσης—, υπάρχει πάντα πιθανότητα να συμβούν γεγονότα που ενδέχεται να αλλάξουν την πορεία του. Τα γεγονότα αυτά μπορεί να τον οδηγήσουν από το επίπεδο μιας σταδιακής έκπτωσης λειτουργιών συμβατής με την πρόοδο της ηλικίας σε ένα επίπεδο γρήγορης και επιταχυνόμενης έκπτωσης, που ίσως τελικά να οδηγήσει και στο θάνατο. Τέτοια γεγονότα μπορεί να είναι ένα ξαφνικό συμβάν, όπως η πτώση του ηλικιωμένου με συνέπεια το κάταγμα του ισχίου ή ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ή η εμφάνιση εκφυλιστικών νοσημάτων, όπως η νόσος Αλτσχάιμερ ή η νόσος Πάρκινσον (Reuben, 2009). Στην περίπτωση ενός ξαφνικού συμβάντος, ο ασθενής μπορεί να έχει μερική λειτουργική βελτίωση, χωρίς να επιστρέψει όμως στη λειτουργική κατάσταση που είχε πριν το συμβάν, και, τελικά, να ελαττωθεί και η επιβίωσή του. Στην περίπτωση εμφάνισης ενός εκφυλιστικού νοσήματος, ο ασθενής έχει σταθερή έκπτωση της λειτουργικής του κατάστασης και υπόκειται σε μια παρατεταμένη περίοδο απώλειας της ανεξαρτησίας του· η επιβίωσή του, όμως, μπορεί να φτάσει την αναμενόμενη διάμεση ηλικία χωρίς ωστόσο να την ξεπεράσει (Reuben, 2009).

### 5.2.3 Δημιουργώντας ένα πλάνο διαχείρισης για τον ηλικιωμένο ασθενή

Ο οικογενειακός γιατρός κατά τη συνάντησή του με τον ηλικιωμένο ασθενή οφείλει αρχικά να διερευνήσει τα θέματα προς συζήτηση που θέτει ο ίδιος ο ασθενής (patient's agenda). Στα θέματα αυτά συμπεριλαμβάνονται προβλήματα που ενδέχεται να θέτουν σε άμεσο κίνδυνο την επιβίωση του ασθενή ή την ποιότητα ζωής του. Στη συνέχεια, ο οικογενειακός γιατρός μπορεί να δημιουργήσει ένα πλάνο διαχείρισης και να κατηγοριοποιήσει τις παρεμβάσεις για τον ηλικιωμένο ανάλογα με τον χρόνο αναμενόμενης επίτευξης του επιθυμητού στόχου σε:

- βραχυπρόθεσμες, όταν τα οφέλη για το πρόβλημα του ασθενή αναμένονται μέσα σε ένα έτος,
- μεσοπρόθεσμες, όταν τα οφέλη για το πρόβλημα του ασθενή αναμένονται μέσα στα επόμενα 5 έτη, και μακροπρόθεσμες, όταν τα οφέλη για το πρόβλημα του ασθενή αναμένονται μετά από 5 έτη.

Η πρόγνωση και το προσδόκιμο επιβίωσης του ασθενή μπορεί να καθοδηγήσουν τον οικογενειακό γιατρό ως προς το ποια προβλήματα και ποιους στόχους οφείλει να θέσει σε προτεραιότητα. Μακροπρόθεσμοι στόχοι για έναν ηλικιωμένο ασθενή με σύντομο προσδόκιμο επιβίωσης συνήθως δεν οδηγούν στο επιθυμητό αποτέλεσμα (Reuben, 2009).

**Κλινικό σενάριο:** Ο κύριος Ζαχαρίας είναι 83 ετών και πάσχει από ουρική αρθρίτιδα και οστεοαρθρίτιδα· παρουσιάζει επιδείνωση της βλάβης, ενώ έχει πέσει αρκετές φορές κατά το περασμένο έτος· είναι αυτός που κατά κύριο λόγο φροντίζει τη σύζυγό του, η οποία είναι 62 ετών και έχει διαγνωστεί με άνοια πριν από 4

χρόνια. Ο κύριος Ζαχαρίας είναι ένας συνταξιούχος επιχειρηματίας, ο οποίος συνεχίζει να συμμετέχει σε αρκετές εταιρείες ή φιλανθρωπικές οργανώσεις και διοικητικά συμβούλια. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών έχει διαπιστώσει σημαντική μείωση δραστηριοτήτων και σημειώνει ότι το βάδισμά του είναι πιο αργό. Έχει πέσει δύο φορές έξω από το σπίτι του: Δέκα μήνες πριν σκόνταψε και έσπασε δύο πλευρές. Πριν από έναν μήνα, έπεσε και πάλι, όταν σκόνταψε σε ένα εστιατόριο και τραυμάτισε την άρθρωση στο αριστερό γόνατο. Μετά τον δεύτερο τραυματισμό, ο κύριος Ζαχαρίας χρησιμοποίησε μια αναπηρική καρέκλα για μερικές εβδομάδες, αλλά τώρα περπατάει με τη βοήθεια ενός πλαισίου υποστήριξης. Δουλεύει με ένα φυσικοθεραπευτή για τη βελτίωση της βάδισης και της αντοχής του.

Η τρέχουσα φαρμακευτική του αγωγή αποτελείται από αλλοπουρινόλη (για την ουρική αρθρίτιδα) και κάλιο (για μακροχρόνια υποκαλιαιμία), ενώ περιστασιακά λαμβάνει ακεταμινοφαίνη με κωδεΐνη (για τον πόνο στο γόνατο). Αρνήθηκε τη λήψη ασβεστίου ή συμπληρωμάτων βιταμίνης D, επειδή φοβάται την επανεμφάνιση λιθίασης στους νεφρούς.

Ο κύριος Ζαχαρίας αναφέρει ότι πίνει ένα ποτήρι κρασί με το φαγητό, αλλά δεν έπινε αλκοόλ πριν από την πτώση. Ζει στο ισόγειο μιας πολυκατοικίας και το διαμέρισμά του συνδέεται με το γκαράζ, που βρίσκεται έναν όροφο πιο κάτω, με μια εσωτερική σκάλα με 15 σκαλιά (με κουπαστή). Συνεχίζει να οδηγεί.

Ο κύριος Ζαχαρίας φροντίζει τη σύζυγό του, η οποία έχει ήπια νόσο Αλτσχάιμερ, αλλά παραμένει ανεξάρτητη στις δραστηριότητες της καθημερινότητας και δεν έχει ψυχολογικές ή συμπεριφορικές επιπλοκές. Ο κύριος Ζαχαρίας εκτελεί το σύνολο των σύνθετων δραστηριοτήτων της καθημερινότητας, συμπεριλαμβανομένου του μαγειρέματος και της μετακίνησης, και διαχειρίζεται τα οικονομικά. Ο ίδιος λέει ότι τα καταφέρνει μια χαρά και αρνείται πρόσθετη βοήθεια, επειδή στη σύζυγό του δεν αρέσει να υπάρχουν άγνωστοι άνθρωποι στο σπίτι τους. Η σύζυγός του απέλυσε τις περισσότερες οικιακές βοηθούς που είχε προσλάβει ο κύριος Ζαχαρίας και αρνείται να πάει σε ένα περιβάλλον με περισσότερη βοήθεια.

Ο κύριος Ζαχαρίας αρνείται ότι έχει κατάθλιψη ή προβλήματα μνήμης και λέει ότι έχει μεγάλη υποστήριξη από τους φίλους του και τα δύο του παιδιά, που ζουν κοντά του. Παρακολουθεί, επίσης, την ομάδα υποστήριξης για τη νόσο Αλτσχάιμερ. Ξέρει ότι η κατάσταση της συζύγου του θα επιδεινωθεί, αλλά δεν έχει ακόμη διατυπώσει συγκεκριμένα μελλοντικά σχέδια.

Ο κύριος Ζαχαρίας λαμβάνει τη φροντίδα του από διάφορες ιατρικές δομές τόσο σε επίπεδο πρωτοβάθμιας όσο και σε επίπεδο δευτεροβάθμιας φροντίδας από ειδικούς γιατρούς. Έκανε κολοноσκόπηση πριν από δύο χρόνια. Στις αρχές του φθινοπώρου έκανε το εμβόλιο κατά της γρίπης, ενώ είχε εμβολιαστεί κατά του πνευμονιοκόκκου (10 χρόνια πριν) και κατά του έρπη ζωστήρα (3 μήνες πριν). Ο κύριος Ζαχαρίας έκανε οφθαλμολογική εξέταση πριν από 6 μήνες. Δεν εντοπίστηκαν παράγοντες κινδύνου για πτώση.

Η αρτηριακή πίεση σε καθιστή θέση ήταν 125/60 mm Hg και οι παλμοί 78 ανά λεπτό. Σε όρθια θέση η αρτηριακή πίεση ήταν 133/60 mm Hg και οι παλμοί 80 ανά λεπτό. Η κλινική εξέταση των πνευμόνων και της καρδιάς δεν έδειξε παθολογικά ευρήματα. Το εύρος της κίνησης και στα δύο ισχία (κάμψη, προσαγωγή και απαγωγή) ήταν πλήρες. Το δεξί γόνατό του ήταν διογκωμένο αλλά δεν του προκαλούσε πόνο και δεν υπήρχε ερυθρότητα. Ο κύριος Ζαχαρίας μπορούσε να σηκωθεί από μια καρέκλα χωρίς να χρησιμοποιήσει τα χέρια του. Η αίσθηση και στα δύο κάτω άκρα ήταν φυσιολογική στο ελαφρύ άγγιγμα. Δεν υπήρχε ακαμψία, τρόμος ή αταξία βάδισης. Το επίπεδο συνείδησης ήταν άριστο και ο ασθενής ήταν προσανατολισμένος σε χρόνο, χώρο και πρόσωπα.

Αν και τα προβλήματα του κυρίου Ζαχαρία φαίνονται ήσσονος σημασίας και αυτοπεριοριζόμενα, ο ασθενής έχει μπει στο τελευταίο κεφάλαιο της ζωής του. Ρόλος του οικογενειακού γιατρού του είναι να υποστηρίξει την προσωπική πορεία του κυρίου Ζαχαρία σ' αυτή τη φάση της ζωής του, να αποσαφηνίσει τους στόχους του ασθενή, και μαζί να αναπτύξουν ένα σχέδιο για την παρακολούθηση και την επίτευξη των στόχων αυτών με περιοδική επαναξιολόγηση, καθώς μεγαλώνει σε ηλικία.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι παρεμβάσεις που ο οικογενειακός γιατρός χρειάζεται να συμπεριλάβει στο πλάνο διαχείρισης του ηλικιωμένου ασθενή. Οι παρεμβάσεις αυτές έχουν κατηγοριοποιηθεί

σε βραχυπρόθεσμες, μεσοπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες. Για καθεμία παρέμβαση έχει διευκρινιστεί η συχνότητα με την οποία πρέπει να παρέχεται, καθώς και ο προτεινόμενος πάροχος.

**Βραχυπρόθεσμες παρεμβάσεις (μέσα σε 1 χρόνο):**

- Φυσικοθεραπεία (άμεσα, από φυσικοθεραπευτή)
- Έλεγχος ασφάλειας (άμεσα, από κοινωνικό λειτουργό ή εργοθεραπευτή)
- Αναπλήρωση βιταμίνης D (άμεσα, από το γιατρό)
- Μέτρηση οστικής πυκνότητας και θεραπεία με διφωσφονικά αν υπάρχει οστεοπόρωση (άμεσα, από το γιατρό)
- Αξιολόγηση της λειτουργικότητας, του κινδύνου πτώσεων, και του φόβου να πέσει (άμεσα και σε κάθε επίσκεψη, δοκιμασία που βασίζεται σε αυτο-αναφορά)
- Εμβολιασμός (ετησίως, από την κοινωνική υπηρεσία)

**Μεσοπρόθεσμες παρεμβάσεις (1-5 χρόνια):**

- Συμμετοχή σε πρόγραμμα πρόληψης στην κοινότητα (Σε 3-6 μήνες, ανάλογα με την πρόοδο της φυσικοθεραπείας, ο γιατρός ενημερώνει σχετικά με τα διαθέσιμα προγράμματα)
- Αξιολόγηση επιβάρυνσης των φροντιστών (άμεσα και σε κάθε επίσκεψη, ο γιατρός διερευνά, ίσως χρειαστεί κοινωνικός λειτουργός)
- Εκτίμηση/ προσυμπτωματικός έλεγχος αρτηριακής υπέρτασης (σε κάθε επίσκεψη, από το γιατρό ή το νοσηλευτικό προσωπικό)
- Έλεγχος όρασης (ετησίως, από το γιατρό ή τον οπτικό)
- Βάρος (σε κάθε επίσκεψη, από το προσωπικό ιατρείου)
- Ύψος (ετησίως, από το προσωπικό ιατρείου)
- Έλεγχος της ακοής (ετησίως, με δοκιμασία που βασίζεται σε αυτο-αναφορά ή σε έλεγχο ακουομετρίας από γιατρό)
- Έλεγχος κατάθλιψης (ετησίως, με δοκιμασία που βασίζεται σε αυτο-αναφορά)
- Έλεγχος λιπιδίων (κάθε 5 έτη, από το γιατρό)

**Μακροπρόθεσμες παρεμβάσεις (> 5 χρόνια):**

- Αξιολόγηση κατάστασης διαβίωσης (ετησίως ή πιο συχνά εάν αλλάξει η κλινική κατάσταση, από το γιατρό ή τον κοινωνικό λειτουργό)
- Διερεύνηση σχετικά με τη λήψη αποφάσεων για τον ασθενή σε περίπτωση που εκείνος δε θα είναι σε θέση να αποφασίσει (άμεσα και ενημέρωση σε περίπτωση αλλαγής της κλινικής κατάστασης, από το γιατρό)

Για την καλύτερη διαχείριση των ηλικιωμένων προτείνεται μία προσέγγιση που βασίζεται στο διαχωρισμό της ομάδας αυτής του πληθυσμού σε τρεις κατηγορίες:

- στους ηλικιωμένους με καλή λειτουργικότητα, με ή χωρίς χρόνια νοσήματα, που έχουν προσδόκιμο επιβίωσης πάνω από 5 έτη,
- στους ηλικιωμένους με φτωχή λειτουργικότητα, πολλαπλή νοσηρότητα και προσδόκιμο επιβίωσης 2 - 5 έτη,
- στους ηλικιωμένους που βρίσκονται προς το τέλος της ζωής τους και έχουν προσδόκιμο επιβίωσης λιγότερο από 2 έτη.

Για τους ηλικιωμένους που βρίσκονται κοντά στο τέλος της ζωής τους, ο οικογενειακός γιατρός θα εστιάσει μόνο σε βραχυπρόθεσμα θέματα. Για ηλικιωμένους που έχουν πολλαπλή νοσηρότητα και είναι ευπαθείς (frail), όπως η γυναίκα του κυρίου Ζαχαρία στο προηγούμενο κλινικό σενάριο, ο οικογενειακός γιατρός θα εστιάσει τόσο σε βραχυπρόθεσμα όσο και σε μεσοπρόθεσμα θέματα. Τέλος, για ηλικιωμένους που είναι υγιείς ή έχουν λίγα χρόνια νοσήματα, όπως ο κύριος Ζαχαρίας στο σενάριο, ο οικογενειακός γιατρός θα ασχοληθεί με θέματα που εκτείνονται χρονικά έως και πάνω από 5 έτη. Στη συνέχεια περιγράφονται πως αλλάζουν οι ιατρικές και μη ιατρικές προτεραιότητες στη διαχείριση ενός ηλικιωμένου ασθενή ανάλογα με το προσδόκιμο επιβίωσής του. Τα εργαλεία και οι τρόποι προσέγγισης της φροντίδας που διαθέτει ο οικογενειακός γιατρός μπορούν να προσαρμοστούν ώστε να εξοικονομήσουν χρόνο και να εστιάσουν στα θέματα που είναι μεγαλύτερης σημασίας για τον ασθενή. (Reuben 2009)

Οι ιατρικές προτεραιότητες σε ασθενείς με μεγάλη (πάνω από 10 έτη) ή μέση (2 έως 10 έτη) διάρκεια προσδόκιμου επιβίωσης περιλαμβάνουν:

- Αντιμετώπιση ανησυχιών του ασθενούς (ανοικτού τύπου ερωτήσεις προς τον ασθενή),
- Τεκμηριωμένη διαχείριση των νοσημάτων (κατευθυντήριες οδηγίες),
- Εντοπισμός και διαχείριση των γηριατρικών προβλημάτων (ερωτήσεις /δοκιμασίες, όπως αναπτύχθηκαν στην παράγραφο 5.2.1),
- Προτεινόμενες προληπτικές υπηρεσίες (τεκμηριωμένες προληπτικές παρεμβάσεις),
- Συντονισμένη υγειονομική φροντίδα και περίθαλψη (δεδομένα από ιατρικές εκθέσεις νοσηλείας και από επικοινωνία με άλλους γιατρούς) και
- Συμφωνία σχετικά με τη λήψη αποφάσεων όταν πλησιάζει το τέλος της ζωής για τον ασθενή (σύνταξη επίσημων εγγράφων).

Οι ιατρικές προτεραιότητες σε ασθενείς με βραχεία (έως 2 έτη) διάρκεια προσδόκιμου επιβίωσης περιλαμβάνουν:

- Αντιμετώπιση ανησυχιών του ασθενή και εντοπισμός των στόχων του (ανοικτού τύπου ερωτήσεις προς τον ασθενή),
- Διαχείριση συμπτωμάτων (κατευθυντήριες οδηγίες παρηγορητικής φροντίδας),
- Συντονισμένη υγειονομική φροντίδα και περίθαλψη (δεδομένα από ιατρικές εκθέσεις νοσηλείας και από επικοινωνία με άλλους γιατρούς) και
- Συμφωνία σχετικά με τη λήψη αποφάσεων όταν πλησιάζει το τέλος της ζωής για τον ασθενή (σύνταξη επίσημων εγγράφων).

Οι μη ιατρικές προτεραιότητες σε ασθενείς με μεγάλη (πάνω από 10 έτη) διάρκεια προσδόκιμου επιβίωσης περιλαμβάνουν:

- Αλλαγές τρόπου ζωής (εκπαιδευτής υγείας, κοινωνικές δομές υγείας),
- Κοινωνική ενασχόληση και δραστηριότητες (υπηρεσίες για θέματα ηλικιωμένων) και
- Περιβαλλοντική ασφάλεια και πρόσβαση (π.χ., οδήγηση) (θεραπευτές, υγειονομικοί, κατ'οίκον νοσηλεία).

Οι μη ιατρικές προτεραιότητες σε ασθενείς με μέση (2 έως 10 έτη) διάρκεια προσδόκιμου επιβίωσης περιλαμβάνουν:

- Περιβαλλοντική ασφάλεια και υποστήριξη σύνθετων και απλών δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής (κατ'οίκον παροχή υπηρεσιών υγείας, κοινωνικοί λειτουργοί, προσωπικοί φροντιστές),
- Κοινωνική ενασχόληση και δραστηριότητες (πχ. κέντρα ηλικιωμένων- ΚΑΠΗ) (υπηρεσίες για θέματα ηλικιωμένων) και
- Εντοπισμός και αξιολόγηση πόρων (π.χ., χρηματοοικονομική υποστήριξη) (κοινωνικοί λειτουργοί, σύμβουλοι για τον οικονομικό σχεδιασμό).

Οι μη ιατρικές προτεραιότητες σε ασθενείς με βραχεία (έως 2 έτη) διάρκεια προσδόκιμου επιβίωσης περιλαμβάνουν:

- Κατάσταση διαβίωσης (κοινωνικοί λειτουργοί),
- Φροντίδα υγείας και παρηγορητική φροντίδα (ανοικτού τύπου ερωτήσεις στον ασθενή) και
- Κοινωνική ενασχόληση και δραστηριότητες (π.χ., κέντρα ημερήσιας φροντίδας) (κοινωνικοί λειτουργοί, υπηρεσίες για θέματα ηλικιωμένων, υποστήριξη από ομάδες παροχής παρηγορητικής φροντίδας, όταν το προσδόκιμο το πολύ 6 μήνες)

### 5.3 Μοντέλα ολοκληρωμένης φροντίδας ηλικιωμένων

Είναι ιδιαίτερα δύσκολο για έναν οικογενειακό γιατρό να διαχειριστεί χωρίς βοήθεια ηλικιωμένους ασθενείς με σύνθετα χρόνια προβλήματα. Το προτεινόμενο μοντέλο για τη διαχείριση τέτοιων ασθενών, το οποίο στοχεύει στη διασφάλιση υψηλής ποιότητας φροντίδας και καλής σχέσης κόστους–αποτελεσματικότητας, φαίνεται να βασίζεται σε τέσσερα χαρακτηριστικά :

- Ολοκληρωμένη εκτίμηση νοσημάτων, αναπηριών, γνωσιακών ικανοτήτων, φαρμάκων, υποστηρικτών συσκευών για την υγεία, άλλων θεραπειών, συμπεριφορών αυτοφροντίδας, συνηθειών και τρόπου ζωής που σχετίζονται με την υγεία, ψυχολογικών προβλημάτων, περιβαλλοντικών κινδύνων, οικογενειακών και κοινωνικών στηριγμάτων, διαθεσιμότητας άλλων πόρων, καθώς και των σχετικών



αξιών και προτιμήσεων για τη φροντίδα του ασθενή ([Chen, Brown, Archibald, Aliotta, & Fox, 2000](#)· [Wieland, 2003](#)).

- Δημιουργία, εφαρμογή και παρακολούθηση ενός ολοκληρωμένου και τεκμηριωμένου πλάνου φροντίδας, το οποίο θα αντιμετωπίζει όλες τις ανάγκες υγείας του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τις προτιμήσεις του ([Shih, 2008](#)).
- Επικοινωνία και συντονισμός όσων παρέχουν φροντίδα στον ασθενή, συμπεριλαμβανομένων των εξειδικευμένων γιατρών, του προσωπικού του νοσοκομείου και του τμήματος επειγόντων περιστατικών, του προσωπικού αποκατάστασης, των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, όσων παρέχουν φροντίδα κατ' οίκον, των κοινωνικών λειτουργών και των φορέων της κοινότητας (π.χ., ομάδες άσκησης, ομάδες υποστήριξης), ιδιαίτερα όταν ο ασθενής βρίσκεται σε διαδικασία μετάβασης από νοσοκομειακές δομές σε άλλες δομές υγείας ([Phillips et al., 2004](#)).
- Προαγωγή της ενεργητικής συμμετοχής του ασθενή και του φροντιστή στη φροντίδα του μέσω εκπαιδευτικών δράσεων και συνεχούς ενθάρρυνσης, καθοδήγησης και ενδυνάμωσης ([Brodsky, Green, & Koschera, 2003](#)· [Chodosh et al., 2005](#)· [Pinquart & Sorensen, 2006](#)· [Rabow, Hauser, & Adams, 2004](#)).

Στα περισσότερα συστήματα υγείας, η πρωτοβάθμια φροντίδα σπάνια συμπεριλαμβάνει και τα τέσσερα παραπάνω χαρακτηριστικά ([Institute of Medicine, 2001](#)). Συνήθως, η παροχή φροντίδας στους ηλικιωμένους ασθενείς δεν ακολουθεί ένα ολοκληρωμένο μοντέλο ούτε βασίζεται σε τεκμήρια, ενώ είναι κατακερματισμένη και αναποτελεσματική ([Haynes, McDonald, & Garg, 2002](#)· [Vermeire, Hearnshaw, Van Royen, & Denekens, 2001](#)). Η φροντίδα αυτή υποβαθμίζεται περισσότερο λόγω της φτωχής συμμόρφωσης των ηλικιωμένων ασθενών και της περιορισμένης δυνατότητας παροχής βοήθειας από την οικογένεια και το φιλικό περιβάλλον των ηλικιωμένων ([DiMatteo, 2004](#)).

Οι μελέτες για τα μοντέλα ολοκληρωμένης φροντίδας στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ) έδειξαν κάποια μεμονωμένα ενθαρρυντικά αποτελέσματα ([Dorr, Wilcox, Brunner, Burdon, & Donnelly, 2008](#)· [Shelton, Schraeder, Dworak, Fraser, & Sager, 2001](#)· [Stock, Mahoney, Reece, & Cesario, 2008](#)). Μέτρια αποτελέσματα έχουν δείξει, επίσης, μελέτες για τα μοντέλα ολοκληρωμένης φροντίδας στον Καναδά ([Beland et al., 2006](#)), τη Μεγάλη Βρετανία ([Gravelle et al., 2007](#)) και την Ολλανδία ([Melis et al., 2008](#)). Αρκετά νέα μοντέλα ολοκληρωμένης φροντίδας βρίσκονται σε διαφορετικά στάδια ανάπτυξης ή αξιολόγησης ([Boult & Wieland, 2010](#)).

## 5.4 Οι πτώσεις στους ηλικιωμένους

Οι πτώσεις είναι πολύ συχνές στα άτομα μεγάλης ηλικίας και έχουν ως συνέπεια την αυξημένη νοσηρότητα του ηλικιωμένου ή ακόμη και τον θάνατό του ([Melzer, Benjuya, & Kaplanski, 2004](#)). Υπολογίζεται ότι στις ΗΠΑ πεθαίνουν ετησίως πάνω από 10.000 ηλικιωμένοι άνω των 65 ετών από πτώσεις. Αυτός ο μεγάλος αριθμός θυμάτων κατατάσσει τον θάνατο από πτώση πρώτο στην κατηγορία των θανάτων από ατύχημα για τα άτομα μεγάλης ηλικίας ([Menz, Lord, & McIntosh, 2001](#)), ενώ μεταξύ όλων των αιτιών θανάτου στους ηλικιωμένους οι πτώσεις καταλαμβάνουν την έκτη θέση ([Wiens, Koleba, Jones, & Feeny, 2006](#)). Οι πτώσεις θεωρούνται ως η πέμπτη συχνότερη αιτία θανάτου των ηλικιωμένων, μετά τις καρδιοαγγειακές διαταραχές, τον καρκίνο, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και τις πνευμονικές παθήσεις ([Rubenstein & Josephson, 2002](#)).

Ωστόσο, ο αριθμός των θανάτων είναι μικρός σε σύγκριση με τον αριθμό των διαφόρων τραυματισμών που μπορεί να προκύψουν. Ο πιο συχνός τραυματισμός, ο οποίος συνήθως δεν οδηγεί άμεσα στον θάνατο, είναι το κάταγμα του ισχίου ([Berry & Miller, 2008](#)). Στις περισσότερες περιπτώσεις, τα άτομα επιζούν μεν μετά την πτώση, παρουσιάζουν όμως αυξημένη νοσηρότητα, μείωση των καθημερινών δραστηριοτήτων, όποιες και αν ήταν αυτές πριν από τον τραυματισμό, και απώλεια της ανεξαρτησίας τους, ενώ αναπτύσσεται έντονο το συναίσθημα του φόβου ([Wickham, Cooper, Margetts, & Barker, 1989](#)). Η πτώση στον ηλικιωμένο μοιάζει με ήπια κατάρρευση στο πάτωμα. Οι αιτίες της πτώσης εκλαμβάνονται και ως παράγοντες κινδύνου. Παρά το γεγονός ότι οι περισσότεροι παράγοντες κινδύνου δεν έχουν τεκμηριωθεί ως ανεξάρτητοι παράγοντες για την πρόκληση της πτώσης, όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των παραγόντων

κινδύνου στον οποίο εκτίθεται ένα άτομο, τόσο μεγαλύτερη φαίνεται να είναι η πιθανότητα πτώσης. Οι πτώσεις, είτε στο σπίτι είτε στην κοινότητα, είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ περιβάλλοντος, άγχους και φυσικής δραστηριότητας (Berry & Miller, 2008). Στη βιβλιογραφία έχουν περιγραφεί περισσότεροι από 4.000 παράγοντες στους οποίους μπορεί να οφείλονται οι πτώσεις των ηλικιωμένων και οι οποίοι χωρίζονται σε ενδογενείς και εξωγενείς. Σε εξωγενείς παράγοντες οφείλεται το 41-55% των πτώσεων ηλικιωμένων που ζουν στις οικίες τους και το 16% των πτώσεων εκείνων που ζουν σε οίκους ηλικιωμένων. Σε ενδογενείς παράγοντες οφείλεται το 39-53% των πτώσεων σε οικίες και το 80% των πτώσεων σε οίκους ηλικιωμένων (Stevens & Olson, 2000). Επιπλέον, άλλες συνθήκες που μπορεί να επηρεάσουν τις πτώσεις είναι η διάρκεια παραμονής σε ιδρύματα, η ώρα της ημέρας που συμβαίνουν οι πτώσεις, τα χαρακτηριστικά του προσωπικού που φροντίζει τους ηλικιωμένους κ.λπ. Οι πτώσεις, συνήθως, δεν είναι αποτέλεσμα ενός μόνο αιτιολογικού παράγοντα, αλλά πολύπλοκα γεγονότα που προκαλούνται από συνδυασμό ενδογενών και εξωγενών παραγόντων (Menz & Lord, 2001).

#### 5.4.1 Ενδογενείς παράγοντες πτώσεων στους ηλικιωμένους

Οι παράγοντες αυτοί είναι δυνατόν να χωριστούν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: α) αλλαγές λόγω ηλικίας (αλλαγές στην όραση, την ισορροπία, τη βάδιση, αλλαγές στο μυοσκελετικό και καρδιαγγειακό σύστημα), β) παθολογικές καταστάσεις και γ) χρήση φαρμάκων. Στα φάρμακα που έχουν κατ' εξοχήν σχετιστεί με συμβάντα πτώσεων στους ηλικιωμένους περιλαμβάνονται τα διουρητικά και τα υπόλοιπα αντιυπερτασικά, τα υπνωτικά, τα ηρεμιστικά, τα αντικαταθλιπτικά και τα ψυχοτρόπα. Αναλυτικά, οι ενδογενείς παράγοντες πτώσεων στους ηλικιωμένους φαίνονται στον Πίνακα 5.3.

<b>Κατηγορία ενδογενή παράγοντα</b>	Αιτίες ή καταστάσεις
<b>Αλλαγές λόγω ηλικίας</b>	Προβλήματα της όρασης, όπως ο καταρράκτης ή η εκφύλιση της ωχράς κηλίδας. Διαταραχές στην ισορροπία και τη βάδιση. Ελαττωμένη μυϊκή ισχύς και μυϊκή μάζα, νοσήματα των αρθρώσεων. Νοσήματα του καρδιαγγειακού συστήματος, όπως η εμφάνιση συγκοπτικού επεισοδίου. Ίλιγγος.
<b>Παθολογικές καταστάσεις</b>	Κατάθλιψη, επικίνδυνη χρήση αλκοόλ, παροδικό ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο, υπέρταση, ελλιπής διατροφή με συνακόλουθη έλλειψη βιταμίνης D και πρωτεϊνών, αφυδάτωση, διαταραχές ρύθμισης του σακχάρου, αγγειακές διαταραχές ιδίως των κάτω άκρων.
<b>Χρήση φαρμάκων</b>	Φαρμακοκινητικές και φαρμακοδυναμικές αλλαγές οι οποίες επηρεάζουν τη δράση ενός φαρμάκου στο σώμα, αλλά και την αντίδραση του σώματος σ' αυτό. Φάρμακα όπως οι βενζοδιαζεπίνες και τα ψυχοτρόπα αποβάλλονται καθυστερημένα και παρατείνεται η ημίσεια ζωή τους στους ηλικιωμένους.

**Πίνακας 5.3** Ενδογενείς παράγοντες πτώσεων ηλικιωμένων

#### 5.4.2 Εξωγενείς παράγοντες πτώσεων στους ηλικιωμένους

Αρκετοί εξωγενείς παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόκληση πτώσεων. Οι εξωγενείς παράγοντες περιλαμβάνουν: α) ακατάλληλα υποδήματα και ρουχισμό, β) ακατάλληλα βοηθήματα και γ) περιβαλλοντικούς κινδύνους. Αναλυτικά, οι εξωγενείς παράγοντες πτώσεων στους ηλικιωμένους φαίνονται στον Πίνακα 5.4.

<b>Κατηγορία παράγοντα</b>	<b>εξωγενή</b>	Αιτίες ή καταστάσεις
<b>Ακατάλληλα υποδήματα και ρουχισμός</b>		Υπόδηση και ένδυση που δεν είναι σύμφωνες με τους προτεινόμενους τύπους που διασφαλίζουν την καλύτερη ισορροπία (χαμηλά παπούτσια, γυμνά πόδια και άνετα ρούχα).
<b>Ακατάλληλα βοηθήματα ή απουσία βοηθημάτων</b>		Βοηθήματα βάδισης που δεν έχουν κατάλληλο μέγεθος, δεν συντηρούνται τακτικά και δεν έχει προηγηθεί εκπαίδευση στη χρήση τους. Απουσία βοηθημάτων για την ασφάλεια των ηλικιωμένων, όπως π.χ. κάγκελα στο κρεβάτι, λαβές στο μπάνιο κ.λπ.  Αποθήκευση αντικειμένων σε δυσπρόσιτους χώρους, ύπαρξη χαλιών και απουσία λαβών ασφαλείας.
<b>Περιβαλλοντικοί κίνδυνοι</b>		Η βάδιση, ο ελλιπής φωτισμός και η κακή κατάσταση των δρόμων, τα κατεστραμμένα πεζοδρόμια, ο ισχνός φωτισμός των εσωτερικών χώρων, τα ολισθηρά δάπεδα ή οι επιφάνειες με εμπόδια.

**Πίνακας 5.4** Εξωγενείς παράγοντες πτώσεων ηλικιωμένων

Δεδομένου ότι ο αριθμός και το ποσοστό των ηλικιωμένων συνεχίζουν να αυξάνονται σε παγκόσμιο επίπεδο, νέες προσεγγίσεις για την πρόληψη των πτώσεων κρίνονται ιδιαίτερως σημαντικές. Η ολιστική προσέγγιση μπορεί να αποτελέσει έναν τρόπο πρόληψης· ωστόσο, δεν έχει ακόμη τεκμηριωθεί ότι, σε περίπτωση εντοπισμού και βελτίωσης όλων των παραγόντων που μπορεί να προκαλέσουν την πτώση ενός ηλικιωμένου, θα μειωθεί η πιθανότητα πτώσης του. Αν και η ολιστική προσέγγιση δεν είναι τεκμηριωμένη, η Αμερικανική Εταιρεία Γηριατρικής (American Geriatrics Society, <http://www.americangeriatrics.org>) την προτείνει ως το μοναδικό εργαλείο που υπάρχει μέχρι στιγμής για την πρόληψη των πτώσεων.

Η εκτίμηση των πολλαπλών παραγόντων κινδύνου και η συνολική διαχείρισή τους σύμφωνα με τα μέχρι στιγμής τεκμήρια (Michael et al., 2010):

- παρέχουν μικρό όφελος,
- παρέχουν το μικρό αυτό όφελος με την προϋπόθεση ότι η συνολική διαχείριση περιλαμβάνει παραπομπή του ασθενή όπου χρειάζεται και αντιμετώπιση όλων των παραγόντων κινδύνου που βρέθηκαν κατά την αξιολόγηση του ασθενούς, και
- αφορούν παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου διάρκειας περίπου 12 μηνών.

Πιο δύσκολο είναι να προληφθούν οι πτώσεις όταν δεν είναι δυνατόν να προσδιοριστούν οι αιτίες ή όταν υπάρχουν περισσότερες από μία αιτίες. Παρ' όλα αυτά η προαγωγή της υγείας και η πρόληψη των πτώσεων μπορεί να επιτευχθεί μέσα από την αναθεώρηση της φαρμακευτικής αγωγής, την άσκηση, την τροποποίηση του περιβάλλοντος και την εκπαίδευση (Wiens et al., 2006).

Οι ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για την πτώση ηλικιωμένου ασθενή κατά τη διάρκεια ενός οποιουδήποτε έτους είναι οι ακόλουθοι (Michael et al., 2010):

- Το ιστορικό προηγούμενης πτώσης του ασθενή. Έχει προσδιοριστεί πως το 55% των ηλικιωμένων ασθενών που πέφτουν έχουν προηγούμενο επεισόδιο πτώσης.
- Η έκπτωση στον βηματισμό και την ισορροπία.
- Η χρήση συγκεκριμένων φαρμάκων (φάρμακα που δρουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα).

Οι αποτελεσματικές παρεμβάσεις που μπορούν να βοηθήσουν είναι οι εξής (Michael et al., 2010):

Άσκηση και φυσικοθεραπεία τόσο σε ομαδικά προγράμματα όσο και κατ' οίκον, με διάρκεια που μπορεί να κυμαίνεται από πολύ σύντομη (μέχρι 9 ώρες) έως πολύ μεγάλη (πάνω από 75 ώρες).

- Η χορήγηση βιταμίνης D (με δεδομένα από μελέτες με διάρκεια παρακολούθησης 6-36 μήνες, που έδειξαν 17% ελάττωση του κινδύνου πτώσης και με μεγαλύτερο όφελος σε ασθενείς με ανεπάρκεια βιταμίνης D).

- Η ολιστική προσέγγιση για την πρόληψη των πτώσεων συνιστάται σε ηλικιωμένους οι οποίοι έχουν βιώσει τουλάχιστον μία πτώση κατά τον τελευταίο χρόνο, ή εμφανίζουν διαταραχή στον βηματισμό ή στην ισορροπία, ή προσέρχονται λόγω πτώσης.
- Η διόρθωση των οπτικών διαταραχών στους ηλικιωμένους και η χρήση προστατευτικών των ισχίων μπορεί να μειώσουν τον φόβο για πτώση, αλλά δεν έχει τεκμηριωθεί η αποτελεσματικότητά τους ως προς την ελάττωση των πτώσεων (Michael et al., 2010).

Οι παράγοντες που προτείνεται να διερευνώνται και να αντιμετωπίζονται σε ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο πτώσης είναι (Michael et al., 2010):

- η ισορροπία και η κινητικότητα,
- η πιθανή ύπαρξη προβλημάτων όρασης,
- η πιθανή ύπαρξη ορθοστατικής υπότασης,
- ο αριθμός, το είδος και ο τρόπος λήψης των φαρμάκων (ανασκόπηση φαρμάκων), και
- η ασφάλεια του οικιακού περιβάλλοντος.

### 5.4.3 Εκτίμηση του κινδύνου πτώσης στους ηλικιωμένους

Ένας αριθμός εργαλείων αξιολόγησης του κινδύνου πτώσης έχει αναπτυχθεί και εφαρμόζεται στους χώρους που διαμένουν οι ηλικιωμένοι. Τα συγκεκριμένα εργαλεία αξιολόγησης έχουν ως στόχο τον όσο το δυνατόν πιο αντικειμενικό εντοπισμό ατόμων που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο πτώσεων. Εργαλεία με τα οποία μπορούμε να προβλέψουμε τον κίνδυνο πτώσης ενός ηλικιωμένου στην πρωτοβάθμια φροντίδα είναι τα ακόλουθα:

- Η δοκιμασία Timed-Get-Up-and-Go (TUG): Η δοκιμασία Get-Up-and-Go υπολογίζει τον χρόνο που χρειάζεται κάποιος για να σηκωθεί από μια πολυθρόνα με μπράτσα χωρίς να στηριχθεί στα χέρια του, να βαδίσει μια απόσταση 3 μέτρων, να στρίψει, να επιστρέψει στην καρέκλα και να καθίσει. Η εν λόγω δοκιμασία μετρά και ελέγχει δύο βασικούς παράγοντες κινδύνου πτώσης: την ισορροπία και τα προβλήματα βηματισμού. Ο κίνδυνος πτώσης για τον ηλικιωμένο θεωρείται αυξημένος όταν ο χρόνος ολοκλήρωσης της δοκιμασίας ξεπερνά τα 30 δευτερόλεπτα ([Podsiadlo & Richardson, 1991](#)).
- Η δοκιμασία εφικτής λειτουργικότητας (Functional Reach Test): Στο πλαίσιο της δοκιμασίας, ο ηλικιωμένος καλείται να σταθεί με τη δεξιά πλευρά του κοντά σε έναν τοίχο χωρίς να τον ακουμπάει και με τα πόδια του ανοιχτά κατά 10 cm. Στη συνέχεια, καλείται να τοποθετήσει τον δεξιό του βραχίονα σε 90 μοίρες σε σχέση με το αντιβράχιο και η θέση του τρίτου δακτύλου σημειώνεται στον τοίχο με κολλητική ταινία. Ο ηλικιωμένος έπειτα προσπαθεί να φτάσει όσο πιο μακριά μπορεί προς τα εμπρός χωρίς να κινήσει τα πόδια του, και η θέση του τρίτου δακτύλου σημειώνεται στον τοίχο με μια καινούρια λωρίδα της ταινίας. Τέλος, με τη χρήση ενός μέτρου υπολογίζεται η διαφορά μεταξύ των δύο θέσεων. Ο κίνδυνος πτώσης για τον ηλικιωμένο θεωρείται αυξημένος, όταν η διαφορά των δύο θέσεων είναι μικρότερη από 15 cm.

## Βιβλιογραφικές Αναφορές

- Alexander, B. H., Rivara, F. P., & Wolf, M. E. (1992). The cost and frequency of hospitalization for fall-related injuries in older adults. *Am J Public Health, 82*(7), 1020-1023.
- Anderson, G. (2010). *Chronic care: making the case for ongoing care*. Princeton (NJ): Robert Wood Johnson Foundation.
- Barnett, A., Smith, B., Lord, S. R., Williams, M., & Baumand, A. (2003). Community-based group exercise improves balance and reduces falls in at-risk older people: a randomised controlled trial. *Age Ageing, 32*(4), 407-414.
- Beland, F., Bergman, H., Lebel, P., Clarfield, A. M., Tousignant, P., Contandriopoulos, A. P., & Dallaire, L. (2006). A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: results from a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 61*(4), 367-373.
- Berry, S. D., & Miller, R. R. (2008). Falls: epidemiology, pathophysiology, and relationship to fracture. *Curr Osteoporos Rep, 6*(4), 149-154.
- Binder, S. (2002). Injuries among older adults: the challenge of optimizing safety and minimizing unintended consequences. *Inj Prev, 8 Suppl 4*, IV2-4.
- Boult, C., & Wieland, G. D. (2010). Comprehensive primary care for older patients with multiple chronic conditions: "Nobody rushes you through". *JAMA, 304*(17), 1936-1943. doi: 10.1001/jama.2010.1623
- Boyd, C. M., Darer, J., Boult, C., Fried, L. P., Boult, L., & Wu, A. W. (2005). Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA, 294*(6), 716-724. doi: 10.1001/jama.294.6.716
- Boyd, C. M., & Fortin, M. (2010). Future of Multimorbidity Research: How Should Understanding of Multimorbidity Inform Health System Design? *Public Health Reviews, 32*, 451-474.
- Brassington, G. S., King, A. C., & Bliwise, D. L. (2000). Sleep problems as a risk factor for falls in a sample of community-dwelling adults aged 64-99 years. *J Am Geriatr Soc, 48*(10), 1234-1240.
- Brodsky, H., Green, A., & Koschera, A. (2003). Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *J Am Geriatr Soc, 51*(5), 657-664.
- Buchner, D. M., Cress, M. E., de Lateur, B. J., Esselman, P. C., Margherita, A. J., Price, R., & Wagner, E. H. (1997). The effect of strength and endurance training on gait, balance, fall risk, and health services use in community-living older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 52*(4), M218-224.
- Chen, A., Brown, R., Archibald, N., Aliotta, S., & Fox, P. D. (2000). *Best practices in coordinated care*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.
- Chodosh, J., Morton, S. C., Mojica, W., Maglione, M., Suttrop, M. J., Hilton, L., . . . Shekelle, P. (2005). Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. *Ann Intern Med, 143*(6), 427-438.
- Counsell, S. R., Callahan, C. M., Clark, D. O., Tu, W., Buttar, A. B., Stump, T. E., & Ricketts, G. D. (2007). Geriatric care management for low-income seniors: a randomized controlled trial. *JAMA, 298*(22), 2623-2633. doi: 10.1001/jama.298.22.2623
- Cox, L., Kloseck, M., Crilly, R., McWilliam, C., & Diachun, L. (2011). Underrepresentation of individuals 80 years of age and older in chronic disease clinical practice guidelines. *Can Fam Physician, 57*(7), e263-269.
- Darer, J. D., Hwang, W., Pham, H. H., Bass, E. B., & Anderson, G. (2004). More training needed in chronic care: a survey of US physicians. *Acad Med, 79*(6), 541-548.
- DiMatteo, M. R. (2004). Evidence-based strategies to foster adherence and improve patient outcomes. *JAAPA, 17*(11), 18-21.
- Dorr, D. A., Wilcox, A. B., Brunner, C. P., Burdon, R. E., & Donnelly, S. M. (2008). The effect of technology-supported, multidisease care management on the mortality and hospitalization of seniors. *J Am Geriatr Soc, 56*(12), 2195-2202. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.02005.x
- Drag, L. L., & Bieliauskas, L. A. (2010). Contemporary review 2009: cognitive aging. *J Geriatr Psychiatry Neurol, 23*(2), 75-93. doi: 10.1177/0891988709358590
- Eng, C., Pedulla, J., Eleazer, G. P., McCann, R., & Fox, N. (1997). Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE): an innovative model of integrated geriatric care and financing. *J Am Geriatr Soc, 45*(2), 223-232.
- Espinoza, S., & Walston, J. D. (2005). Frailty in older adults: insights and interventions. *Cleve Clin J Med, 72*(12), 1105-1112.
- Fortin, M., Contant, E., Savard, C., Hudon, C., Poitras, M. E., & Almirall, J. (2011). Canadian guidelines for clinical practice: an analysis of their quality and relevance to the care of adults with comorbidity. *BMC Fam Pract, 12*, 74. doi: 10.1186/1471-2296-12-74
- Fried, L. P. (1994). Frailty. In R. R. Hazzard, E. Bierman, J. Blass, W. Ettinger & J. Halter (Eds.), *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology* (3rd ed., pp. 1149-1155). New York, NY: McGraw Hill.

- Fries, J. F. (1980). Aging, natural death, and the compression of morbidity. *N Engl J Med*, 303(3), 130-135. doi: 10.1056/NEJM198007173030304
- Gravelle, H., Dusheiko, M., Sheaff, R., Sargent, P., Boaden, R., Pickard, S., . . . Roland, M. (2007). Impact of case management (Evercare) on frail elderly patients: controlled before and after analysis of quantitative outcome data. *BMJ*, 334(7583), 31. doi: 10.1136/bmj.39020.413310.55
- Gross, A. L., Rebok, G. W., Unverzagt, F. W., Willis, S. L., & Brandt, J. (2011). Cognitive predictors of everyday functioning in older adults: results from the ACTIVE Cognitive Intervention Trial. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 66(5), 557-566. doi: 10.1093/geronb/gbr033
- Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians. (2012). Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians: American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. *J Am Geriatr Soc*, 60(10), E1-E25. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04188.x
- Haynes, R. B., McDonald, H. P., & Garg, A. X. (2002). Helping patients follow prescribed treatment: clinical applications. *JAMA*, 288(22), 2880-2883.
- Institute of Medicine. (2001) *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington (DC).
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2003). The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care*, 41(11), 1284-1292. doi: 10.1097/01.MLR.0000093487.78664.3C
- Lessig, M. C., Scanlan, J. M., Nazemi, H., & Borson, S. (2008). Time that tells: critical clock-drawing errors for dementia screening. *Int Psychogeriatr*, 20(3), 459-470. doi: 10.1017/S1041610207006035
- Lugtenberg, M., Burgers, J. S., Clancy, C., Westert, G. P., & Schneider, E. C. (2011). Current guidelines have limited applicability to patients with comorbid conditions: a systematic analysis of evidence-based guidelines. *PLoS One*, 6(10), e25987. doi: 10.1371/journal.pone.0025987
- Melis, R. J., van Eijken, M. I., Teerenstra, S., van Achterberg, T., Parker, S. G., Borm, G. F., . . . Rikkert, M. G. (2008). A randomized study of a multidisciplinary program to intervene on geriatric syndromes in vulnerable older people who live at home (Dutch EASYcare Study). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 63(3), 283-290.
- Melzer, I., Benjuya, N., & Kaplanski, J. (2004). Postural stability in the elderly: a comparison between fallers and non-fallers. *Age Ageing*, 33(6), 602-607. doi: 10.1093/ageing/afh218
- Menz, H. B., & Lord, S. R. (2001). The contribution of foot problems to mobility impairment and falls in community-dwelling older people. *J Am Geriatr Soc*, 49(12), 1651-1656.
- Menz, H. B., Lord, S. T., & McIntosh, A. S. (2001). Slip resistance of casual footwear: implications for falls in older adults. *Gerontology*, 47(3), 145-149. doi: 52788
- Mercer, S. W., Smith, S. M., Wyke, S., O'Dowd, T., & Watt, G. C. (2009). Multimorbidity in primary care: developing the research agenda. *Fam Pract*, 26(2), 79-80. doi: 10.1093/fampra/cmp020
- Michael, Y. L., Lin, J. S., Whitlock, E. P., Gold, R., Fu, R., O'Connor, E. A., . . . Lutz, K. W. (2010) *Interventions to Prevent Falls in Older Adults: An Updated Systematic Review*. Rockville (MD).
- Mutasingwa, D. R., Ge, H., & Upshur, R. E. (2011). How applicable are clinical practice guidelines to elderly patients with comorbidities? *Can Fam Physician*, 57(7), e253-262.
- Myers, G. (1990). Demography of aging. In Binstock R. & L. George (Eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences*. San Diego, California: Academic Press.
- Phillips, C. O., Wright, S. M., Kern, D. E., Singa, R. M., Shepperd, S., & Rubin, H. R. (2004). Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis. *JAMA*, 291(11), 1358-1367. doi: 10.1001/jama.291.11.1358
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? *Int Psychogeriatr*, 18(4), 577-595. doi: 10.1017/S1041610206003462
- Podsiadlo, D., & Richardson, S. (1991). The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc*, 39(2), 142-148.
- Rabow, M. W., Hauser, J. M., & Adams, J. (2004). Supporting family caregivers at the end of life: "they don't know what they don't know". *JAMA*, 291(4), 483-491. doi: 10.1001/jama.291.4.483
- Reuben, D. B. (2009). Better ways to care for older persons: is anybody listening? *J Am Geriatr Soc*, 57(12), 2348-2349. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02574.x
- Reuben, D. B., Walsh, K., Moore, A. A., Damesyn, M., & Greendale, G. A. (1998). Hearing loss in community-dwelling older persons: national prevalence data and identification using simple questions. *J Am Geriatr Soc*, 46(8), 1008-1011.
- Rockwood, K., Song, X., MacKnight, C., Bergman, H., Hogan, D. B., McDowell, I., & Mitnitski, A. (2005). A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*, 173(5), 489-495. doi: 10.1503/cmaj.050051
- Rubenstein, L. Z., & Josephson, K. R. (2002). The epidemiology of falls and syncope. *Clin Geriatr Med*, 18(2), 141-158.
- Salthouse, T. A. (1996). The processing-speed theory of adult age differences in cognition. *Psychol Rev*, 103(3), 403-428.

- Shelton, P., Schraeder, C., Dworak, D., Fraser, C., & Sager, M. A. (2001). Caregivers' utilization of health services: results from the Medicare Alzheimer's Disease Demonstration, Illinois site. *J Am Geriatr Soc*, 49(12), 1600-1605.
- Shih, A. (2008). Physicians: Organize for High Performance. *The Medscape Journal of Medicine*, 10(5), 118-118.
- Siu, A. L. (1991). Screening for dementia and investigating its causes. *Ann Intern Med*, 115(2), 122-132.
- Stevens, J. A., & Olson, S. (2000). Reducing falls and resulting hip fractures among older women. *MMWR Recomm Rep*, 49(RR-2), 3-12.
- Steverink, N. (2001). When and why frail elderly people give up independent living: The Netherlands as an example. *Ageing & Society*, 21(01), 45-69. doi: doi:10.1017/S0144686X01008066
- Stock, R., Mahoney, E. R., Reece, D., & Cesario, L. (2008). Developing a senior healthcare practice using the chronic care model: effect on physical function and health-related quality of life. *J Am Geriatr Soc*, 56(7), 1342-1348. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01763.x
- Tinetti, M. E., Bogardus, S. T., Jr., & Agostini, J. V. (2004). Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. *N Engl J Med*, 351(27), 2870-2874. doi: 10.1056/NEJMsb042458
- US Social Security Administration. (2005). Period Life Table. <http://www.ssa.gov/OACT/STATS/table4c6.html>
- US Social Security Administration. (2011). Period Life Table. <https://www.ssa.gov/oact/STATS/table4c6.html>
- Valderas, J. M., Starfield, B., Sibbald, B., Salisbury, C., & Roland, M. (2009). Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med*, 7(4), 357-363. doi: 10.1370/afm.983
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther*, 26(5), 331-342.
- Wenger, N. S., Roth, C. P., Shekelle, P. G., Young, R. T., Solomon, D. H., Kamberg, C. J., . . . Reuben, D. B. (2009). A practice-based intervention to improve primary care for falls, urinary incontinence, and dementia. *J Am Geriatr Soc*, 57(3), 547-555. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.02128.x
- Wickham, C., Cooper, C., Margetts, B. M., & Barker, D. J. (1989). Muscle strength, activity, housing and the risk of falls in elderly people. *Age Ageing*, 18(1), 47-51.
- Wieland, D. (2003). The effectiveness and costs of comprehensive geriatric evaluation and management. *Crit Rev Oncol Hematol*, 48(2), 227-237.
- Wiens, C. A., Koleba, T., Jones, C. A., & Feeny, D. F. (2006). The Falls Risk Awareness Questionnaire: development and validation for use with older adults. *J Gerontol Nurs*, 32(8), 43-50.
- World Health Organisation. (1984). The uses of epidemiology in the study of the elderly. Report of a WHO Scientific Group on the Epidemiology of Aging. *World Health Organ Tech Rep Ser*, 706, 1-84.
- Αμανατίδου, Α. (2000). *Το πρόβλημα του γήρατος στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ειδική έκθεση για τον ΟΟΣΑ.
- Δοντάς, Α. (1981). *Η τρίτη ηλικία - Προβλήματα και δυνατότητες* Αθήνα: Γρ. Κ. Παρισσιάνος.
- Κοτζαμάνης, Β., & Μαράτου Αλιπραντή, Α. (Eds.). (1996). *Γήρανση και κοινωνία*. Αθήνα: ΕΚΚΕ.
- Λιονής, Χ. (1996). Ερευνητικά δεδομένα από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Κρήτη: Πραγματικότητα και προοπτικές. In Γ. Κυριόπουλος & Τ. Φιλαλήθης (Eds.), *Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα*. Αθήνα: Θεμέλιο.
- Μπένος, Α. (1999). Φροντίδα των ηλικιωμένων στο σπίτι και την κοινότητα. In Α. Κωσταρίδου-Ευκλείδη (Ed.), *Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας* (pp. 453-473). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Χανιώτης, Φ. Ι. (1999). *Εγχειρίδιο γηριατρικής*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.

## Ευρετήριο όρων

Αμερικανική Εταιρεία Γηριατρικής (American Geriatrics Society) 95,107  
 βασικές δραστηριότητες της καθημερινότητας (activities of daily living) 96  
 δοκιμασία εφικτής λειτουργικότητας (Functional Reach Test) 108  
 ενεργός και υγιής γήρανση (active and healthy ageing) 93  
 ευπαθής (frail) 96  
 θέματα προς συζήτηση που θέτει ο ασθενής (patient's agenda) 100  
 νεότεροι υπερήλικες (elderly) 96  
 σύνδρομο ευαλωτότητας (frailty syndrome) 98  
 σύνθετες δραστηριότητες της καθημερινότητας (instrumental activities of daily living) 96  
 υπερήλικες (aged) 94

## Κεφάλαιο 6

### Διαγνωστική προσέγγιση στη γενική ιατρική

B. Καραθάνος και Α. Τατσιώνη

#### Σύνοψη

Η πιθανολογική προσέγγιση (probabilistic approach) με τη χρήση τεκμηρίων (evidence) από την κλινική έρευνα συμπληρώνει τη διαγνωστική διαδικασία που βασίζεται στην αναγνώριση μιας συγκεκριμένης κλινικής εικόνας (pattern) από τον έμπειρο γιατρό και στην ειδικότητα της γενικής ιατρικής. Όταν πρόκειται για ασθενείς με κλινική εικόνα με την οποία ο γενικός γιατρός δεν είναι εξοικειωμένος, τότε θα χρειαστεί να ακολουθήσει έναν αποκλειστικά πιθανολογικό τρόπο διαγνωστικής σκέψης. Συγκεκριμένα, θα χρειαστεί να δημιουργήσει έναν κατάλογο από πιθανές διαγνώσεις, να εκτιμήσει την πιθανότητα για καθεμία και να προχωρήσει σε διαγνωστικές δοκιμασίες, τα αποτελέσματα των οποίων θα αυξήσουν την αρχική πιθανότητα μιας συγκεκριμένης διάγνωσης. Η διαδικασία αυτή θα πρέπει να συνεχιστεί μέχρι να βρεθεί η απάντηση. Η εφαρμογή του πιθανολογικού τρόπου διάγνωσης από το γενικό γιατρό προϋποθέτει πως έχει καλή γνώση την ανθρώπινης ανατομίας, παθοφυσιολογίας και κατηγοριοποίησης των νόσων. Επίπλέον, για την καλύτερη δυνατή διαγνωστική προσέγγιση, ο γενικός γιατρός καλείται να έχει γνώση και των σχετικών τεκμηρίων από την κλινική έρευνα.

**Προαπαιτούμενη γνώση** θεώρημα Bayes, αξιολόγηση διαγνωστικών δοκιμασιών



## 6.1 Τρόποι διαγνωστικής προσέγγισης

Κατά τη διαδικασία της διάγνωσης, ο κλινικός γιατρός χρησιμοποιεί διάφορες πηγές δεδομένων και συγκεντρώνει όλες τις πληροφορίες για να κάνει μια αρχική διαγνωστική εκτίμηση. Οι διαθέσιμες πληροφορίες προέρχονται από τη λήψη του ιστορικού και την κλινική εξέταση, καθώς και από το κοινωνικό περιβάλλον του ασθενή. Κάποιες φορές ενδέχεται να υπάρχει πρόσβαση και σε αποτελέσματα διαγνωστικών δοκιμασιών στις οποίες έχει ήδη υποβληθεί ο ασθενής. Σε αρκετές περιπτώσεις, στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, το σύνολο των πληροφοριών συνθέτει μια γνωστή κλινική εικόνα (pattern) για τον γενικό γιατρό. Η αναγνώριση μιας γνωστής εικόνας (pattern recognition) από τον γενικό γιατρό μπορεί να τον καθοδηγήσει άμεσα στη διάγνωση ήδη από το αρχικό στάδιο της προσέγγισης του ασθενή. Η διαγνωστική προσέγγιση στην περίπτωση αυτή μπορεί να συμπληρωθεί με τη χρήση διαγνωστικών δοκιμασιών, οι οποίες ενδέχεται να αυξήσουν ακόμη περισσότερο την πιθανότητα της αρχικής διάγνωσης. Καθώς η πιθανότητα της αρχικής διάγνωσης (pretest probability) είναι ήδη υψηλή (σχεδόν 100%), η πιθανότητα μετά από μια θετική διαγνωστική δοκιμασία (posttest probability) για το συγκεκριμένο νόσημα θα βρίσκεται πάντα σε επίπεδο υψηλότερο από το κατώφλι που έχει οριστεί για την επιβεβαίωση της διάγνωσης και, συνεπώς, την εφαρμογή θεραπευτικής παρέμβασης ([Elstein, Shulman, & Sprafka, 1978](#)· [Eva, 2005](#)· [G. Norman, 2005](#)· [G. R. Norman, 2000](#)· [G. R. Norman & Brooks, 1997](#)· [Redelmeier, Ferris, Tu, Hux, & Schull, 2001](#)· [Regehr & Norman, 1996](#)· [Schmidt, Norman, & Boshuizen, 1990](#)).

Μερικές φορές, όμως, η αρχική διάγνωση είναι πιο πολύπλοκη, καθώς οι διαθέσιμες πληροφορίες δεν αντιστοιχούν σε μια τόσο ξεκάθαρη γνωστή κλινική εικόνα. Σ' αυτήν την περίπτωση, ο γενικός γιατρός ξεκινά με μια πιθανότητα για την αρχική διάγνωση (pretest probability) αρκετά χαμηλότερη από το 100% και χρησιμοποιεί διαγνωστικές δοκιμασίες για να αυξήσει την πιθανότητα διάγνωσης (posttest probability) σε περίπτωση που τα αποτελέσματα είναι θετικά ([Barondess & Carpenter, 1994](#)· [Barrows & Pickell, 1991](#)· [Bordage, 1994](#)· [Cox, 1999](#)· [Glass, 1996](#)· [Kassirer & Kopelman, 1991](#)).

### 6.1.1. Σφάλματα κατά τη διαγνωστική προσέγγιση

Η διαγνωστική προσέγγιση που γίνεται χωρίς σφάλματα αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη λήψη μιας κλινικής απόφασης που δε θα ζημιώσει τον ασθενή. Η έλλειψη σφαλμάτων κατά τη διαγνωστική προσέγγιση είναι συνάρτηση διάφορων παραγόντων, που συμπεριλαμβάνουν (Heneghan et al 2009):

- την πλήρη και ορθή λήψη ιστορικού
- την πλήρη και ορθή κλινική εξέταση
- την πλήρη και ορθή λήψη πληροφοριών από το κοινωνικό περιβάλλον του ασθενή
- την πλήρη και ορθή λήψη πληροφοριών από άλλους θεράποντες γιατρούς και επαγγελματίες υγείας που παρέχουν περίθαλψη στον ασθενή
- την πλήρη και ορθή λήψη πληροφοριών για τον χώρο και την κοινότητα που διαμένει ο ασθενής
- την καταγραφή και χρήση πληροφοριών από διαγνωστικές δοκιμασίες, που έχουν γίνει στον ασθενή

Υπό ιδανικές συνθήκες, ο γενικός γιατρός οφείλει να συνδυάσει όσο πιο αντικειμενικά μπορεί όλες τις πληροφορίες που έχει και να δημιουργήσει έναν κατάλογο με τις πιθανές στρατηγικές διερεύνησης για το πρόβλημα του ασθενή. Για καθεμία από τις στρατηγικές αυτές, θα πρέπει να καταγράψει και τις πιθανές συνέπειες ώστε τελικά να επιλέξει την καταλληλότερη λύση για το συγκεκριμένο πρόβλημα. Στην πράξη όμως, συνήθως παρεμβαίνουν παράγοντες που αλλοιώνουν τη διαδικασία αυτή. Έτσι, οι πληροφορίες που λαμβάνονται αρχικά είναι συχνά ατελείς, υποκειμενικές και ανακριβείς. (Wermuth, 1984) Η αρχική υπόθεση συχνά περιλαμβάνει πολλές πιθανές διαγνώσεις και έτσι δεν είναι εφικτή η μελέτη κάθε μιας ξεχωριστά. Η διαγνωστική ακρίβεια και οι συνέπειες των διαφόρων στρατηγικών διερεύνησης είναι μόνον κατά ένα τμήμα γνωστές ενώ –λόγω ανεπάρκειας ή και έλλειψης τεκμηρίων ιδιαίτερα για πληθυσμούς που διαχειρίζεται ο γιατρός της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας- αρκετές φορές τα αναμενόμενα αποτελέσματα μιας διαγνωστικής στρατηγικής μπορεί να οδηγήσουν σε υπερδιάγνωση ή υποδιάγνωση των διαφόρων νοσημάτων.

Έτσι οι διαγνωστικές αποφάσεις λαμβάνονται υπό καθεστώς αβεβαιότητας. Ο στόχος μιας καλής διαγνωστικής διαδικασίας είναι η ελάττωση αυτής της αβεβαιότητας μέσα από τη συλλογή συμπληρωματικής πληροφορίας από διαφορετικές πηγές. (Kassirer JP. Diagnostic reasoning. *Ann Intern Med.* 1989;110(11):893-900· Richardson WS. Integrating evidence into clinical diagnosis. In: Montori VM, ed. *Evidence-Based Endocrinology.* Totowa, NJ: Humana Press· 2006:69-89· Richardson WS. We should overcome the barriers to evidence-based clinical diagnosis. *J Clin Epidemiol.* 2007;60(3):217-227)

Η διαγνωστική προσέγγιση μπορεί επίσης, να επηρεαστεί από την ύπαρξη γνωσιακού σφάλματος (cognitive bias) στη διαδικασία σκέψης του γενικού γιατρού. Τα γνωσιακά σφάλματα παρεμβαίνουν ως προκατάληψη και μπορεί να οδηγήσουν σε μία λανθασμένη τελική διάγνωση. (Croskerry P. *Acad Emerg Med* 2000;7:1223-31) Τα γνωσιακά σφάλματα μπορεί να αλλοιώσουν τη διαγνωστική διαδικασία με τους παρακάτω τρόπους (Croskerry P. *Acad Emerg Med* 2000·7:1223-31):

- Ο γιατρός συλλέγει μόνο τις πληροφορίες που επιβεβαιώνουν την αρχική διαγνωστική υπόθεση ενώ δεν αναζητά πληροφορίες που μπορεί να την απορρίπτουν (σφάλμα επιβεβαίωσης, confirmation bias)
- Ο γιατρός συσχετίζει το περιστατικό μόνο με τα πιο οικεία παραδείγματα, τα οποία μπορεί να θυμηθεί γρήγορα με βάση την προσωπική επαγγελματική του εμπειρία (σφάλμα διαθεσιμής πληροφορίας, availability bias)
- Ο γιατρός καταλήγει πρόωρα σε ένα συμπέρασμα χωρίς να προχωρά στη συλλογή περισσότερων δεδομένων, τα οποία μπορεί να είναι κρίσιμα για τη διάγνωση και αποφεύγει να επανεκτιμήσει τον ασθενή (πρόωρη ολοκλήρωση, premature closure)
- Ο γιατρός επηρεάζεται από τον τρόπο με τον οποίο παρουσιάζεται το περιστατικό και περιορίζει τη διαγνωστική του σκέψη σε λίγες πιθανές διαγνώσεις (σφάλμα περιορισμού, framing bias)
- Ο γιατρός δε λαμβάνει υπόψη του τη συχνότητα των νοσημάτων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και δε συμπεριλαμβάνει στη διαφορική διάγνωση τα πιο κοινά νοσήματα (σφάλμα παράβλεψης της συχνότητας των νοσημάτων, base rate neglect bias)

Η ανθρώπινη κρίση αποτελεί μια διαδικασία με πολλά υποκειμενικά στοιχεία, τα οποία μπορεί να αλλοιώσουν τη διαγνωστική προσέγγιση του γιατρού και να την καταστήσουν λιγότερο αντικειμενική. Έτσι, κατά τη συλλογή των δεδομένων, η σειρά με την οποία παρέχεται η πληροφορία είναι μια πιθανή πηγή σφαλμάτων, καθώς ο γιατρός μπορεί να θυμάται κυρίως την πρώτη χρονολογικά πληροφορία, η οποία επικρατεί επί των υπολοίπων. Η ανθρώπινη κρίση δεν συνυπολογίζει πλήρως την αξιοπιστία των δεδομένων. Έτσι, ο γιατρός μπορεί να θεωρεί εσφαλμένα ότι οι πηγές της πληροφορίας είναι πλήρως αξιόπιστες. Ακόμη, η συλλογή πληροφοριών μπορεί να βασίζεται σε προσδοκίες που εξαρτώνται από το συγκεκριμένο πρόβλημα και τις προεκτάσεις που του δίνει ο ίδιος ο γιατρός. Επιπλέον, Είναι πιθανόν να υπάρχει δυσκολία αναμόρφωσης των αρχικών διαγνωστικών εκτιμήσεων του γιατρού. Έτσι, παρατηρείται η τάση ο γιατρός να προτιμά μια συγκεκριμένη ερμηνεία και να αγνοεί ή να εξηγεί με λάθος τρόπο στοιχεία που είναι αντίθετα με τη διάγνωση που σκέφτεται. Η ασυνέπεια στη διαγνωστική κρίση αντικατοπτρίζεται αρκετές φορές στην αντίφαση που προκύπτει όταν δίνονται διαφορετικές διαγνώσεις για ταυτόσημες καταστάσεις. Τέλος, ο γιατρός μπορεί να έχει την τάση να εφαρμόζει κάποιον διαγνωστικό κανόνα εάν βρεθεί ένας λόγος που τον δικαιολογεί, ακόμα και αν ο κανόνας δεν είναι κατάλληλος. (Balint, Buchanan & Dequeker 2006).

## 6.2 Τα βήματα κατά τη διαγνωστική διαδικασία

Κατά τη διαγνωστική διαδικασία, ο γενικός γιατρός χρησιμοποιεί μία ή περισσότερες στρατηγικές για να καθορίσει και να διερευνήσει την αρχική διάγνωση και, στη συνέχεια, να καταλήξει στην τελική διάγνωση για τον ασθενή. Οι στρατηγικές που χρησιμοποιούν συνήθως οι γενικοί γιατροί συνοψίζονται στη συνέχεια ([Heneghan et al., 2009](#)):

Στρατηγικές που χρησιμοποιεί ο γενικός γιατρός κατά την αρχική διάγνωση

- Ο γιατρός εντοπίζει ένα συγκεκριμένο διαγνωστικό σημείο

- Ο ασθενής προσδιορίζει την πιθανή διάγνωση
- Ο γιατρός βασίζεται στην αιτία για την οποία τον επισκέπτεται ο ασθενής
- Ο γιατρός αναγνωρίζει μία κλινική εικόνα που του θυμίζει μια συγκεκριμένη νόσο

Στρατηγικές που χρησιμοποιεί ο γενικός γιατρός κατά τη διερεύνηση

- Ο γιατρός αποκλείει πιθανές διαγνώσεις
- Ο γιατρός συλλέγει περισσότερες ανατομικές ή παθολογικές πληροφορίες που διευκρινίζουν τη διάγνωση
- Ο γιατρός χρησιμοποιεί την πιθανολογική διαδικασία
- Ο γιατρός επιβεβαιώνει ότι η κλινική εικόνα που αναγνωρίζει ταιριάζει με τη διάγνωση
- Ο γιατρός χρησιμοποιεί έναν κλινικό προγνωστικό κανόνα

Στρατηγικές που χρησιμοποιεί ο γενικός γιατρός κατά την τελική διάγνωση

- Ο γιατρός κατά τη διερεύνηση έχει ήδη καταλήξει στην τελική διάγνωση
- Ο γιατρός χρειάζεται να παραγγείλει περισσότερες διαγνωστικές δοκιμασίες για να καταλήξει στην τελική διάγνωση
- Ο γιατρός καταλήγει στην τελική διάγνωση με τη δοκιμή μιας θεραπείας
- Ο γιατρός χρησιμοποιεί το χρόνο ως διαγνωστικό εργαλείο
- Ο γιατρός αδυνατεί να καταλήξει σε μία τελική διάγνωση

Η παρατήρηση ενός κλινικού σημείου οδηγεί στη διατύπωση μιας υπόθεσης, όταν φυσικά έχει κάποια άμεση σχέση με την υπόθεση. Παρ' όλα αυτά, ένα απλό παράδειγμα μπορεί να δείξει ότι η ύπαρξη μιας σχέσης δεν είναι αρκετή για να εξηγήσει την έναρξη αυτής της διαδικασίας. Εξετάζουμε την υπόθεση ότι ένας ασθενής είναι έγκυος, η οποία βασίζεται στην παρατήρηση ότι ο ασθενής είναι γυναίκα (Carroll, 1987). Προφανώς, όλοι οι ασθενείς σε κατάσταση εγκυμοσύνης είναι γυναίκες, αλλά, εάν εμφανιστεί ένας ασθενής ο οποίος είναι γυναίκα, δεν ενεργοποιείται άμεσα η υπόθεση ότι αυτή είναι έγκυος. Κατά συνέπεια, το θηλυκό γένος είναι ένας πολύ ευαίσθητος δείκτης εγκυμοσύνης (η πιθανότητα ένας ασθενής σε κατάσταση εγκυμοσύνης να είναι γυναίκα ισούται με 100%), αλλά δεν έχει μεγάλη προβλεπτική αξία (predictive value), γιατί οι περισσότερες γυναίκες δεν βρίσκονται σε κατάσταση εγκυμοσύνης. Η έννοια της ευαισθησίας (sensitivity) —ως η πιθανότητα παρατήρησης ενός δεδομένου, όταν ο εξεταζόμενος έχει μια συγκεκριμένη ασθένεια— είναι πολύ σημαντική, αλλά δεν εξηγεί από μόνη της τη διατύπωση μιας αρχικής διάγνωσης κατά τη διαγνωστική διαδικασία (Chatellier, Zapletal, Lemaitre, Menard, & Degoulet, 1996). Εναλλακτικά, η σχέση μεταξύ της παρατήρησης ενός κλινικού σημείου και μιας υπόθεσης μπορεί να στηρίζεται στο ότι η παρατήρηση του σημείου γίνεται σπάνια, εάν δεν επαληθεύεται η υπόθεση. Έστω ότι ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα δεν επαληθεύεται ποτέ, εάν ο ασθενής δεν έχει μια συγκεκριμένη ασθένεια. Σ' αυτήν την περίπτωση το σημείο ονομάζεται παθογνωμονικό. Τα παθογνωμονικά σημεία όχι μόνο υποδεικνύουν μια αρχική διάγνωση, αλλά ταυτόχρονα αποδεικνύουν και ότι αυτή είναι ορθή (Cooper & Herskovits, 1992). Δυστυχώς, τα παθογνωμονικά σημεία είναι σπάνια στην ιατρική. Εκείνο που συμβαίνει συνήθως είναι να γίνεται μια παρατήρηση πολύ συχνά όταν υπάρχει μια ασθένεια ή μια κατηγορία ασθενειών, αλλά η αντιστοίχιση ασθένειας και παρατήρησης δεν είναι απόλυτη. Για παράδειγμα, μόνο ένας μικρός αριθμός νοσημάτων που δεν ανήκουν στις λοιμώξεις αυξάνει τον αριθμό των λευκών αιμοσφαιρίων. Βεβαίως, η λευχαιμία, όπως και η επίδραση ορισμένων φαρμάκων, μπορεί να αυξήσει τον αριθμό των λευκών αιμοσφαιρίων, αλλά οι περισσότεροι ασθενείς που δεν έχουν λοίμωξη θα έχουν κανονικό αριθμό λευκών αιμοσφαιρίων. Κατά συνέπεια, η αύξηση των λευκών δεν αποδεικνύει την ύπαρξη λοίμωξης, αλλά στηρίζει την υπόθεση για την ύπαρξή της. Η έννοια που περιγράφει αυτή τη σχέση μεταξύ υπόθεσης και παρατήρησης, λέγεται ειδικότητα (specificity). Μια παρατήρηση είναι πολύ υψηλής ειδικότητας για μια ασθένεια, εάν απουσιάζει σε ασθενείς που δεν έχουν τη συγκεκριμένη ασθένεια. Η παθογνωμονική παρατήρηση έχει ειδικότητα 100%. Οι έννοιες της ευαισθησίας (sensitivity) και της ειδικότητας (specificity) στηρίζουν την πιθανολογική προσέγγιση (probabilistic approach): παρ' όλα αυτά, ακόμη και έμπειροι γιατροί ορισμένες φορές αποτυγχάνουν να τις χρησιμοποιήσουν σωστά. Έτσι, ακόμη και αν έχει γίνει μια πολύ ειδική για την ασθένεια παρατήρηση, μπορεί ο ασθενής να πάσχει από άλλη ασθένεια.

Ο στόχος της διαγνωστικής διαδικασίας είναι, ξεκινώντας από τον επιπολασμό (prevalence) μιας συγκεκριμένης ασθένειας στον πληθυσμό ή στην υποομάδα του πληθυσμού που κατατάχθηκε αρχικά ο

ασθενής, να γίνει κάποια διαγνωστική δοκιμασία και, ανάλογα με το αποτέλεσμα της (θετικό ή αρνητικό), να καταταγεί σε έναν νέο υποπληθυσμό στον οποίο ο επιπολασμός θα είναι σαφώς διαφορετικός. Έτσι, η πιθανότητα ένα οποιοδήποτε άτομο του πληθυσμού των Ηνωμένων Πολιτειών να έχει καρκίνο του πνεύμονα είναι μικρή (γιατί ο επιπολασμός αυτής της ασθένειας είναι μικρός), αλλά γίνεται πολύ μεγαλύτερη, αν η ακτινογραφία θώρακα δείξει μια σκιά που μοιάζει με όγκο. Αν το ίδιο άτομο ανήκει στον υποπληθυσμό των καπνιστών, τότε ο επιπολασμός του καρκίνου του πνεύμονα θα είναι μεγαλύτερος. Σ' αυτήν την περίπτωση, η ίδια ακτινογραφία θώρακα θα ανεβάσει ακόμη υψηλότερα την πιθανότητα να έχει το εξεταζόμενο άτομο καρκίνο του πνεύμονα (Todd & Stamper, 1994).

Η πιθανότητα μιας ασθένειας μετά τη δοκιμασία (posttest probability) εξαρτάται από την προβλεπτική αξία (predictive value) της δοκιμασίας, ενώ ο επιπολασμός (prevalence) της ασθένειας καθορίζει την πιθανότητά της πριν από τη δοκιμασία (pretest probability). Επομένως, ο γιατρός, πριν επιλέξει κάποια δοκιμασία, συλλέγει πληροφορίες (φυσική εξέταση, ιστορικό κ.λπ.) οι οποίες του δίνουν τη δυνατότητα να κατατάξει τον εξεταζόμενο σε μια ομάδα του πληθυσμού στην οποία η υπό διερεύνηση ασθένεια έχει επιπολασμό αρκετά υψηλότερο απ' αυτόν του γενικού πληθυσμού. Αυτός είναι ο προσαρμοσμένος επιπολασμός (pretest probability) που θα χρησιμοποιηθεί στην εκτίμηση της προβλεπτικής αξίας της δοκιμασίας (Goodman, Evans, & Carson, 2011). Το *θεώρημα του Bayes* δίνει μια ποσοτική μέθοδο για τον υπολογισμό της πιθανότητας που έχει ο ασθενής να νοσεί από το υπό διερεύνηση νόσημα, λαμβάνοντας υπόψη το αποτέλεσμα της διαγνωστικής δοκιμασίας. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιεί την πιθανότητα πριν από τη δοκιμασία (pretest probability), την ευαισθησία (sensitivity) και την ειδικότητα (specificity) της δοκιμασίας.

## 6.2.1 Αρχική διάγνωση

Το πρώτο βήμα είναι η αναγνώριση του προβλήματος του ασθενή. Η διαγνωστική διαδικασία ξεκινά με τη συλλογή των κλινικών δεδομένων και την επιλογή της σημαντικής πληροφορίας μέσα από το σύνολο των αρχικών δεδομένων (αφαίρεση). Η αναγνώριση της πληροφορίας που έχει σχέση με το πρόβλημα εξαρτάται από την εμπειρία αυτού που λαμβάνει την απόφαση και γίνεται με μεθόδους απαγωγικής λογικής.

### 6.2.1.1 Όταν ο γιατρός εντοπίζει ένα συγκεκριμένο διαγνωστικό σημείο

**Κλινικό σενάριο 1:** Μία γυναίκα 63 ετών επισκέπτεται το γενικό γιατρό επειδή εμφάνισε ένα επώδυνο εξάνθημα από συρρέουσες φυσαλίδες στο θώρακα σε σημείο που αντιστοιχεί στο δερμοτόμιο Θ3. Ποια είναι η αρχική διάγνωση;

Πιθανότατα, πρόκειται για εξάνθημα που οφείλεται σε αναζωπύρωση του ιού έρπη ζωστήρα.

Ο γενικός γιατρός, για να καθορίσει την αρχική διάγνωση, χρησιμοποιεί χαρακτηριστικά κλινικά σημεία κυρίως δερματολογικών παθήσεων, όπως το έκζεμα, οι σπίλοι, η ακμή, το μολυσματικό κηρίο και οι ψωριασιόμορφες πλάκες. Άλλα χαρακτηριστικά σημεία που μπορεί, επίσης, να βοηθήσουν τον γενικό γιατρό στην αρχική διάγνωση περιλαμβάνουν την εικόνα φλεγμονής του επιπεφυκότα στη μικροβιακή επιπεφυκίτιδα, την ακουστική χροιά του υλακώδη βήχα, καθώς και την ψηλάφηση της σκληρίας στη δακτυλική εξέταση του προστάτη. Βασική προϋπόθεση για να μπορέσει ο γενικός γιατρός να βασίσει την αρχική διάγνωση στην άμεση εντόπιση ενός σημείου αποτελεί η ύπαρξη προηγούμενης σχετικής κλινικής εμπειρίας (Balint et al., 2006).

### 6.2.1.2 Όταν ο ασθενής προσδιορίζει την πιθανή διάγνωση

**Κλινικό σενάριο 2:** Ένας άνδρας 70 ετών πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη εδώ και 15 χρόνια· λαμβάνει την αγωγή του τακτικά και έχει καλή ρύθμιση του σακχάρου. Γενικά, προσέχει τη διατροφή του, αλλά καμιά φορά καταναλώνει λίγο αλκοόλ παραπάνω, συνήθως 1-2 μπουκάλια μύρα. Σήμερα έρχεται στο ιατρείο κουτσαίνοντας και δείχνει στον γενικό γιατρό το αριστερό του πόδι. «Από χθες με πονάει υπερβολικά το μεγάλο δάχτυλο» λέει «μάλλον είναι το ουρικό οξύ, όπως και το καλοκαίρι. Πήρα κάτι παυσίπονα που είχα, αλλά δεν με βοήθησαν πολύ». Ο γενικός γιατρός απαντά στον ασθενή ότι πιθανόν να έχει δίκιο, βασίζοντας την αρχική διάγνωση στην άποψη που προτείνει ο ίδιος ο ασθενής. Πριν κλείσει τη διαγνωστική διαδικασία,

οφείλει να διερευνήσει την αρχική αυτή διάγνωση. Μπορεί, λοιπόν, να συμπληρώσει την απάντησή του προς τον ασθενή ως εξής: «Πιθανόν να έχετε δίκιο. Θα πρέπει, όμως, να ελέγξουμε πρώτα και κάποιες άλλες πιθανές αιτίες».

Ο ασθενής μπορεί ενδεχομένως να προσδιορίσει τη διάγνωση σε υψηλό ποσοστό, αν είχε παρόμοια επεισόδια στο παρελθόν. Στα νοσήματα για τα οποία έχει υπολογιστεί η διαγνωστική ακρίβεια της άποψης του ασθενή - και των οποίων υπήρξε προηγούμενο επεισόδιο στο παρελθόν - περιλαμβάνονται:

- η λοίμωξη του ουροποιητικού (ευαισθησία 84%) ([Gupta, Gulati, & Singh, 2001](#)),
- η πρόσθια ραγοειδίτιδα (ευαισθησία 86%) ([Pearson, Wilson-Holt, & Bates, 1991](#)) και
- η φθειρίαση της κεφαλής (ευαισθησία 81% και ειδικότητα 92%) ([Pilger, Khakban, Heukelbach, & Feldmeier, 2008](#)).

Σε κάποιες άλλες περιπτώσεις, όπως οι ακόλουθες, η διαγνωστική ακρίβεια της άποψης του ασθενή είναι μάλλον χαμηλή:

- Αποκλεισμός πιθανής εγκυμοσύνης. Συγκεκριμένα, η αρνητική απάντηση μιας γυναίκας στην ερώτηση «Υπάρχει πιθανότητα να είστε έγκυος;» έχει ευαισθησία 55% και ειδικότητα 95%) ([Strote & Chen, 2006](#)).
- Διάγνωση κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων (ευαισθησία 38% και ειδικότητα 91%) ([Wiley et al., 2002](#)).
- Διάγνωση κεφαλαλγίας διαφορετικού τύπου από τον τύπο προηγούμενου επεισοδίου. Συγκεκριμένα, μόνο το 56% των ασθενών με προηγούμενο επεισόδιο ημικρανίας μπορούσε να ξεχωρίσει ότι η παρούσα κεφαλαλγία ήταν διαφορετικού τύπου ([Laughey, MacGregor, & Wilkinson, 1993](#)).
- Διάγνωση της αιδιοκολπικής καντιντίασης (ευαισθησία 34%). Αρκετές από τις γυναίκες απέδιδαν λανθασμένα τη φυσιολογική αύξηση των κολπικών εκκρίσεων στη μέση του κύκλου σε καντιντίαση ([Ferris et al., 2002](#); [Sihvo, Ahonen, Mikander, & Hemminki, 2000](#)).

**Κλινικό σενάριο 3:** Ένας άνδρας 47 ετών, καπνιστής, υπέρβαρος, που λαμβάνει φάρμακο για τη χοληστερόλη, επισκέπτεται τον γενικό γιατρό, γιατί τις τελευταίες δύο ημέρες εμφάνισε βήχα και έναν πόνο στο στήθος, ακόμη κι όταν κάθεσαι το βράδυ να δει τηλεόραση. Ο πόνος υποχωρεί μετά από 15 έως 20 λεπτά. Πιστεύει ότι έχει κάποια λοίμωξη του αναπνευστικού και ζητά από τον γενικό γιατρό να του δώσει το κατάλληλο φάρμακο. Όταν ο γιατρός τον ρωτά γιατί πιστεύει πως έχει λοίμωξη του αναπνευστικού, απαντά ότι και ο ξάδελφός του πονούσε στο στήθος και νοσηλεύτηκε για πνευμονία πριν από έναν μήνα.

Οι πληροφορίες που αντλεί ο ασθενής για να προτείνει μια πιθανή διάγνωση προέρχονται από:

- προηγούμενα επεισόδια στον ίδιο,
- παρόμοια επεισόδια στην οικογένεια, σε φίλους ή σε γνωστούς και
- περιγραφές στα μέσα ενημέρωσης ή σε εκστρατείες ενημέρωσης σε θέματα δημόσιας υγείας.

Ακόμη κι αν η διάγνωση που προτείνει ως πιθανή ο ασθενής είναι λανθασμένη, μπορεί να βοηθήσει τον γιατρό στη μεταξύ τους επικοινωνία, στον προσανατολισμό προς κάποια εκδοχή που δεν είχε σκεφτεί, καθώς και στη διόρθωση πιθανών λανθασμένων απόψεων του ασθενή μέσω εκπαίδευσης. Ο γενικός γιατρός είναι σημαντικό να ακούει τον ασθενή και να τον ενθαρρύνει να εκφράζει την άποψή του για την πιθανή διάγνωση. Διάφορες τεχνικές μπορούν να διευκολύνουν την επικοινωνία αυτή με τον ασθενή, όπως οι ερωτήσεις σχετικά με το τι τον ανησυχεί ή γιατί νομίζει ότι του εμφανίστηκε το πρόβλημα που έχει.

### 6.2.1.3 Όταν ο γιατρός βασίζεται στην αιτία για την οποία τον επισκέπτεται ο ασθενής

**Κλινικό σενάριο 4:** Ένας άνδρας 78 ετών επισκέπτεται τον γενικό γιατρό, γιατί παρατήρησε απώλεια βάρους 10 κιλών τους τελευταίους τέσσερις μήνες. Αναφέρει ότι το διάστημα αυτό δεν έχει όρεξη για φαγητό, χωρίς να αναφέρει κάποια άλλα συμπτώματα. Ο γενικός γιατρός γνωρίζει ότι η γυναίκα του ασθενή πέθανε πριν

από 6 μήνες. Γνωρίζει, επίσης, ότι ο ασθενής είναι καπνιστής και καπνίζει 20 τσιγάρα την ημέρα από την ηλικία των 22 ετών. Τι θα περιλαμβάνει η αρχική διάγνωση του γενικού γιατρού;

Ο γενικός γιατρός θα χρειαστεί να βασίσει την αρχική διάγνωση στο κύριο σύμπτωμα για το οποίο τον επισκέφθηκε ο ασθενής (απώλεια βάρους). Ο επιπολασμός των νοσημάτων στον γενικό πληθυσμό αποτελεί ένα μέσο καθοδήγησης του γιατρού προς την αρχική διάγνωση. Η κατάθλιψη είναι ένα νόσημα αρκετά συχνό και μπορεί να εκδηλωθεί με απώλεια βάρους. Το κοινωνικό ιστορικό (πρόσφατη απώλεια της συζύγου) θα μπορούσε να αυξήσει την πιθανότητα αυτής της διάγνωσης. Παρ' όλα αυτά, ο γενικός γιατρός οφείλει να σκεφτεί ότι ορισμένα συμπτώματα μπορεί να αποτελούν προειδοποιητικά σημεία (red flags) για άλλα νοσήματα, ίσως λιγότερο συχνά αλλά πιο απειλητικά για τη ζωή του ασθενή. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, η απώλεια βάρους μπορεί να αποτελεί σύμπτωμα καρκίνου του πνεύμονα, ιδιαίτερα αν ληφθεί υπόψη η ηλικία και το ιστορικό του ασθενή (καπνιστής).

#### 6.2.1.4 Όταν ο γιατρός αναγνωρίζει την κλινική εικόνα ενός νοσήματος

**Κλινικό σενάριο 5:** Μια γυναίκα 52 ετών έρχεται στο ιατρείο, γιατί το τελευταίο διάστημα δεν αισθάνεται καλά, διψάει συνέχεια, όταν πηγαίνει στην τουαλέτα, αποβάλλει μεγάλη ποσότητα ούρων και έχει χάσει 10 κιλά τις τελευταίες 6 εβδομάδες. Τι μπορεί να σκεφτεί ο γενικός γιατρός ως αρχική διάγνωση;

Η ασθενής παρουσιάζει τρία συμπτώματα (πολυδιψία, πολουρία και απώλεια βάρους) τα οποία θυμίζουν στον γενικό γιατρό την περιγραφή της κλινικής εικόνας ασθενή που πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη. Έτσι, η αρχική διάγνωση για την ασθενή μπορεί να είναι ο σακχαρώδης διαβήτης. Στη συνέχεια, η ασθενής θα χρειαστεί να υποβληθεί στην κατάλληλη διαγνωστική δοκιμασία για να επιβεβαιωθεί η αρχική διάγνωση που θέτει ο γενικός γιατρός.

### 6.2.2 Διερεύνηση

Οι αρχικές διαγνώσεις τροποποιούνται κατά τη διερεύνηση με δόμηση και ιεράρχηση των πληροφοριών, καθώς είναι δυνατόν να υπάρξουν πολλές ερμηνείες των ίδιων δεδομένων ή τμημάτων των δεδομένων. Η μεθοδολογία που ακολουθείται μπορεί να είναι συμπερασματολογική (π.χ., με τη χρήση μιας παθογνωμονικής δοκιμασίας), επαγωγική (π.χ., για τη διάγνωση μιας μεταδοτικής ασθένειας σε έναν πληθυσμό) ή απαγωγική.

Κατά τη διερεύνηση της αρχικής διάγνωσης ο γενικός γιατρός οφείλει:

- να εντοπίσει και να αποκλείσει πιθανές διαγνώσεις που είναι επικίνδυνες για τον ασθενή, και
- να αναζητήσει αρχικά τις πιο συχνές διαγνώσεις στον πληθυσμό (Chatellier et al., 1996).

#### 6.2.2.1 Όταν ο γιατρός αποκλείει πιθανές διαγνώσεις

**Κλινικό σενάριο 6:** Μια μητέρα τηλεφωνεί ανήσυχη για τον γιο της που είναι 3 ετών. Πριν από 3 ημέρες παρουσίασε βήχα και ρινική καταρροή. Επισκέφθηκαν τον παιδίατρο, ο οποίος διέγνωσε λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού. Έκτοτε ο γιος της δεν φαίνεται να είναι καθόλου καλά, κάθεται στο κρεβάτι του, γκρινιάζει συνέχεια, αρνείται να πάει οπουδήποτε και έχει πυρετό. Ο παιδίατρος λείπει τώρα σε ταξίδι και έτσι αποφάσισε να επικοινωνήσει με τον γενικό γιατρό. Η μητέρα τον ρωτάει: «Μήπως το παιδί έχει μηνιγγίτιδα;».

**Κλινικό σενάριο 7:** Μια άλλη μητέρα φέρνει την κόρη της, 2 ετών, στον ίδιο γενικό γιατρό. Το παιδί παρουσιάζει πυρετό, που ξεκίνησε από το προηγούμενο βράδυ.

Για την αρχική διάγνωση, ο γενικός γιατρός θα λάβει υπόψη ποια νοσήματα είναι συχνότερα στον γενικό πληθυσμό και εμφανίζονται με το κύριο σύμπτωμα που έχουν τα δύο παιδιά, δηλαδή τον πυρετό. Επιπλέον στοιχείο αποτελεί και η συχνότητα των τελικών διαγνώσεων σε παιδιά με πυρετό κατά το τελευταίο διάστημα στην περιοχή που εργάζεται ο γενικός γιατρός. Για παράδειγμα, είναι πιθανόν ο γενικός γιατρός να γνωρίζει

ότι ένας αυξημένος αριθμός παιδιών διαγνώστηκε τελικά με ίωση του ανώτερου αναπνευστικού τον τελευταίο μήνα στην περιοχή. Οφείλει, όμως, να λάβει υπόψη του κατά την αρχική διάγνωση και σοβαρές αιτίες λοίμωξης στον παιδικό γενικό πληθυσμό οι οποίες ενδέχεται να είναι λιγότερο συχνές. Οι πιο σοβαρές αιτίες λοίμωξης στον παιδικό πληθυσμό περιλαμβάνουν την πνευμονία, τη μηνιγγίτιδα, τη σηψαιμία και τη σκωληκοειδίτιδα. Το ποσοστό εμφάνισης σοβαρών λοιμώξεων στον παιδικό γενικό πληθυσμό είναι κάτω του 1%. Κατά τη διερεύνηση της αρχικής διάγνωσης, ο γενικός γιατρός θα χρειαστεί να αποκλείσει την ύπαρξη σοβαρής λοίμωξης στα δύο παιδιά· θα λάβει τις πληροφορίες που απαιτούνται για τον αποκλεισμό των σοβαρών λοιμώξεων από το ιστορικό των δύο ασθενών, από την κλινική εξέταση και από απλές διαγνωστικές εξετάσεις.

Το ιστορικό του ασθενή αποτελεί βασικό εργαλείο της διερεύνησης, καθώς δίνει πληροφορίες για την εξέλιξη των συμπτωμάτων και τη διάρκεια της νόσου. Αρκετές φορές, στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, γίνονται λάθη κατά την προσπάθεια αποκλεισμού σοβαρών νοσημάτων με βάση την κλινική εικόνα. Αυτό συμβαίνει γιατί συνήθως οι ασθενείς επισκέπτονται τον γενικό γιατρό στο αρχικό στάδιο της νόσου και τα συμπτώματα πολλές φορές είναι αδιαφοροποίητα και δυσκολεύουν τη σωστή διάγνωση. Τα συμπτώματα της μηνιγγίτιδας στα αρχικά στάδια είναι ο πυρετός, η ναυτία, οι έμετοι, η μείωση της όρεξης, το αίσθημα κακουχίας και η ληθαργικότητα, και με την πάροδο του χρόνου και την εξέλιξη της νόσου ακολουθούν τα πιο ειδικά συμπτώματα. Όσον αφορά τα δύο παιδιά, η μέτρηση ζωτικών σημείων, η ανταπόκριση και η αντίδρασή τους, καθώς και η συνολική εκτίμηση της συμπεριφοράς τους στο ιατρείο αποτελούν σημεία που μπορούν να προσανατολίσουν τον γενικό γιατρό κατά τη διερεύνηση για τον αποκλεισμό πιθανής μηνιγγίτιδας.

Το αγόρι μπαίνει στο δωμάτιο του ιατρείου και προσπαθεί να ανέβει μόνο του στην καρέκλα, ενώ πού και πού χαμογελάει στον γιατρό. Το κορίτσι το έφερε η μητέρα, κρατώντας το στα χέρια της, δεν κοιτάζει καθόλου προς τον γιατρό και φαίνεται μάλλον υποτονικό.

Για τον αποκλεισμό άλλων σοβαρών λοιμώξεων, ο γενικός γιατρός θα αναζητήσει την πιθανή ύπαρξη σημείων ή συμπτωμάτων που εστιάζουν στην προσβολή κάποιου οργάνου. Έτσι, θα χρειαστεί να εξετάσει κλινικά τον φάρυγγα, τους παραρρινίους κόλπους, τα αυτιά, τους πνεύμονες, το γαστρεντερικό και το ουροποιητικό σύστημα.

Σε κανένα από τα δύο παιδιά δεν υπήρξαν συμπτώματα ή σημεία που να συνηγορούν υπέρ της προσβολής κάποιου οργάνου ή συστήματος.

Ιδιαίτερα για τον αποκλεισμό της μηνιγγίτιδας θα πρέπει να δοθεί προσοχή στην ύπαρξη ληθαργικότητας, σύγχυσης, κεφαλαλγίας, άλγους στα κάτω άκρα, ψυχρότητας στα άκρα, ωχρότητας και κυάνωσης. Ο γιατρός θα εξετάσει τα δύο παιδιά για να διαπιστώσει αν υπάρχουν τα κλασικά κλινικά σημεία της νόσου, στα οποία περιλαμβάνονται η αυχενική δυσκαμψία, τα σημεία Kernig και Brudzinski, η φωτοφοβία και το αιμορραγικό εξάνθημα.

Το πρόβλημα που παρατηρείται στη χρήση των κλινικών σημείων ως διαγνωστικών εργαλείων είναι ότι αφενός δεν έχει εκτιμηθεί η διαγνωστική ακρίβεια όλων και αφετέρου η εκτίμησή τους είναι υποκειμενική και επηρεάζεται από την κλινική εμπειρία του γιατρού που κάνει την κλινική εξέταση.

Στα δύο προηγούμενα κλινικά σενάρια, το αγόρι παίζει, δεν φαίνεται να έχει δυσκολία στην αναπνοή και δεν παρουσιάζει ταχύπνοια. Έχει σημεία λοίμωξης ανώτερου αναπνευστικού και δεν παρουσιάζει κανένα από τα σημεία μηνιγγίτιδας. Αντίθετα, το κορίτσι έχει υψηλό πυρετό, δεν δείχνει κανένα ενδιαφέρον και δεν είναι ζωνρό όπως συνήθως· δεν έχει κάποιο εξάνθημα, ούτε δυσκολία στην αναπνοή. Ο γιατρός δεν εντόπισε κάποια εστία λοίμωξης, προχώρησε σε εργαστηριακό έλεγχο με γενική εξέταση ούρων, η οποία ήταν αρνητική για την εστεράση των λευκών και τα νιτρώδη.

Ολοκληρώνοντας τη διερεύνηση της αρχικής διάγνωσης με τη μέθοδο αποκλεισμού, ο γενικός γιατρός απέκλεισε μια σοβαρή λοίμωξη για το αγόρι και κατέληξε στη διάγνωση της λοίμωξης του ανώτερου αναπνευστικού που βρίσκεται σε αποδρομή. Δεν κατάφερε, ωστόσο, να αποκλείσει την πιθανότητα μηνιγγίτιδας για το κορίτσι. Καθώς δεν έχει τελική διάγνωση για τη μικρή ασθενή, θα χρειαστεί να την παραπέμψει στο εφημερεύον νοσοκομείο.

### 6.2.2.2 Όταν ο γιατρός διευκρινίζει τη διάγνωση με σταδιακή συλλογή πληροφοριών

**Κλινικό σενάριο 8:** Ένας άνδρας 70 ετών παραπονιέται στον γενικό γιατρό για πόνο στο αριστερό του χέρι. Όταν ο γιατρός ζητά να του δείξει πού ακριβώς πονάει, εντοπίζει τον πόνο στον καρπό και συγκεκριμένα στην κερκιδική πλευρά, στη βάση του αντίχειρα. Με βάση την επιπλέον ανατομική πληροφορία, πού καταλήγει η διερεύνηση της αρχικής διάγνωσης;

Η πιθανή διάγνωση στο παραπάνω περιστατικό είναι τενοντοελυτρίτιδα De Quervain, που οφείλεται σε προσβολή των ελύτρων των τενόντων δύο μυών, του βραχέως εκτεινόντα τον αντίχειρα και του μακρού απαγωγού του αντίχειρα.

**Κλινικό σενάριο 9:** Μια γυναίκα 26 ετών επισκέπτεται τον γενικό γιατρό, γιατί παρουσίασε έντονο κνησμό και στα δύο της μάτια και δακρύρροια. Λέει ότι το ίδιο είχε πάθει και πέρυσι την άνοιξη. Ο γενικός γιατρός τη ρωτάει αν πάσχει από κάποιο χρόνιο νόσημα και η ασθενής απαντά πως έχει βρογχικό άσθμα, για το οποίο έχει σταματήσει να λαμβάνει φάρμακα, καθώς για δύο χρόνια τώρα δεν την έχει ενοχλήσει. Η αρχική διάγνωση περιλαμβάνει τη μικροβιακή και την αλλεργική επιπεφυκίτιδα. Πώς βοηθά η γνώση του παθοφυσιολογικού μηχανισμού κατά τη διερεύνηση της αρχικής διάγνωσης;

Η διάγνωση σε κάποιες νόσους καθορίζεται με βάση την ανατομία των συμπτωμάτων ή την υποκείμενη παθοφυσιολογία της νόσου. Καθώς οι ασθενείς που έχουν βρογχικό άσθμα παρουσιάζουν συχνά αλλεργίες, η ασθενής στο παραπάνω σενάριο είναι πιθανόν να πάσχει από αλλεργική κι όχι από μικροβιακή επιπεφυκίτιδα.

### 6.2.2.3 Όταν ο γιατρός χρησιμοποιεί την πιθανολογική προσέγγιση

Κατά την πιθανολογική προσέγγιση, ο γιατρός προσπαθεί να απαντήσει στο ερώτημα ποια είναι η πιθανότητα η διάγνωση που έθεσε ως αρχική να είναι αληθής, αν έχει επιπλέον δεδομένα από μία ή από πολλαπλές διαγνωστικές δοκιμασίες. Με τον όρο διαγνωστική δοκιμασία είναι δυνατόν να περιγραφούν όχι μόνο απλές ή σύνθετες εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις ([Korevaar et al., 2015](#)) αλλά και η λήψη ιστορικού, η κλινική εξέταση ([Simel, Rennie, & Bossuyt, 2008](#)), καθώς και τα διαγνωστικά εργαλεία διαλογής (screening tools) και οι κλινικοί προγνωστικοί κανόνες (clinical prediction rules) ([Collins, Reitsma, Altman, & Moons, 2015](#)).

Για την πιθανολογική προσέγγιση ο γιατρός χρειάζεται να γνωρίζει τα εξής:

- Την πιθανότητα που υπάρχει να έχει ο ασθενής μία συγκεκριμένη διάγνωση (pretest probability). Η πιθανότητα αυτή είναι ίση με τον επιπολασμό (prevalence) του συγκεκριμένου νοσήματος στον πληθυσμό που ανήκει ο ασθενής.
- Τη διαγνωστική ακρίβεια (diagnostic accuracy) της δοκιμασίας που θα χρησιμοποιήσει.
- Έναν μαθηματικό τύπο για να υπολογίσει την πιθανότητα ο ασθενής να έχει το νόσημα, αφού γίνει η δοκιμασία (posttest probability). Ο μαθηματικός τύπος αποτελείται από το γινόμενο του επιπολασμού επί τον λόγο θετικής πιθανοφάνειας (positive likelihood ratio, LR+) της δοκιμασίας —αν η δοκιμασία είναι θετική— ή τον λόγο αρνητικής πιθανοφάνειας (negative likelihood ratio, LR-) —αν η δοκιμασία είναι αρνητική:

**Πιθανότητα μετά τη δοκιμασία = πιθανότητα πριν από τη δοκιμασία x λόγος πιθανοφάνειας.**

**Κλινικό σενάριο 10:** Μια γυναίκα 35 ετών προσέρχεται στον γενικό γιατρό, αναφέροντας δυσουρικά ενοχλήματα. Η αρχική διάγνωση που σκέφτεται ο γενικός γιατρός είναι η λοίμωξη ουροποιητικού και προτείνει ως διαγνωστική δοκιμασία την ταινία εξέτασης (stick) ούρων. Η τελική πιθανότητα για την ασθενή να έχει λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος εξαρτάται από το θετικό ή αρνητικό αποτέλεσμα της



εξέτασης. Ο επιπολασμός της λοίμωξης ουροποιητικού σε γυναίκες με δυσουρικά ενοχλήματα είναι 55%. Η διαγνωστική ακρίβεια της ταινίας εξέτασης ούρων μπορεί να εκφραστεί από τις τιμές της ευαισθησίας και της ειδικότητας. Στον γενικό γιατρό είναι γνωστό ότι η ευαισθησία της ταινίας εξέτασης ούρων είναι 90% και η ειδικότητα 60%.

Ο λόγος θετικής πιθανοφάνειας (positive likelihood ratio, LR+) μπορεί να υπολογιστεί από τον λόγο της πιθανότητας του ατόμου με τη νόσο να έχει θετική δοκιμασία προς την πιθανότητα του ατόμου χωρίς τη νόσο να έχει θετική δοκιμασία:

$$\mathbf{LR+ = Ευαισθησία/[1 - Ειδικότητα].}$$

Αντίστοιχα, ο λόγος της αρνητικής πιθανοφάνειας (negative likelihood ratio, LR-) υπολογίζεται από τον λόγο της πιθανότητας του ατόμου με τη νόσο να έχει αρνητική δοκιμασία προς την πιθανότητα του ατόμου χωρίς τη νόσο να έχει αρνητική δοκιμασία:

$$\mathbf{LR- = [1 - Ευαισθησία]/Ειδικότητα.}$$

Ο λόγος της θετικής πιθανοφάνειας θεωρείται καλός για δοκιμασίες με τιμές πάνω από 2 και πολύ καλός για δοκιμασίες με τιμές πάνω από 10. Ο λόγος αρνητικής πιθανοφάνειας θεωρείται καλός για δοκιμασίες με τιμές μικρότερες από 0,5 και πολύ καλός για δοκιμασίες με τιμές μικρότερες από 0,1.

Οι λόγοι πιθανοφάνειας για τη δοκιμασία με ταινία εξέτασης ούρων υπολογίζονται ως εξής:

$$\mathbf{- LR+ = 0,90/[1 - 0,60] = 2,5}$$

$$\mathbf{- LR- = [1 - 0,90]/0,60 = 0,17.}$$

Ποια είναι η πιθανότητα η ασθενής να έχει λοίμωξη ουροποιητικού, αν η δοκιμασία με ταινία ούρων είναι θετική;

Πιθανότητα λοίμωξης ουροποιητικού μετά από θετική δοκιμασία =  $0,55 \times 2,5 = 1,2$ .

Ποια είναι η πιθανότητα η ασθενής να μην έχει λοίμωξη ουροποιητικού, αν η δοκιμασία με ταινία ούρων είναι αρνητική;

Πιθανότητα λοίμωξης ουροποιητικού μετά από αρνητική δοκιμασία =  $0,55 \times 0,17 = 0,09$ .

Τα προβλήματα που είναι πιθανόν να προκληθούν κατά τη χρήση των πιθανοτήτων είναι η εμπιστοσύνη που προκύπτει σε ψευδώς θετικά ή ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα. Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ο επιπολασμός των νοσημάτων είναι σχετικά μικρότερος σε σχέση με τον επιπολασμό των ασθενών που παραπέμπονται στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα. Γι' αυτό, η προγνωστική αξία μιας θετικής δοκιμασίας είναι χρήσιμη κυρίως στους γιατρούς της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας. Αντίθετα, η προγνωστική αξία μιας αρνητικής δοκιμασίας για τον αποκλεισμό ενός νοσήματος είναι συνήθως χρήσιμη στον γιατρό της πρωτοβάθμιας φροντίδας ([Sackett, Haynes, & P., 1985](#)). Μια διαγνωστική δοκιμασία με υψηλή ευαισθησία μπορεί να είναι πολύ χρήσιμη για έναν γιατρό που δουλεύει στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, ενώ —λόγω του χαμηλού επιπολασμού της νόσου— στην κοινότητα μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένα ψευδώς θετικά αποτελέσματα και στον κίνδυνο της υπερδιάγνωσης. Για παράδειγμα, μία στις επτά γυναίκες με θετική μαστογραφία έχει τελικά καρκίνο του μαστού, ενώ ένας στους 88 ασθενείς με θετική μικροσκοπική εξέταση αίματος στα κόπρανα έχει τελικά καρκίνο του παχέως εντέρου. Αρκετές φορές, ο γενικός γιατρός μπορεί να αποφύγει τα ψευδώς θετικά αποτελέσματα των διαγνωστικών δοκιμασιών, αν ακολουθήσει μια πιο συντηρητική στρατηγική και παρακολουθήσει τον ασθενή χωρίς να ζητήσει άμεσα ορισμένες εξετάσεις. Μπορεί να προχωρήσει σε περαιτέρω έλεγχο, αν διαπιστώσει ότι τα συμπτώματα του ασθενή επιμένουν.

Όσον αφορά τις διαγνωστικές δοκιμασίες που χρησιμοποιούνται από τον γενικό γιατρό, είναι σημαντικό να έχει αξιολογηθεί η διακριτική τους ικανότητα σε πληθυσμούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Επιπλέον, πριν από τη χρήση μιας διαγνωστικής δοκιμασίας, ο γενικός γιατρός χρειάζεται να είναι

ενήμερος σχετικά με τα επίπεδα στα οποία έχει αξιολογηθεί η δοκιμασία αυτή. Η αξιολόγηση των διαγνωστικών δοκιμασιών περιλαμβάνει διάφορα επίπεδα μέχρι να θεωρηθούν κατάλληλες για χρήση στην καθημερινή κλινική πράξη (Feinstein, 1985). Τα επίπεδα αυτά περιλαμβάνουν την αξιολόγηση της τεχνικής εφαρμογής (επίπεδο 1), την αξιολόγηση της διαγνωστικής ακρίβειας (επίπεδο 2), την αξιολόγηση της επίπτωσης στη διάγνωση (επίπεδο 3), στη θεραπεία (επίπεδο 4), την αξιολόγηση εκβάσεων που εστιάζουν στον ασθενή (επίπεδο 5) καθώς και την αξιολόγηση των κοινωνικών επιπτώσεων από τη χρήση της διαγνωστικής δοκιμασίας (επίπεδο 6). Δυστυχώς, οι περισσότερες δοκιμασίες χρησιμοποιούνται καθημερινά από τους κλινικούς γιατρούς, έχοντας αξιολογηθεί μόλις μέχρι το επίπεδο 2 και χωρίς να έχουν εκτιμηθεί επαρκώς οι επιπτώσεις στη διάγνωση, την επιλογή της θεραπείας και τις κλινικές εκβάσεις, καθώς και οι κοινωνικές συνέπειες που μπορεί να έχει η χρήση τους (Tatsioni et al., 2005).

#### 6.2.2.4 Όταν ο γιατρός επιβεβαιώνει ότι η κλινική εικόνα που αναγορίζει ταιριάζει με τη διάγνωση

**Κλινικό σενάριο 11:** Μια ασθενής 29 ετών αναφέρει ότι, τις τελευταίες 24 ώρες, έχει πυρετό και πονόλαιμο όταν καταπίνει. Δεν έχει βήχα. Λαμβάνει αντισυλληπτικά χάπια και δεν αναφέρει αλλεργίες. Κατά την εξέταση ο γενικός γιατρός παρατηρεί πυώδη βύσματα στις αμυγδαλές, ενώ τα ζωτικά σημεία είναι: πίεση 112/76 mm Hg, σφύξεις 88 ανά λεπτό, αναπνοές 18 ανά λεπτό, θερμοκρασία 39,1 °C. Ποια κλινική εικόνα επιβεβαιώνει ο γενικός γιατρός με την αντικειμενική εξέταση;

Τα πυώδη βύσματα στις αμυγδαλές ασθενή με πυρετό και πονόλαιμο όταν καταπίνει συνηγορούν υπέρ μιας τυπικής εικόνας αμυγδαλίτιδας.

Οι τυπικές κλινικές εικόνες, τις οποίες ο γιατρός έχει διδαχθεί και έχει δει και στο παρελθόν, βοηθούν σ' αυτόν τον τρόπο διερεύνησης της αρχικής διάγνωσης. Παρ' όλα αυτά, καθώς τα διάφορα νοσήματα δεν παρουσιάζονται πάντα με τη συνήθη τυπική εικόνα, ο γενικός γιατρός επιβάλλεται να διατηρεί επιφυλάξεις και να συνεχίζει τη διερεύνηση, χρησιμοποιώντας και άλλες στρατηγικές, ώστε να μην οδηγείται σε λανθασμένα συμπεράσματα.

#### 6.2.2.5 Όταν ο γιατρός χρησιμοποιεί κλινικούς προγνωστικούς κανόνες

Ο κλινικός προγνωστικός κανόνας (clinical prediction rule ή clinical decision rule) είναι ένα σύνολο συμπτωμάτων, σημείων και αποτελεσμάτων εξετάσεων, ο συνδυασμός των οποίων για τη διάγνωση ενός κλινικού προβλήματος έχει αξιολογηθεί σε μελέτες διαφορετικών πληθυσμών. Οι κλινικοί προγνωστικοί κανόνες έχουν ως στόχο τη βελτίωση της κλινικής διαχείρισης σε σύγκριση με το αποτέλεσμα από τη συνήθη πρακτική· προϋποθέτουν δε την εκτίμηση της εγκυρότητάς τους (validation) με μέτρηση της διαγνωστικής τους ακρίβειας σε διαφορετικούς πληθυσμούς και τη μέτρηση του οφέλους που παρέχουν στη διαχείριση ενός προβλήματος συγκρινόμενοι με τη συνήθη πρακτική.

Για να δημιουργηθεί ένας κλινικός προγνωστικός κανόνας ακολουθούνται συγκεκριμένα βήματα: Στο πρώτο βήμα γίνεται η ανάπτυξη του κανόνα. Αναπτύσσονται κριτήρια που αξιολογούνται με βάση το πόσο καλά διαχωρίζουν τους ασθενείς που έχουν το συγκεκριμένο πρόβλημα απ' αυτούς που δεν το έχουν.

**Κλινικό σενάριο 12:** Ένας άνδρας 55 ετών επισκέπτεται τον γενικό γιατρό, γιατί αισθάνεται πόνο στη γαστροκνημία στο δεξί του πόδι. Κατά την κλινική εξέταση, ο γιατρός παρατηρεί ότι το δεξί άκρο στην περιοχή της γαστροκνημίας είναι οίδηματώδες και ερυθρό. Ο ασθενής αναφέρει ότι δεν το έχει χτυπήσει κάπου. Είναι πιθανόν ο ασθενής να έχει εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση. Ο γενικός γιατρός αναζητά στη βιβλιογραφία αν υπάρχει κάποιος κλινικός προγνωστικός κανόνας που θα του επιτρέψει να υπολογίσει αν η πιθανότητα να έχει ο ασθενής του εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση είναι υψηλή, ώστε να τον παραπέμψει για υπερηχογραφικό έλεγχο του φλεβικού δικτύου και να καταλήξει στη διάγνωση και την κατάλληλη αντιμετώπιση. Ο γενικός γιατρός βρίσκει τον κλινικό προγνωστικό κανόνα που περιλαμβάνει τα κριτήρια του Wells, τα οποία φαίνονται στον Πίνακα 6.1 (Wells et al., 1997) :

Κριτήριο	Βαθμός
Ύπαρξη κακοήθειας	1
Παράλυση, πάρεση ή πρόσφατη ακινητοποίηση με νάρθηκ του κάτω άκρου	1
Πρόσφατος κλινιστατισμός για πάνω από 3 μέρες ή μεγάλο χειρουργείο τις τελευταίες 4 εβδομάδες	1
Εντοπισμένη ευαισθησία κατά μήκος του φλεβικού δικτύου	1
Οίδημα σε όλο το κάτω άκρο	1
Οίδημα της γαστροκνημίας πάνω από τρία εκατοστά σε σύγκριση με το ασυμπτωματικό άκρο	1
Οίδημα με εντόπωμα (στο συμπτωματικό άκρο)	1
Ύπαρξη παράπλευρου επιπολής φλεβικού δικτύου (χωρίς να συμπεριλαμβάνονται οι κίρσοι)	1
Υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα για κάποια εναλλακτική διάγνωση από την εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση	-2

**Πίνακας 6.1** Τα κριτήρια του Wells, που περιλαμβάνονται στον κλινικό προγνωστικό κανόνα για την εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση.

Ο παραπάνω κανόνας αναπτύχθηκε σε ασθενείς που προσέρχονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών των νοσοκομείων και έδειξε να έχει καλή διαγνωστική ακρίβεια. Συγκεκριμένα, για έναν ασθενή που προσέρχεται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του νοσοκομείου με οίδημα στη γαστροκνημία, η πιθανότητα να έχει εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση, όταν ο συνολικός βαθμός στον κανόνα Wells είναι μέχρι ένα και ταυτόχρονα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στη δοκιμασία των D-διμερών, είναι μόλις 0,9% (0,4-1,4%) (Wells et al., 1997).

Πριν προχωρήσει στη χρήση του παραπάνω κλινικού προγνωστικού κανόνα, ο γενικός γιατρός θα χρειαστεί να διερευνήσει αν ο κανόνας αυτός μπορεί να γενικευθεί σε ασθενείς στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Προγνωστικοί κανόνες με καλή διαγνωστική ακρίβεια για έναν πληθυσμό μπορεί να μην παρέχουν την ίδια ακρίβεια σε άλλους πληθυσμούς, λόγω διαφορών στον χρόνο, στον γεωγραφικό τόπο ή στο επίπεδο φροντίδας. Έτσι, για έναν ασθενή που προσέρχεται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας με οίδημα στη γαστροκνημία, η πιθανότητα να έχει εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση, όταν ο συνολικός βαθμός στον κανόνα Wells είναι μέχρι ένα και ταυτόχρονα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στη δοκιμασία των D-διμερών, είναι αρκετά μεγαλύτερη από ό,τι σε έναν ασθενή που προσέρχεται στο νοσοκομείο. Συγκεκριμένα, η πιθανότητα αυτή είναι 2,9% (2,5-3,3%) (Oudega, Hoes, & Moons, 2005). Αυτό σημαίνει ότι, αν ο γενικός γιατρός εφαρμόσει τον κανόνα Wells, θα έχει αρκετά ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα, και ασθενείς με εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση δεν θα οδηγηθούν στην κατάλληλη διερεύνηση με υπερηχογραφικό έλεγχο και δεν θα λάβουν στη συνέχεια την κατάλληλη θεραπεία. Για τον λόγο αυτόν, πριν από την εφαρμογή ενός κλινικού προγνωστικού κανόνα, είναι σημαντική η εξασφάλιση της γενίκευσής του ή της εξωτερικής του εγκυρότητας (external validity). Στην περίπτωση της διερεύνησης για την εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας προτάθηκε ένας νέος κλινικός προγνωστικός κανόνας (Amsterdam Maastricht Utrecht Study on thromboEmbolism, AMUSE), τα κριτήρια του οποίου φαίνονται στον Πίνακα 6.2 (Buller et al., 2009· Wells et al., 1997):

Κριτήριο	Βαθμός
Φύλο: άνδρας	1
Χρήση αντισυλληπτικών δισκίων	1
Ύπαρξη κακοήθειας	1
Πρόσφατο χειρουργείο	1
Απουσία τραυματισμού στο άκρο	1
Οίδημα της γαστροκνημίας πάνω από τρία εκατοστά σε σύγκριση με το ασυμπτωματικό άκρο	1
Ύπαρξη διατεταμένων φλεβών	1
Θετική εξέταση για D-διμερή	6

**Πίνακας 6.2** Τα κριτήρια AMUSE, που περιλαμβάνονται στον κλινικό προγνωστικό κανόνα για την εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση.

Ο κανόνας AMUSE παρουσιάζει μικρότερο ποσοστό ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Ten Cate-Hoek et al., 2009). Επιπλέον, έχει εκτιμηθεί η επίπτωσή του (impact) όταν χρησιμοποιείται στη διαχείριση των ασθενών. Συγκεκριμένα, η χρήση του κανόνα AMUSE από τον γενικό γιατρό οδηγεί σε διαχείριση των ασθενών με πιθανή θρόμβωση χαμηλότερου κόστους από τη διαχείριση που βασίζεται στους κλινικούς προγνωστικούς κανόνες που χρησιμοποιούνται στο νοσοκομείο (Ten Cate-Hoek et al., 2009). Η εκτίμηση της επίδρασης που έχει η χρήση ενός κλινικού προγνωστικού

κανόνα μπορεί να γίνει με αξιόπιστο τρόπο μέσω τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών, στις οποίες μετρούνται εκβάσεις που συνδέονται με αλλαγές στα κλινικά αποτελέσματα, στα αποτελέσματα που επικεντρώνονται στον ασθενή, στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και στο κόστος. Η χρήση ενός κλινικού προγνωστικού κανόνα ενδέχεται, αρκετές φορές, να μην αλλάξει την έκβαση του ασθενή· αποτελεί, όμως, ένα χρήσιμο εργαλείο για τον γενικό γιατρό κατά τη διερεύνηση της αρχικής υπόθεσης, αν μπορεί να βελτιώσει παραμέτρους, όπως ο χρόνος διαχείρισης των ασθενών ή ο αριθμός παραπομπών τους στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας.

Υπάρχουν πολλά εργαλεία διαλογής (screening tools) τα οποία έχουν αναπτυχθεί και χρησιμοποιούνται με τη μορφή κλινικών προγνωστικών κανόνων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Αρκετά απ' αυτά έχουν μεταφραστεί και έχουν σταθμιστεί και για τον ελληνικό πληθυσμό. Σχετικά παραδείγματα αποτελούν τα εργαλεία διαλογής για:

- τον δείκτη δυσλειτουργίας του αυχένα ([Trouli et al., 2008](#)),
- τη δυσπεψία ([Anastasiou, Antonakis, Chaireti, Theodorakis, & Lionis, 2006](#)),
- τα μυοσκελετικά προβλήματα ([Antonopoulou, Ekdahl, Sgantzios, Antonakis, & Lionis, 2004](#)),
- την άνοια ([Iatraki et al., 2014](#)) και
- την αγχώδη διαταραχή ([Grammatikopoulos et al., 2010](#)).

Η εξωτερική εγκυρότητα και η αποτελεσματικότητα σε σύγκριση με τη συνήθη πρακτική χρειάζεται να αξιολογούνται και για τα εργαλεία διαλογής πριν από την ευρεία χρήση τους στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Σε ένα τέτοιο παράδειγμα, πραγματοποιήθηκε μια τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή στη Σουηδία για να συγκρίνει τη συστηματική χρήση της έγκυρης σύντομης μορφής του εργαλείου διαλογής AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test, AUDIT-C) για την ανίχνευση ασθενών που κάνουν επικίνδυνη χρήση αλκοόλ με τη συνήθη πρακτική. Η κλινική δοκιμή έδειξε ότι οι γιατροί που χρησιμοποίησαν συστηματικά το AUDIT-C είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να εντοπίσουν ασθενείς που κάνουν επικίνδυνη χρήση αλκοόλ σε σύγκριση με τους γιατρούς που εφαρμόζαν το εργαλείο διαλογής μόνο όταν θεωρούσαν πιθανό ότι ο ασθενής κάνει επικίνδυνη χρήση αλκοόλ ([Reinholdz, Fornazar, Bendtsen, & Spak, 2013](#)).

Η εφαρμογή έγκυρων προγνωστικών κανόνων συναντά αρκετούς φραγμούς, μεταξύ των οποίων:

- την άρνηση των γιατρών για υιοθέτηση κλινικών προγνωστικών κανόνων στην καθημερινή κλινική πράξη,
- τη σύγκρουση των κλινικών προγνωστικών κανόνων με τον συνήθη τρόπο σκέψης των γιατρών,
- την έλλειψη πρακτικότητας, όταν οι κλινικοί προγνωστικοί κανόνες περιλαμβάνουν χρονοβόρες διαδικασίες ή διαδικασίες με υψηλό κόστος, και
- τον φόβο για ποινικές ευθύνες.

### 6.2.3 Τελική διάγνωση

Κατά το προηγούμενο στάδιο της διερεύνησης, ο γιατρός, με τη χρήση της επαγωγικής ή της απαγωγικής μεθόδου, μπορεί να απορρίψει τις υποθέσεις οι οποίες δεν αντιστοιχούν στις παρατηρήσεις που έχει καταγράψει για τον ασθενή. Τα αποτελέσματα συμπληρωματικών εξετάσεων μπορούν να συμβάλουν τόσο στη μείωση της αβεβαιότητας σχετικά με την κλινική κατάσταση όσο και στον αποκλεισμό υποθέσεων ή στη διατύπωση άλλων ([Sugar, Bibb, Morris, & Parkhouse, 2004](#)). Φαίνεται ότι, στο 50% των περιπτώσεων, οι γενικοί γιατροί φτάνουν σε μια τελική διάγνωση, χρησιμοποιώντας τις στρατηγικές που περιγράφηκαν κατά τη διερεύνηση. Για το υπόλοιπο 50% των περιπτώσεων, θα χρειαστεί να χρησιμοποιήσουν επιπλέον μία από τις παρακάτω μεθόδους ([Heneghan et al., 2009](#)):

- να παραγγείλουν πρόσθετες διαγνωστικές δοκιμασίες,
- να δοκιμάσουν την ανταπόκριση του ασθενή σε μια θεραπεία ή
- να χρησιμοποιήσουν τον χρόνο ως διαγνωστικό εργαλείο.

Ακόμη και με τη χρήση των μεθόδων αυτών, οι γενικοί γιατροί δεν θα καταφέρουν να φτάσουν σε μια τελική διάγνωση για ένα ποσοστό που φτάνει μέχρι και το 10% των ασθενών ([Heneghan et al., 2009](#)).

### 6.2.3.1 Όταν ο γιατρός καταλήγει στην τελική διάγνωση με τη δοκιμή μιας θεραπείας

**Κλινικό σενάριο 13:** Ένας άνδρας 43 ετών παρουσιάζει διάρροιες από 10ημέρου. Πριν από τρεις εβδομάδες επέστρεψε από ένα ταξίδι στην Μπανγκόκ, όπου παρακολούθησε ένα συνέδριο. Αναφέρει κοιλικοειδή κοιλιακά άλγη περιστασιακά και γενικά αισθάνεται αδυναμία. Δεν παρατήρησε απώλεια βάρους ούτε αίμα ή βλέννη στα κόπρανα. Αρχικά, έλαβε λοπεραμίδα χωρίς βελτίωση. Έχει ελεύθερο ιστορικό. Κατά την αντικειμενική εξέταση ο γενικός γιατρός δεν παρατηρεί κάτι παθολογικό. Υπάρχουν προειδοποιητικά σημεία (red flags) που μπορεί να οδηγήσουν τον γιατρό στην υποψία κάποιας πιο σοβαρής νόσου;

Η διάρκεια των συμπτωμάτων (> 10 ημέρες) και το αναφερόμενο ταξίδι σε χώρα της νοτιοανατολικής Ασίας είναι στοιχεία που αποτελούν σημεία ανησυχίας. Αντίθετα, η απουσία αίματος στα κόπρανα, η απουσία απώλειας βάρους, η μη αναφορά πρόσφατης νοσηλείας σε νοσοκομείο, λήψης αντιβιοτικών ή κάποιου άλλου σοβαρού νοσήματος, καθώς και τα φυσιολογικά ζωτικά σημεία και η αντικειμενική εξέταση χωρίς παθολογικά ευρήματα, αποτελούν καθησυχαστικά στοιχεία.

Το διαγνωστικό δίλημμα έγκειται στο αν η αιτία της διάρροιας είναι αυτοπεριορισμένη ή οφείλεται σε κάποια άλλα αίτια.

Κατά τη διερεύνηση, ο γενικός γιατρός είχε ήδη ζητήσει εξετάσεις, που περιελάμβαναν ένα δείγμα κοπράνων για παρασιτολογική εξέταση και καλλιέργειες για πιθανά μικρόβια (Amoeba, Giardia, Shigella, Salmonella, Yersinia, Campylobacter, E.coli).

Από την παρασιτολογική εξέταση των κοπράνων προέκυψε ότι ο ασθενής είχε προσβληθεί από Giardia lamblia. Ο γενικός γιατρός χορήγησε μετρονιδαζόλη και ζήτησε να επανεξετάσει τον ασθενή σε τρεις εβδομάδες. Ο ασθενής πήγε στην καθορισμένη συνάντηση και ανέφερε ότι και μετά τη θεραπεία έχει ακόμη διάρροιες και μερικές φορές κοιλιακό άλγος. Η επανάληψη της εξέτασης έδειξε ότι το παράσιτο είχε εξαλειφθεί.

Η επιμονή των συμπτωμάτων οδηγεί σε μία από τις παρακάτω πιθανές διαγνώσεις:

- σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου,
- φλεγμονώδη νόσο των εντέρων,
- καρκίνο παχέως εντέρου,
- κοιλιοκάκη και
- δυσανοχή στη λακτόζη.

Πριν από την τελική διάγνωση, ο γενικός γιατρός αποφασίζει πως πρέπει να ζητήσει επιπλέον διαγνωστικές δοκιμασίες, και συγκεκριμένα:

- μέτρηση αντισωμάτων IgA κατά της ιστικής τρανσγλουταμινάσης (tTga),
- δοκιμασία ανοχής ξυλόζης,
- θυρεοειδικό έλεγχο και έλεγχο σακχάρου νηστείας και
- κολοноσκόπηση.

Η απουσία ευρημάτων σε όλες τις προηγούμενες δοκιμασίες και η απουσία λήψης καθαρτικών στο ιστορικό του ασθενή οδηγεί τον γενικό γιατρό στην τελική διάγνωση που είναι το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου.

### 6.2.3.2 Όταν ο γιατρός χρησιμοποιεί το χρόνο ως διαγνωστικό εργαλείο

**Κλινικό σενάριο 14:** Μια γυναίκα 42 ετών που δεν είναι καπνίστρια αναφέρει βήχα τον τελευταίο μήνα, μετά από μια ίωση με ρινική καταρροή και φαρυγγαλγία. Ο βήχας είναι χειρότερος το πρωί και σπάνια δίνει λίγα πτύελα. Δεν αναφέρει άλλα συμπτώματα ή κάποια δυσκολία στην αναπνοή. Τα τελευταία δύο χρόνια λαμβάνει αναστολέα μετατρεπτικού ενζύμου ως αντιυπερτασική αγωγή. Η αρχική διάγνωση για την ασθενή περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα νοσημάτων, τα οποία μπορεί να εκδηλωθούν με βήχα. Ποια επιπλέον συμπτώματα οφείλει να αποκλείσει ο γενικός γιατρός κατά τη διερεύνηση της αρχικής διάγνωσης;

Ο γενικός γιατρός θα πρέπει να αποκλείσει συμπτώματα που θα αποτελούσαν προειδοποιητικά σημεία (red flags) για ένα σοβαρό νόσημα. Τα συμπτώματα αυτά περιλαμβάνουν:

- την άφθονη παραγωγή πτυέλων που θα προερχόταν από πιθανές βρογχεκτασίες,
- τον πυρετό, τις εφιδρώσεις, την απώλεια βάρους και την αιμόπτυση, που θα συνηγορούσαν σε φυματίωση, λέμφωμα ή βρογχογενές καρκίνωμα, και
- τη σημαντική δυσκολία στην αναπνοή με τον βήχα ως αποτέλεσμα καρδιακής ανεπάρκειας, αποφρακτικής πνευμονοπάθειας ή πνευμονικής ίνωσης.

Κατά τη διερεύνηση, ο γενικός γιατρός απέκλεισε τη διάγνωση ενός σοβαρού νοσήματος. Βρίσκεται, έτσι, στη φάση της τελικής διάγνωσης, κατά την οποία θα πρέπει να λάβει υπόψη την πιθανότητα ύπαρξης άλλων διαγνώσεων που να εξηγούν τον βήχα της ασθενούς. Οι διαγνώσεις αυτές περιλαμβάνουν ([Palombini et al., 1999](#)):

- την ύπαρξη παρενέργειας από το αντιυπερτασικό φάρμακο,
- το άσθμα,
- τη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση,
- μια πιθανή ρινίτιδα, παραρρινοκολπίτιδα ή και οπισθορινικές εκκρίσεις, και
- τον μεταλοιμώδη βήχα ([Palombini et al., 1999](#)).

Αν ο γενικός γιατρός υποψιάζεται την ύπαρξη βρογχικού άσθματος για την ασθενή, μπορεί να χορηγήσει εισπνεόμενο κορτικοστεροειδές για διάστημα έως οκτώ εβδομάδες ([Dicpinigaitis, 2004](#)). Αν και η ανακούφιση του συμπτώματος δεν μπορεί να θέσει με βεβαιότητα τη διάγνωση, ωστόσο θα προσανατολίσει τον γενικό γιατρό προς την επιλογή να φροντίσει να υποβληθεί η ασθενής του σε σπιρομέτρηση.

Αν ο γενικός γιατρός υποψιάζεται την ύπαρξη γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης, μπορεί να δοκιμάσει τη χορήγηση αναστολέα αντλίας πρωτονίων. Η υποχώρηση των συμπτωμάτων εντός δύο εβδομάδων θεωρείται θετική ανταπόκριση στη δοκιμή και έχει ευαισθησία 78% και ειδικότητα 54% για τη διάγνωση της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης. Για την επιβεβαίωση, η ασθενής θα χρειαστεί να υποβληθεί σε 24ωρη καταγραφή του Ph ([Numans, Lau, de Wit, & Bonis, 2004](#)).

Αν ο γενικός γιατρός υποψιάζεται την ύπαρξη οπισθορινικών εκκρίσεων, μπορεί να δοκιμάσει τη χορήγηση αντισταμινικών, αποσυμφορητικών ή εκνεφωμάτων με κορτικοστεροειδή ([Morice et al., 2004](#); [Morice & Kastelik, 2003](#)). Παρ' όλα αυτά δεν υπάρχουν δεδομένα για τη δόση ή τη διάρκεια που μπορεί να έχει η δοκιμή των εν λόγω φαρμάκων.

Η χρήση της δοκιμής μιας θεραπείας ως μέσου διάγνωσης γίνεται όταν υπάρχουν θεραπείες που δρουν σχετικά σύντομα και όταν υπάρχει έκβαση που μπορεί να μετρηθεί, ώστε να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητά της. Η αποδρομή του βήχα μετά τη δοκιμή του φαρμάκου μπορεί να μην οφείλεται στη δράση του φαρμάκου αλλά:

- σε αυτόματη ίαση,
- σε δράση του φαρμάκου ως εικονικού φαρμάκου (placebo) ή
- σε μια υποκειμενική εκτίμηση του γιατρού ή του ασθενή.

Στη συνέχεια παρουσιάζεται η διαγνωστική ακρίβεια φαρμακευτικών παρεμβάσεων που έχουν χρησιμοποιηθεί ως διαγνωστικά εργαλεία. Η χρήση της θεραπείας ως διαγνωστικού μέσου μπορεί να βοηθήσει στην ανακούφιση του ασθενή ή να κατευθύνει τον γιατρό προς την εντόπιση της διάγνωσης· είναι δε απαραίτητο να συνοδεύεται από παρακολούθηση και επανεκτίμηση του ασθενή, καθώς και από περαιτέρω διαγνωστικό έλεγχο ή παραπομπή για την επιβεβαίωση της πιθανής διάγνωσης, όταν αυτό είναι εφικτό.

Για τη διάγνωση της μυασθένειας gravis έχει προταθεί η χρήση αντιχολινεστερασικών (edrophonium) για τη διάγνωση με ευαισθησία 92% σε οφθαλμική νόσο και 88% για γενικευμένη μυασθένεια και ειδικότητα 97% για τους δύο τύπους μυασθένειας (Benatar, 2006).

Για τη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση έχει προταθεί η χρήση αναστολέων αντλίας πρωτονίων με ευαισθησία 78%, ειδικότητα 54% (δοκιμασία αναφοράς: 24ωρη καταγραφή του pH) (Numans et al., 2004).

Για τη διάγνωση της στηθάγχης έχει προταθεί η χρήση νιτροδών, για τα οποία μετρήθηκε ευαισθησία 53-63% και ειδικότητα 69-71% όταν υπάρχει ανταπόκριση στα 5 πρώτα λεπτά (Chun & McGee, 2004).

Για την ουρική αρθρίτιδα έχει προταθεί η χρήση κολχικίνης ευαισθησία 67% (τα 2/3 των ασθενών ανταποκρίνονται μέσα σε 48 ώρες) (Ahern et al., 1987).

Για την υπνική άπνοια έχει προταθεί η εφαρμογή θετικής πίεση στον αεραγωγό για δύο εβδομάδες με ευαισθησία 80% και ειδικότητα 97% (δοκιμασία αναφοράς: τυφλή μελέτη ύπνου) (Senn, Brack, Russi, & Bloch, 2006).

Για τη ρευματική πολυμυαλγία έχει προταθεί η χαμηλή δόση κορτικοστεροειδών (15 mg πρεδνιζολόνης). Οι ασθενείς εμφανίζουν ολική βελτίωση τουλάχιστον κατά 70% μέσα σε μία εβδομάδα από την έναρξη των κορτικοστεροειδών (Dasgupta, Matteson, & Maradit-Kremers, 2007).

### 6.2.3.3 Όταν ο γιατρός ζητά επιπλέον εξετάσεις για να καταλήξει στην τελική διάγνωση

Στο κλινικό σενάριο 14, αν ο γενικός γιατρός υποψιάζεται ως πιθανή τελική διάγνωση τον μεταλοιμώδη βήχα, μπορεί να καθησυχάσει την ασθενή και να περιμένει, γνωρίζοντας ότι το σύμπτωμα αυτό είναι δυνατόν να διαρκέσει για αρκετές ακόμη ημέρες ή και λίγες εβδομάδες. Η προϋπόθεση για να χρησιμοποιήσει ο γιατρός τον χρόνο ως διαγνωστικό εργαλείο είναι να επανεκτιμά τακτικά τον ασθενή και να τον παρακολουθεί για πιθανή αλλαγή στην κλινική εικόνα. Ο χρόνος ως διαγνωστικό εργαλείο χρησιμοποιείται συνήθως για αίτια που ο γιατρός γνωρίζει ότι είναι αυτοπεριοριζόμενα και έχουν γνωστή κλινική πορεία και διάρκεια. Ο Πίνακας 6.3 περιγράφει ορισμένα αυτοπεριοριζόμενα προβλήματα σε ασθενείς στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και την αναμενόμενη διάρκειά τους. Η χρήση του χρόνου μπορεί να συμβάλει ώστε να αποφύγει ο γενικός γιατρός να ζητήσει από την αρχή όλες τις εξετάσεις που θα μπορούσαν να διερευνήσουν το πρόβλημα του ασθενή. Έτσι, αποφεύγει να ζητήσει εξετάσεις που δεν είναι αναγκαίες. Ο μικρότερος αριθμός εξετάσεων οδηγεί, επίσης, σε μείωση του ποσοστού των ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων.

Σύμπτωμα	Αναμενόμενη διάρκεια
Οξύ επεισόδιο βήχα στα παιδιά	Στο 50% υποχωρεί σε 10 ημέρες, στο 90% σε 20 έως 25 ημέρες ( <a href="#">Hay, Wilson, Fahey, &amp; Peters, 2003</a> · <a href="#">Hay &amp; Wilson, 2002</a> ).
Οξύς βήχας στα παιδιά με διάγνωση κοκκύτη	Το 85% συνέχισε να έχει βήχα ακόμη και δύο μήνες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων ( <a href="#">Harnden et al., 2006</a> ).
Πονόλαιμος (συμπεριλαμβανομένων και ασθενών θετικών σε στρεπτόκοκκο)	Στο 40% υποχωρεί σε 3 ημέρες, στο 85% σε 7 ημέρες.
Φαρυγγαλγία σε ασθενείς με θετική δοκιμασία για τον ιό Epstein-Barr	Το 16% συνέχισε να έχει φαρυγγαλγία έναν μήνα μετά τη διάγνωση, το 11% συνέχισε και στους δύο και τους 6 μήνες μετά τη διάγνωση ( <a href="#">Del Mar, Glasziou, &amp; Spinks, 2006</a> ).
Επιπεφυκτίτιδα	Στο 65% υποχωρεί σε 5 ημέρες, στο 83% σε 7 ημέρες ( <a href="#">Rose et al., 2005</a> · <a href="#">Sheikh &amp; Hurwitz, 2006</a> ).
Λοιμώδης διάρροια σε παιδιά και ενήλικες	Στο 76% υποχωρεί σε 3 εβδομάδες ( <a href="#">Cumberland et al., 2003</a> ).
Διάρροια σε παιδιά από καμπυλοβακτηρίδιο (Campylobacter)	Στο 72% διαρκεί τουλάχιστον 3 ημέρες ( <a href="#">Sinclair et al., 2005</a> ).
Διάρροια σε παιδιά από νοροϊό (Norovirus)	Στο 22% διαρκεί τουλάχιστον 3 ημέρες ( <a href="#">Sinclair et al., 2005</a> ).
Οξεία οσφυαλγία (χωρίς προσβολή του ισχιακού νεύρου)	Στο 40% υποχωρεί σε 6 εβδομάδες, στο 58% σε 12 εβδομάδες, στο 73% σε έναν χρόνο ( <a href="#">Henschke et al., 2008</a> ).
Ισχιαλγία	Το 55% έχει συμπτώματα για δύο χρόνια, στο 61% από όσους έχει υποχωρήσει παραμένει η οσφυαλγία ως σύμπτωμα ( <a href="#">Tubach, Beaute, &amp; Leclerc, 2004</a> ).
Νέο επεισόδιο άλγους στο γόνατο με συνοδό δυσκολία στην κίνηση (αποκλεισμός ύπαρξης κατάγματος)	Στο 75% παραμένει για 3 μήνες, στο 56% για 12 μήνες ( <a href="#">van der Waal et al., 2005</a> ).

### 6.3 Η ιδιαιτερότητα της διαγνωστικής προσέγγισης στη Γενική Ιατρική

Η διαγνωστική προσέγγιση στη Γενική Ιατρική έχει την ιδιαιτερότητα ότι ο γιατρός συνήθως είναι υποχρεωμένος να ξεκινά από μια πολύ γενική αρχική υπόθεση. Πολλές φορές ο στόχος του γενικού γιατρού είναι να επιβεβαιώσει ή να αποκλείσει μια κατηγορία νοσημάτων και όχι μια συγκεκριμένη ασθένεια. Χρειάζεται, για παράδειγμα, να διευκρινίσει αν τα συμπτώματα του ασθενή μπορεί να οφείλονται σε φλεγμονή, σε καρκίνο ή σε άγχος ή, ακόμη πιο γενικά, αν υπάρχει ή όχι ένα οργανικό αίτιο, ή αν υπάρχει ή όχι υποκείμενη παθολογία (Knottnerus, 2002). Ο γενικός γιατρός ενδέχεται να είναι σε θέση να επιλέξει το επόμενο βήμα στη διαγνωστική προσέγγιση, χωρίς να χρειάζεται να γνωρίζει την ακριβή διάγνωση. Η επιλογή του επόμενου βήματος για τον γενικό γιατρό αποτελεί συνέπεια της πιθανότητας ο ασθενής να έχει ένα νόσημα, της βαρύτητας του πιθανού νοσήματος και των συνεπειών που μπορεί να έχει το νόσημα στον ασθενή (Knottnerus, 2002). Έτσι, αν για παράδειγμα η τελική διάγνωση του γενικού γιατρού είναι πως ο ασθενής μπορεί να έχει οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, θα προχωρήσει στην επείγουσα παραπομπή του ασθενή στο εφημερεύον νοσοκομείο χωρίς να είναι απαραίτητο να διαγνώσει τον τύπο του στεφανιαίου συνδρόμου. Αν, σε ένα άλλο παράδειγμα, η τελική διάγνωση του γενικού γιατρού είναι πως ο ασθενής μπορεί να έχει μικροβιακή επιπεφυκίτιδα, θα προχωρήσει στις κατάλληλες οδηγίες και τη θεραπεία, χωρίς να είναι αναγκαίο να διαγνώσει το συγκεκριμένο μικρόβιο.

Ο γενικός γιατρός είναι σημαντικό να ξεκινήσει από μια ευρεία διαλογή και, χρησιμοποιώντας απλές μεθόδους, να μειώσει στη συνέχεια το φάσμα των πιθανών προβλημάτων για τον ασθενή. Χρειάζεται, λοιπόν, έγκυρα διαγνωστικά εργαλεία που θα καλύπτουν μεγάλο εύρος πιθανών διαγνώσεων και θα τον βοηθούν να εκτιμά με αντικειμενικό τρόπο αδιαφοροποίητα προβλήματα που είναι δύσκολο να προσδιοριστούν. Η εφαρμογή διαγνωστικών δοκιμασιών που περιορίζουν ακόμη περισσότερο τη διάγνωση θα είναι χρήσιμη σε δεύτερο χρόνο. Οι βασικές αρχές σύμφωνα με τις οποίες ο γενικός γιατρός μπορεί να καθοδηγήσει τη διαγνωστική προσέγγιση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας συνοψίζονται στις παρακάτω:

- να διατηρεί από την αρχή ένα ευρύ φάσμα πιθανών διαγνώσεων,
- να ακούει τον ασθενή,
- να εντοπίζει και να διερευνά πιθανά προειδοποιητικά σημεία,
- να προχωρά στη χρήση έγκυρων διαγνωστικών δοκιμασιών για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας,
- να χρησιμοποιεί έγκυρους κλινικούς προγνωστικούς κανόνες και εργαλεία διαλογής,
- να επανεκτιμά τον ασθενή,
- να επανεκτιμά την αρχική διάγνωση, όταν τα ευρήματα κατά τη διερεύνηση δεν την επιβεβαιώνουν, και
- να παραπέμπει τον ασθενή, όταν είναι απαραίτητη η γνώμη γιατρού άλλης ειδικότητας ή άλλων επαγγελματιών υγείας για την τελική διάγνωση ή την αντιμετώπιση του ασθενή.

Κατά τη λήψη της κλινικής απόφασης (clinical decision making) εκτιμάται η μεταβολή που θα έχει ο ασθενής στις κλινικές εκβάσεις, αν υποβληθεί σε μια συγκεκριμένη διαγνωστική δοκιμασία ή αν ακολουθήσει έναν συγκεκριμένο διαγνωστικό αλγόριθμο. Η αλλαγή της κλινικής έκβασης, όμως, δεν είναι πάντα ο μόνος παράγοντας που υπολογίζεται κατά τη λήψη μιας κλινικής απόφασης· οι πιθανοί κίνδυνοι κατά την εφαρμογή μιας διαγνωστικής δοκιμασίας ή αλγόριθμου, καθώς και οι προτιμήσεις και οι ανησυχίες του ασθενή πρέπει να συνυπολογίζονται. Για κάθε διαγνωστική δοκιμασία ή αλγόριθμο είναι απαραίτητος ο υπολογισμός της προσδοκώμενης χρησιμότητας (expected utility), δηλαδή του μεγέθους που αποτυπώνει τα αναμενόμενα οφέλη για τον ασθενή, αν αποφασίσει να υποβληθεί στη συγκεκριμένη δοκιμασία ή να ακολουθήσει το συγκεκριμένο αλγόριθμο. Η προσδοκώμενη χρησιμότητα πρέπει να υπολογίζεται για κάθε υποψήφια δοκιμασία ή αλγόριθμο ξεχωριστά. Έτσι, η κλινική απόφαση που θα λάβει ο ασθενής θα είναι υπέρ της δοκιμασίας ή του αλγόριθμου που θα του προσφέρει τη μεγαλύτερη προσδοκώμενη χρησιμότητα (expected utility) (Sox, Higgins, & Owens, 2013).



## Βιβλιογραφικές αναφορές

- Ahern, M. J., Reid, C., Gordon, T. P., McCredie, M., Brooks, P. M., & Jones, M. (1987). Does colchicine work? The results of the first controlled study in acute gout. *Aust N Z J Med*, 17(3), 301-304.
- Anastasiou, F., Antonakis, N., Chaireti, G., Theodorakis, P. N., & Lionis, C. (2006). Identifying dyspepsia in the Greek population: translation and validation of a questionnaire. *BMC Public Health*, 6, 56. doi: 10.1186/1471-2458-6-56
- Antonopoulou, M., Ekdahl, C., Sgantzios, M., Antonakis, N., & Lionis, C. (2004). Translation and standardisation into Greek of the standardised general Nordic questionnaire for the musculoskeletal symptoms. *Eur J Gen Pract*, 10(1), 33-34.
- Balint, G. P., Buchanan, W. W., & Dequeker, J. (2006). A brief history of medical taxonomy and diagnosis. *Clin Rheumatol*, 25(2), 132-135. doi: 10.1007/s10067-004-1051-z
- Barondess, J. A., & Carpenter, C. C. J. (Eds.). (1994). *Differential Diagnosis*. Philadelphia, PA: Lea and Febiger.
- Barrows, H. S., & Pickell, G. C. (1991). *Developing Clinical Problem-Solving Skills: A Guide to More Effective Diagnosis and Treatment*. New York, NY: WW Norton & Company.
- Benatar, M. (2006). A systematic review of diagnostic studies in myasthenia gravis. *Neuromuscul Disord*, 16(7), 459-467. doi: 10.1016/j.nmd.2006.05.006
- Bordage, G. (1994). Elaborated knowledge: a key to successful diagnostic thinking. *Acad Med*, 69(11), 883-885.
- Buller, H. R., Ten Cate-Hoek, A. J., Hoes, A. W., Joore, M. A., Moons, K. G., Oudega, R., . . . Investigators, A. (2009). Safely ruling out deep venous thrombosis in primary care. *Ann Intern Med*, 150(4), 229-235.
- Carroll, B. (1987). Artificial intelligence. Expert systems for clinical diagnosis: are they worth the effort? *Behav Sci*, 32(4), 274-292.
- Chatellier, G., Zapletal, E., Lemaitre, D., Menard, J., & Degoulet, P. (1996). The number needed to treat: a clinically useful nomogram in its proper context. *BMJ*, 312(7028), 426-429.
- Chun, A. A., & McGee, S. R. (2004). Bedside diagnosis of coronary artery disease: a systematic review. *Am J Med*, 117(5), 334-343. doi: 10.1016/j.amjmed.2004.03.021
- Collins, G. S., Reitsma, J. B., Altman, D. G., & Moons, K. G. (2015). Transparent reporting of a multivariable prediction model for individual prognosis or diagnosis (TRIPOD): the TRIPOD statement. *BMJ*, 350, g7594. doi: 10.1136/bmj.g7594
- Cooper, G. F., & Herskovits, E. (1992). A Bayesian Method for the Induction of Probabilistic Networks from Data. *Machine Learning*, 9, 309-347. doi: 10.1007/BF00994110
- Cox, K. (1999). *Doctor and Patient. Exploring Clinical thinking*. Sydney: UNSW Press.
- Croskerry, P. (2000). The cognitive imperative: thinking about how we think. *Acad Emerg Med*, 7(11), 1223-1231.
- Cumberland, P., Sethi, D., Roderick, P. J., Wheeler, J. G., Cowden, J. M., Roberts, J. A., . . . Executive, I. I. D. S. (2003). The infectious intestinal disease study of England: a prospective evaluation of symptoms and health care use after an acute episode. *Epidemiol Infect*, 130(3), 453-460.
- Dasgupta, B., Matteson, E. L., & Maradit-Kremers, H. (2007). Management guidelines and outcome measures in polymyalgia rheumatica (PMR). *Clin Exp Rheumatol*, 25(6 Suppl 47), 130-136.
- Del Mar, C. B., Glasziou, P. P., & Spinks, A. B. (2006). Antibiotics for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD000023. doi: 10.1002/14651858.CD000023.pub3
- Dicpinigaitis, P. V. (2004). Cough. 4: Cough in asthma and eosinophilic bronchitis. *Thorax*, 59(1), 71-72.
- Dicpinigaitis, P. V. (2006). Angiotensin-converting enzyme inhibitor-induced cough: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*, 129(1 Suppl), 169S-173S. doi: 10.1378/chest.129.1\_suppl.169S
- Elstein, A. S., Shulman, L. S., & Sprafka, S. A. (1978). *Medical problem solving: an analysis of clinical reasoning*. Cambridge (MA): Harvard University Press.
- Eva, K. W. (2005). What every teacher needs to know about clinical reasoning. *Med Educ*, 39(1), 98-106. doi: 10.1111/j.1365-2929.2004.01972.x
- Feinstein, A. R. (1985). *Clinical epidemiology. The architecture of clinical research*. Philadelphia: WB Saunders.
- Ferris, D. G., Nyirjesy, P., Sobel, J. D., Soper, D., Pavletic, A., & Litaker, M. S. (2002). Over-the-counter antifungal drug misuse associated with patient-diagnosed vulvovaginal candidiasis. *Obstet Gynecol*, 99(3), 419-425.
- Glass, R. D. (1996). *Diagnosis: A Brief Introduction*. Melbourne, Australia: Oxford University Press.
- Glasziou, P., Rose, P., Heneghan, C., & Balla, J. (2009). Diagnosis using "test of treatment". *BMJ*, 338, b1312. doi: 10.1136/bmj.b1312
- Goodman, J. M., Evans, W. R., & Carson, C. M. (2011). Organizational Politics and Stress: Perceived Accountability as a Coping Mechanism. *Journal of Business Inquiry: Research, Education & Application*, 10(1), 66-80.
- Grammatikopoulos, I. A., Sinoff, G., Alegakis, A., Kounalakis, D., Antonopoulou, M., & Lionis, C. (2010). The Short Anxiety Screening Test in Greek: translation and validation. *Ann Gen Psychiatry*, 9(1), 1. doi: 10.1186/1744-859X-9-1

- Gupta, R., Gulati, R. K., & Singh, H. P. (2001). An Investigation of Convective Overshoot from the Spectra of G and K Dwarfs. In R. J. Garcia-Lopez, R. Rebolo & M. R. Zapaterio Osorio (Eds.), *11th Cambridge Workshop on Cool Stars, Stellar Systems and the Sun, ASP Conference Proceedings* (Vol. 223, pp. 791). San Francisco: Astronomical Society of the Pacific.
- Harnden, A., Grant, C., Harrison, T., Perera, R., Brueggemann, A. B., Mayon-White, R., & Mant, D. (2006). Whooping cough in school age children with persistent cough: prospective cohort study in primary care. *BMJ*, *333*(7560), 174-177. doi: 10.1136/bmj.38870.655405.AE
- Hay, A. D., Wilson, A., Fahey, T., & Peters, T. J. (2003). The duration of acute cough in pre-school children presenting to primary care: a prospective cohort study. *Fam Pract*, *20*(6), 696-705.
- Hay, A. D., & Wilson, A. D. (2002). The natural history of acute cough in children aged 0 to 4 years in primary care: a systematic review. *Br J Gen Pract*, *52*(478), 401-409.
- Heneghan, C., Glasziou, P., Thompson, M., Rose, P., Balla, J., Lasserson, D., . . . Perera, R. (2009). Diagnostic strategies used in primary care. *BMJ*, *338*, b946. doi: 10.1136/bmj.b946
- Henschke, N., Maher, C. G., Refshauge, K. M., Herbert, R. D., Cumming, R. G., Bleasel, J., . . . McAuley, J. H. (2008). Prognosis in patients with recent onset low back pain in Australian primary care: inception cohort study. *BMJ*, *337*, a171. doi: 10.1136/bmj.a171
- Iatraki, E., Simos, P. G., Lionis, C., Zaganas, I., Symvoulakis, E. K., Papastefanakis, E., . . . Tziraki, C. (2014). Cultural adaptation, standardization and clinical validity of the test your memory dementia screening instrument in Greek. *Dement Geriatr Cogn Disord*, *37*(3-4), 163-180. doi: 10.1159/000355376
- Kassirer, J. P. (1989). Diagnostic reasoning. *Ann Intern Med*, *110*(11), 893-900.
- Kassirer, J. P., & Kopelman, R. I. (1991). *Learning clinical reasoning*. Baltimore, MD: Williams and Wilkins.
- Knottnerus, J. A. (2002). Between iatrotropic stimulus and interiatric referral: the domain of primary care research. *J Clin Epidemiol*, *55*(12), 1201-1206.
- Korevaar, D. A., Wang, J., van Enst, W. A., Leeftang, M. M., Hooft, L., Smidt, N., & Bossuyt, P. M. (2015). Reporting diagnostic accuracy studies: some improvements after 10 years of STARD. *Radiology*, *274*(3), 781-789. doi: 10.1148/radiol.14141160
- Laughey, W. F., MacGregor, E. A., & Wilkinson, M. I. (1993). How many different headaches do you have? *Cephalalgia*, *13*(2), 136-137.
- Morice, A. H., Fontana, G. A., Sovijarvi, A. R., Pistolesi, M., Chung, K. F., Widdicombe, J., . . . Force, E. R. S. T. (2004). The diagnosis and management of chronic cough. *Eur Respir J*, *24*(3), 481-492. doi: 10.1183/09031936.04.00027804
- Morice, A. H., & Kastelik, J. A. (2003). Cough. 1: Chronic cough in adults. *Thorax*, *58*(10), 901-907.
- Norman, G. (2005). Research in clinical reasoning: past history and current trends. *Med Educ*, *39*(4), 418-427. doi: 10.1111/j.1365-2929.2005.02127.x
- Norman, G. R. (2000). The epistemology of clinical reasoning: perspectives from philosophy, psychology, and neuroscience. *Acad Med*, *75*(10 Suppl), S127-135.
- Norman, G. R., & Brooks, L. R. (1997). The Non-Analytical Basis of Clinical Reasoning. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*, *2*(2), 173-184. doi: 10.1023/A:1009784330364
- Numans, M. E., Lau, J., de Wit, N. J., & Bonis, P. A. (2004). Short-term treatment with proton-pump inhibitors as a test for gastroesophageal reflux disease: a meta-analysis of diagnostic test characteristics. *Ann Intern Med*, *140*(7), 518-527.
- Oudega, R., Hoes, A. W., & Moons, K. G. (2005). The Wells Rule Does Not Adequately Rule Out Deep Venous Thrombosis in Primary Care Patients. *Ann Intern Med*, *143*(2), 100-107. doi: 10.7326/0003-4819-143-2-200507190-00008
- Palombini, B. C., Villanova, C. A., Araujo, E., Gastal, O. L., Alt, D. C., Stolz, D. P., & Palombini, C. O. (1999). A pathogenic triad in chronic cough: asthma, postnasal drip syndrome, and gastroesophageal reflux disease. *Chest*, *116*(2), 279-284.
- Pearson, R. V., Wilson-Holt, N. J., & Bates, A. K. (1991). Self diagnosis in recurrent acute anterior uveitis. *Eye (Lond)*, *5* (Pt 1), 145-146. doi: 10.1038/eye.1991.26
- Pilger, D., Khakban, A., Heukelbach, J., & Feldmeier, H. (2008). Self-diagnosis of active head lice infestation by individuals from an impoverished community: high sensitivity and specificity. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*, *50*(2), 121-122.
- Redelmeier, D. A., Ferris, L. E., Tu, J. V., Hux, J. E., & Schull, M. J. (2001). Problems for clinical judgement: introducing cognitive psychology as one more basic science. *CMAJ*, *164*(3), 358-360.
- Regehr, G., & Norman, G. R. (1996). Issues in cognitive psychology: implications for professional education. *Acad Med*, *71*(9), 988-1001.
- Reinholdz, H., Fornazar, R., Bendtsen, P., & Spak, F. (2013). Comparison of systematic versus targeted screening for detection of risky drinking in primary care. *Alcohol Alcohol*, *48*(2), 172-179. doi: 10.1093/alcal/ags137

- Richardson, W. S. (2006). Integrating evidence into clinical diagnosis. In V. M. Montori (Ed.), *Evidence-Based Endocrinology* (pp. 69-89). Totowa, NJ: Humana Press.
- Richardson, W. S. (2007). We should overcome the barriers to evidence-based clinical diagnosis! *J Clin Epidemiol*, *60*(3), 217-227. doi: 10.1016/j.jclinepi.2006.06.002
- Rose, P. W., Harnden, A., Brueggemann, A. B., Perera, R., Sheikh, A., Crook, D., & Mant, D. (2005). Chloramphenicol treatment for acute infective conjunctivitis in children in primary care: a randomised double-blind placebo-controlled trial. *Lancet*, *366*(9479), 37-43. doi: 10.1016/S0140-6736(05)66709-8
- Sackett, D. L., Haynes, R. B., & P., T. (1985). *Clinical epidemiology: a basic science for clinical medicine*. Boston-Toronto: Little, Brown and Company.
- Schmidt, H. G., Norman, G. R., & Boshuizen, H. P. (1990). A cognitive perspective on medical expertise: theory and implication. *Acad Med*, *65*(10), 611-621.
- Senn, O., Brack, T., Russi, E. W., & Bloch, K. E. (2006). A continuous positive airway pressure trial as a novel approach to the diagnosis of the obstructive sleep apnea syndrome. *Chest*, *129*(1), 67-75. doi: 10.1378/chest.129.1.67
- Sheikh, A., & Hurwitz, B. (2006). Antibiotics versus placebo for acute bacterial conjunctivitis. *Cochrane Database Syst Rev*(2), CD001211. doi: 10.1002/14651858.CD001211.pub2
- Sihvo, S., Ahonen, R., Mikander, H., & Hemminki, E. (2000). Self-medication with vaginal antifungal drugs: physicians' experiences and women's utilization patterns. *Fam Pract*, *17*(2), 145-149.
- Simel, D. L., Rennie, D., & Bossuyt, P. M. (2008). The STARD statement for reporting diagnostic accuracy studies: application to the history and physical examination. *J Gen Intern Med*, *23*(6), 768-774. doi: 10.1007/s11606-008-0583-3
- Sinclair, M. I., Hellard, M. E., Wolfe, R., Mitakakis, T. Z., Leder, K., & Fairley, C. K. (2005). Pathogens causing community gastroenteritis in Australia. *J Gastroenterol Hepatol*, *20*(11), 1685-1690. doi: 10.1111/j.1440-1746.2005.04047.x
- Sox, H. C., Higgins, M. C., & Owens, D. K. (2013). Markov Models and Time-Varying Outcomes *Medical Decision Making* (pp. 170-203): John Wiley & Sons, Ltd.
- Strote, J., & Chen, G. (2006). Patient self assessment of pregnancy status in the emergency department. *Emerg Med J*, *23*(7), 554-557. doi: 10.1136/emj.2005.031146
- Sugar, A., Bibb, R., Morris, C., & Parkhouse, J. (2004). The development of a collaborative medical modelling service: organisational and technical considerations. *Br J Oral Maxillofac Surg*, *42*(4), 323-330. doi: 10.1016/j.bjoms.2004.02.025
- Tatsioni, A., Zarin, D. A., Aronson, N., Samson, D. J., Flamm, C. R., Schmid, C., & Lau, J. (2005). Challenges in systematic reviews of diagnostic technologies. *Ann Intern Med*, *142*(12 Pt 2), 1048-1055.
- Ten Cate-Hoek, A. J., Toll, D. B., Buller, H. R., Hoes, A. W., Moons, K. G., Oudega, R., . . . Joore, M. A. (2009). Cost-effectiveness of ruling out deep venous thrombosis in primary care versus care as usual. *J Thromb Haemost*, *7*(12), 2042-2049. doi: 10.1111/j.1538-7836.2009.03627.x
- Todd, B. S., & Stamper, R. (1994). The relative accuracy of a variety of medical diagnostic programs. *Methods Inf Med*, *33*(4), 402-416.
- Trouli, M. N., Vernon, H. T., Kakavelakis, K. N., Antonopoulou, M. D., Paganas, A. N., & Lionis, C. D. (2008). Translation of the Neck Disability Index and validation of the Greek version in a sample of neck pain patients. *BMC Musculoskelet Disord*, *9*, 106. doi: 10.1186/1471-2474-9-106
- Tubach, F., Beate, J., & Leclerc, A. (2004). Natural history and prognostic indicators of sciatica. *J Clin Epidemiol*, *57*(2), 174-179. doi: 10.1016/S0895-4356(03)00257-9
- van der Waal, J. M., Bot, S. D., Terwee, C. B., van der Windt, D. A., Scholten, R. J., Bouter, L. M., & Dekker, J. (2005). Course and prognosis of knee complaints in general practice. *Arthritis Rheum*, *53*(6), 920-930. doi: 10.1002/art.21581
- Wells, P. S., Anderson, D. R., Bormanis, J., Guy, F., Mitchell, M., Gray, L., . . . Lewandowski, B. (1997). Value of assessment of pretest probability of deep-vein thrombosis in clinical management. *Lancet*, *350*(9094), 1795-1798. doi: 10.1016/S0140-6736(97)08140-3
- Wermuth, N. (1980). Linear recursive equations, covariance selection, and path analysis. *Journal of the American Statistical Association*, *75*, 963-972.
- Wiley, D. J., Grosser, S., Qi, K., Visscher, B. R., Beutner, K., Strathdee, S. A., . . . Multicenter, A. C. S. G. (2002). Validity of self-reporting of episodes of external genital warts. *Clin Infect Dis*, *35*(1), 39-45. doi: 10.1086/340743

## Κριτήρια αξιολόγησης

**Κριτήριο αξιολόγησης 1:** Ποιο πρόβλημα υπάρχει, αν ο γενικός γιατρός χρησιμοποιήσει μόνο την άποψη του ασθενή ως αρχική διάγνωση στο κλινικό σενάριο 3;

[**Απάντηση 1**] Η διαγνωστική ακρίβεια της άποψης του ασθενή για τη διάγνωση της λοίμωξης αναπνευστικού δεν είναι γνωστή. Επιπλέον, ο γενικός γιατρός οφείλει να συμπεριλάβει έναν πιο ευρύ κατάλογο νοσημάτων στην αρχική διάγνωση που μπορεί να εμφανίζονται με το σύμπτωμα του ασθενή (πόνος στο στήθος κατά την ηρεμία με διάρκεια 15 έως 20 λεπτά). Ανάμεσα στα νοσήματα που θα χρειαστεί να συμπεριλάβει στην αρχική διάγνωση είναι και η ασταθής στηθάγχη, κάτι που, αν διέφευγε, θα είχε σοβαρές συνέπειες για τον ασθενή. Ο ασθενής φαίνεται να αγνοεί μια τέτοια πιθανή διάγνωση και λανθασμένα αποδίδει το σύμπτωμα που έχει σε κάτι λιγότερο σοβαρό, για το οποίο ενδεχομένως υπό άλλες συνθήκες να μη ζητούσε ιατρική βοήθεια. Ο γενικός γιατρός οφείλει να τον εκπαιδεύσει, ώστε να μην παραβλέπει συμπτώματα που μπορεί να κρύβουν ένα σοβαρό πρόβλημα στο μέλλον.

**Κριτήριο αξιολόγησης 2:** Στο κλινικό σενάριο 7, γιατί η μητέρα έφερε το παιδί στον γενικό γιατρό μόλις λίγες ώρες μετά την έναρξη του πυρετού;

[**Απάντηση 2**] Το ερώτημα αυτό είναι κάτι που θα χρειαστεί να προβληματίσει τον γενικό γιατρό. Η μακροχρόνια σχέση που συνήθως έχει ο γιατρός στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας με τον πληθυσμό ευθύνης του συμβάλλει ώστε πολλές φορές να είναι σε θέση να κρίνει αν η συμπεριφορά ενός ασθενή είναι η αναμενόμενη. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, ο γενικός γιατρός θα γνωρίζει αν η μητέρα του κοριτσιού αντιδρά πάντα με τον ίδιο τρόπο, όταν το παιδί εμφανίζει πυρετό, και τον επισκέπτεται όσο πιο γρήγορα μπορεί. Αν γνωρίζει ότι η μητέρα δεν αντιδρά συνήθως όπως αντέδρασε στο σενάριο που περιγράφεται, οφείλει να διερευνήσει μαζί της τι ήταν αυτό που την ανησύχησε. Με τον τρόπο αυτόν θα μπορέσει να λάβει επιπλέον πληροφορίες, που ίσως να μην δόθηκαν από τη μητέρα στην αρχή της επίσκεψης.

**Κριτήριο αξιολόγησης 3:** Τι προβλήματα μπορεί να υπάρξουν στη χρήση των συμπτωμάτων και των κλινικών σημείων για πιθανή μηνιγγίτιδα ως διαγνωστικών εργαλείων κατά τη διερεύνηση της αρχικής διάγνωσης;

[**Απάντηση 3**] Το αιμορραγικό εξάνθημα δεν εμφανίζεται στην αρχή, μπορεί να μην είναι ορατό σε σκουρόχρωμα άτομα, ενώ, όταν διαπιστώνεται στον γενικό πληθυσμό, συνήθως οφείλεται σε άλλες αιτίες. Η φωτοφοβία εμφανίζεται μόνο στο 1/3 των παιδιών με μηνιγγίτιδα. Ο πυρετός, η αυχενική δυσκαμψία και το επηρεασμένο επίπεδο συνείδησης στους ενήλικους εμφανίζεται μόνο στο 44-46% των ασθενών με βακτηριακή μηνιγγίτιδα, ενώ το 95% των ασθενών έχει τα δύο από τα τρία αυτά σημεία. Τα σημεία Kernig και Brudzinski έχουν χαμηλή ευαισθησία αλλά καλή ειδικότητα.

**Κριτήριο αξιολόγησης 4:** Ποια είναι η πιθανότητα μια ασυμπτωματική έγκυος να έχει λοίμωξη ουροποιητικού, αν η δοκιμασία με ταινία ούρων είναι θετική; Ποια θα είναι η πιθανότητα, αν η δοκιμασία είναι αρνητική; (Ο επιπολασμός λοίμωξης ουροποιητικού σε ασυμπτωματικές εγκύους είναι 2,4%.)

[**Απάντηση 4**] Η πιθανότητα για την έγκυο είναι  $0,024 \times 2,5 = 0,05$ , αν η δοκιμασία είναι θετική, και  $0,024 \times 0,17 = 0,004$ , αν η δοκιμασία είναι αρνητική.

**Κριτήριο αξιολόγησης 5:** Ποια είναι η πιθανότητα μια γυναίκα με δυσουρικά ενοχλήματα και επαναλαμβανόμενες λοιμώξεις ουροποιητικού να έχει λοίμωξη ουροποιητικού, αν η δοκιμασία με ταινία ούρων είναι θετική; Ποια θα είναι η πιθανότητα, αν η δοκιμασία είναι αρνητική; (Ο επιπολασμός λοίμωξης ουροποιητικού σε γυναίκες με δυσουρικά ενοχλήματα και επαναλαμβανόμενες λοιμώξεις ουροποιητικού είναι 84%.)

[**Απάντηση 5**] Η πιθανότητα για τη γυναίκα είναι  $0,84 \times 2,5 = 1,89$ , αν η δοκιμασία είναι θετική, και  $0,84 \times 0,17 = 0,14$ , αν η δοκιμασία είναι αρνητική.

**Κριτήριο αξιολόγησης 6:** Στο κλινικό σενάριο 14, τι μπορεί να κάνει ο γενικός γιατρός, αν πιστεύει ότι σύμφωνα με την τελική διάγνωση ο βήχας αποτελεί παρενέργεια του αναστολέα του μετατρεπτικού ενζύμου;

[Απάντηση 6] Η αντικατάσταση του αναστολέα μετατρεπτικού ενζύμου με ένα αντιυπερτασικό φάρμακο άλλης κατηγορίας θα μπορούσε να βοηθήσει τον γενικό γιατρό να ερμηνεύσει την εμφάνιση του βήχα ως παρενέργεια του φαρμάκου, αν υπήρχε διακοπή του συμπτώματος μετά την αντικατάστασή του (Dicripinigaitis, 2006). Ο γιατρός θα μπορούσε να περιμένει μέχρι και τέσσερις εβδομάδες για να διαπιστώσει τη βελτίωση στο σύμπτωμα της ασθενούς.

## Ευρετήριο όρων

αναγνώριση γνωστής εικόνας (pattern recognition) 113  
γνωσιακό σφάλμα (cognitive bias) 114  
διαγνωστική ακρίβεια (diagnostic accuracy) 120  
εγκυρότητα (validation) 122  
εγκυρότητα, εξωτερική (external validity) 123  
ειδικότητα (specificity) 115,116  
εικονικό φάρμακο (placebo) 126  
επιπολασμός (prevalence) 115  
εργαλεία διαλογής (screening tools) 120,124  
ευαισθησία (sensitivity) 115  
κλινικός προγνωστικός κανόνας (clinical prediction rule ή clinical decision rule) 122  
λήψη κλινικής απόφασης (clinical decision making) 129  
λόγος αρνητικής πιθανοφάνειας (negative likelihood ratio) 120  
λόγος θετικής πιθανοφάνειας (positive likelihood ratio) 120  
πιθανολογική προσέγγιση (probabilistic approach) 112,115  
πιθανότητα μετά τη δοκιμασία (posttest probability) 113,116  
πιθανότητα πριν από τη δοκιμασία (pretest probability) 113,116  
προβλεπτική αξία (predictive value) 115  
προειδοποιητικά σημεία (red flags) 118  
προσδοκώμενη χρησιμότητα (expected utility) 129  
πρόωρη ολοκλήρωση (premature closure) 114  
σφάλμα διαθέσιμης πληροφορίας (availability bias) 114  
σφάλμα επιβεβαίωσης (confirmation bias) 114  
σφάλμα παράβλεψης της συχνότητας των νοσημάτων (base rate neglect bias) 114  
σφάλμα περιορισμού (framing bias) 114  
τεκμήριο (evidence) 112

## Κεφάλαιο 7

### Κατευθυντήριες οδηγίες στη γενική ιατρική

B. Καραθάνος και Α. Τατσιώνη

#### Σύνοψη

Οι κατευθυντήριες οδηγίες διατυπώνονται από αναγνωρισμένους οργανισμούς και περιέχουν συστάσεις προς τους κλινικούς γιατρούς για τη φροντίδα ασθενών με συγκεκριμένα προβλήματα, υποβοηθώντας τους στη λήψη διαγνωστικών και θεραπευτικών αποφάσεων. Οι κατευθυντήριες οδηγίες αναπτύσσονται με συστηματικό τρόπο και πρέπει να βασίζονται στα καλύτερα διαθέσιμα τεκμήρια. Παρά την ευρεία διάδοση των κατευθυντήριων οδηγιών παρατηρείται περιορισμένη αλλαγή σε ότι αφορά τη στάση και τη συμπεριφορά των γιατρών ως προς την εφαρμογή τους στην καθημερινή κλινική πράξη. Οι φραγμοί στην εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών μπορεί να οφείλονται σε παράγοντες από την πλευρά του γιατρού ή σε παράγοντες από τον ίδιο τον ασθενή. Διάφορα συστήματα έχουν αναπτυχθεί για την αξιολόγηση της ισχύος και τη βαθμολόγηση των συστάσεων. Συνήθως, κάθε οργανισμός που αναπτύσσει κατευθυντήριες οδηγίες διευκρινίζει και το σύστημα βαθμολόγησης των συστάσεων. Η εφαρμογή μιας κατευθυντήριας οδηγίας δεν ταυτίζεται πάντα με τη λήψη της κλινικής απόφασης. Η λήψη κλινικής απόφασης αποτελεί μια πιο πολύπλοκη διαδικασία. Παρ'όλα αυτά, η γνώση των κατευθυντήριων οδηγιών από την πλευρά του οικογενειακού γιατρού θα τον βοηθήσει να γνωρίζει πόσο απέχει η κλινική απόφαση από αυτό που προτείνεται για τον ασθενή του και να εργάζεται κατά τη διάρκεια της μακροχρόνιας σχέσης του με τον ασθενή ώστε να ελαττώσει την απόσταση αυτή.

**Προαπαιτούμενη γνώση** αναζήτηση τεκμηρίων, αξιολόγηση της ποιότητας των μελετών, αξιολόγηση της δυνατότητας εφαρμογής των μελετών

## 7.1 Κατευθυντήριες οδηγίες

Οι κατευθυντήριες οδηγίες (guidelines) περιέχουν συστάσεις (recommendations) που διατυπώνονται με σκοπό την υποβοήθηση του κλινικού γιατρού στη λήψη διαγνωστικών και θεραπευτικών αποφάσεων για την παροχή της κατάλληλης φροντίδας σε συγκεκριμένα νοσήματα ή κλινικές καταστάσεις (Carter, 1992). Οι κατευθυντήριες οδηγίες βασίζονται στα καλύτερα διαθέσιμα τεκμήρια (evidence), όπως αυτές προκύπτουν ως αποτέλεσμα συστηματικής αναζήτησης στη βιβλιογραφία (Davis & Taylor-Vaisey, 1997). αποσκοπούν δε στο να καθορίζουν πότε μια ιατρική ενέργεια ή πράξη είναι αναγκαία, πότε ενδείκνυται, πότε αντενδείκνυται και ποια είναι η «γκρίζα περιοχή», όπου τα τεκμήρια για τη σχέση κινδύνου-ωφέλειας των δυνητικών επιλογών είναι ανεπαρκή ή και αντιφατικά (Shekelle, Woolf, Eccles, & Grimshaw, 1999).

Οι κατευθυντήριες οδηγίες θα μπορούσαν να εξυπηρετούν τους παρακάτω στόχους (Tunis et al., 1994):

- να καθιστούν τους καθιερωμένους κανόνες, που βασίζονται σε τεκμήρια, ξεκάθαρους και προσιτούς,
- να κάνουν τη διαδικασία λήψης αποφάσεων ευκολότερη και πιο αντικειμενική για τον γιατρό σε κάθε κλινικό περιστατικό με το οποίο βρίσκεται αντιμέτωπος,
- να παρέχουν μέτρο σύγκρισης για την αξιολόγηση των επιδόσεων στην εργασία,
- να καθορίζουν και να περιγράφουν τον καταμερισμό των καθηκόντων στην εργασία,
- να ενημερώνουν τους ασθενείς, αλλά και τους επαγγελματίες υγείας, για τις σύγχρονες εξελίξεις, με σκοπό την καλύτερη άσκηση του επαγγέλματος και παροχή υπηρεσιών υγείας,
- να βελτιώνουν τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας στις υπηρεσίες υγείας προς όφελος του χρήστη,
- να χρησιμοποιούνται ως εργαλείο ελέγχου και σωστής διοίκησης των μονάδων υγείας.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες, λοιπόν, αποτελούν σημαντικό εργαλείο για κάθε σύστημα υγείας μέσα από μια διαδικασία συνεχούς ενίσχυσης της υπευθυνότητας των κύριων παρόχων υγείας, εξομάλυνσης των διαφορών που παρατηρούνται στις ιατρικές πρακτικές και εξοικονόμησης πόρων σε κάθε επίπεδο, ενώ, τέλος, παρέχουν τη δυνατότητα ελέγχου και διαφάνειας σε όλα τα στάδια λήψης αποφάσεων (Hurwitz, 2004).

Οι πολιτικές υγείας σε χώρες με ανεπτυγμένα συστήματα υγείας είναι στενά συνυφασμένες με την κλινική διακυβέρνηση (clinical governance), το φάσμα των δραστηριοτήτων, δηλαδή, που απαιτούνται για να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας σε ένα σύστημα και αποτελεί τη βασική κατεύθυνση στρατηγικού σχεδιασμού τους (Samanta, Samanta, & Gunn, 2003). Ανάμεσα στα μέτρα που έχουν προταθεί για την εκτίμηση της ποιότητας παροχής της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι και η καταγραφή του ποσοστού τήρησης των κατευθυντήριων οδηγιών από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας κατά τη λήψη της κλινικής απόφασης (Kringos et al., 2010· Schafer et al., 2013).

### 7.1.1 Τεκμηριωμένη Ιατρική

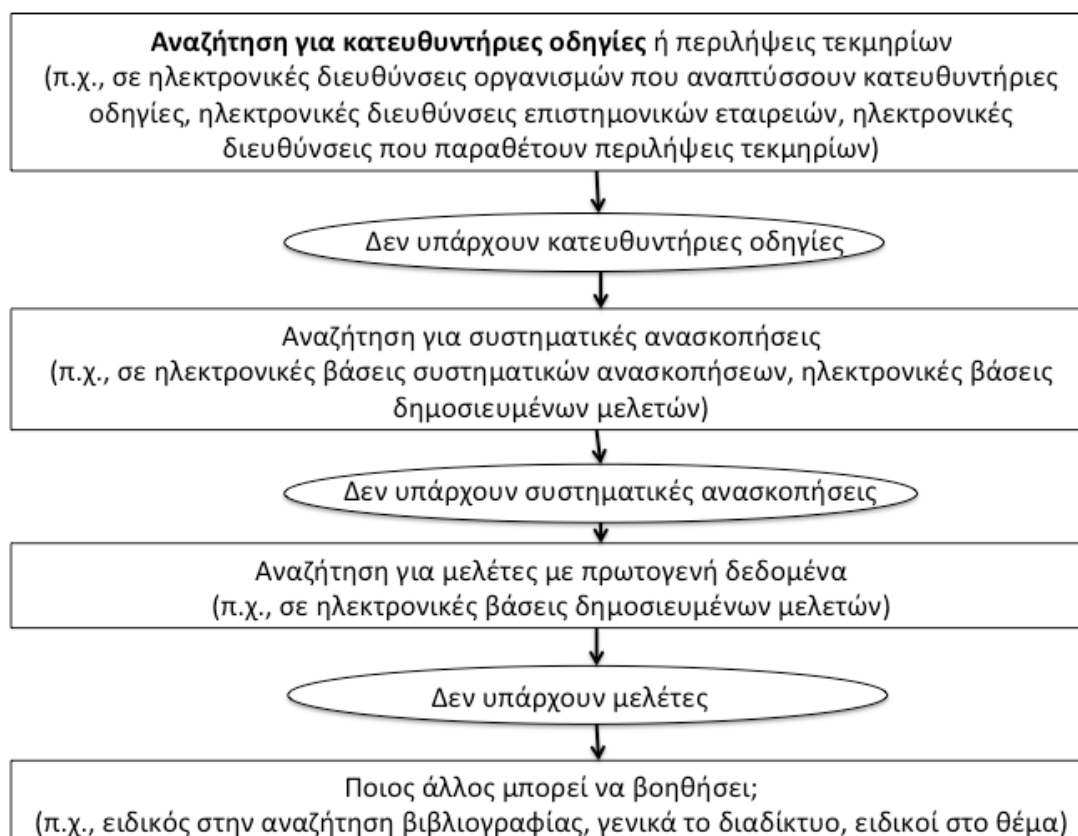
Η τεκμηριωμένη ιατρική ασκείται με τέτοιο τρόπο, ώστε οι καθημερινές κλινικές αποφάσεις να θεμελιώνονται σε τεκμήρια προερχόμενα από την τρέχουσα κλινική έρευνα. Η τεχνολογία της πληροφορικής παρέχει τη δυνατότητα εύκολης πρόσβασης στις δημοσιευμένες κλινικές μελέτες (Grimshaw & Russell, 1993). ωστόσο, το πλήθος των μελετών απαιτεί τη διάθεση αρκετού χρόνου, ακόμη και για την απλή ανάγνωσή τους. Η χρήση τους και η μεταφορά τους στην καθημερινή πράξη απαιτούν ειδικές γνώσεις, εξοικείωση με τη μεθοδολογία και, κυρίως, εκτίμηση της εσωτερικής και εξωτερικής εγκυρότητάς τους (Worrall, Chaulk, & Freake, 1997). Τόσο η έλλειψη χρόνου όσο και η συχνά παρατηρούμενη απουσία γνώσης των μεθοδολογικών παραμέτρων που καθορίζουν την ποιότητα των δημοσιευμένων άρθρων αποτελούν ανασταλτικούς παράγοντες στην καθημερινή χρήση του διαδικτύου από τον κλινικό γιατρό, που έχει ως στόχο την εύρεση απαντήσεων σε κλινικά ερωτήματα. Έχουν γίνει προσπάθειες, ώστε οι δυσκολίες αυτές να αντιμετωπιστούν με τη δημιουργία συνόψεων (synopses) τεκμηρίων και ηλεκτρονικών καταλόγων (registries) με συστηματικές ανασκοπήσεις. Οι συνόψεις και οι κατάλογοι των συστηματικών ανασκοπήσεων δεν καταλήγουν σε συγκεκριμένες συστάσεις για τον κλινικό γιατρό, ο οποίος θα πρέπει να επεξεργαστεί

περαιτέρω τα δεδομένα τους για να καταλήξει στην υιοθέτηση ή όχι μιας κλινικής πρακτικής. Στον Πίνακα 7.1 παρουσιάζονται ορισμένα παραδείγματα συνόψεων τεκμηρίων.

Συνοψεις τεκμηρίων	Ιστότοπος
British Medical Journal (BMJ) Clinical Evidence	<a href="http://www.clinicalevidence.com">www.clinicalevidence.com</a>
Bandolier	<a href="http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/">http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/</a>
National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	<a href="http://www.library.nhs.uk">www.library.nhs.uk</a>

**Πίνακας 7.1** Παραδείγματα συνόψεων τεκμηρίων

Ο πιο άρτια συμπληρωμένος κατάλογος με συστηματικές ανασκοπήσεις, που ακολουθούν συγκεκριμένη μεθοδολογία στη δημιουργία τους, είναι ο κατάλογος του Οργανισμού Cochrane (Cochrane Database for Systematic Reviews), ο οποίος εμπλουτίζεται συνεχώς (Ahmed, Temte, Campos-Outcalt, Schunemann, & Group, 2011). Οι κατευθυντήριες οδηγίες, από την άλλη πλευρά, κάνουν ένα επιπλέον βήμα πέρα από τη σύνθεση των διαθέσιμων τεκμηρίων: Αφού αξιολογήσουν την ισχύ των τεκμηρίων, καταλήγουν σε συστάσεις, έτοιμες να χρησιμοποιηθούν από τους γιατρούς. Έτσι, ο γιατρός έχει μπροστά του ένα προϊόν έτοιμο προς χρήση κάθε φορά που θα το χρειαστεί. Παραμένει βέβαια το ερώτημα πώς εφαρμόζει κάποιος την τεκμηριωμένη ιατρική, όταν πρέπει να λάβει αποφάσεις για τις οποίες δεν έχουν αναπτυχθεί ακόμη κατευθυντήριες οδηγίες. Η Εικόνα 7.1 δίνει ένα σχεδιάγραμμα για το πού και με ποια σειρά μπορεί ο κλινικός γιατρός να αναζητήσει τεκμήρια, τα οποία θα τον βοηθήσουν στην απάντηση κλινικών ερωτημάτων που αντιμετωπίζει στην καθημερινή κλινική πράξη.



**Εικόνα 7.1** Βήματα σύμφωνα με τα οποία ο γιατρός μπορεί να αναζητήσει τεκμήρια για την απάντηση κλινικών ερωτημάτων στην καθημερινή πράξη.



### 7.1.2 Ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών

Οι κατευθυντήριες οδηγίες στην ιατρική (clinical practice guidelines) διατυπώνονται από αναγνωρισμένους οργανισμούς και περιέχουν συστάσεις προς τους κλινικούς γιατρούς για τη φροντίδα ασθενών με συγκεκριμένα προβλήματα, υποβοηθώντας τους στη λήψη διαγνωστικών και θεραπευτικών αποφάσεων (Bonten, Bolkenbaas, & Huijts, 2014).

Στην ιδανική περίπτωση, οι κατευθυντήριες οδηγίες βασίζονται στη βέλτιστη διαθέσιμη επιστημονική τεκμηρίωση και πρακτική εμπειρία. Η ανάπτυξη μιας οδηγίας είναι μια συστηματική διαδικασία, η οποία ακολουθεί μια συγκεκριμένη και ευρέως αποδεκτή μεθοδολογία (Jackson, Gurtman, van Cleeff, et al., 2013). Τα βήματα για την ανάπτυξη μιας κατευθυντήριας οδηγίας είναι τα ακόλουθα:

- Επιλογή του θέματος– προβλήματος προς επίλυση.
- Δημιουργία ομάδας ειδικών (expert panel), στην οποία συμμετέχουν τόσο μέλη που έχουν κυρίως μεθοδολογική γνώση στην ανάπτυξη των κατευθυντήριων οδηγιών όσο και μέλη που διαθέτουν κλινική γνώση σχετική με το πεδίο στο οποίο αναφέρεται η οδηγία, καθώς και ομάδες που πρόκειται να χρησιμοποιήσουν την κατευθυντήρια οδηγία. Τέτοιες ομάδες μπορεί να περιλαμβάνουν γιατρούς διαφορετικών ειδικοτήτων, άλλους επαγγελματίες υγείας, αλλά και ασθενείς οι οποίοι θα κληθούν να εφαρμόσουν την οδηγία.
- Εύρεση και συλλογή των ερευνητικών δεδομένων (τεκμηρίων) που αφορούν το συγκεκριμένο κλινικό ερώτημα.
- Κριτική αξιολόγηση και βαθμολόγηση των τεκμηρίων, με έμφαση στην ισχύ των τεκμηρίων στα οποία βασίζεται η κλινική απόφαση.
- Εκτίμηση της βαθμολογίας των τεκμηρίων και καθορισμό αυτών που θα χρησιμοποιηθούν.
- Συγγραφή των οδηγιών: συστάσεις για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση ασθενών με το συγκεκριμένο πρόβλημα, με στάθμιση όλων των άλλων πιθανώς εμπλεκόμενων παραμέτρων.
- Διάθεση της οδηγίας για εξωτερική ανασκόπηση και τυχόν τροποποίηση.
- Δημοσίευση της οδηγίας.
- Συνεχής ανασκόπηση και ανανέωση (Jackson, Gurtman, Rice, et al., 2013).

Καθώς είναι ουσιαστική η συμβολή εκπροσώπων από τον χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών για κλινικά ερωτήματα που εμφανίζονται συχνά στο πεδίο αυτό, επιστημονικές ομάδες που προέρχονται από την πρωτοβάθμια φροντίδα συμμετέχουν σε ή οργανώνουν την ανάπτυξη των κατευθυντήριων οδηγιών σε τοπικό, ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο.

### 7.1.3 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των κατευθυντήριων οδηγιών

Υπάρχει διαφωνία σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο οι κατευθυντήριες οδηγίες επηρεάζουν την άσκηση της ιατρικής: Πολλοί υποστηρίζουν ότι η εφαρμογή τους μοιάζει με «μαγειρική με τη βοήθεια βιβλίου συνταγών χωρίς μεγάλη ποικιλία» (cook-book medicine), μετατρέποντας γιατρούς με κρίση σε απλούς εκτελεστές οδηγιών. Άλλοι υποστηρίζουν ότι οι οδηγίες προάγουν —μέσω της τεκμηριωμένης ιατρικής— την ποιότητα και την ασφάλεια κατά τη διαδικασία λήψης των κλινικών αποφάσεων (Goldblatt et al., 2009).

Στα πλεονεκτήματα της χρήσης κατευθυντήριων οδηγιών συγκαταλέγονται:

- Η διευκόλυνση του κλινικού έργου, μέσω της συστηματοποίησης των συνεχώς εξελισσόμενων και αυξανόμενων ιατρικών δεδομένων.
- Ο διαχωρισμός των παρεμβάσεων με αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα από αστήρικτες, αναποτελεσματικές, επικίνδυνες και σπάταλες πρακτικές.
- Η χρήση τους από τους γιατρούς ως πηγής πληροφοριών για συνεχιζόμενη εκπαίδευση.

- Η συμβολή στην εφαρμογή των βέλτιστων διαγνωστικών και θεραπευτικών επιλογών, με αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και, κατά συνέπεια, τη μείωση της νοσηρότητας, της θνησιμότητας και του χρόνου νοσηλείας.
- Η βελτίωση της σταθερότητας και της ομοιομορφίας της κλινικής φροντίδας διεθνώς.
- Η μείωση των κινδύνων για τους ασθενείς.
- Η προστασία των γιατρών από ενδεχόμενες νομικές διεκδικήσεις. Σε μια εποχή όπου οι δικηγόροι εμπλέκονται ολοένα και περισσότερο στην άσκηση της ιατρικής, οι κατευθυντήριες οδηγίες, παρότι δεν αποτελούν θέσφατο, παρέχουν στους δικαστές ένα σημείο αναφοράς για την αξιολόγηση της παροχής της ιατρικής φροντίδας. Έτσι, οι γιατροί που αποκλίνουν από τις οδηγίες θα πρέπει να είναι σε θέση να αιτιολογήσουν τις αποφάσεις τους.
- Η εξισορρόπηση ιατρικών επιδιώξεων και οικονομικών περιορισμών, με αποτέλεσμα τη βελτίωση της σχέσης κόστους–αποτελεσματικότητας στην κλινική πράξη, που οδηγεί στην εξοικονόμηση των περιορισμένων πόρων.
- Η συμβολή στη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων, με τη δημοσίευση πληροφοριών προς τους ασθενείς και το κοινό σχετικά με το τι οφείλουν να πράττουν οι γιατροί τους, με αναλυτική περιγραφή των ωφελειών και των κινδύνων των προτεινόμενων λύσεων (de Roux et al., 2004· Ridda et al., 2009).

Σύμφωνα με τα παραπάνω, η κύρια ωφέλεια από τη χρήση κατευθυντήριων οδηγιών είναι η βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας που λαμβάνουν οι ασθενείς. Μένει, όμως, να τεκμηριωθεί η αποτελεσματικότητά τους στη διαχείριση των ασθενών μέσα από κατάλληλα σχεδιασμένες κλινικές μελέτες. Ένα ουσιαστικό πρόβλημα στην αξιολόγηση των κατευθυντήριων οδηγιών είναι το γεγονός ότι η ποιότητα της φροντίδας μπορεί να ορίζεται διαφορετικά για τους ασθενείς και διαφορετικά για τους γιατρούς ή για όσους επωμίζονται το κόστος των υπηρεσιών (Miernyk et al., 2009). Επίσης, οι συστάσεις στις κατευθυντήριες οδηγίες ενδέχεται, συχνά, να προέρχονται από ανεπαρκείς μεθοδολογικές προσεγγίσεις ή να απουσιάζει τελείως η τεκμηρίωσή τους. Οι οδηγίες, επιπλέον, επηρεάζονται από τη γνώμη, την πείρα και τη σύγκρουση συμφερόντων των μελών της ομάδας που αναπτύσσει τις συστάσεις, με αποτέλεσμα η εκτίμηση των δεδομένων να είναι αρκετές φορές υποκειμενική. Αρκετοί θεωρούν πως ο κύριος λόγος ύπαρξης των κατευθυντήριων οδηγιών είναι το οικονομικό κίνητρο (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996). Οδηγίες χωρίς ικανή και σωστή τεκμηρίωση μπορεί να οδηγήσουν σε υστερημένες, αναποτελεσματικές, σπάταλες ή και επικίνδυνες πρακτικές. Επιπλέον, καθώς η διαδικασία ομοφωνίας είναι βασικό συστατικό στη δημιουργία των συστάσεων, οι ομάδες ανάπτυξης των κατευθυντήριων οδηγιών θα πρέπει να ακολουθούν αποδεκτές μεθόδους ομοφωνίας, όπως η μέθοδος Delphi, η τεχνική της ονομαστικής ομάδας (nominal group method) και η μέθοδος ομοφωνίας των Εθνικών Ινστιτούτων Ερευνών (National Institutes of Health) των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής (NIH conference method). (Murphy M, Sanderson C, Black N. Consensus development methods and their use in clinical guideline development. *Health Technol Assess* 1998;2:1–100) Από αρκετούς που είναι αντίθετοι με τη χρήση κατευθυντήριων οδηγιών έχει υποστηριχθεί ότι οι κατευθυντήριες οδηγίες είναι δυνατόν να περιορίσουν την ευελιξία για τον κάθε ασθενή. Μια «καλή» πρακτική για το σύνολο ενδέχεται να είναι «κακή» πρακτική για το άτομο. Διχοτόμες αποφάσεις (ναι–όχι) καταργούν την πολυπλοκότητα. Ο περιορισμός του φάσματος των «επιτρεπτών» παρεμβάσεων υποβαθμίζει τη σημασία των προτιμήσεων των ασθενών, δυσχεραίνοντας τη συνεργατική σχέση γιατρού–αρρώστου (Evidence-Based Medicine Working Group, 1992). Τέλος, η εφαρμογή μιας κατευθυντήριας οδηγίας δεν είναι πάντα εφικτή σε οποιονδήποτε πληθυσμό, κράτος ή δομή πρωτοβάθμιας φροντίδας, λόγω διαφορών στη συχνότητα και τη βαρύτητα του νοσήματος ή στη συννοσηρότητα του πληθυσμού, στο κόστος, στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, στο νομικό πλαίσιο ή στις συνήθειες και τις πεποιθήσεις του πληθυσμού (Solomon & McLeod, 1998).

Ένα βασικό πρόβλημα στην πρωτοβάθμια φροντίδα είναι ότι, πολλές φορές, οι συστάσεις των κατευθυντήριων οδηγιών βασίζονται σε μελέτες που δεν έχουν διεξαχθεί σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας. Αυτό προκαλεί αρκετά ερωτήματα σχετικά με την καταλληλότητα των συστάσεων αυτών στην πρωτοβάθμια φροντίδα (Doran et al., 2006). Μια πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι, σε ένα δείγμα κατευθυντήριων οδηγιών του National Institute for Clinical Excellence (NICE) στο Ηνωμένο Βασίλειο, που συντάχθηκαν τη διετία 2010–2011, η τεκμηρίωση για έναν σημαντικό αριθμό συστάσεων δεν προερχόταν από μελέτες που έγιναν στην πρωτοβάθμια φροντίδα (Steel et al., 2014). Οι συγγραφείς των κατευθυντήριων οδηγιών θα πρέπει να

παρέχουν σαφείς πληροφορίες σχετικά με τον βαθμό στον οποίο οι συστάσεις των κατευθυντήριων οδηγιών απευθύνονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα, καθώς και το πεδίο από το οποίο προέρχονται οι μελέτες στις οποίες αξιολογούνται οι παρεμβάσεις (Engels et al., 2006).

## 7.2 Φραγμοί στην εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών

Οι κατευθυντήριες οδηγίες έχουν αναπτυχθεί με σκοπό να βοηθήσουν τους γιατρούς και τους ασθενείς στη λήψη της σωστότερης απόφασης σχετικά με την παροχή φροντίδας υγείας, όταν βρίσκονται αντιμέτωποι με ειδικές κλινικές συνθήκες. Παρά την ευρεία διάδοση των κατευθυντήριων οδηγιών, παρατηρείται περιορισμένη αλλαγή σε ότι αφορά τη συμπεριφορά και τη στάση των γιατρών. Γενικά, λίγα είναι γνωστά για τη διαδικασία και τους παράγοντες που ωθούν τους γιατρούς να μην ακολουθούν τις κατευθυντήριες οδηγίες. Οι φραγμοί στην εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών είναι δυνατόν να κατηγοριοποιηθούν σε τρεις ομάδες (Cabana et al., 1999· Casey, 2013):

- Φραγμοί που σχετίζονται με τη γνώση των γιατρών: έλλειψη ενημέρωσης ή έλλειψη εξοικείωσης. Ο όγκος των πληροφοριών, ο χρόνος που απαιτείται για σωστή ενημέρωση και η προσβασιμότητα που έχουν οι γιατροί στις κατευθυντήριες οδηγίες ενδέχεται να αποτελέσουν σημαντικούς φραγμούς στην εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών.
- Φραγμοί που οφείλονται στη στάση: έλλειψη συμφωνίας, έλλειψη επάρκειας ως προς την εφαρμογή, έλλειψη προσδόκιμου αποτελέσματος ή αδράνεια λόγω εφαρμογής μιας προηγούμενης πρακτικής. Η στάση, κυρίως των γιατρών, απέναντι στις προτεινόμενες κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με την αποτελεσματικότητά τους και την ευκολία χρήσης τους, και προπάντων η έλλειψη εμπιστοσύνης και συμφωνίας μ' αυτές αποτελούν βασικό φραγμό στην εφαρμογή τους.
- Φραγμοί που οφείλονται στη συμπεριφορά: εξωτερικοί φραγμοί. Εξωτερικοί φραγμοί που εμποδίζουν την τήρηση των κατευθυντήριων οδηγιών σχετίζονται με τη συμπεριφορά και τις προτιμήσεις των ασθενών, τα χαρακτηριστικά των κατευθυντήριων οδηγιών και διάφορους άλλους εξωτερικούς παράγοντες, όπως η έλλειψη χρόνου και πόρων. Σ' αυτήν την περίπτωση, οι γιατροί —αν και γνωρίζουν τις κατευθυντήριες οδηγίες και έχουν υιοθετήσει θετική στάση ως προς αυτές— αδυνατούν να προχωρήσουν στην εφαρμογή τους λόγω των εξωτερικών φραγμών.

## 7.3 Αναζήτηση κατευθυντήριων οδηγιών για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Ιδανικά, οι γιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας κάθε χώρας θα έπρεπε να έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης σε κατευθυντήριες οδηγίες, οι οποίες έχουν αναπτυχθεί από αναγνωρισμένους για τον σκοπό αυτόν οργανισμούς. Οι συγκεκριμένοι οργανισμοί θα μπορούν να ακολουθούν διεθνώς αποδεκτά πρότυπα για την ανάπτυξη των οδηγιών με διαφάνεια, λαμβάνοντας υπόψη τις τοπικές ιδιαιτερότητες κάθε χώρας· θα είναι αποκλειστικά υπεύθυνοι για την ανάπτυξη και την επικαιροποίηση των κατευθυντήριων οδηγιών, αλλά και για τη διάχυσή τους τόσο στους επαγγελματίες υγείας όσο και στους ασθενείς. Σ' αυτό το πλαίσιο έχουν κινηθεί αρκετές χώρες ή περιοχές, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, η Σκωτία, η Ολλανδία και η Νέα Ζηλανδία. Μια αναλυτική παρουσίαση διεθνώς αναγνωρισμένων οργανισμών που διαθέτουν καταλόγους με κατευθυντήριες οδηγίες για την πρωτοβάθμια φροντίδα φαίνεται στον Πίνακα 7.2.

Στην Ελλάδα έχει ολοκληρωθεί πρόσφατα μια σημαντική προσπάθεια από την Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης που οδήγησε στην ανάπτυξη 13 κατευθυντήριων οδηγιών γενικής ιατρικής για τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων και καταστάσεων υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Οι οδηγίες αυτές είναι διαθέσιμες στον ιστότοπο που έχει αναπτυχθεί από την Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης (<http://www.greekphcguidelines.gr>) και αφορούν τα παρακάτω νοσήματα:

- καρδιακή ανεπάρκεια,
- στεφανιαία νόσο,
- υπέρταση,

- δυσλιπιδαιμία,
- χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια,
- άσθμα,
- οστεοπόρωση,
- οσφυαλγία,
- σακχαρώδη διαβήτη,
- κατάθλιψη,
- γενικευμένη αγχώδη διαταραχή,
- δυσπεψία και
- χρήση οινόπνευματος.

Χώρα	Ιστότοπος
Αυστραλία	<a href="http://www.racgp.org.au/your-practice/guidelines/">http://www.racgp.org.au/your-practice/guidelines/</a>
Ελλάδα	<a href="http://www.greekphcguidelines.gr/">http://www.greekphcguidelines.gr/</a>
Ηνωμένο Βασίλειο	<a href="http://guidance.nice.org.uk">http://guidance.nice.org.uk</a>
Νέα Ζηλανδία	<a href="http://www.nzgg.org.nz">www.nzgg.org.nz</a>
Ολλανδία	<a href="https://guidelines.nhg.org">https://guidelines.nhg.org</a>
Σκωτία	<a href="http://www.sign.ac.uk">www.sign.ac.uk</a>

**Πίνακας 7.2** Ηλεκτρονικοί ιστότοποι κατευθυντήριων οδηγιών για την πρωτοβάθμια φροντίδα.

Καθώς δεν υπάρχουν τοπικές κατευθυντήριες οδηγίες για όλα τα κλινικά ερωτήματα, ο οικογενειακός γιατρός θα χρειαστεί πολλές φορές να ανατρέξει σε κατευθυντήριες οδηγίες που έχουν αναπτυχθεί σε άλλες χώρες. Σ' αυτές τις περιπτώσεις, θα πρέπει, καθώς συμβουλευτείται μια οδηγία, να αναγνωρίσει κατά πόσο οι συστάσεις της μπορούν να εφαρμοστούν στον πληθυσμό ευθύνης του και στο πλαίσιο οργάνωσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην περιοχή που εργάζεται. Η διαφοροποίηση των κλινικών δεξιοτήτων και των διαθέσιμων πόρων ενδέχεται, επίσης, να μην καθιστά δυνατή την εφαρμογή όλων των συστάσεων μιας κατευθυντήριας οδηγίας σε όλες τις χώρες.

## 7.4 Αξιολόγηση κατευθυντήριων οδηγιών

Η ποιότητα των κατευθυντήριων οδηγιών εξαρτάται από τη μεθοδολογία με την οποία αναπτύχθηκαν. Για τον λόγο αυτόν, η αξιολόγησή τους είναι δυνατή μόνο όταν υπάρχει αναλυτική παρουσίαση του τρόπου ανάπτυξής τους. Όταν η πληροφορία αυτή είναι διαθέσιμη από τον οργανισμό που αναπτύσσει τις κατευθυντήριες οδηγίες, τότε μπορεί κανείς να αξιολογήσει την ποιότητά τους, χρησιμοποιώντας το προτεινόμενο εργαλείο AGREE (The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation). Το εργαλείο AGREE έχει ως σκοπό την αξιολόγηση της μεθοδολογικής αυστηρότητας και της διαφάνειας με την οποία αναπτύσσεται μια κατευθυντήρια οδηγία και χρησιμοποιείται διεθνώς (Graves, 2002).

Το εργαλείο AGREE II περιλαμβάνει 23 στοιχεία τα οποία οργανώνονται σε έξι πεδία: i) πεδίο εφαρμογής και σκοπός, ii) συμμετοχή των ενδιαφερομένων, iii) αυστηρότητα της ανάπτυξης, iv) σαφήνεια της παρουσίασης, v) εφαρμογή και vi) συντακτική ανεξαρτησία. Καθένα από τα 23 στοιχεία στοχεύουν στις διάφορες πτυχές της ποιότητας της κατευθυντήριας οδηγίας. Το AGREE II περιλαμβάνει, επίσης, δύο τελικά στοιχεία αξιολόγησης τα οποία απαιτεί ο εκτιμητής για να κάνει τη συνολική αποτίμηση της κατευθυντήριας οδηγίας, αφού λάβει υπόψη τον τρόπο που βαθμολόγησε τα 23 στοιχεία. Ο σκοπός του AGREE II είναι να διαμορφώσει ένα πλαίσιο για:

- να αξιολογεί την ποιότητα των κατευθυντήριων οδηγιών,
- να παρέχει μια στρατηγική μεθοδολογία για την ανάπτυξή τους και
- να ενημερώνει για τη χρησιμότητά τους.

Το εργαλείο AGREE II έχει μεταφραστεί σε αρκετές γλώσσες, μεταξύ των οποίων και η ελληνική, και είναι διαθέσιμο στο website: <http://www.agreecollaboration.org>

Οι κατευθυντήριες οδηγίες επικεντρώνονται, κυρίως, στην αποτελεσματικότητα των διαφόρων παρεμβάσεων. Τελευταία, μεγαλύτερη προσοχή δίνεται στο «μέγεθος» του αποτελέσματος, αλλά και στην ισορροπία μεταξύ αποτελέσματος από τη μια πλευρά και πιθανών βλαβών και κόστους από την άλλη. Ιδιαίτερη σημασία, επίσης, έχει αποκτήσει η εφαρμοσιμότητα των κατευθυντήριων οδηγιών (Chua et al., 2015).

Οι κατευθυντήριες οδηγίες απευθύνονται κυρίως στους γιατρούς: στην πράξη, όμως, πολλοί άλλοι φορείς των συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας (κυβερνητικοί φορείς, ασφαλιστικές εταιρείες, δικηγόροι, φαρμακευτικές εταιρείες κ.ά.) εμπλέκονται τόσο στη σύνταξη όσο και στη χρήση των οδηγιών (Brouwers et al., 2010).

Οι λόγοι που έχουν οδηγήσει στην ενίσχυση της ανάπτυξης των κατευθυντήριων οδηγιών είναι αφενός μεν η συσσώρευση πληροφοριών από δημοσιευμένες μελέτες, αφετέρου δε η σημασία που δίνεται σε θέματα ποιότητας, ασφάλειας, αποτελεσματικότητας, επάρκειας και κόστους των υπηρεσιών υγείας και στην προσπάθεια βελτίωσής τους. Σ' αυτό το πλαίσιο, η τεκμηριωμένη ιατρική φάνηκε να προσφέρει, μέσω των κατευθυντήριων οδηγιών, τις απαιτούμενες πληροφορίες και τους τρόπους για την επίλυση των προβλημάτων που αναφύονται (Becker et al., 2015).

Η προσδοκία για υψηλής ποιότητας υπηρεσίες σε περιβάλλον περιορισμένων πόρων, η διαχείριση και η πληρωμή των υπηρεσιών από τρίτους, και οι απαιτήσεις για έλεγχο, λογοδοσία και προτυποποίηση της κλινικής πρακτικής έχουν οδηγήσει στην ανάπτυξη διαφόρων μορφών κατευθυντήριων οδηγιών από ποικίλους φορείς (Grol & Buchan, 2006).

Κάποια χαρακτηριστικά που αναγνωρίζονται εύκολα υποστηρίζεται ότι συνηγορούν στη μεγαλύτερη αξιοπιστία μιας κατευθυντήριας οδηγίας.

Κατευθυντήριες οδηγίες προερχόμενες από ευρύ φάσμα ειδικών (γενικούς γιατρούς, ειδικούς γιατρούς, νοσηλευτές, αναλυτές, οικονομολόγους κ.ά.) για συγκεκριμένο κλινικό πρόβλημα είναι, συχνά, πιο έγκυρες σε σύγκριση με άλλες που καθορίζονται από γιατρούς συγκεκριμένης υποειδικότητας (Shaneyfelt & Centor, 2009· Upshur, 2003).

Οι οδηγίες που βασίζονται στη συστηματική ανασκόπηση όλων των έγκυρων δημοσιευμένων ερευνητικών δεδομένων και λαμβάνουν υπόψη την επιστημονική ισχύ των αποτελεσμάτων θεωρούνται πιο αξιόπιστες (Shaneyfelt & Centor, 2009). Κατευθυντήριες οδηγίες που συντάχθηκαν με βάση μόνο τη γνώμη ειδικών ή με πρακτικές που δεν υποστηρίζονται από επιστημονική τεκμηρίωση θα πρέπει να αναφέρονται ως λιγότερο αξιόπιστες, καθώς δεν καλύπτουν τα επιστημονικά δεδομένα (Shaneyfelt & Centor, 2009).

Οι κατευθυντήριες οδηγίες οφείλουν να είναι περιεκτικές και να λαμβάνουν υπόψη όχι μόνο την ύπαρξη ή μη του αποτελέσματος μιας παρέμβασης, αλλά και το μέγεθος αυτού, τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες, το κόστος, τις προτιμήσεις των ασθενών, τα προσόντα που πρέπει να διαθέτει ο γιατρός προκειμένου να εκτελέσει επιτυχώς την παρέμβαση και το απαιτούμενο για την εφαρμογή τους επιπλέον προσωπικό (Lionis & Frantzeskakis, 1996).

Τέλος, η ανασκόπηση των κατευθυντήριων οδηγιών και η αξιολόγηση της εφαρμοσιμότητάς τους από ανεξάρτητες ομάδες αποτελούν, επίσης, σημαντικά στοιχεία ποιότητας (Zachariadou et al., 2004). Εκτός από το εργαλείο αξιολόγησης του οργανισμού AGREE, έχουν γίνει και άλλες προσπάθειες καθορισμού των στοιχείων για την εκτίμηση της ποιότητας των κατευθυντήριων οδηγιών (Sackett et al., 1996). Με βάση τα παραπάνω κριτήρια, αρκετές μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι πολλές από τις κατευθυντήριες οδηγίες που έχουν δημοσιευθεί δεν πληρούν τα προβλεπόμενα κριτήρια ποιότητας (Sackett, 1997).

#### 7.4.1 Αξιολόγηση συστάσεων

Διάφορα συστήματα έχουν αναπτυχθεί για την αξιολόγηση και τη βαθμολόγηση των συστάσεων. Συνήθως, κάθε οργανισμός που αναπτύσσει κατευθυντήριες οδηγίες διευκρινίζει και το σύστημα

βαθμολόγησης των συστάσεων. Ενδεικτικά μπορεί να αναφέρει κανείς το σύστημα GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation system) (Balshem et al., 2011), το σύστημα που χρησιμοποιείται από το American College of Cardiology Foundation/American Heart Association (ACCF/AHA) (Jacobs et al., 2013), το σύστημα που προτείνεται από το Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (version 2, updated in 2011) (Oxford Centre for Evidence-based Medicine, 2011), το σύστημα που εφαρμόζει το U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) (U.S. Preventive Services Task Force) και το σύστημα αξιολόγησης του National Health and Medical Research Council (NHMRC) της Αυστραλίας. (Hillier S, Grimmer-Somers K, Merlin T, Middleton P, Salisbury J, Toohar R, Weston A. FORM: An Australian method for formulating and grading recommendations in evidence-based clinical guidelines. BMC Medical Research Methodology. 2011 Feb 28; 11:23)

Τα συστήματα αξιολόγησης των συστάσεων βασίζονται στις ίδιες αρχές, και στη συνέχεια θα παρουσιαστεί πιο αναλυτικά ως παράδειγμα το σύστημα GRADE, το οποίο απεικονίζεται στον Πίνακα 7.3. Στο σύστημα GRADE (Balshem et al., 2011), η βαθμολόγηση αποτελείται από δύο στοιχεία:

Έναν αριθμό (1 ή 2) που αντικατοπτρίζει την ισχύ της σύστασης (1 = ισχυρή σύσταση, 2 = ασθενής σύσταση), η οποία εκτιμάται τόσο από το μέγεθος του αποτελέσματος [σχέση κινδύνου-οφέλους (risk-benefit)], όπως αυτό έχει υπολογιστεί στις μελέτες, όσο και από τη βεβαιότητα για το αποτέλεσμα. Η βεβαιότητα, με τη σειρά της, επηρεάζεται από τέσσερις βασικές συνιστώσες:

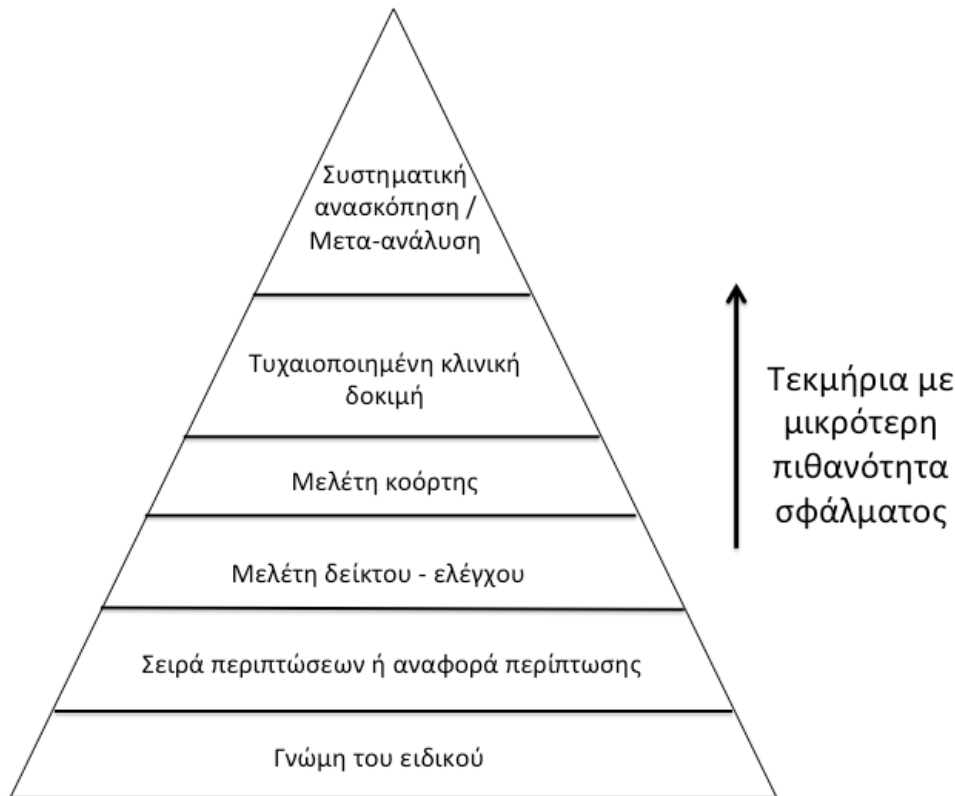
- Την ποιότητα των τεκμηρίων, καθώς, όταν το αποτέλεσμα βασίζεται σε τεκμήρια κακής ποιότητας, αυξάνεται η πιθανότητα σφάλματος. Η ποιότητα των τεκμηρίων αξιολογείται χωριστά, όπως φαίνεται στη συνέχεια, στο δεύτερο στοιχείο που περιλαμβάνεται στο GRADE.
- Την ετερογένεια των τεκμηρίων, καθώς η βεβαιότητα ελαττώνεται, όταν το αποτέλεσμα βασίζεται σε μελέτες ετερογενείς μεταξύ τους, η μία εκ των οποίων δεν επιβεβαιώνει το αποτέλεσμα της άλλης.
- Την αμεσότητα των τεκμηρίων, καθώς, όταν το αποτέλεσμα βασίζεται σε έμμεσα τεκμήρια, η βεβαιότητα για το αποτέλεσμα μειώνεται.
- Την ακρίβεια του αποτελέσματος, καθώς η βεβαιότητα ελαττώνεται, όταν υπάρχει μικρή ακρίβεια (μεγάλο διάστημα εμπιστοσύνης) στο αποτέλεσμα.

Ένα γράμμα (A, B ή C) που αντανακλά την ποιότητα της επιστημονικής τεκμηρίωσης για την υποστήριξη της σύστασης (A = υψηλής ποιότητας τεκμηρίωση, συνήθως από συστηματικές ανασκοπήσεις ή μετα-αναλύσεις ή από καλά οργανωμένες, ελεγχόμενες, τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές· B = μέτριας ποιότητας τεκμηρίωση, συνήθως από λιγότερο καλές ελεγχόμενες, τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές ή από μελέτες παρατήρησης· C = χαμηλής ποιότητας τεκμηρίωση από μελέτες παρατήρησης ή κλινικές δοκιμές με σημαντικούς περιορισμούς ή σφάλματα ή από άλλους τύπους μελετών (Balshem et al., 2011).

	<b>1</b> = ισχυρή σύσταση	<b>2</b> = ασθενής σύσταση
<b>A</b> = υψηλής ποιότητας τεκμηρίωση	A1	A2
<b>B</b> = μέτριας ποιότητας τεκμηρίωση	B1	B2
<b>C</b> = χαμηλής ποιότητας τεκμηρίωση	C1	C2

**Πίνακας 7.3** Η βαθμολόγηση των συστάσεων των κατευθυντήριων οδηγιών σύμφωνα με το σύστημα GRADE.

Η Εικόνα 7.2 παρουσιάζει την πυραμίδα σύμφωνα με την οποία ιεραρχούνται οι μελέτες ως προς την αξιοπιστία τους.



Εικόνα 7.2 Ιεράρχηση των μελετών ως προς την αξιοπιστία τους.

## 7.5 Πώς γίνεται η εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών για συχνά οξέα και χρόνια προβλήματα στην πρωτοβάθμια φροντίδα

Η εφαρμογή μιας κατευθυντήριας οδηγίας δεν ταυτίζεται πάντα με τη λήψη της κλινικής απόφασης. Η λήψη κλινικής απόφασης αποτελεί μια πιο πολύπλοκη διαδικασία. Στο πλαίσιο της προσέγγισης που επικεντρώνεται στον ασθενή κατά την παροχή υπηρεσιών στην πρωτοβάθμια φροντίδα, ο οικογενειακός γιατρός, πριν εφαρμόσει μια κατευθυντήρια οδηγία, οφείλει να λάβει υπόψη τις προτεραιότητες, τις προτιμήσεις και τις επιθυμίες του ασθενή. Οφείλει, επίσης, να σεβαστεί την επιλογή του ασθενή ως προς το πρόσωπο που θα λάβει τελικά την απόφαση. Μια σχέση συνεργασίας μεταξύ γιατρού και ασθενή οδηγεί συνήθως στη λήψη της απόφασης από τον ασθενή, αφού ενημερωθεί πλήρως για τα οφέλη και τις πιθανές επιπλοκές μιας παρέμβασης. Αρκετές φορές, όμως, ο ασθενής μπορεί να δίνει τον ρόλο αυτόν στον ίδιο τον γιατρό ή σε κάποιο πρόσωπο του άμεσου περιβάλλοντός του. Η γνώση των κατευθυντήριων οδηγιών από την πλευρά του οικογενειακού γιατρού δεν συνεπάγεται πάντα και την εφαρμογή τους, ιδιαίτερα όταν ο ασθενής δεν συμφωνεί. Παρ' όλα αυτά, η γνώση των κατευθυντήριων οδηγιών εκ μέρους του οικογενειακού γιατρού θα τον βοηθήσει να αναγνωρίσει την απόσταση μεταξύ της κλινικής απόφασης και αυτού που προτείνεται για τον ασθενή του, και να εργαστεί, στο πλαίσιο της μακροχρόνιας σχέσης του με τον ασθενή, για την ελάττωση της απόστασης αυτής (Kipsaina, Ozanne-Smith, & Routley, 2015· Selroos et al., 2015).

## Βιβλιογραφικές αναφορές

- Ahmed, F., Temte, J. L., Campos-Outcalt, D., Schunemann, H. J., & Group, A. E. B. R. W. (2011). Methods for developing evidence-based recommendations by the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Vaccine*, 29(49), 9171-9176. doi: 10.1016/j.vaccine.2011.08.005
- Balshem, H., Helfand, M., Schunemann, H. J., Oxman, A. D., Kunz, R., Brozek, J., . . . Guyatt, G. H. (2011). GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol*, 64(4), 401-406. doi: 10.1016/j.jclinepi.2010.07.015
- Becker, W. J., Findlay, T., Moga, C., Scott, N. A., Harstall, C., & Taenzer, P. (2015). Guideline for primary care management of headache in adults. *Can Fam Physician*, 61(8), 670-679.
- Bonten, M., Bolkenbaas, M., & Huigts, S. (2014). *Community Acquired Pneumonia Immunization Trial in Adults (CAPITA) Abstract # 0541*. Paper presented at the International Symposium on Pneumococci and Pneumococcal Diseases.
- Brouwers, M. C., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., . . . Consortium, A. N. S. (2010). AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ*, 182(18), E839-842. doi: 10.1503/cmaj.090449
- Cabana, M. D., Rand, C. S., Powe, N. R., Wu, A. W., Wilson, M. H., Abboud, P. A., & Rubin, H. R. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*, 282(15), 1458-1465. doi: 10.1001/jama.282.15.1458
- Carter, A. (1992). Clinical practice guidelines. *CMAJ*, 147(11), 1649-1650.
- Casey, D. E., Jr. (2013). Why don't physicians (and patients) consistently follow clinical practice guidelines? *JAMA Intern Med*, 173(17), 1581-1583. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.7672
- Chua, M. E., Mendoza, J., See, M. t., Esmena, E., Aguila, D., Silangcruz, J. M., . . . Morales, M., Jr. (2015). A critical review of recent clinical practice guidelines on the diagnosis and treatment of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms. *Can Urol Assoc J*, 9(7-8), E463-470. doi: 10.5489/cuaj.2424
- Davidoff, F., Haynes, B., Sackett, D., & Smith, R. (1995). Evidence based medicine. *BMJ*, 310(6987), 1085-1086.
- Davis, D. A., & Taylor-Vaisey, A. (1997). Translating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *CMAJ*, 157(4), 408-416.
- de Roux, A., Schmidt, N., Rose, M., Zielen, S., Pletz, M., & Lode, H. (2004). Immunogenicity of the pneumococcal polysaccharide vaccine in COPD patients. The effect of systemic steroids. *Respir Med*, 98(12), 1187-1194.
- Doran, T., Fullwood, C., Gravelle, H., Reeves, D., Kontopantelis, E., Hiroeh, U., & Roland, M. (2006). Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *N Engl J Med*, 355(4), 375-384. doi: 10.1056/NEJMs055505
- Engels, Y., Dautzenberg, M., Campbell, S., Broge, B., Boffin, N., Marshall, M., . . . Grol, R. (2006). Testing a European set of indicators for the evaluation of the management of primary care practices. *Fam Pract*, 23(1), 137-147. doi: 10.1093/fampra/cmi091
- Evidence-Based Medicine Working Group. (1992). Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*, 268(17), 2420-2425.
- Goldblatt, D., Southern, J., Andrews, N., Ashton, L., Burbidge, P., Woodgate, S., . . . Miller, E. (2009). The immunogenicity of 7-valent pneumococcal conjugate vaccine versus 23-valent polysaccharide vaccine in adults aged 50-80 years. *Clin Infect Dis*, 49(9), 1318-1325. doi: 10.1086/606046
- Graves, P. (Ed.). (2002). *Quantifying Quality in Primary Care*. Abingdon, Oxon: Radcliffe Medical Press.
- Grimshaw, J. M., & Russell, I. T. (1993). Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet*, 342(8883), 1317-1322.
- Grol, R., & Buchan, H. (2006). Clinical guidelines: what can we do to increase their use? *Med J Aust*, 185(6), 301-302.
- Hurwitz, B. (2004). How does evidence based guidance influence determinations of medical negligence? *BMJ*, 329(7473), 1024-1028. doi: 10.1136/bmj.329.7473.1024
- Jackson, L. A., Gurtman, A., Rice, K., Pauksens, K., Greenberg, R. N., Jones, T. R., . . . Schmoele-Thoma, B. (2013). Immunogenicity and safety of a 13-valent pneumococcal conjugate vaccine in adults 70 years of age and older previously vaccinated with 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine. *Vaccine*, 31(35), 3585-3593. doi: 10.1016/j.vaccine.2013.05.010
- Jackson, L. A., Gurtman, A., van Cleeff, M., Jansen, K. U., Jayawardene, D., Devlin, C., . . . Schmoele-Thoma, B. (2013). Immunogenicity and safety of a 13-valent pneumococcal conjugate vaccine compared to a 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine in pneumococcal vaccine-naive adults. *Vaccine*, 31(35), 3577-3584. doi: 10.1016/j.vaccine.2013.04.085
- Jacobs, A. K., Kushner, F. G., Ettinger, S. M., Guyton, R. A., Anderson, J. L., Ohman, E. M., . . . Zoghbi, W. A. (2013). ACCF/AHA clinical practice guideline methodology summit report: a report of the American College of



- Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*, 127(2), 268-310. doi: 10.1161/CIR.0b013e31827e8e5f
- Kipsaina, C., Ozanne-Smith, J., & Routley, V. (2015). The WHO injury surveillance guidelines: a systematic review of the non-fatal guidelines' utilization, efficacy and effectiveness. *Public Health*. doi: 10.1016/j.puhe.2015.07.007
- Kringos, D. S., Boerma, W. G., Bourgueil, Y., Cartier, T., Hasvold, T., Hutchinson, A., . . . Wilm, S. (2010). The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Fam Pract*, 11, 81. doi: 10.1186/1471-2296-11-81
- Lionis, C., & Frantzeskakis, G. (1996). Atrial fibrillation in a primary health care district in rural Crete. *Br J Gen Pract*, 46(411), 624.
- Lionis, C., Tsiraki, M., Bardis, V., & Philalithis, A. (2004). Seeking quality improvement in primary care in Crete, Greece: the first actions. *Croat Med J*, 45(5), 599-603.
- Miernyk, K. M., Butler, J. C., Bulkow, L. R., Singleton, R. J., Hennessy, T. W., Dentinger, C. M., . . . Parkinson, A. J. (2009). Immunogenicity and reactogenicity of pneumococcal polysaccharide and conjugate vaccines in Alaska native adults 55-70 years of age. *Clin Infect Dis*, 49(2), 241-248. doi: 10.1086/599824
- Oxford Centre for Evidence-based Medicine. (2011). Levels of Evidence. <http://www.cebm.net/wp-content/uploads/2014/06/CEBM-Levels-of-Evidence-2.1.pdf>
- Ridda, I., Macintyre, C. R., Lindley, R., Gao, Z., Sullivan, J. S., Yuan, F. F., & McIntyre, P. B. (2009). Immunological responses to pneumococcal vaccine in frail older people. *Vaccine*, 27(10), 1628-1636. doi: 10.1016/j.vaccine.2008.11.098
- Sackett, D. L. (1997). Evidence-based medicine. *Semin Perinatol*, 21(1), 3-5.
- Sackett, D. L., & Rosenberg, W. M. (1995). The need for evidence-based medicine. *J R Soc Med*, 88(11), 620-624.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71-72.
- Samanta, A., Samanta, J., & Gunn, M. (2003). Legal considerations of clinical guidelines: will NICE make a difference? *J R Soc Med*, 96(3), 133-138.
- Schafer, W. L., Boerma, W. G., Kringos, D. S., De Ryck, E., Gress, S., Heinemann, S., . . . Groenewegen, P. P. (2013). Measures of quality, costs and equity in primary health care instruments developed to analyse and compare primary care in 35 countries. *Qual Prim Care*, 21(2), 67-79.
- Selroos, O., Kupczyk, M., Kuna, P., Lacwik, P., Bousquet, J., Brennan, D., . . . Haahtela, T. (2015). National and regional asthma programmes in Europe. *Eur Respir Rev*, 24(137), 474-483. doi: 10.1183/16000617.00008114
- Shaneyfelt, T. M., & Centor, R. M. (2009). Reassessment of clinical practice guidelines: go gently into that good night. *JAMA*, 301(8), 868-869. doi: 10.1001/jama.2009.225
- Shekelle, P. G., Woolf, S. H., Eccles, M., & Grimshaw, J. (1999). Clinical guidelines: developing guidelines. *BMJ*, 318(7183), 593-596.
- Solomon, M. J., & McLeod, R. S. (1998). Surgery and the randomised controlled trial: past, present and future. *Med J Aust*, 169(7), 380-383.
- Steel, N., Abdelhamid, A., Stokes, T., Edwards, H., Fleetcroft, R., Howe, A., & Qureshi, N. (2014). A review of clinical practice guidelines found that they were often based on evidence of uncertain relevance to primary care patients. *J Clin Epidemiol*, 67(11), 1251-1257. doi: 10.1016/j.jclinepi.2014.05.020
- Tunis, S. R., Hayward, R. S., Wilson, M. C., Rubin, H. R., Bass, E. B., Johnston, M., & Steinberg, E. P. (1994). Internists' attitudes about clinical practice guidelines. *Ann Intern Med*, 120(11), 956-963.
- U.S. Preventive Services Task Force. Grade Definitions. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grades.htm>
- Upshur, R. E. (2003). Are all evidence-based practices alike? Problems in the ranking of evidence. *CMAJ*, 169(7), 672-673.
- Worrall, G., Chaulk, P., & Freake, D. (1997). The effects of clinical practice guidelines on patient outcomes in primary care: a systematic review. *CMAJ*, 156(12), 1705-1712.
- Zachariadou, T., Floridou, D., Angelidou, E., Makri, L., Philalithis, A., & Lionis, C. (2004). Panorama of diagnoses in the primary healthcare setting in Cyprus-data from a pilot study. *Eur J Gen Pract*, 10(3), 103-104.

## Κριτήρια Αξιολόγησης

**Κριτήριο αξιολόγησης 1:** Γυναίκα ασθενής 32 ετών παρουσιάζει από 24ώρου πονόλαιμο και μυαλγίες. Δεν έχει άλλα προβλήματα υγείας και δεν έχει κάποιο παθολογικό εύρημα στην κλινική εξέταση εκτός από εξέρυθρα παρίσθια. Η ασθενής ζητά να λάβει συνταγή από τον γιατρό της για τη χορήγηση αντιβίωσης, καθώς πιστεύει ότι μόνο με τον τρόπο αυτόν θα βελτιωθεί γρήγορα η κατάστασή της και δεν θα χρειαστεί να απουσιάσει από τη δουλειά της. Ποια θα είναι η διαχείριση του προβλήματος της ασθενούς;

**[Απάντηση 1]** Με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες τόσο από διεθνείς οργανισμούς (<http://www.sign.ac.uk/pdf/sign117.pdf>) όσο και από το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων στην Ελλάδα ([www.keelpno.gr](http://www.keelpno.gr)), η θεραπεία της φαρυγγοαμυγδαλίτιδας στους ενήλικους μπορεί να γίνει με αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και παρακολούθηση του ασθενή, αναμένοντας την πιθανή εμφάνιση επιπλοκών (watchful waiting). Η χρήση αντιβίωσης δεν συνιστάται, καθώς τα οφέλη σε έναν ενήλικα (μικρή μείωση της διάρκειας των συμπτωμάτων) θεωρούνται λιγότερα σε σχέση με τις βλαπτικές συνέπειες (ανάπτυξη ανθεκτικών στελεχών των μικροβίων λόγω της αλόγιστης χρήσης αντιβιοτικών). Επειδή η ασθενής επισκέπτεται τον οικογενειακό γιατρό με την πεποίθηση ότι η δράση των αντιβιοτικών θα τη βοηθήσει, η γρήγορη και άμεση εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών θα είναι δύσκολη. Ο οικογενειακός γιατρός οφείλει να συζητήσει μαζί της τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα από τη χρήση της αντιβίωσης, να εξηγήσει το πλάνο δράσης και να της προσφέρει τη δυνατότητα να λάβει αντιβίωση, αν δεν υποχωρήσουν τα συμπτώματα σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

**Κριτήριο αξιολόγησης 2:** Άνδρας ασθενής 58 ετών επισκέπτεται τον γιατρό του, γιατί, επί μία ώρα μετά το μεσημεριανό φαγητό και ενώ είχε ξαπλώσει, ένιωθε δυσφορία και αίσθημα πόνου οπισθοστερνικά. Ο ασθενής έχει ιστορικό με συμπτώματα δυσπεψίας που είχαν αποδοθεί σε γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Ζητάει από τον γιατρό να του δώσει μια νέα συνταγή για αναστολείς της αντλίας πρωτονίων, καθώς του έχουν τελειώσει τα δισκία που είχε στο σπίτι. Ποια θα είναι η διαχείριση του προβλήματος του ασθενή;

**[Απάντηση 2]** Με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες, σε άντρες ασθενείς 55 ετών που εμφανίζουν οπισθοστερνικό άλγος —ακόμη και όταν αυτό δεν έχει τυπικούς χαρακτήρες στηθάγχης—, η πιθανότητα να έχουν στεφανιαία νόσο είναι τουλάχιστον 45% (<http://www.nice.org.uk/guidance/cg95/chapter/1-recommendations>). Η πιθανότητα αυτή αυξάνεται με την πρόοδο της ηλικίας και τη συνύπαρξη παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου. Για τον λόγο αυτόν, ο ασθενής του ερωτήματος χρειάζεται αρχικά διερεύνηση για πιθανή στεφανιαία νόσο. Αφού αποκλειστεί η περίπτωση της στεφανιαίας νόσου, ο οικογενειακός γιατρός μπορεί να εστιάσει στην αντιμετώπιση της δυσπεψίας (<http://www.greekphcguidelines.gr/νοσήματα/δυσπεψία>). Καθώς ο ασθενής πιστεύει ότι το σύμπτωμά του οφείλεται στη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, η εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών για τον αποκλεισμό της στεφανιαίας νόσου μπορεί να θεωρηθεί υπερβολική και μη αναγκαία από τον ασθενή. Για να διασφαλίσει τη συνεργασία του ασθενή, ο οικογενειακός γιατρός οφείλει να του εξηγήσει την πιθανότητα ύπαρξης στεφανιαίας νόσου, καθώς και το πλάνο αντιμετώπισης. Η χρήση διαγραμμάτων και πινάκων που αποτυπώνουν τον κίνδυνο βοηθά πολλούς ασθενείς να κατανοήσουν το μέγεθος του προβλήματος και να συναινέσουν στον τρόπο διαχείρισης.

**Κριτήριο αξιολόγησης 3:** Άνδρας ασθενής 55 ετών επισκέπτεται τον γιατρό του για να κάνει προληπτικό έλεγχο για καρδιαγγειακά νοσήματα. Κατά την επίσκεψη, ρωτάει τον γιατρό αν θα ήταν απαραίτητος ο προληπτικός έλεγχος και για τον καρκίνο του προστάτη με μέτρηση του ειδικού προστατικού αντιγόνου (PSA). Ο ασθενής αναφέρει ότι είναι γενικά υγιής και δεν έχει κάποιο σύμπτωμα. Πώς θα απαντηθεί το ερώτημα του ασθενή;

**[Απάντηση 3]** Αν και το ειδικό προστατικό αντιγόνο (PSA) χρησιμοποιείται στο πλαίσιο προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του προστάτη, η μοναδική τεκμηριωμένη ένδειξη που έχει μέχρι στιγμής είναι η χρησιμοποίησή του ως δείκτη για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας του καρκίνου του προστάτη. (<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/prostate-cancer-screening>). Ο οικογενειακός γιατρός οφείλει να συζητήσει με τον ασθενή τον κίνδυνο που έχει να εμφανίσει καρκίνο του προστάτη με βάση την ηλικία και το οικογενειακό ιστορικό. Οφείλει, επίσης, να συζητήσει τα

οφέλη και τις επιπλοκές από τον προσυμπτωματικό έλεγχο ([http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/8416/\\$File/prostate-practitioners-summary-sep08.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/8416/$File/prostate-practitioners-summary-sep08.pdf)). Ο προσυμπτωματικός έλεγχος αυξάνει τον αριθμό των διαγνώσεων χωρίς να έχει ιδιαίτερο όφελος στη θνητότητα από καρκίνο του προστάτη. Η υπερδιάγνωση, η υπερθεραπεία, καθώς και οι επιπλοκές από βιοψίες ή επεμβάσεις για την αφαίρεση του προστάτη, αποτελούν βλαπτικές συνέπειες του προσυμπτωματικού ελέγχου. Γνωρίζοντας τα παραπάνω, ο ασθενής είναι αυτός που θα χρειαστεί να λάβει την απόφαση αν θα προχωρήσει τελικά σε προσυμπτωματικό έλεγχο με PSA ή όχι.

**Κριτήριο αξιολόγησης 4:** Γυναίκα 25 ετών επισκέπτεται τον οικογενειακό γιατρό με το δύο εβδομάδων μωρό της (είναι το πρώτο της παιδί). Η μητέρα αναφέρει ότι ανησυχεί γιατί το μωρό έχει ακριβώς το ίδιο βάρος που είχε όταν γεννήθηκε. Η νεαρή μητέρα αναρωτιέται μήπως θα πρέπει να διακόψει τον θηλασμό. Κατά την κλινική εξέταση, το νεογνό δεν έχει παθολογικά ευρήματα. Πώς θα απαντηθεί το ερώτημα της ασθενούς;

**[Απάντηση 4]** Με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες, συνιστάται ο αποκλειστικός θηλασμός ως τρόπος σίτισης για τα βρέφη έως 6 μηνών. (<http://www.nice.org.uk/guidance/ph11/resources/guidance-maternal-and-child-nutrition-pdf>). Καθώς η νεαρή μητέρα ήδη σκέπτεται τη διακοπή του θηλασμού, ο οικογενειακός γιατρός θα πρέπει να συζητήσει μαζί της τα οφέλη που έχει ο θηλασμός τόσο για την ίδια όσο και για το παιδί. Θα χρειαστεί να την καθησυχάσει για το γεγονός ότι το μωρό δεν έχει αυξήσει το βάρος του τις δύο πρώτες εβδομάδες, κάτι που είναι πιθανό, και να διερευνήσει μαζί της πιθανά εμπόδια στη διαδικασία του θηλασμού. Τα εμπόδια αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν έλλειψη χρόνου, λανθασμένο τρόπο θηλασμού, έλλειψη υποστήριξης κ.ά. Η συμβολή της μαίας της ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας, καθώς και η ενθάρρυνση της μητέρας για επικοινωνία με ομάδες σχετικές με τον θηλασμό ή και με άλλες μητέρες, ενδέχεται να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση των φραγμών και τη συνέχιση του θηλασμού από τη νεαρή μητέρα.

## Ευρετήριο όρων

παρακολούθηση και αναμονή πιθανής εμφάνισης επιπλοκών (watchful waiting) 146  
κατάλογοι (registries) 135  
τεκμήρια (evidence) 136  
κατευθυντήριες οδηγίες (guidelines ή clinical practice guidelines) 136, 138  
κλινική διακυβέρνηση (clinical governance) 136  
ομάδα ειδικών (expert panel) 138  
συνόψεις (synopses) 136  
συστάσεις (recommendations) 136

## Κεφάλαιο 8

### Διαχείριση ασθενών με πολλαπλά νοσήματα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

A. Μίσσιου και A. Τατσιώνη

#### Σύνοψη

Η διαχείριση των ασθενών με πολλαπλή νοσηρότητα παρουσιάζει αρκετές ιδιαιτερότητες και αποτελεί πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας στο πεδίο της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Ο οικογενειακός γιατρός καλείται να αντιμετωπίσει την πολλαπλή νοσηρότητα ολιστικά και να προσεγγίσει τον ασθενή, δίνοντας έμφαση στην πολυπλοκότητά του και σεβόμενος πάντοτε την προσωπικότητα, τις προσδοκίες και τις ανάγκες του.

Η ενδεδειγμένη προσέγγιση απαιτεί καλώς ανεπτυγμένες επικοινωνιακές δεξιότητες, καθώς και στέρεο υπόβαθρο κλινικής εμπειρίας και ιατρικής γνώσης. Η γνώση αυτή ανανεώνεται συνεχώς και παρακολουθεί τις εξελίξεις σε ερευνητικό επίπεδο, αλλά και τις προτεινόμενες κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες. Συνεπώς, πρόκειται για απαιτητικό και συχνά χρονοβόρο έργο.

Ένα πλάνο διαχείρισης ασθενών με πολλαπλά νοσήματα περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- Θεραπείες και παρεμβάσεις για το κάθε νόσημα.
- Διαχείριση του κινδύνου, προσυμπτωματικό έλεγχο και προληπτικές παρεμβάσεις.
- Φροντίδα σε προχωρημένο στάδιο των νοσημάτων.
- Εκτίμηση και σεβασμό των στόχων και των προτιμήσεων του ασθενή.
- Εκπαίδευση του ασθενή με σκοπό την ανάπτυξη δεξιοτήτων για αυτοδιαχείριση της πολλαπλής νοσηρότητας.
- Εκτίμηση της ποιότητας ζωής.
- Εκτίμηση της πρόγνωσης.

Ο οικογενειακός γιατρός οφείλει να παρέχει το κατάλληλο για κάθε ασθενή πλάνο διαχείρισης της πολλαπλής νοσηρότητας, εξατομικεύοντας την παρεχόμενη φροντίδα. Τα προτεινόμενα μοντέλα που μπορούν να υποστηρίξουν τη φροντίδα ασθενών με πολλαπλή νοσηρότητα είναι μοντέλα ολοκληρωμένης φροντίδας που βασίζονται σε ομάδες επαγγελματιών υγείας. Η τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας αυτής της προσέγγισης αποτελεί ερευνητική πρόκληση στο πεδίο της πρωτοβάθμιας φροντίδας.

#### Προαπαιτούμενη γνώση

Φροντίδα επικεντρωμένη στον ασθενή, διαβούλευση, συμπονετική φροντίδα, μοντέλο ολοκληρωμένης φροντίδας.

## 8.1 Έννοιες και ορισμοί που σχετίζονται με την πολλαπλή νοσηρότητα

Η τεχνολογική και ιατρική πρόοδος των τελευταίων δεκαετιών οδήγησε στην αύξηση του μέσου όρου ζωής του πληθυσμού, με άμεση συνέπεια τον ολοένα αυξανόμενο αριθμό των ασθενών με πολλαπλή νοσηρότητα (Boyd & Lucas, 2014· Fortin, Hudon, Haggerty, Akker, & Almirall, 2010· Uijen & van de Lisdonk, 2008). Ως πολλαπλή νοσηρότητα (multi-morbidity, multiple morbidity) ορίζεται η συνύπαρξη δύο ή περισσότερων νοσημάτων στον ίδιο ασθενή. Σύμφωνα με τους Valderas κ.ά. (Valderas, Starfield, Sibbald, Salisbury, & Roland, 2009), ακολουθείται η εξής παραδοχή: Ένα από τα νοσήματα του ασθενή θεωρείται ως το βασικό νόσημα ή νόσημα δείκτης και καθένα από τα υπόλοιπα συνυπάρχοντα νοσήματα χαρακτηρίζεται ως συννοσηρότητα (comorbidity). Η συννοσηρότητα ορίζεται:

- ως η ύπαρξη ενός νοσήματος σε έναν ασθενή, ο οποίος πάσχει και από ένα ή περισσότερα άλλα νοσήματα που δεν σχετίζονται ούτε μεταξύ τους ούτε με το εν λόγω νόσημα, ή
- ως η ύπαρξη ενός νοσήματος σε έναν ασθενή, το οποίο προκαλεί, προκαλείται από ή, αλλιώς, σχετίζεται με ένα ή περισσότερα άλλα νοσήματα στον ίδιο ασθενή.

Κατά τη διαχείριση του ασθενή, το νόσημα δείκτης σε συνδυασμό με τις συννοσηρότητες χαρακτηρίζονται ως πολλαπλή νοσηρότητα. Αν ληφθεί υπόψη η βαρύτητα καθενός εξ αυτών, καθώς και παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, η φυλή ή η ευπάθεια (frailty) (Boockvar & Meier, 2006) στους ηλικιωμένους ασθενείς, τότε γίνεται λόγος για φορτίο νοσηρότητας (morbidity burden). Επιπλέον, όταν ληφθούν υπόψη και τα σχετιζόμενα ή μη με την υγεία ατομικά, ιδιοσυγκρασιακά, κοινωνικοοικονομικά, περιβαλλοντικά, οικογενειακά και πολιτισμικά γνωρίσματα του ασθενή, γίνεται λόγος για ολιστική προσέγγιση ενός ασθενή που παρουσιάζει πολυπλοκότητα στη διαχείρισή του (patient's complexity). Ακολουθεί συνοπτική παρουσίαση των παραπάνω ορισμών στον Πίνακα 8.1.

<b>Πολλαπλή νοσηρότητα (multi-morbidity)</b>	Παρουσία πολλαπλών νοσημάτων στον ίδιο ασθενή.
<b>Συννοσηρότητα (comorbidity)</b>	Παρουσία επιπρόσθετων νοσημάτων, ενός ή περισσότερων, πέραν του νοσήματος δείκτη ή βασικού νοσήματος στον ίδιο ασθενή.
<b>Φορτίο νοσηρότητας (morbidity burden)</b>	Συνολική επίπτωση της πολλαπλής νοσηρότητας σε έναν ασθενή με βάση τη σοβαρότητα των νοσημάτων.
<b>Πολυπλοκότητα του ασθενή (patient's complexity)</b>	Συνολική επίπτωση της πολλαπλής νοσηρότητας σε έναν ασθενή με βάση τη σοβαρότητα των νοσημάτων, σε συνδυασμό με τα ατομικά, ιδιοσυγκρασιακά, κοινωνικοοικονομικά, περιβαλλοντικά, οικογενειακά και πολιτισμικά γνωρίσματα, τα οποία ενδέχεται να σχετίζονται άμεσα ή όχι με την υγεία του.

**Πίνακας 8.1** Συνοπτική παρουσίαση εννοιών σχετικών με την πολλαπλή νοσηρότητα (Valderas et al., 2009).

Οι παραπάνω έννοιες μπορεί να γίνουν ευκολότερα κατανοητές, εάν λάβουμε υπόψη το επόμενο κλινικό παράδειγμα: Η κυρία Δήμητρα είναι 60 ετών. Είναι μετανάστρια, δεν γνωρίζει καλά τη γλώσσα και δεν εργάζεται, αλλά έχει την ευθύνη για όλες τις υποχρεώσεις του σπιτιού. Ζει μαζί με τον σύζυγό της, τον κύριο Γιάννη, ο οποίος παραμένει κλινήρης τα τελευταία τέσσερα έτη, έπειτα από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Η κυρία Δήμητρα πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, αρτηριακή υπέρταση και κατάθλιψη. Ο ψυχίατρος που την παρακολουθεί εστιάζει στην κατάθλιψη και την ταξινομεί ως το νόσημα δείκτη, θεωρώντας τον σακχαρώδη διαβήτη και την αρτηριακή υπέρταση συννοσηρότητες. Αντίθετα, ο οικογενειακός της γιατρός θεωρεί πως η κυρία Δήμητρα έχει πολλαπλή νοσηρότητα και εστιάζει εξίσου και στα τρία νοσήματα. Τα τρία νοσήματα σε συνδυασμό με τη βαρύτητά τους αποτελούν το φορτίο νοσηρότητας της ασθενούς. Η πολυπλοκότητα που εμφανίζει η κυρία Δήμητρα ως ασθενής καθορίζεται από το φορτίο νοσηρότητας σε συνδυασμό με το πολιτισμικό της υπόβαθρο, τα ατομικά της γνωρίσματα, τη συμπεριφορά της, τις συνθήκες διαβίωσης και, φυσικά, την ευθύνη που έχει για τη φροντίδα του συζύγου της.

Η διαχείριση των ασθενών με πολλαπλή νοσηρότητα σε έναν πληθυσμό που συνεχώς γηράσκει αποτελεί σήμερα μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Ostbye et al., 2005· Uijen & van de Lisdonk, 2008· Valderas et al., 2009). Οι ασθενείς με πολλαπλή νοσηρότητα παρουσιάζουν αυξημένες και σύνθετες ανάγκες, διότι η συννοσηρότητα οδηγεί σε (Fraccaro, Arguello Casteleiro, Ainsworth, & Buchan, 2015):

- αλληλεπιδράσεις μεταξύ των διαφόρων νοσημάτων,
- πολλαπλασιασμό των διαγνωστικών εξετάσεων,
- δυσκολία στην εφαρμογή συχνά αντικρουόμενων κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών,
- εμπόδια στην ύπαρξη αλληλουχίας στη φροντίδα υγείας,
- δυσκολία στην παροχή ολιστικής φροντίδας υγείας,
- μεγάλο όγκο πληροφορίας για την αυτοδιαχείριση των νοσημάτων, που συχνά οδηγεί σε σύγχυση,
- λανθασμένη φαρμακευτική αγωγή και
- πολυφαρμακία.

Η παροχή φροντίδας υγείας σε ασθενείς με πολλαπλή νοσηρότητα επικεντρώνεται στην ολιστική προσέγγιση του ασθενή και λαμβάνει υπόψη τις εξής παραμέτρους (Stewart et al., 2014):

- ψυχολογικές ανάγκες,
- σωματικές ανάγκες,
- επιθυμίες,
- ανησυχίες,
- προσδοκίες,
- προτεραιότητες,
- δυνατότητα αυτοφροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης, και
- συντονισμό μεταξύ διαφορετικών ειδικοτήτων και επαγγελματιών υγείας.

Η διαχείριση αυτής της ολιστικής φροντίδας αποτελεί ευθύνη του οικογενειακού γιατρού (Haggerty, 2012). Αν και η εξατομικευμένη προσέγγιση θεωρείται ιδανική, στην κλινική πράξη πρόκειται για ιδιαίτερα δύσκολο και απαιτητικό εγχείρημα (Le Reste et al., 2013· Vogeli et al., 2007· Zulman et al., 2014). Ως εκ τούτου, η παρεχόμενη φροντίδα υγείας σε ασθενείς με πολλαπλή νοσηρότητα υστερεί συχνά σε ασφάλεια, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα (Boyd & Lucas, 2014).

Σύμφωνα με μελέτες, τα συχνότερα αναφερόμενα συνυπάρχοντα νοσήματα είναι τα εξής (Stevens et al., 2010· Yaffe et al., 2010· Zhang et al., 2010):

- καρδιαγγειακά νοσήματα,
- σακχαρώδης διαβήτης,
- χρόνια νεφρική νόσος,
- χρόνια μυοσκελετικά νοσήματα,
- χρόνια πνευμονικά νοσήματα και
- ψυχιατρικά νοσήματα (κυρίως άνοια και κατάθλιψη).

Ο επιπολασμός και η επίπτωση της συννοσηρότητας αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας. Σε οικονομικά ανεπτυγμένες περιοχές αφορά κυρίως ηλικιωμένους, δηλαδή ασθενείς άνω των 65 ετών, ενώ σε οικονομικά υποβαθμισμένες περιοχές παρατηρείται αυξημένο φορτίο συννοσηρότητας και σε νεότερους ασθενείς, κάτω των 65 ετών (Barnett et al., 2012).

## **8.2 Πλάνο διαχείρισης για ασθενείς με πολλαπλή νοσηρότητα**

Ένα πλάνο διαχείρισης ασθενών με πολλαπλά νοσήματα περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

### **8.2.1 Θεραπείες και παρεμβάσεις για κάθε νόσημα**

Ο οικογενειακός γιατρός, ακολουθώντας τις κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες, οφείλει να παρέχει θεραπείες και παρεμβάσεις, δυνατές και αποδεκτές σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας, για καθένα από τα νοσήματα του ασθενή με πολλαπλή νοσηρότητα. Οι παρεμβάσεις αυτές μπορεί να αφορούν:

- φαρμακευτική αντιμετώπιση,

- μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις: φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία, ψυχολογική υποστήριξη και ψυχοθεραπεία,
- διαγνωστικές δοκιμασίες για παρακολούθηση και
- παραπομπή σε ειδικό, όταν απαιτείται εξειδικευμένη φροντίδα υγείας.

Ωστόσο, η λήψη κλινικών αποφάσεων για τους ασθενείς αυτούς αποτελεί συχνά ιδιαίτερη πρόκληση, καθώς οι κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για κάθε νόσημα δομούνται με βάση μόνο το εν λόγω νόσημα και όχι τις πιθανές συννοσηρότητες. Επομένως, ο συνδυασμός δύο ή περισσότερων κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών δύναται να οδηγήσει σε αλληλοεπικαλύψεις, ασυνέπεια, υπερθεραπεία και πολυφαρμακία ή ακόμη και σε σημαντικά ιατρικά λάθη, καθώς οι οδηγίες για ένα νόσημα μπορεί να αντικρούουν τις οδηγίες για κάποιο από τα άλλα νοσήματα. Κατά συνέπεια, ο οικογενειακός γιατρός οφείλει να σταθμίσει τις κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για κάθε νόσημα χωριστά και να τις συνδυάσει, έτσι ώστε να παρέχει την καλύτερη δυνατή φροντίδα υγείας στον ασθενή με πολλαπλή νοσηρότητα, ελαχιστοποιώντας τον κίνδυνο υπερθεραπείας, υποθεραπείας, πολυφαρμακίας ή φαρμακευτικών αλληλεπιδράσεων (Galopin, Bouaud, Pereira, & Seroussi, 2015).

Οι Boyd κ. ά. (Boyd et al., 2005), θέλοντας να καταδείξουν την ανάγκη αυτή για στάθμιση των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών σύμφωνα με τις ανάγκες και το φορτίο νοσηρότητας του κάθε ασθενή, παρουσίασαν το εξής σενάριο: Μια ηλικιωμένη ασθενής, 79 ετών, πάσχει από αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη, οστεοπόρωση, οστεοαρθρίτιδα και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Αν ο οικογενειακός της γιατρός εφαρμόσει τις προτεινόμενες συστάσεις των κατευθυντήριων οδηγιών για το κάθε νόσημα χωριστά (Πίνακας 8.2), η ασθενής θα λάβει ένα φαρμακευτικό σχήμα αποτελούμενο από 12 διαφορετικά φάρμακα, 19 συνολικά δόσεις ημερησίως, διαμοιρασμένες σε 5 χρόνους, καθώς και 14 μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις. Επιπλέον, σύμφωνα με τις οδηγίες, η ασθενής θα λάβει εκπαιδευτικές παρεμβάσεις και παρεμβάσεις αποκατάστασης. Ακόμη, θα προγραμματιστεί τακτικός επανέλεγχος και δοκιμασίες παρακολούθησης για το κάθε νόσημα.

<p><b>Καθήκοντα του ασθενή</b></p>	<p>Προστασία των αρθρώσεων.          Άσκηση (χωρίς βάρη, αν συνυπάρχουν διαβητικά έλκη στα κάτω άκρα, με βάρη για την οστεοπόρωση).          Ασκήσεις μυϊκής ενδυνάμωσης.          Αερόβια άσκηση 30 λεπτών τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας.          Αποφυγή έκθεσης σε παράγοντες που θα οδηγήσουν σε έξαρση της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας.          Χρήση κατάλληλων υποδημάτων.          Αποφυγή κατανάλωσης αλκοόλ.          Διατήρηση φυσιολογικού σωματικού βάρους (δείκτης μάζας σώματος 18,5-24,9).</p>
<p><b>Καθήκοντα του οικογενειακού γιατρού</b></p>	<p>Προληπτικός εμβολιασμός (αντιγριπτικό εμβόλιο ετησίως, εμβόλιο έναντι πνευμονιοκόκκου).          Έλεγχος αρτηριακής πίεσης σε κάθε επίσκεψη.          Εκτίμηση της ικανότητας και της ποιότητας του αυτοελέγχου του σακχάρου αίματος στο σπίτι.          Έλεγχος των άκρων ποδών σε κάθε επίσκεψη, όταν συνυπάρχει διαβητική νευροπάθεια, ειδάλτως έλεγχος για σημεία νευροπάθειας, αγγειακών, δερματικών και ανατομικών αλλοιώσεων ετησίως.          Εργαστηριακός έλεγχος (για μικροαλβουμινουρία ετησίως, αν δεν συνυπάρχει ήδη· κρεατινίνη, ουρία και ηλεκτρολύτες, τουλάχιστον 2 φορές τον χρόνο· επίπεδα λιπιδίων ετησίως και γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη 2-4 φορές ετησίως, αναλόγως των επιπέδων της).          Παραπομπή σε ειδικό [κινησιοθεραπεία, φυσιοθεραπεία πνευμόνων, ετήσιος οφθαλμολογικός έλεγχος, μέτρηση οστικής πυκνότητας κάθε 2 έτη, εκπαίδευση (οδηγίες για περιποίηση άκρων ποδών, κατάλληλα υποδήματα, επικίνδυνες καταστάσεις και παθήσεις των άκρων ποδών, οστεοαρθρίτιδα,</p>

χρήση των συσκευών των εισπνεόμενων φαρμάκων, χρήση των ενέσιμων σκευασμάτων για τη θεραπεία του σακχαρώδους διαβήτη)].

**Πίνακας 8.2** Συνοπτική παρουσίαση των συστάσεων των κλινικών κατευθυντηρίων οδηγιών για την υποθετική ασθενή του παραδείγματος, βάσει των αναμενόμενων καθηκόντων της ασθενούς και του οικογενειακού της γιατρού

Η προηγούμενη προσέγγιση αναμένεται να οδηγήσει σε αλληλεπιδράσεις μεταξύ των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, μεταξύ των φαρμάκων και των διατροφικών συνηθειών, καθώς και μεταξύ των διαφόρων νοσημάτων που συνυπάρχουν στην ασθενή. Επιπροσθέτως, θα αυξήσει τις ιατρικές επισκέψεις, καθώς και το κόστος τόσο για την ασθενή όσο και για το σύστημα υγείας, χωρίς να προσφέρεται πάντα η καταλληλότερη για τη συγκεκριμένη ασθενή φροντίδα υγείας.

Συγκεκριμένα, για την αρτηριακή υπέρταση η ασθενής λαμβάνει διουρητικό και αναστολέα μετατρεπτικού ενζύμου.

- Αλληλεπιδράσεις των φαρμάκων με τα άλλα νοσήματα: Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2: τα διουρητικά αυξάνουν τα επίπεδα γλυκόζης και λιπιδίων στο αίμα.
- Αλληλεπιδράσεις μεταξύ των φαρμάκων για τα διάφορα νοσήματα: Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2: τα θειαζιδικά διουρητικά μειώνουν τα επίπεδα των σουλφονουριών στο αίμα.
- Αλληλεπιδράσεις των φαρμάκων με την τροφή: *Καμία γνωστή αλληλεπίδραση*

Για το σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 η ασθενής λαμβάνει μετφορμίνη, σουλφονουρία, ασπιρίνη και στατίνη.

- Αλληλεπιδράσεις των φαρμάκων με τα άλλα νοσήματα: *Καμία γνωστή αλληλεπίδραση.*
- Αλληλεπιδράσεις μεταξύ των φαρμάκων για τα διάφορα νοσήματα: Φαρμακευτική αγωγή για την οστεοαρθρίτιδα: τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη σε συνδυασμό με τη λήψη ασπιρίνης αυξάνουν τον κίνδυνο αιμορραγίας από το γαστρεντερικό. Φαρμακευτική αγωγή για τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2: η σουλφονουρία σε συνδυασμό με την ασπιρίνη αυξάνει τον κίνδυνο υπογλυκαιμίας, ενώ η ασπιρίνη αλληλεπιδρά επίσης με τον αναστολέα μετατρεπτικού ενζύμου, μειώνοντας την αποτελεσματικότητά του.
- Αλληλεπιδράσεις των φαρμάκων με την τροφή: Ασπιρίνη σε συνδυασμό με κατανάλωση αλκοόλ: αυξημένος κίνδυνος αιμορραγίας από το γαστρεντερικό. Στατίνη σε συνδυασμό με κατανάλωση χυμού γκρέιπφρουτ: μυοσκελετικά άλγη, αδυναμία. Σουλφονουρία σε συνδυασμό με κατανάλωση αλκοόλ: υπογλυκαιμία, έξαψη, ταχύπνοια, ταχυκαρδία. Μετφορμίνη σε συνδυασμό με κατανάλωση αλκοόλ: αδυναμία, δύσπνοια. Μετφορμίνη σε συνδυασμό με οποιαδήποτε τροφή: μειωμένη απορρόφηση φαρμάκου.

Για την οστεοαρθρίτιδα η ασθενής λαμβάνει μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη.

- Αλληλεπιδράσεις των φαρμάκων με τα άλλα νοσήματα: Αρτηριακή υπέρταση: τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη αυξάνουν την αρτηριακή πίεση, με άμεση συνέπεια τον αυξημένο κίνδυνο νεφρικής βλάβης και ανεπάρκειας.
- Αλληλεπιδράσεις μεταξύ των φαρμάκων για τα διάφορα νοσήματα: για τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2: τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη σε συνδυασμό με την ασπιρίνη αυξάνουν τον κίνδυνο αιμορραγίας από το γαστρεντερικό. Φαρμακευτική αγωγή για την υπέρταση: τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη μειώνουν τη δράση των διουρητικών.
- Αλληλεπιδράσεις των φαρμάκων με την τροφή: *Καμία γνωστή αλληλεπίδραση.*

Για την οστεοπόρωση η ασθενής λαμβάνει ασβέστιο και διφωσφονικά.

- Αλληλεπιδράσεις των φαρμάκων με τα άλλα νοσήματα: *Καμία γνωστή αλληλεπίδραση.*
- Αλληλεπιδράσεις μεταξύ των φαρμάκων για τα διάφορα νοσήματα: Φαρμακευτική αγωγή για τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2: το ασβέστιο μειώνει την αποτελεσματικότητα της ασπιρίνης, ενώ η ασπιρίνη σε συνδυασμό με τα διφωσφονικά προκαλεί γαστρεντερικές διαταραχές. Φαρμακευτική αγωγή για την οστεοπόρωση: το ασβέστιο μειώνει τα επίπεδα των διφωσφονικών στον ορό.
- Αλληλεπιδράσεις των φαρμάκων με την τροφή: Τα διφωσφονικά σε συνδυασμό με το ασβέστιο: πρέπει να λαμβάνονται με άδειο στομάχι (λήψη τουλάχιστον 2 ώρες μετά το προηγούμενο γεύμα). Διφωσφονικά: να αποφεύγεται η λήψη με χυμό πορτοκάλι. Ασβέστιο σε συνδυασμό με οξαλικό οξύ (σπανάκι) ή φυτικές ίνες (πίτουρο, σιτηρά ολικής άλεσης): μειωμένη απορρόφηση ασβεστίου (λήψη



τουλάχιστον 2 ώρες μετά το προηγούμενο γεύμα).

Για τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια η ασθενής λαμβάνει βραχείας δράσης β2-διεγέρτες.

- Αλληλεπιδράσεις των φαρμάκων με τα άλλα νοσήματα: *Καμία γνωστή αλληλεπίδραση.*
- Αλληλεπιδράσεις μεταξύ των φαρμάκων για τα διάφορα νοσήματα: *Καμία γνωστή αλληλεπίδραση.*
- Αλληλεπιδράσεις των φαρμάκων με την τροφή: *Καμία γνωστή αλληλεπίδραση.*

Στη συνέχεια παρουσιάζεται συνοπτικά το υποθετικό ημερήσιο πρόγραμμα της ασθενούς. Ένα τόσο εντατικό πρόγραμμα είναι εξουθενωτικό και μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ήδη επιβαρυνόμενη από την πολλαπλή νοσηρότητα ποιότητα ζωής της ασθενούς.

- Ώρα 07:00, Εισπνεόμενα – έλεγχος σακχάρου αίματος – έλεγχος άκρων ποδών (καθημερινά). Λήψη αλενδρονάτης και όρθια θέση για 30 λεπτά (1 φορά την εβδομάδα),
- Ώρα 08:00, Ασβέστιο, βιταμίνη D, μετοφορμίνη, σουλφονουρία, διουρητικό, ανταγωνιστής μετατρεπτικού ενζύμου, ασπιρίνη, μη στεροειδές αντιφλεγμονώδες, ομεπραζόλη. Πρωινό γεύμα: ημερήσια πρόσληψη νατρίου 2,4 g, ημερήσια πρόσληψη καλίου 90 mmol, χαμηλή πρόσληψη κορεσμένων λιπαρών και χοληστερόλης, επαρκής πρόσληψη μαγνησίου και ασβεστίου,
- Ώρα 12:00, Μεσημεριανό γεύμα: 2,4 g/ημέρα νάτριο, 90 mmol/ημέρα κάλιο, χαμηλή πρόσληψη κορεσμένων λιπαρών και χοληστερόλης, επαρκής πρόσληψη μαγνησίου και ασβεστίου,
- Ώρα 13:00, Εισπνεόμενα, ασβέστιο, βιταμίνη D,
- Ώρα 19:00, Εισπνεόμενα, ασβέστιο, βιταμίνη D, στατίνη, μη στεροειδές αντιφλεγμονώδες. Βραδινό γεύμα: ημερήσια πρόσληψη νατρίου 2,4 g, ημερήσια πρόσληψη καλίου 90 mmol, χαμηλή πρόσληψη κορεσμένων λιπαρών και χοληστερόλης, επαρκής πρόσληψη μαγνησίου και ασβεστίου και
- Ώρα 23:00, Εισπνεόμενα. Εισπνεόμενα κατ' επίκληση.

Με δεδομένη την έλλειψη κατευθυντήριων οδηγιών για τη διαχείριση ασθενών με πολλαπλή νοσηρότητα, καταβάλλονται προσπάθειες να δημιουργηθεί ένα επικαιροποιημένο πλαίσιο για την ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών που θα λαμβάνουν υπόψη τους την ύπαρξη πολλαπλών νοσημάτων σε έναν ασθενή (Uhlir et al., 2014).

## 8.2.2 Προληπτικές παρεμβάσεις

Ο οικογενειακός γιατρός οφείλει να εντάξει στο πλάνο διαχείρισης των ασθενών με πολλαπλή νοσηρότητα παρεμβάσεις πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης. Η εφαρμογή τεκμηριωμένων προληπτικών παρεμβάσεων αποτελεί βασικό συστατικό της διαχείρισης του κινδύνου και της πρόληψης νοσημάτων ή επιπλοκών. Βασική προϋπόθεση στη διαχείριση του κινδύνου είναι η όσο το δυνατόν πιο αντικειμενική εκτίμηση του κινδύνου με τη χρήση σταθμισμένων εργαλείων. Στη βιβλιογραφία υπάρχει πληθώρα εργαλείων που αναπτύχθηκαν για την εκτίμηση του κινδύνου και πολλά από αυτά μεταφράζονται και σταθμίζονται για χρήση σε διάφορες χώρες. Η τελική απόφαση για εφαρμογή των εργαλείων αυτών στην καθημερινή πράξη πρέπει να λαμβάνεται μετά την αξιολόγησή τους μέσω τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών για το επιπρόσθετο όφελος που παρέχουν συγκρινόμενα με τη συνήθη πρακτική. Η επιλογή των προληπτικών παρεμβάσεων που θα εφαρμοστούν σε έναν ασθενή με πολλαπλή νοσηρότητα δεν είναι πάντοτε εύκολη· καθορίζεται αφενός από την ηλικία και το φύλο του ασθενή και αφετέρου από την εκτίμηση των παραγόντων κινδύνου για το νόσημα στο οποίο στοχεύει η εκάστοτε προληπτική παρέμβαση, το φορτίο νοσηρότητας του ασθενή και τις απαντήσεις στα ακόλουθα ερωτήματα:

- Είναι σε θέση ο συγκεκριμένος ασθενής να υποβληθεί στην προτεινόμενη προσυμπτωματική παρέμβαση;
- Υπάρχουν μήπως περιορισμοί λόγω του φορτίου νοσηρότητας;
- Προσφέρει αποδεδειγμένα όφελος η προτεινόμενη προληπτική παρέμβαση; Υπάρχουν επαρκή τεκμήρια;
- Αναμένεται το όφελος από την παρέμβαση να είναι μεγαλύτερο από τις βλαπτικές συνέπειες;

Στις βλαπτικές συνέπειες μιας προληπτικής παρέμβασης ενδέχεται να περιλαμβάνονται τα εξής:

- ψυχολογική επιβάρυνση,
- επιπρόσθετες ιατρικές επισκέψεις,
- έκθεση σε ακτινοβολία λόγω απεικονιστικών εξετάσεων,
- επιπλοκές από τη λήψη βιοψιών,
- άγχος και ανησυχία λόγω ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων,
- μη αναγκαία θεραπεία και
- επιβάρυνση ή απορρύθμιση της πορείας μίας ή περισσότερων εκ των συνοδών νόσων.

Εκτός από τις παρεμβάσεις που αφορούν την πρωτογενή και τη δευτερογενή πρόληψη, ο οικογενειακός γιατρός οφείλει να εφαρμόζει επιπλέον παρεμβάσεις για την πρόληψη των επιπλοκών των νοσημάτων από τα οποία είναι ήδη γνωστό ότι πάσχει ο ασθενής.

### 8.2.3 Φροντίδα σε προχωρημένο στάδιο των νοσημάτων

Η πολλαπλή νοσηρότητα αφορά τις πιο πολλές φορές ηλικιωμένους ασθενείς, οι οποίοι εμφανίζουν επίσης ευπάθεια (frailty), ένα αναγνωρισμένο σύνδρομο εξασθένησης της υγείας και της λειτουργικότητας με κυρίαρχα κλινικά χαρακτηριστικά τα κάτωθι (Boockvar & Meier, 2006):

- αδυναμία,
- απώλεια βάρους,
- μειωμένη αντοχή,
- μειωμένη απόδοση,
- περιορισμό των δραστηριοτήτων και
- εύκολη κόπωση.

Ο οικογενειακός γιατρός οφείλει να αναγνωρίζει τον βαθμό ευπάθειας και να παρέχει φροντίδα στους ασθενείς του σε όλα τα στάδια των νοσημάτων. Καθώς αυξάνεται το φορτίο νοσηρότητας και τα νοσήματα μεταπίπτουν σε προχωρημένο στάδιο, κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική η στενή συνεργασία με τον ειδικό για κάθε νόσημα. Ακόμη, χρήζει ιδιαίτερης προσοχής η παροχή της κατάλληλης φροντίδας, ώστε να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής σε ασθενείς με νόσο τελικού σταδίου και περιορισμένο προσδόκιμο επιβίωσης (παρηγορητική φροντίδα, palliative care) (Bodenheimer, Lorig, Holman, & Grumbach, 2002· Sakhuja, Hyland, & Simon, 2014· von Gunten, Ferris, & Emanuel, 2000). Η παροχή συμπονετικής φροντίδας (compassionate care) μπορεί να υποστηρίξει τους ασθενείς αυτούς και τις οικογένειές τους (Shea, Wynyard, & Lionis, 2014).

### 8.2.4 Εκτίμηση και σεβασμός στους στόχους και τις προτιμήσεις του ασθενή

Τις τελευταίες δεκαετίες υποστηρίζεται όλο και περισσότερο η σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενή ως μια σχέση συνεργασίας μεταξύ των δύο μερών (συνεργατική φροντίδα υγείας), με αποφυγή του πατερναλιστικού προτύπου του παρελθόντος. Ο οικογενειακός γιατρός παρέχει την επιστημονική πληροφορία και γνώση, χωρίς να την επιβάλλει. Στο πλαίσιο του μοντέλου της συνεργατικής φροντίδας υγείας, δίνεται στον ασθενή η δυνατότητα να εκφράσει τα προβλήματά του, τις ανησυχίες του για τα χρόνια νοσήματα που φέρει, καθώς και τις προτιμήσεις του για τη διαχείρισή τους, ούτως ώστε να εξασφαλιστεί η κατά το δυνατόν καλύτερη ποιότητα ζωής για τον συγκεκριμένο ασθενή (Bodenheimer et al., 2002). Η συνεργατική φροντίδα, σε συνδυασμό με τη φροντίδα που επικεντρώνεται στις ψυχοκοινωνικές και σωματικές ανάγκες του ασθενή, και διερευνά τις ανησυχίες και τις προτεραιότητές του, ενώ ταυτόχρονα διευκολύνει τη συμμετοχή του στη λήψη αποφάσεων, αποτελεί το περιεχόμενο της φροντίδας που επικεντρώνεται στον ασθενή (patient-centered care) (Stewart et al., 2014). Ο ασθενής δεν ακολουθεί παθητικά τις οδηγίες του γιατρού (compliance), αλλά ακολουθεί αποφάσεις τις οποίες έχει κατανοήσει και με τις οποίες συμφωνεί, καθώς έχει λάβει και ο ίδιος ενεργό μέρος στη διαδικασία λήψης τους (adherence). Στον Πίνακα 8.3 παρατίθενται οι βασικές διαφορές ανάμεσα στην παραδοσιακή και τη συνεργατική φροντίδα υγείας.

Θέμα	Παραδοσιακή φροντίδα υγείας	Συνεργατική φροντίδα υγείας
Ποια η σχέση γιατρού–ασθενή;	Ο γιατρός είναι ο ειδικός που δίνει	Ο γιατρός είναι ειδικός σχετικά με τη

<p>Ποιος είναι ο κύριος πάροχος φροντίδας και ποιος επιλύει τα προβλήματα; Ποιος είναι υπεύθυνος για το κλινικό αποτέλεσμα;</p> <p>Ποιος είναι ο στόχος;</p> <p>Πώς τροποποιείται η συμπεριφορά;</p>	<p>εντολές στον ασθενή. Ο ασθενής είναι παθητικός αποδέκτης.</p> <p>Ο γιατρός.</p> <p>Η συμμόρφωση με τις οδηγίες. Μη συμμόρφωση αποτελεί προσωπική ανεπάρκεια του ασθενή.</p> <p>Με εξωτερικά κίνητρα.</p>	<p>νόσο και ο ασθενής είναι ειδικός σχετικά με τη ζωή του. Συνεργασία των δύο μερών.</p> <p>Οι αποφάσεις, η φροντίδα υγείας και η ευθύνη για τα αποτελέσματα αποδίδονται από κοινού στον γιατρό και τον ασθενή.</p> <p>Ο ασθενής θέτει στόχους και ο γιατρός τον βοηθά να τους επιτύχει, παρέχοντας την απαραίτητη πληροφορία, προκειμένου ο ασθενής να λάβει τις ορθές αποφάσεις. Η πιθανή αποτυχία επίτευξης ενός στόχου επιλύεται με τροποποίηση της χρησιμοποιούμενης στρατηγικής.</p> <p>Με εσωτερικά κίνητρα. Ο ασθενής αποκτά γνώση, κατανόηση και αυτοπεποίθηση, ώστε να διαμορφώσει νέες συμπεριφορές.</p>
<p>Πώς καθορίζονται τα προβλήματα;</p> <p>Πώς επιλύονται τα προβλήματα;</p>	<p>Από τον γιατρό (π.χ., αλλαγή ανθυγιεινών συμπεριφορών).</p> <p>Ο γιατρός επιλύει τα προβλήματα για λογαριασμό του ασθενή.</p>	<p>Από τον ασθενή (π.χ., πόνος ή περιορισμένη λειτουργικότητα), αλλά και από τον γιατρό.</p> <p>Ο γιατρός διδάσκει στον ασθενή δεξιότητες για την αντιμετώπιση των προβλημάτων και, στη συνέχεια, τον βοηθά στη διαχείριση και την επίλυση τους.</p>

**Πίνακας 8.3** Σύγκριση μεταξύ της παραδοσιακής και της συνεργατικής φροντίδας υγείας.

Το παρακάτω κλινικό παράδειγμα μπορεί να διευκρινίσει πώς ενδέχεται να διαφέρουν οι στόχοι για δύο ασθενείς που πάσχουν από τα ίδια νοσήματα: Ο κύριος Παναγιώτης 52 ετών και ο κύριος Γρηγόρης 57 ετών είναι αδέρφια. Ο πατέρας τους απεβίωσε από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου σε ηλικία 49 ετών. Ο κύριος Παναγιώτης πάσχει από δυσλιπιδαιμία, σακχαρώδη διαβήτη και αρτηριακή υπέρταση· είναι αποφασισμένος να προλάβει έναν πρόωρο θάνατο όπως του πατέρα του. Για να επιτύχει αυτόν τον στόχο ακολουθεί τα εξής:

- Έχει τροποποιήσει τις διατροφικές του συνήθειες.
- Ασκείται καθημερινά.
- Μετρά τακτικά τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα.
- Μετρά τακτικά την αρτηριακή του πίεση.
- Λαμβάνει τακτικά την αντιυπερτασική αγωγή που του συνταγογραφείται.

Ο κύριος Παναγιώτης έχει μια ευτυχισμένη οικογένεια, η οποία τον στηρίζει στην προσπάθεια διατήρησης της υγείας του. Ακόμη, απολαμβάνει μια αποδοτική επαγγελματική ζωή και οικονομική άνεση.

Αντίθετα, ο αδερφός του, ο κύριος Γρηγόρης, ο οποίος πάσχει από τα ίδια νοσήματα, είναι διαζευγμένος και έχει ως προτεραιότητα τη φροντίδα του διανοητικά υστερημένου γιου του, την οποία έχει αναλάβει εξ ολοκλήρου. Αν και επισκέπτεται τακτικά τον οικογενειακό του γιατρό, ο κύριος Γρηγόρης έχει αυξήσει το βάρος του, δεν έχει καταφέρει να ρυθμίσει επαρκώς τον σακχαρώδη διαβήτη και αδυνατεί, επίσης, να ρυθμίσει τα επίπεδα των λιπιδίων και την αρτηριακή του πίεση. Το κυρίαρχο πρόβλημα στη ζωή του δεν είναι η πολλαπλή του νοσηρότητα, αλλά ο γιος του, ο οποίος έχει σοβαρά προβλήματα συμπεριφοράς.

Σύμφωνα με κάποιους ερευνητές, σήμερα οι ασθενείς είναι εκείνοι που έχουν τον έλεγχο στην παροχή φροντίδας υγείας, διότι, άσχετα με το ποια θα είναι η συμβουλή ή η σύσταση από την πλευρά του θεράποντος γιατρού, ο ασθενής θα αποφανθεί τελικά για το αν θα την ακολουθήσει ή θα την απορρίψει. Στο νέο αυτό μοντέλο επικοινωνίας γίνεται η εξής παραδοχή: Ο μεν θεράπων γιατρός ειδικεύεται στην επιστημονική γνώση, ο δε ασθενής στη διαχείριση της ζωής του· οπότε, δεν τίθεται πλέον το ερώτημα αν

διαχειρίζεται ο ασθενής την πολλαπλή νοσηρότητα, αλλά πώς τη διαχειρίζεται. Στο παραπάνω παράδειγμα, καθίσταται σαφές πως ο κύριος Παναγιώτης τη διαχειρίζεται καλώς, ενώ ο κύριος Γρηγόρης όχι (Bodenheimer et al., 2002· Glasgow & Anderson, 1999· Holman & Lorig, 2000).

Σε κάθε περίπτωση, ο οικογενειακός γιατρός αναλαμβάνει τον ρόλο του καθοδηγητή. Οφείλει να συμβουλευθεί και να προτρέψει τον κύριο Παναγιώτη να συνεχίσει την ορθή διαχείριση της πολλαπλής νοσηρότητας που φέρει. Ακόμη, οφείλει να κατανοήσει την πολυπλοκότητα της κατάστασης του κυρίου Γρηγόρη, τα προσωπικά και οικογενειακά προβλήματα στα οποία καλείται να αντεπεξέλθει, και να σχεδιάσουν από κοινού ένα πλάνο διαχείρισης της πολλαπλής του νοσηρότητας, τέτοιο ώστε να είναι εφικτό και εφαρμόσιμο στην καθημερινότητά του και να συνάδει με τους στόχους και τις προτιμήσεις του (Funnell & Anderson, 2000).

Απαιτείται, λοιπόν, κατανόηση των προβλημάτων του ασθενή και παρακίνηση για την ανάπτυξη εσωτερικών κινήτρων με στόχο την αλλαγή του τρόπου ζωής. Παλαιότερες πρακτικές επιβολής της ιατρικής άποψης ως αυθεντίας οδηγούσαν τον ασθενή σε βεβαιασμένες αλλαγές, με στόχο να ευχαριστήσει τον θεράποντα και με τελικό αποτέλεσμα την απόσυρση και την εγκατάλειψη της όποιας βραχυπρόθεσμης αλλαγής είχε επιτευχθεί (R.M. Anderson, Funnell, & Arnold, 2002· Arnold, Butler, Anderson, Funnell, & Feste, 1995).

Για παράδειγμα, ένας διαβητικός ασθενής που έχει βιώσει μια υπογλυκαιμική κρίση προτιμά να αποφύγει μια νέα, τρομακτική γι' αυτόν, υπογλυκαιμία σήμερα, παρά να θέσει ως στόχο έναν αυστηρό γλυκαιμικό έλεγχο για να αποφύγει τη νεφρική νόσο σε βάθος δεκαπενταετίας, κάτι που θα έθετε πιθανώς ως στόχο ο θεράπων γιατρός. Για τον ασθενή είναι σημαντικό το σήμερα και, από την οπτική του, αυτό αναγνωρίζει ως πρόβλημα προς επίλυση. Επιπλέον, η μη συμμόρφωση είναι συχνά από την πλευρά του ασθενή μία λογική επιλογή, ιδίως όταν απουσιάζει το εσωτερικό κίνητρο για αλλαγή (R. M. Anderson & Funnell, 2000).

Αντίστοιχα, στο παραπάνω κλινικό σενάριο, η γιατρός του κυρίου Γρηγόρη ακολουθεί βήμα προς βήμα τις κατευθυντήριες οδηγίες, συμβουλεύει με περισσή υπομονή τον κύριο Γρηγόρη σχετικά με τη διατροφή και την άσκηση, και συνταγογραφεί την κατάλληλη αγωγή, στην κατάλληλη δοσολογία τα τελευταία πέντε χρόνια. Ο κύριος Γρηγόρης, ωστόσο, δεν συμμερίζεται τις προσπάθειες της γιατρού. Όταν η οικογενειακή γιατρός αποχωρεί με άδεια μητρότητας, ο κύριος Γρηγόρης απευθύνεται πλέον στη γιατρό που την αντικατέστησε. Στην πρώτη τους συνάντηση, η γιατρός ρωτά τον κύριο Γρηγόρη: «Ποιο θεωρείτε πως είναι το πιο σημαντικό σας πρόβλημα;». Ο κύριος Γρηγόρης αιφνιδιασμένος σκέφτεται: «Αυξημένο βάρος, υψηλή χοληστερίνη, υψηλό σάκχαρο, υψηλή πίεση». Ωστόσο, απαντά περιγράφοντας τη δύσκολη καθημερινότητα με τον γιο του και τον καθημερινό αγώνα για τη φροντίδα του. Πολλές φορές, η οπτική του γιατρού σχετικά με το σημαντικότερο πρόβλημα του ασθενή μπορεί να είναι εκ διαμέτρου αντίθετη με την οπτική του ίδιου. Στην περίπτωση του κυρίου Γρηγόρη, αν δεν υπήρχε από την πλευρά της νέας γιατρού η διερεύνηση με ερωτήσεις για να διευκρινιστεί η οπτική του ασθενή, η επικοινωνία και η συνεργασία των δύο μερών θα συνέχιζε να είναι ελλειμματική και, συνεπώς, μη αποδοτική, με αποτέλεσμα, παρά τις επίμονες προσπάθειες της θεράπουσας, ο ασθενής να μην λαμβάνει την κατάλληλη φροντίδα υγείας (Bodenheimer et al., 2002).

## **8.2.5 Εκπαίδευση του ασθενή με σκοπό την αυτοδιαχείριση της πολλαπλής νοσηρότητας**

Το σύστημα υγείας έχει δομηθεί έτσι, ώστε να εξυπηρετεί κατά βάση ασθενείς με οξεία νόσο. Ωστόσο, τις τελευταίες δεκαετίες έχει αυξηθεί σημαντικά ο αριθμός των ασθενών με χρόνια νοσήματα, με άμεση συνέπεια την ανάγκη για παροχή ολοκληρωμένης και κατάλληλα διαμορφωμένης φροντίδας υγείας (von Gunten et al., 2000). Μια πρόταση για αλλαγή στον τρόπο παροχής φροντίδας σε ασθενείς με πολλαπλή νοσηρότητα αποτελεί το μοντέλο φροντίδας για χρόνια νοσήματα (chronic care model), το οποίο φαίνεται να προσφέρει καλύτερη φροντίδα στον ασθενή και, σε αρκετές περιπτώσεις, καλύτερα κλινικά αποτελέσματα, αν και ακόμη δεν έχει τεκμηριωθεί η σχέση μεταξύ του κόστους και της αποτελεσματικότητας αυτού του μοντέλου (Coleman, Austin, Brach, & Wagner, 2009). Στην ίδια κατεύθυνση είναι και η πρόταση για την ανάγκη τροποποίησης του ορισμού της υγείας, όπως αυτός διατυπώνεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization, WHO). Υποστηρίζεται, πλέον, πως ο ορισμός της υγείας χρειάζεται να λάβει μια πιο δυναμική διάσταση, και να ορίζεται ως υγεία η ικανότητα προσαρμογής και αυτοδιαχείρισης

του ατόμου, παρά τα όποια νοσήματα (the ability to adapt and to self manage). Η ανθεκτικότητα, η ικανότητα αντιμετώπισης της νόσου και η διατήρηση και αποκατάσταση της ακεραιότητας, της ισορροπίας του ατόμου και της αίσθησης ευημερίας (wellbeing) αποτελούν ευρύτερη ανάλυση του ως άνω προτεινόμενου ορισμού (Huber et al., 2011). Ένα σύγχρονο, ιδανικό μοντέλο παροχής φροντίδας υγείας περιλαμβάνει, λοιπόν, πέραν των συνήθων υπηρεσιών υγείας, και κατάλληλη εκπαίδευση με σκοπό την αυτοδιαχείριση (self-management) (Holman & Lorig, 2000· von Gunten et al., 2000).

Σύμφωνα με το παραδοσιακό μοντέλο παροχής φροντίδας υγείας, η εκπαίδευση που λαμβάνει ο ασθενής σχετικά με τα νοσήματα που φέρει αφορά κυρίως πληροφορίες και τεχνικές λεπτομέρειες. Στον αντίποδα, το μοντέλο της συνεργατικής φροντίδας, όπου γιατρός και ασθενής είναι συνεργάτες στη διαχείριση της πολλαπλής νοσηρότητας, προσφέρει ως εκπαίδευση την ανάπτυξη δεξιοτήτων για την αυτοδιαχείριση των προβλημάτων που ανακύπτουν στην καθημερινότητα του ασθενή με πολλαπλή νοσηρότητα. Πιο συγκεκριμένα, δίνεται χώρος και χρόνος στον ασθενή, ώστε να αναγνωρίσει τα προβλήματά του, και στη συνέχεια του προσφέρεται πλάνο διαχείρισης και τεχνικές που μπορεί να ακολουθήσει, προκειμένου να αποφασίσει, να δράσει και να αντιδράσει, τροποποιώντας τη συμπεριφορά, τη διαίτα, την άσκηση και τον τρόπο ζωής του, όταν το απαιτούν οι περιστάσεις και το φορτίο νοσηρότητας (D'Zurilla, 1986).

Ο οικογενειακός γιατρός οφείλει, λοιπόν, πέραν της παρεχόμενης πληροφορίας και των τεχνικών λεπτομερειών σχετικά με τα νοσήματα, τις διαγνωστικές δοκιμασίες, τις δοκιμασίες παρακολούθησης και τη φαρμακευτική αγωγή, να παρέχει στον ασθενή και την κατάλληλη εκπαίδευση για αυτοδιαχείριση. Στον Πίνακα 8.4 παρατίθενται οι βασικές διαφορές μεταξύ της παραδοσιακής εκπαίδευσης και της εκπαίδευσης αυτοδιαχείρισης (Bodenheimer et al., 2002).

<b>Θέμα</b>	<b>Παραδοσιακή εκπαίδευση</b>	<b>Εκπαίδευση αυτοδιαχείρισης</b>
Τι διδάσκεται;	Παροχή πληροφορίας και τεχνικών λεπτομερειών σχετικά με τη νόσο.	Δεξιότητες για το πώς να αντιδρά και να διαχειρίζεται ο ασθενής το προκύπτον πρόβλημα.
Πώς διαμορφώνονται τα προβλήματα;	Τα προβλήματα αντανακλούν ανεπαρκή έλεγχο της νόσου.	Ο ασθενής αναγνωρίζει τα προβλήματα που βιώνει, τα οποία μπορεί να σχετίζονται ή όχι με τη νόσο.
Συσχέτιση εκπαίδευσης και νοσήματος	Η εκπαίδευση αφορά συγκεκριμένο νόσημα και παρέχεται εξειδικευμένη πληροφορία και τεχνικές.	Η εκπαίδευση εστιάζει σε δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων που ανακύπτουν σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα γενικά.
Σε ποια θεωρία στηρίζεται η εκπαίδευση;	Η εξειδικευμένη πληροφορία και γνώση σχετικά με τη νόσο οδηγεί σε αλλαγή του τρόπου ζωής και καλύτερα κλινικά αποτελέσματα.	Η μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση του ασθενή σχετικά με την επάρκεια και την ικανότητά του να κάνει αλλαγές που βελτιώνουν τη ζωή και την υγεία του επιφέρει καλύτερα κλινικά αποτελέσματα.
Ποιος είναι ο στόχος;	Συμμόρφωση του ασθενή προς τις προτεινόμενες αλλαγές του τρόπου ζωής, με στόχο την επίτευξη καλύτερων κλινικών αποτελεσμάτων.	Αύξηση της αποδοτικότητας της αυτοδιαχείρισης, με στόχο την επίτευξη καλύτερων κλινικών αποτελεσμάτων.
Ποιος είναι ο διδάσκων;	Ένας επαγγελματίας υγείας.	Ένας επαγγελματίας υγείας, ομάδες αυτοβοήθειας και άλλοι ασθενείς με παρόμοιο φορτίο νοσηρότητας.

**Πίνακας 8.4** Σύγκριση μεταξύ της παραδοσιακής εκπαίδευσης και της εκπαίδευσης αυτοδιαχείρισης.

Βασικό στοιχείο στην εκπαίδευση για αυτοδιαχείριση της πολλαπλής νοσηρότητας είναι η κατάρτιση από τον ίδιο τον ασθενή, σε συνεργασία πάντοτε με τον θεράποντα οικογενειακό γιατρό, ενός βραχυπρόθεσμου πλάνου δράσης. Το χρονικό διάστημα υλοποίησής του δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τη μία ή, το ανώτερο, τις δύο εβδομάδες. Ακόμη, το πλάνο θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα σαφές και συγκεκριμένο. Για παράδειγμα, στο πλαίσιο ενός τέτοιου πλάνου, ο ασθενής μπορεί να θέσει τον εξής στόχο: «Αυτήν την εβδομάδα θα περπατήσω γύρω από το τετράγωνο πριν από το μεσημεριανό γεύμα τη Δευτέρα, την Τρίτη και την Πέμπτη». Τονίζεται πως το πλάνο δράσης θα πρέπει να είναι ρεαλιστικό και να προτείνει συμπεριφορές

εφικτές για τον ασθενή, με δεδομένα τα ατομικά του γνωρίσματα, τις δυνατότητές του και την κατάσταση της υγείας του. Έτσι, ο ασθενής θα νιώσει αυτοπεποίθηση και θα καταβάλει προσπάθεια να επιτύχει τον στόχο που θέτει το πλάνο. Όσο πιο σίγουρος είναι για την επιτυχία του εγχειρήματος, τόσο πιο πιθανή είναι η θετική του έκβαση. Διαφορετικά, αν ο στόχος είναι μη εφικτός για τον συγκεκριμένο ασθενή, η αναμενόμενη αποτυχία θα αποθαρρύνει κάθε επόμενη προσπάθεια και θα τον οδηγήσει σε αδράνεια. Επιπλέον, προτείνεται το πλάνο δράσης να αποτελείται από ένα βήμα τη φορά. Για παράδειγμα, όταν ένας ασθενής με δυσλιπιδαιμία χρειάζεται να μειώσει τη διατροφική πρόσληψη λιπαρών, είναι πιο αποδοτικό να τεθεί ένα βραχυπρόθεσμο πλάνο δράσης που θα έχει ως στόχο τον περιορισμό της κατανάλωσης γαλακτοκομικών, και κυρίως κίτρινου τυριού, σε δύο ή τρεις φορές την εβδομάδα, παρά τη διακοπή της κατανάλωσής τους καθ' ολοκληρίαν (Bandura, 1997· Lorig, Holman, & Sobel, 2000).

## 8.2.6 Εκτίμηση της ποιότητας ζωής

Το μοντέλο της Διεθνούς Ταξινόμησης της Λειτουργικότητας, της Αναπηρίας και της Υγείας (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF), παρέχει το πλαίσιο για τη συσχέτιση μεταξύ της πολλαπλής νοσηρότητας και της ποιότητας ζωής (Schuntermann, 2001).

Η αναπηρία ορίζεται ως έλλειμμα σε έναν από τους ακόλουθους τομείς (World Health Organization, 2013):

- σωματικές λειτουργίες και δομή,
- δραστηριότητα και
- συμμετοχή.

Η πολλαπλή νοσηρότητα επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής και ορισμένοι συγγραφείς τη συσχετίζουν άμεσα με την αναπηρία (Gijssen et al., 2001· Marengoni et al., 2011). Υποστηρίζεται, ακόμη, πως ο αριθμός των νοσημάτων δεν αθροίζει, αλλά πολλαπλασιάζει τον αρνητικό αντίκτυπο της νοσηρότητας στην ποιότητα ζωής των ασθενών (Fried, Bandeen-Roche, Kasper, & Guralnik, 1999· Marventano et al., 2014· St John, Tyas, Menec, & Tate, 2014).

Ο βαθμός της αλληλεπίδρασης μεταξύ της πολλαπλής νοσηρότητας και της ποιότητας ζωής καθορίζεται από τους εξής παράγοντες (Forjaz et al., 2015· Fortin, Dubois, Hudon, Soubhi, & Almirall, 2007· Sullivan, Kempen, Van Sonderen, & Ormel, 2000· Zulman et al., 2014):

- κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά (π.χ., ηλικία, φύλο),
- συναισθηματικές πτυχές (π.χ., κατάθλιψη),
- οικονομικά χαρακτηριστικά (π.χ., κοινωνική υποστήριξη, κοινωνικοοικονομική κατάσταση) και
- χαρακτηριστικά της διαδικασίας φροντίδας.

## 8.2.7 Ο ρόλος της πρόγνωσης για τον ασθενή με πολλαπλή νοσηρότητα στην επιλογή του πλάνου διαχείρισης

Η πρόγνωση σε ασθενείς με πολλαπλή νοσηρότητα συμβάλλει καθοριστικά στη λήψη των κλινικών αποφάσεων, διότι ο χρόνος και η βαρύτητα της κατάστασης υγείας αποτελούν σημαντικές συνιστώσες στον καθορισμό των προτιμήσεων του ασθενή· οριοθετούν τις ανάγκες, τους στόχους και τις προσδοκίες, και θέτουν με σειρά προτεραιότητας μια σειρά κλινικών εκβάσεων, όπως:

- η επιβίωση,
- η διατήρηση της λειτουργικότητας,
- η ελάττωση του πόνου και
- η ελάττωση και ανακούφιση άλλων συμπτωμάτων.

Επιπλέον, η πρόγνωση καθορίζει και τα όρια στις προτιμήσεις του ασθενή, αποκλείοντας παρεμβάσεις που αναμένεται να επιφέρουν ελάχιστο ή μηδαμινό όφελος, λόγω του σύντομου προσδόκιμου επιβίωσης.

Οι παρεμβάσεις είναι δυνατόν να ταξινομηθούν ανάλογα με την πρόγνωση ως εξής (Boyd et al., 2005):

- Βραχυπρόθεσμες (αναμενόμενα οφέλη σε λιγότερο από ένα έτος).
- Μεσοπρόθεσμες (αναμενόμενα οφέλη σε λιγότερο από πέντε έτη).
- Μακροπρόθεσμες (αναμενόμενα οφέλη σε περισσότερο από πέντε έτη).

### 8.3 Μοντέλα ολοκληρωμένης φροντίδας

Η συνεργασία μεταξύ διαφορετικών επαγγελματιών στη διαχείριση ασθενών με πολλαπλή νοσηρότητα αποτελεί ιδιαίτερη πρόκληση στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Απαιτείται συχνά πολυεπιστημονική (multidisciplinary) και διεπιστημονική ομάδα (interdisciplinary team), αποτελούμενη από διαφορετικούς επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι φροντίζουν έναν συγκεκριμένο πληθυσμό, μοιράζονται τους ίδιους στόχους για τους ασθενείς και ο καθένας αναλαμβάνει να διεκπεραιώσει συμπληρωματικές αποστολές. Το έργο του κάθε επαγγελματία σε μια τέτοια ομάδα εξαρτάται από το έργο των υπολοίπων. Για τον λόγο αυτόν, αποτελεί προϋπόθεση η εδραίωση ενός αποτελεσματικού συστήματος συνεχούς επικοινωνίας αφενός μεταξύ τους και αφετέρου με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, ώστε να διασφαλίσουν την ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας των ασθενών (integrated health care). Έχουν προταθεί διάφορα μοντέλα ολοκληρωμένης φροντίδας, πολλά από αυτά με αφετηρία την πρωτοβάθμια φροντίδα, τόσο στην Ευρώπη όσο και στη Βόρεια Αμερική, καθώς και σε άλλες περιοχές (Kodner, 2009). Ένα πρόσφατο παράδειγμα αποτελεί το Patient-Centered Medical Home (PCMH), ειδικά διαμορφωμένο για ασθενείς με πολλαπλή νοσηρότητα (Kellerman & Kirk, 2007). Το μοντέλο PCMH σχεδιάστηκε για να καλύπτει όλες τις ανάγκες του ασθενή με πολλαπλή νοσηρότητα, όπως τα σωματικά και ψυχικά νοσήματα, την πρόληψη και τα οξεία και χρόνια προβλήματα υγείας. Βασίζεται σε μια ομάδα από παρόχους υπηρεσιών που περιλαμβάνει γιατρούς, νοσηλευτές, φαρμακοποιούς, διατροφολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, βοηθούς επαγγελματιών υγείας και διοικητικό προσωπικό. Παρέχει φροντίδα επικεντρωμένη στον ασθενή (patient-centered care) και την οικογένειά του, και δίνει έμφαση στη συντονισμένη φροντίδα (coordinated care), στη διευκόλυνση της πρόσβασης (access) του ασθενή στις υπηρεσίες υγείας και στη διασφάλιση της ποιότητας (quality) και της ασφάλειας (safety) της παρεχόμενης φροντίδας. Περισσότερες πληροφορίες για το μοντέλο αυτό, καθώς και για τον τρόπο εφαρμογής του, υπάρχουν στον αντίστοιχο διαδικτυακό ιστότοπο (PCMH Resource Center, <https://pcmh.ahrq.gov>).

Τα μοντέλα ολοκληρωμένης φροντίδας χρειάζονται συνεχή αξιολόγηση μέσα από τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές, ώστε να διευκρινίζεται η αποτελεσματικότητά τους στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και στις εκβάσεις υγείας για τους ασθενείς, καθώς και το κόστος τους.

### 8.4 Εξατομίκευση της φροντίδας υγείας σε ασθενείς με πολλαπλή νοσηρότητα

Η αναγκαιότητα εξατομίκευσης της φροντίδας, βάσει των παραγόντων που καθορίζουν το πλάνο διαχείρισης ενός ασθενή με πολλαπλή νοσηρότητα, γίνεται ευκολότερα κατανοητή, αν αναλογιστεί κανείς ως παράδειγμα τον τρόπο διαχείρισης τριών γυναικών 75 ετών που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Οι κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 είναι οι ίδιες και για τις τρεις ασθενείς· ωστόσο, κάθε ασθενής είναι διαφορετική, έχει διαφορετικό φορτίο νοσηρότητας, διαφορετικές ανάγκες, διαφορετικές προτιμήσεις και διαφορετικές προσδοκίες (Durso, 2006).

**Κλινικό σενάριο 1:** Η κυρία Αντιγόνη είναι 75 ετών και επισκέπτεται τον οικογενειακό της γιατρό με σκοπό να ζητήσει τη βοήθειά του στη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων από τα οποία πάσχει. Συγκεκριμένα έχει διαγνωσθεί με:

- σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2,
- αρτηριακή υπέρταση,
- δυσλιπιδαιμία και
- οστεοαρθρίτιδα στα γόνατα, η οποία της προκαλεί σοβαρό πόνο.

Η αρτηριακή υπέρταση διαγνώστηκε πριν από δέκα έτη, ενώ πριν από πέντε έτη ανακαλύφθηκε ότι είχε και αυξημένα επίπεδα γλυκόζης νήστεως, χωρίς να έχει συμπτώματα υπεργλυκαιμίας. Μέχρι στιγμής δεν έχει αναφέρει μικροαγγειακές ή μακροαγγειακές επιπλοκές ούτε συμπτώματα που ενδέχεται να σχετίζονται με υπεργλυκαιμία. Προ διατίας συνταγογραφήθηκε για πρώτη φορά στην κυρία Αντιγόνη μια σουλφονουλουρία και άρχισε να μετρά μόνη της τη γλυκόζη στο σπίτι. Προ τετραετίας εμφανίστηκε το άλγος στις αρθρώσεις των γονάτων, ενώ μόλις προ διατίας ανακαλύφθηκε η δυσλιπιδαιμία. Έχει ήδη τροποποιήσει τη διαίτα και τη φυσική της δραστηριότητα. Η κυρία Αντιγόνη είναι συνταξιούχος δασκάλα και χήρα, μένει μόνη σε δικό της σπίτι και εκτιμά ιδιαίτερα το γεγονός ότι είναι ανεξάρτητη και αυτοεξυπηρετείται. Γενικά, δεν ενδιαφέρεται για θεραπείες οι οποίες θα αυξήσουν το ιατρικό κόστος ή θα αλλάξουν τις καθημερινές της συνήθειες.

Η φαρμακευτική αγωγή που της χορηγείται περιλαμβάνει:

- σουλφονουλουρία,
- στατίνη,
- διουρητικό,
- παρακεταμόλη και
- ασπιρίνη.

Από την ανασκόπηση των συστημάτων αποκαλύπτονται τα εξής:

- Μία πρόσφατη πτώση.
- Είναι ανεξάρτητη στις βασικές και σύνθετες δραστηριότητες της καθημερινότητάς της.
- Ο δείκτης μάζας σώματος είναι 29.

Η αρτηριακή της πίεση είναι 154/76 mm Hg σε ύπτια θέση και 132/70 mm Hg σε όρθια θέση, χωρίς να αναφέρει συμπτώματα ζάλης ή ναυτίας.

- Κύφωση στη θωρακική μοίρα της σπονδυλικής στήλης.
- Δυσκολεύεται να σηκωθεί από την καθιστή θέση.
- Οστεοαρθρίτιδα γονάτων.
- Ήπια δυσκολία στη μετακίνηση.
- Ελαττωμένη αισθητικότητα στα πόδια.
- Φυσιολογική νοητική λειτουργία.
- Φυσιολογική διάθεση, απουσία καταθλιπτικού συναισθήματος.

Η κυρία Αντιγόνη φέρει μαζί της έναν πρόσφατο εργαστηριακό έλεγχο με τις παρακάτω τιμές:

- γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη 8,4% (HbA1c),
- γλυκόζη νήστεως 150 mg/dL,
- ολική χοληστερόλη 200 mg/dL (TCHOL),
- λιποπρωτεΐνες χαμηλής πυκνότητας 110 mg/dL (low density lipoprotein, LDL),
- λιποπρωτεΐνες υψηλής πυκνότητας 55 mg/dL (high density lipoprotein, HDL),
- τριγλυκερίδια 180 mg/dL (TRG),
- κρεατινίνη 1,2 mg/dL και
- μικροαλβουμίνη ούρων 50 mg/dL.

**Κλινικό σενάριο 2:** Η κυρία Κλειώ είναι 75 ετών και ανακαλύφθηκε ότι πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 προ δεκαετίας, όταν ζήτησε ιατρική βοήθεια λόγω συμπτωμάτων δυσουρίας, κοιλιακού καύσου και αισθήματος βάρους στην περιοχή. Διερευνήθηκε και διαγνώστηκε με κολπίτιδα, για την οποία έλαβε την κατάλληλη αντιβιοτική αγωγή. Η κυρία Κλειώ είναι μια ασθενής με πολλαπλή νοσηρότητα, καθώς πάσχει από τα κάτωθι νοσήματα:

- σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2,
- αρτηριακή υπέρταση,
- υπερχοληστερολαιμία και
- οστεοπόρωση.



Για τον έλεγχο της υπεργλυκαιμίας, αρχικά υιοθέτησε μια δίαιτα ειδική για διαβητικούς ασθενείς και πέτυχε σημαντική απώλεια σωματικού βάρους. Αργότερα, εξέφρασε την επιθυμία έναρξης φαρμακευτικής αγωγής για τον έλεγχο της υπεργλυκαιμίας. Είναι συνταξιούχος λογίστρια και προσφέρει εθελοντικά λογιστικές υπηρεσίες σε άλλους ηλικιωμένους. Περπατάει καθημερινά τρία χιλιόμετρα, κάνει λίγες ασκήσεις ενδυνάμωσης και διατηρεί τον δείκτη μάζας σώματος στο 25. Λαμβάνει με μεγάλη συμμόρφωση τα παρακάτω φάρμακα:

- ινσουλίνη,
- ανταγωνιστή μετατρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης ( $\alpha$ -MEA),
- στατίνη,
- διουρητικό,
- ασπιρίνη,
- συμπληρώματα με ασβέστιο και βιταμίνη D, και
- διφωσφονικά.

Η κυρία Κλειώ επιθυμεί να μεγιστοποιήσει το προσδόκιμο επιβίωσης και να είναι υγιής. Από την ανασκόπηση των συστημάτων προκύπτουν τα κάτωθι:

- Η αρτηριακή της πίεση είναι 136/84 mm Hg σε καθιστή θέση και 130/80 mm Hg σε όρθια θέση.
- Διάσπαρτες αιμορραγίες και διάφορα μικροανευρύσματα στη βυθοσκόπηση.
- Ήπια έκπτωση αισθητικότητας κατά την εξέταση με χρήση οργάνου με μικροϊνίδια.
- Φυσιολογικός βηματισμός.
- Φυσιολογική ισορροπία.

Η κυρία Κλειώ φέρει μαζί της έναν πρόσφατο εργαστηριακό έλεγχο με τις παρακάτω τιμές:

- γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη 7,9% (HbA1c),
- γλυκόζη νήστεως 130 mg/dL,
- ολική χοληστερόλη 185 mg/dL (TCHOL),
- λιποπρωτεΐνες χαμηλής πυκνότητας 110 mg/dL (low density lipoprotein, LDL),
- λιποπρωτεΐνες υψηλής πυκνότητας 50 mg/dL (high density lipoprotein, HDL),
- τριγλυκερίδια 120 mg/dL (TRG),
- κρεατινίνη 1,2 mg/dL και
- μικροαλβουμίνη ούρων 180 mg/dL.

**Κλινικό σενάριο 3:** Η κυρία Μαργαρίτα είναι 75 ετών και διαγνώστηκε με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 πριν από πέντε έτη. Πρόκειται για μια ασθενή με πολλαπλή νοσηρότητα, καθώς πάσχει από τα κάτωθι νοσήματα και ενοχλήματα:

- στεφανιαία νόσος (έχει υποστεί προ τετραετίας οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου),
- συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια σταδίου III, σύμφωνα με τη λειτουργική ταξινόμηση της Καρδιολογικής Εταιρείας της Νέας Υόρκης (New York Heart Association Functional Classification, NYHA),
- ήπια άνοια,
- συχνουρία και
- ακράτεια ούρων.

Όταν εργαζόταν, ήταν αρχιτέκτονας· τώρα είναι συνταξιούχος, χήρα και ζει με τον γιο της. Είναι ανεξάρτητη στις καθημερινές της δραστηριότητες, λαμβάνει μόνη τις αποφάσεις που αφορούν τη φροντίδα της υγείας της, αλλά χρειάζεται βοήθεια στη διαχείριση των οικονομικών και στις μετακινήσεις της.

Η φαρμακευτική αγωγή που της χορηγείται περιλαμβάνει:

- σουλφονουλουρία,
- ανταγωνιστή μετατρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης ( $\alpha$ -MEA),
- στατίνη,
- διουρητικό,
- ασπιρίνη και

- συμπληρώματα με ασβέστιο και βιταμίνη D.

Η κυρία Μαργαρίτα φοβάται ότι μπορεί να υποστεί νέο έμφραγμα του μυοκαρδίου. Επίσης, νιώθει κοινωνικά απομονωμένη εξαιτίας των συμπτωμάτων που έχει από το ουροποιητικό και φοβάται ότι θα χάσει την ανεξαρτησία της. Συχνά, αισθάνεται άγχος, κοιμάται λίγο και έχει χρόνια δυσκοιλιότητα.

Από την ανασκόπηση των συστημάτων προκύπτουν τα κάτωθι:

- Η αρτηριακή της πίεση είναι 148/88 mm Hg σε καθιστή θέση και 154/92 mm Hg σε όρθια θέση.
- Είναι ευβολαιμική.
- Ο δείκτης μάζας σώματος είναι 30.
- Έχει αστάθεια στον βηματισμό και γενικευμένη απώλεια μυϊκής ισχύος.
- Ύπαρξη μεγάλης ποσότητας κοπράνων στη λήκυθο του ορθού κατά την εξέταση της πύελου.
- Η βυθοσκόπηση δεν αναδεικνύει παθολογικά ευρήματα.
- Χωρίς έκπτωση αισθητικότητας κατά την εξέταση με χρήση οργάνου με μικροϊνίδια.
- Βαθμολογία 25 στα 30 στην κλίμακα μέτρησης του επιπέδου γνωσιακής λειτουργίας (Mini Mental State Examination).
- Βαθμολογία 7 στα 15 στην κλίμακα κατάθλιψης για τους ηλικιωμένους (Geriatric Depression Scale), με φυσιολογικές τιμές από 0 έως 5.

Η κυρία Μαργαρίτα φέρει μαζί της έναν πρόσφατο εργαστηριακό έλεγχο με τις παρακάτω τιμές:

- γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη 10% (HbA1c),
- γλυκόζη νήστεως 170 mg/dL,
- ολική χοληστερόλη 225 mg/dL (TCHOL),
- λιποπρωτεΐνες χαμηλής πυκνότητας 130 mg/dL (low density lipoprotein, LDL),
- λιποπρωτεΐνες υψηλής πυκνότητας 45 mg/dL (high density lipoprotein, HDL),
- τριγλυκερίδια 250 mg/dL (TRG),
- κρεατινίνη 1,5 mg/dL και
- μικροαλβουμίνη ούρων 100 mg/dL.

Πρόκειται για τρεις διαφορετικές ασθενείς και, μολονότι πάσχουν και οι τρεις από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, καθίσταται εύκολα σαφής η πολυπλοκότητα της κατάστασης της καθεμίας και η δυσκολία στην εφαρμογή των προτεινόμενων κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών για τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, χωρίς να ληφθούν υπόψη οι συννοσηρότητες (Durso, 2006). Οι τρεις ασθενείς παρουσιάζουν, επίσης, προβλήματα που εμφανίζονται συχνά σε ηλικιωμένους ασθενείς. Τέτοια προβλήματα ενίοτε προέρχονται από πολλαπλές αιτίες και περιλαμβάνουν (A. F. Brown, Mangione, Saliba, Sarkisian, & California Healthcare Foundation/American Geriatrics Society Panel on Improving Care for Elders with, 2003· J. S. Brown et al., 1996· Dealberto, Seeman, McAvay, & Berkman, 1997· Greene, Stevens, & Feldman, 1999· Gregg et al., 2000· Kelsey, Browner, Seeley, Nevitt, & Cummings, 1992· Morley, 1998· Newman & Hassan, 1999· Schwartz et al., 2001· Ueda, Tamaki, Kageyama, Yoshimura, & Yoshida, 2000· Vinik, 1999· Walter & Covinsky, 2001):

- κατάθλιψη,
- πτώση μετά τραυματισμού,
- πολυφαρμακία,
- ακράτεια ούρων,
- πόνο και
- έκπτωση της γνωσιακής λειτουργίας.

Τυπικά, οι κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες εστιάζουν σε ένα συγκεκριμένο νόσημα. Έτσι, συχνά αποτυγχάνουν να σταθμίσουν τον κίνδυνο που προκύπτει από το εν λόγω νόσημα με τους κινδύνους που προκύπτουν από τα άλλα νοσήματα. Ωστόσο, για τον ασθενή είναι σημαντική η συνισταμένη του κινδύνου και όχι η κάθε συνιστώσα μεμονωμένα (Boyd et al., 2005).

Επιπλέον, η προσήλωση των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών σε ένα νόσημα περιορίζει και δυσχεραίνει την αναγνώριση των σωστών προτεραιοτήτων, βάσει πάντοτε των στόχων υγείας που θέτει ο ασθενής. Κάποιοι ασθενείς προτιμούν να επιτύχουν βραχυπρόθεσμους στόχους, όπως την ανεξαρτησία τους

και την ικανότητα για αυτοεξυπηρέτηση. Άλλοι πάλι θεωρούν σημαντικότερη την επιβίωση και εστιάζουν σε μακροπρόθεσμους στόχους, με σκοπό τη μέγιστη δυνατή επιμήκυνση του προσδόκιμου επιβίωσης.

Σε κάθε περίπτωση, ο οικογενειακός γιατρός οφείλει, κατά την προσέγγιση του ασθενή και πριν προτείνει ένα πλάνο διαχείρισης της πολλαπλής νοσηρότητας, να θέσει τα ακόλουθα ερωτήματα:

- Ποια νοσήματα παρουσιάζει ο ασθενής;
- Ποιες κλινικές πληροφορίες είναι γνωστές;
- Ποια ενοχλήματα τον ταλαιπωρούν;
- Ποιο θεωρεί πως είναι το βασικό του πρόβλημα;
- Ποιος είναι ο στόχος υγείας που θέτει;
- Ποιες είναι οι προτεραιότητές του;
- Ποιες είναι οι προτιμήσεις του ασθενή;
- Ποιες είναι οι προτιμήσεις της οικογένειάς του;
- Σε τι προσδοκούν;
- Ποια είναι η πρόγνωση για τον ασθενή;
- Τι φάρμακα λαμβάνει;
- Ποιες μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις ακολουθεί;
- Είναι ο ασθενής ικανοποιημένος με τον μέχρι τώρα τρόπο διαχείρισης;
- Ακολουθεί τη θεραπεία;
- Τι τεκμήρια υπάρχουν σχετικά με την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων;
- Υπάρχουν πιθανές αλληλεπιδράσεις με τα φάρμακα και τα νοσήματα του ασθενή;
- Υπερτερεί το όφελος από τις ανεπιθύμητες ενέργειες των παρεμβάσεων;

Οι απαντήσεις στις παραπάνω ερωτήσεις μπορεί να είναι διαφορετικές για την κάθε ασθενή και, επομένως, να οδηγούν σε διαφορετικό πλάνο διαχείρισης. Συχνά, η προσπάθεια για διαχείριση όλων των συννοσηροτήτων αποβαίνει ανεπιτυχής και επικίνδυνη, καθώς επιβαρύνει τον ασθενή και αυξάνει το κόστος. Ιδιαίτερα σε επιρρεπείς και αδύναμους ηλικιωμένους ασθενείς, ο αυστηρός έλεγχος όλων των παραμέτρων δύναται να απορρυθμίσει την όποια ισορροπία μεταξύ των πολλαπλών νοσημάτων (Durso, 2006).

## Βιβλιογραφικές αναφορές

- Anderson, R. M., & Funnell, M. M. (2000). Compliance and adherence are dysfunctional concepts in diabetes care. *Diabetes Educ*, 26(4), 597-604. doi: 10.1177/014572170002600405
- Anderson, R. M., Funnell, M. M., & Arnold, M. S. (2002). Using the empowerment approach to help patients change behavior. In B. J. Anderson & R. R. Rubin (Eds.), *Practical Psychology for Diabetes Clinicians* (2nd ed., pp. 3-12). Alexandria, Va.: American Diabetes Association.
- Arnold, M. S., Butler, P. M., Anderson, R. M., Funnell, M. M., & Feste, C. (1995). Guidelines for facilitating a patient empowerment program. *Diabetes Educ*, 21(4), 308-312. doi: 10.1177/014572179502100408
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : the exercise of control*. New York, NY: W. H. Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.
- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*, 380(9836), 37-43. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60240-2
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*, 288(19), 2469-2475. doi: 10.1001/jama.288.19.2469
- Boockvar, K. S., & Meier, D. E. (2006). Palliative care for frail older adults: "there are things I can't do anymore that I wish I could . . .". *JAMA*, 296(18), 2245-2253. doi: 10.1001/jama.296.18.2245
- Boyd, C. M., Darer, J., Boulton, C., Fried, L. P., Boulton, L., & Wu, A. W. (2005). Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA*, 294(6), 716-724. doi: 10.1001/jama.294.6.716
- Boyd, C. M., & Lucas, G. M. (2014). Patient-centered care for people living with multimorbidity. *Curr Opin HIV AIDS*, 9(4), 419-427. doi: 10.1097/COH.0000000000000073
- Brown, A. F., Mangione, C. M., Saliba, D., Sarkisian, C. A., & California Healthcare Foundation/American Geriatrics Society Panel on Improving Care for Elders with, D. (2003). Guidelines for improving the care of the older person with diabetes mellitus. *J Am Geriatr Soc*, 51(5 Suppl Guidelines), S265-280. doi: 10.1046/j.1532-5415.51.5s.1.x
- Brown, J. S., Seeley, D. G., Fong, J., Black, D. M., Ensrud, K. E., & Grady, D. (1996). Urinary incontinence in older women: who is at risk? Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *Obstet Gynecol*, 87(5 Pt 1), 715-721.
- Coleman, K., Austin, B. T., Brach, C., & Wagner, E. H. (2009). Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Aff (Millwood)*, 28(1), 75-85. doi: 10.1377/hlthaff.28.1.75
- D'Zurilla, T. J. (1986). *Problem-solving therapy: a social competence approach to clinical intervention*. New York, NY: Springer Pub. Co.
- Dealberto, M. J., Seeman, T., McAvay, G. J., & Berkman, L. (1997). Factors related to current and subsequent psychotropic drug use in an elderly cohort. *J Clin Epidemiol*, 50(3), 357-364. doi: 10.1016/s0895-4356(96)00339-3
- Durso, S. C. (2006). Using clinical guidelines designed for older adults with diabetes mellitus and complex health status. *JAMA*, 295(16), 1935-1940. doi: 10.1001/jama.295.16.1935
- Forjaz, M. J., Rodriguez-Blazquez, C., Ayala, A., Rodriguez-Rodriguez, V., de Pedro-Cuesta, J., Garcia-Gutierrez, S., & Prados-Torres, A. (2015). Chronic conditions, disability, and quality of life in older adults with multimorbidity in Spain. *Eur J Intern Med*, 26(3), 176-181. doi: 10.1016/j.ejim.2015.02.016
- Fortin, M., Dubois, M. F., Hudon, C., Soubhi, H., & Almirall, J. (2007). Multimorbidity and quality of life: a closer look. *Health Qual Life Outcomes*, 5, 52. doi: 10.1186/1477-7525-5-52
- Fortin, M., Hudon, C., Haggerty, J., Akker, M., & Almirall, J. (2010). Prevalence estimates of multimorbidity: a comparative study of two sources. *BMC Health Serv Res*, 10, 111. doi: 10.1186/1472-6963-10-111
- Fraccaro, P., Arguello Casteleiro, M., Ainsworth, J., & Buchan, I. (2015). Adoption of clinical decision support in multimorbidity: a systematic review. *JMIR Med Inform*, 3(1), e4. doi: 10.2196/medinform.3503
- Fried, L. P., Bandeen-Roche, K., Kasper, J. D., & Guralnik, J. M. (1999). Association of comorbidity with disability in older women: the Women's Health and Aging Study. *J Clin Epidemiol*, 52(1), 27-37. doi: 10.1016/s0895-4356(98)00124-3
- Funnell, M. M., & Anderson, R. M. (2000). MSJAMA: the problem with compliance in diabetes. *JAMA*, 284(13), 1709. doi: 10.1001/jama.284.13.1709-jms1004-6-1
- Galopin, A., Bouaud, J., Pereira, S., & Seroussi, B. (2015). Clinical practice guidelines consistency for patients with multimorbidity: a case-study in the management of type 2 diabetes and hypertension. *Stud Health Technol Inform*, 210, 344-348. doi: 10.3233/978-1-61499-512-8-344
- Gijzen, R., Hoeymans, N., Schellevis, F. G., Ruwaard, D., Satariano, W. A., & van den Bos, G. A. (2001). Causes and consequences of comorbidity: a review. *J Clin Epidemiol*, 54(7), 661-674. doi: 10.1016/s0895-4356(00)00363-2
- Glasgow, R. E., & Anderson, R. M. (1999). In diabetes care, moving from compliance to adherence is not enough. Something entirely different is needed. *Diabetes Care*, 22(12), 2090-2092. doi: 10.2337/diacare.22.12.2090

- Greene, D. A., Stevens, M. J., & Feldman, E. L. (1999). Diabetic neuropathy: scope of the syndrome. *Am J Med*, 107(2B), 2S-8S. doi: 10.1016/s0002-9343(99)00007-8
- Gregg, E. W., Yaffe, K., Cauley, J. A., Rolka, D. B., Blackwell, T. L., Narayan, K. M., & Cummings, S. R. (2000). Is diabetes associated with cognitive impairment and cognitive decline among older women? Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *Arch Intern Med*, 160(2), 174-180. doi: 10.1001/archinte.160.2.174
- Haggerty, J. L. (2012). Ordering the chaos for patients with multimorbidity. *BMJ*, 345, e5915. doi: 10.1136/bmj.e5915
- Harris, R., Donahue, K., Rathore, S. S., Frame, P., Woolf, S. H., & Lohr, K. N. (2003). Screening adults for type 2 diabetes: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*, 138(3), 215-229. doi: 10.7326/0003-4819-138-3-200302040-00015
- Holman, H., & Lorig, K. (2000). Patients as partners in managing chronic disease. Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. *BMJ*, 320(7234), 526-527. doi: 10.1136/bmj.320.7234.526
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., . . . Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343, d4163. doi: 10.1136/bmj.d4163
- Kellerman, R., & Kirk, L. (2007). Principles of the patient-centered medical home. *Am Fam Physician*, 76(6), 774-775.
- Kelsey, J. L., Browner, W. S., Seeley, D. G., Nevitt, M. C., & Cummings, S. R. (1992). Risk factors for fractures of the distal forearm and proximal humerus. The Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *Am J Epidemiol*, 135(5), 477-489.
- Kodner, D. L. (2009). All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Healthc Q*, 13 Spec No, 6-15.
- Le Reste, J. Y., Nabbe, P., Manceau, B., Lygidakis, C., Doerr, C., Lingner, H., . . . Lietard, C. (2013). The European General Practice Research Network presents a comprehensive definition of multimorbidity in family medicine and long term care, following a systematic review of relevant literature. *J Am Med Dir Assoc*, 14(5), 319-325. doi: 10.1016/j.jamda.2013.01.001
- Lorig, K., Holman, H., & Sobel, D. (2000). *Living a Healthy Life with Chronic Conditions: Self-Management of Heart Disease, Arthritis, Diabetes, Asthma, Bronchitis, Emphysema & Others*. Palo Alto, California: Bull Publishing Co.
- Marengoni, A., Angleman, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A., Garmen, A., . . . Fratiglioni, L. (2011). Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev*, 10(4), 430-439. doi: 10.1016/j.arr.2011.03.003
- Marventano, S., Ayala, A., Gonzalez, N., Rodriguez-Blazquez, C., Garcia-Gutierrez, S., Forjaz, M. J., . . . Ageing. (2014). Multimorbidity and functional status in community-dwelling older adults. *Eur J Intern Med*, 25(7), 610-616. doi: 10.1016/j.ejim.2014.06.018
- Morley, J. E. (1998). The elderly Type 2 diabetic patient: special considerations. *Diabet Med*, 15 Suppl 4, S41-46. doi: 10.1002/(SICI)1096-9136(199812)15:4<S41::AID-DIA747>3.0.CO;2-E
- Newman, S. C., & Hassan, A. I. (1999). Antidepressant use in the elderly population in Canada: results from a national survey. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 54(10), M527-530. doi: 10.1093/gerona/54.10.m527
- Ostbye, T., Yarnall, K. S., Krause, K. M., Pollak, K. I., Gradison, M., & Michener, J. L. (2005). Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann Fam Med*, 3(3), 209-214. doi: 10.1370/afm.310
- Sakhuja, A., Hyland, J., & Simon, J. F. (2014). Managing advanced chronic kidney disease: a primary care guide. *Cleve Clin J Med*, 81(5), 289-299. doi: 10.3949/ccjm.81a.13046
- Schuntermann, M. (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) by WHO - Short Summary. *Phys Rehab Kur Med*, 11(6), 229-230. doi: 10.1055/s-2001-19074
- Schwartz, A. V., Sellmeyer, D. E., Ensrud, K. E., Cauley, J. A., Tabor, H. K., Schreiner, P. J., . . . Study of Osteoporotic Features Research, G. (2001). Older women with diabetes have an increased risk of fracture: a prospective study. *J Clin Endocrinol Metab*, 86(1), 32-38. doi: 10.1210/jcem.86.1.7139
- Shea, S., Wynyard, R., & Lionis, C. (Eds.). (2014). *Providing Compassionate Healthcare: Challenges in Policy and Practice*. Abingdon, Oxon: Routledge.
- St John, P. D., Tyas, S. L., Menec, V., & Tate, R. (2014). Multimorbidity, disability, and mortality in community-dwelling older adults. *Can Fam Physician*, 60(5), e272-280.
- Stevens, L. A., Li, S., Wang, C., Huang, C., Becker, B. N., Bomback, A. S., . . . McCullough, P. A. (2010). Prevalence of CKD and comorbid illness in elderly patients in the United States: results from the Kidney Early Evaluation Program (KEEP). *Am J Kidney Dis*, 55(3 Suppl 2), S23-33. doi: 10.1053/j.ajkd.2009.09.035
- Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., & Freeman, T. R. (2014). *Patient-centered Medicine: Transforming the Clinical Method* (3rd ed.). Oxford: Radcliffe Publishing.
- Sullivan, M. D., Kempen, G. I., Van Sonderen, E., & Ormel, J. (2000). Models of health-related quality of life in a population of community-dwelling Dutch elderly. *Qual Life Res*, 9(7), 801-810. doi: 10.1023/a:1008987709788
- Tinetti, M. E., Doucette, J., Claus, E., & Marottoli, R. (1995). Risk factors for serious injury during falls by older persons in the community. *J Am Geriatr Soc*, 43(11), 1214-1221. doi: 10.1111/j.1532-5415.1995.tb07396.x

- Ueda, T., Tamaki, M., Kageyama, S., Yoshimura, N., & Yoshida, O. (2000). Urinary incontinence among community-dwelling people aged 40 years or older in Japan: prevalence, risk factors, knowledge and self-perception. *Int J Urol*, 7(3), 95-103.
- Uhlig, K., Leff, B., Kent, D., Dy, S., Brunnhuber, K., Burgers, J. S., . . . Boyd, C. M. (2014). A framework for crafting clinical practice guidelines that are relevant to the care and management of people with multimorbidity. *J Gen Intern Med*, 29(4), 670-679. doi: 10.1007/s11606-013-2659-y
- Uijen, A. A., & van de Lisdonk, E. H. (2008). Multimorbidity in primary care: prevalence and trend over the last 20 years. *Eur J Gen Pract*, 14 Suppl 1, 28-32. doi: 10.1080/13814780802436093
- Valderas, J. M., Starfield, B., Sibbald, B., Salisbury, C., & Roland, M. (2009). Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med*, 7(4), 357-363. doi: 10.1370/afm.983
- Vinik, A. I. (1999). Diabetic neuropathy: pathogenesis and therapy. *Am J Med*, 107(2B), 17S-26S.
- Vogeli, C., Shields, A. E., Lee, T. A., Gibson, T. B., Marder, W. D., Weiss, K. B., & Blumenthal, D. (2007). Multiple chronic conditions: prevalence, health consequences, and implications for quality, care management, and costs. *J Gen Intern Med*, 22 Suppl 3, 391-395. doi: 10.1007/s11606-007-0322-1
- von Gunten, C. F., Ferris, F. D., & Emanuel, L. L. (2000). The patient-physician relationship. Ensuring competency in end-of-life care: communication and relational skills. *JAMA*, 284(23), 3051-3057. doi: 10.1001/jama.284.23.3051
- Walter, L. C., & Covinsky, K. E. (2001). Cancer screening in elderly patients: a framework for individualized decision making. *JAMA*, 285(21), 2750-2756.
- World Health Organization. (2013). *How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment.* Retrieved from <http://www.who.int/classifications/drafticfpracticalmanual.pdf>
- Yaffe, K., Ackerson, L., Kurella Tamura, M., Le Blanc, P., Kusek, J. W., Sehgal, A. R., . . . Chronic Renal Insufficiency Cohort, I. (2010). Chronic kidney disease and cognitive function in older adults: findings from the chronic renal insufficiency cohort cognitive study. *J Am Geriatr Soc*, 58(2), 338-345. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02670.x
- Zhang, X., Decker, F. H., Luo, H., Geiss, L. S., Pearson, W. S., Saaddine, J. B., . . . Albright, A. (2010). Trends in the prevalence and comorbidities of diabetes mellitus in nursing home residents in the United States: 1995-2004. *J Am Geriatr Soc*, 58(4), 724-730. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.02786.x
- Zulman, D. M., Asch, S. M., Martins, S. B., Kerr, E. A., Hoffman, B. B., & Goldstein, M. K. (2014). Quality of care for patients with multiple chronic conditions: the role of comorbidity interrelatedness. *J Gen Intern Med*, 29(3), 529-537. doi: 10.1007/s11606-013-2616-9

## Κριτήρια Αξιολόγησης

**Κριτήριο αξιολόγησης 1:** Ποια είναι η εκτίμηση για την παρούσα κατάσταση και τα προβλήματα της κυρίας Αντιγόνης (κλινικό σενάριο 1);

**[Απάντηση 1]** Η κυρία Αντιγόνη δεν φέρει κάποια σοβαρή αναπηρία και δεν πάσχει από νόσημα τελικού σταδίου· ωστόσο, η λειτουργικότητά της είναι περιορισμένη. Το προσδόκιμο επιβίωσης για την κυρία Αντιγόνη αναμένεται να είναι στον μέσο όρο για μια γυναίκα 75 ετών και υπολογίζεται γύρω στα 12 έτη. Δεν αναφέρονται συμπτώματα υπεργλυκαιμίας και δεν υπάρχουν ευρήματα διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας ή διαβητικής νεφροπάθειας. Παρ' όλα αυτά ανευρίσκεται μια ήπια έκπτωση της αισθητικότητας, ήπια νευροπάθεια του αυτόνομου νευρικού συστήματος, καθώς και αδυναμία των κάτω άκρων, παράγοντες που απειλούν την ισορροπία της και αυξάνουν τον κίνδυνο πτώσεων.

Όσον αφορά τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, το 20% των διαβητικών ασθενών θα εμφανίσουν οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου σε βάθος δεκαετίας, με αυξημένο κίνδυνο σημαντικής αναπηρίας ή θανάτου. Ο κίνδυνος τύφλωσης στο διάστημα αυτό υπολογίζεται πως αντιστοιχεί σε λιγότερο από 5%, ενώ ο κίνδυνος χρόνιας νεφρικής νόσου τελικού σταδίου σε λιγότερο από 2% (Durso, 2006· Harris et al., 2003).

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος για γηριατρικά σύνδρομα δείχνει σχετικό κίνδυνο, τουλάχιστον 10%, για σοβαρή πτώση με τραυματισμό εντός των τριών επόμενων ετών. Η κυρία Αντιγόνη δεν επιθυμεί την προσθήκη νέων φαρμάκων ή την αλλαγή όσων λαμβάνει. Ωστόσο, είναι πρόθυμη να εφαρμόσει προτεινόμενες στρατηγικές για βελτίωση της βάδισης και της ισορροπίας της, με στόχο την πρόληψη μιας ενδεχόμενης πτώσης, ώστε να διαφυλάξει την ανεξαρτησία της. Σχεδιάζει να ξεκινήσει τη λήψη συμπληρωμάτων ασβεστίου και βιταμίνης D. Επίσης, είναι ανοιχτή στη λήψη διφωσφονικών, εάν η μέτρηση

οστικής πυκνότητας αναδειξεί πως πάσχει από οστεοπόρωση (Durso, 2006· Tinetti, Doucette, Claus, & Marottoli, 1995).

Η ρύθμιση των επιπέδων της αρτηριακής πίεσης είναι σημαντική σε έναν διαβητικό ασθενή. Στην προκειμένη περίπτωση, ο αυστηρός έλεγχος της αρτηριακής πίεσης της κυρίας Αντιγόνης, θα αυξήσει τον κίνδυνο μιας σοβαρής πτώσης μετά τραυματισμού. Σε συνεργασία, λοιπόν, με τον οικογενειακό της γιατρό η κυρία Αντιγόνη αποφασίζει πως θα ακολουθήσει έναν λιγότερο αυστηρό έλεγχο σχετικά με τη ρύθμιση των επιπέδων της αρτηριακής της πίεσης. Επιπροσθέτως, το όφελος του αυστηρού ελέγχου των επιπέδων της γλυκόζης στο αίμα, όφελος που επιτυγχάνεται σε βάθος χρόνου, φαίνεται πως στην περίπτωση της κυρίας Αντιγόνης δεν υπερτερεί του κινδύνου υπογλυκαιμίας, ο οποίος αυξάνει επίσης τον κίνδυνο πτώσης. Συνεπώς, βραχυπρόθεσμα, επιλέγεται η διατήρηση με κάθε μέσο της ανεξαρτησίας της ασθενούς και η αποφυγή μιας πιθανής πτώσης.

**Κριτήριο αξιολόγησης 2:** Ποιες τροποποιήσεις στο πλάνο διαχείρισης θα βοηθούσαν περισσότερο την κυρία Αντιγόνη (κλινικό σενάριο 1);

[Απάντηση 2]

- Προσεκτικός έλεγχος της αρτηριακής πίεσης.
- Συνέχιση της λαμβανόμενης φαρμακευτικής αγωγής.
- Μέτρηση οστικής πυκνότητας.
- Εκτίμηση της βάρδισης και της ισορροπίας.
- Συνέχιση της μέτρησης των επιπέδων της γλυκόζης στο σπίτι.
- Γλυκαιμικός έλεγχος με στόχο την τιμή γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης στο 8%.
- Επανάλεγχος της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης κάθε έξι μήνες.

**Κριτήριο αξιολόγησης 3:** Ποια είναι η εκτίμηση για την παρούσα κατάσταση και τα προβλήματα της κυρίας Κλειώς (κλινικό σενάριο 2);

[Απάντηση 3] Για την κυρία Κλειώ έχει ιδιαίτερη σημασία η διατήρηση της υγείας της· είναι πλήρως λειτουργική και δεν πάσχει από κάποιο σοβαρό νόσημα προχωρημένου σταδίου. Το προσδόκιμο επιβίωσης για την κυρία Κλειώ αναμένεται πως αντιστοιχεί στα ανώτερα επίπεδα για μια γυναίκα 75 ετών και υπολογίζεται περίπου στα 17 έτη. Η κυρία Κλειώ είναι υπέρμαχος της πρόληψης και επιδιώκει τον μέγιστο έλεγχο των επιπέδων της αρτηριακής της πίεσης, των λιπιδίων και της γλυκόζης, ενώ ενδιαφέρεται για επιπλέον πληροφορίες σχετικά με τη διαίτα και την αυτοδιαχείριση των νοσημάτων της (Durso, 2006).

Ο έλεγχος για τα γηριατρικά σύνδρομα αποβαίνει αρνητικός.

Λαμβάνοντας υπόψη το προσδόκιμο επιβίωσης της ασθενούς, που ξεπερνά τον μέσο όρο, καθώς και τις προτιμήσεις της σε συνδυασμό με την εμφανή θέλησή της να διατηρήσει την υγεία της, ο οικογενειακός της γιατρός προτείνει αυστηρό έλεγχο των επιπέδων της αρτηριακής πίεσης, των λιπιδίων και της γλυκόζης, με στόχο τα μακροπρόθεσμα οφέλη. Η ασθενής ενημερώνεται από τον θεράποντα για τα υπάρχοντα τεκμήρια που στηρίζουν το εν λόγω πλάνο διαχείρισης. Ο αυστηρός γλυκαιμικός έλεγχος μειώνει τις μακροαγγειακές επιπλοκές και, σε μικρότερο βαθμό, τις μικροαγγειακές επιπλοκές του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2. Ωστόσο, δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα που να υποστηρίζουν σαφές όφελος ως προς τις μικροαγγειακές επιπλοκές σε ηλικιωμένους ασθενείς χωρίς ήδη υφιστάμενες μικροαγγειακές επιπλοκές, όπως η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια. Ο κίνδυνος της υπογλυκαιμίας δεν αποτελεί πρόβλημα για την κυρία Κλειώ.

**Κριτήριο αξιολόγησης 4:** Ποιες τροποποιήσεις στο πλάνο διαχείρισης θα βοηθούσαν περισσότερο την κυρία Κλειώ (κλινικό σενάριο 2);

[Απάντηση 4] Συναποφασίζεται η ενίσχυση της φαρμακευτικής αγωγής για τον σακχαρώδη διαβήτη, η εντατικοποίηση του γλυκαιμικού και λιπιδαιμικού ελέγχου, καθώς και ο έλεγχος των επιπέδων της αρτηριακής πίεσης (Durso, 2006):

- Γλυκαιμικός έλεγχος με στόχο την τιμή γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης στο 7%.
- Συστολική αρτηριακή πίεση μικρότερη από 130 mm Hg.

- Διαστολική αρτηριακή πίεση μικρότερη από 70 mm Hg.
- Λιποπρωτεΐνες χαμηλής πυκνότητας λιγότερο από 100 mg/dL (low density lipoprotein, LDL).
- Λιποπρωτεΐνες υψηλής πυκνότητας περισσότερο από 40 mg/dL (high density lipoprotein, HDL).
- Τριγλυκερίδια λιγότερο από 150 mg/dL (TRG).

**Κριτήριο αξιολόγησης 5:** Ποια είναι η εκτίμηση για την παρούσα κατάσταση και τα προβλήματα της κυρίας Μαργαρίτας (κλινικό σενάριο 3);

**[Απάντηση 5]** Η κυρία Μαργαρίτα έχει πιο σύνθετες ανάγκες, κάποιες εκ των οποίων είναι πιο επείγουσες και κάποιες χρόνιες. Σε κάθε περίπτωση, η πολυπλοκότητα της ασθενούς απαιτεί σταδιακή διαχείριση, σε πολλαπλά επίπεδα, από μια διεπιστημονική ομάδα γιατρών. Ο οικογενειακός της γιατρός, σε στενή συνεργασία με τον ειδικό για κάθε νόσημα της ασθενούς, καλείται να συνθέσει ένα πλάνο διαχείρισης που θα λαμβάνει υπόψη τις προτιμήσεις της ασθενούς, προσαρμοσμένες στο υπολογιζόμενο προσδόκιμο επιβίωσης, το οποίο ανέρχεται σε λιγότερο από επτά έτη.

Αν και η κυρία Μαργαρίτα ανησυχεί ιδιαίτερα για ένα νέο καρδιαγγειακό συμβάν και ο γιος της συμμερίζεται αυτήν την ανησυχία, με την καθοδήγηση του οικογενειακού της γιατρού αναγνωρίζει πως ο πρωταρχικός της στόχος σ' αυτό το σημείο είναι να αισθάνεται καλά, να επιτευχθεί περιορισμός των συμπτωμάτων και να παραμείνει ανεξάρτητη και ικανή να αυτοεξυπηρετείται για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Τα επίπεδα της αρτηριακής πίεσης της κυρίας Μαργαρίτας δεν ρυθμίζονται άριστα, ωστόσο δεν αποτελούν άμεσο κίνδυνο. Αντίθετα, η φαρμακογενής ορθοστατική υπόταση και η ζάλη αυξάνουν τον κίνδυνο πτώσης μετά τραυματισμού. Επιλέγεται, επομένως, προσεκτικός και λιγότερο αυστηρός έλεγχος.

Ο συνδυασμός της άνοιας, της καρδιαγγειακής νοσηρότητας και του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 αυξάνει την πολυπλοκότητα της ασθενούς, αν και πρόκειται για σταθερά νοσήματα, χωρίς ανάγκη για άμεση διαχείριση ή αλλαγή της φαρμακευτικής αγωγής. Κατά τη διαχείριση αυτών των νοσημάτων χρήζει ιδιαίτερης προσοχής η αποφυγή πιθανών αλληλεπιδράσεων μεταξύ των χορηγούμενων φαρμάκων ή άλλης επιβάρυνσης της ασθενούς.

Επιπροσθέτως, θα ζητηθεί κατάλληλος εργαστηριακός έλεγχος για την εκτίμηση της νεφρικής λειτουργίας, των επιπέδων των ηλεκτρολυτών, του ασβεστίου, των θυρεοειδικών ορμονών, καθώς και ανάλυση δείγματος ούρων, ώστε να αποκλειστούν αναστρέψιμα αίτια συχνουρίας, ακράτειας, δυσκοιλιότητας και κατάθλιψης.

**Κριτήριο αξιολόγησης 6:** Ποιες τροποποιήσεις στο πλάνο διαχείρισης θα βοηθούσαν περισσότερο την κυρία Μαργαρίτα (κλινικό σενάριο 3);

**[Απάντηση 6]**

- Βελτίωση του αισθήματος ευεξίας και ευημερίας τους επόμενους δύο μήνες.
- Εργαστηριακός έλεγχος προς αποκλεισμό των αναστρέψιμων αιτιών συχνουρίας, ακράτειας, δυσκοιλιότητας και κατάθλιψης.
- Εκτίμηση και διαχείριση της κατάθλιψης.
- Χορήγηση αντικαταθλιπτικής αγωγής.
- Εκτίμηση και διαχείριση της ακράτειας ούρων.
- Ανακούφιση της χρόνιας δυσκοιλιότητας (ίσως βελτιώσει την ακράτεια).
- Εκτίμηση της βάρδισης και της ισορροπίας.
- Προσεκτικός έλεγχος της αρτηριακής πίεσης και της αντιυπερτασικής αγωγής, προς αποφυγή ορθοστατικής υπότασης, με στόχο τιμή μικρότερη από 140/80 mm Hg σε τρεις μήνες.
- Αποφυγή αλληλεπιδράσεων μεταξύ των χορηγούμενων φαρμάκων.
- Γλυκαιμικός έλεγχος με στόχο αρχικά τον περιορισμό των συμπτωμάτων της υπεργλυκαιμίας.
- Επανελέγχος σε έξι με οκτώ εβδομάδες για την εκτίμηση της ανταπόκρισης στη θεραπεία, των ανεπιθύμητων ενεργειών και τον επαναπροσδιορισμό των θεραπευτικών στόχων.
- Εφόσον επιλυθούν τα άμεσα προβλήματα της ασθενούς, ο οικογενειακός της γιατρός θα επανεκτιμήσει τους μακροπρόθεσμους στόχους για την υγεία της και θα συναποφασίσουν σχετικά με



έναν πιο αυστηρό έλεγχο των επιπέδων της αρτηριακής πίεσης, των λιπιδίων και της γλυκόζης (Durso, 2006).

## Ευρετήριο όρων

ασφάλεια (safety) 160  
αυτοδιαχείριση (self-management) 157  
Διεθνής Ταξινόμηση της Λειτουργικότητας, της Αναπηρίας και της Υγείας (International Classification of Functioning, Disability and Health) 158  
διεπιστημονική ομάδα (interdisciplinary team) 159  
ευπάθεια (frailty) 149  
κλίμακα κατάθλιψης για τους ηλικιωμένους (Geriatric Depression Scale) 179  
κλίμακα μέτρησης του επιπέδου γνωσιακής λειτουργίας (Mini Mental State Examination) 179  
Λειτουργική Ταξινόμηση της Καρδιολογικής Εταιρείας της Νέας Υόρκης (New York Heart Association Functional Classification) 162  
ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας (integrated health care) 159-160  
παρηγορητική φροντίδα (palliative care) 155  
ποιότητα (quality) 160  
πολλαπλή νοσηρότητα (multimorbidity, multiple morbidity) 149  
πολυπλοκότητα του ασθενή (patient's complexity) 149  
πρόσβαση (access) 160  
συμπνετική φροντίδα (compassionate care) 155  
συννοσηρότητα (comorbidity) 149  
συντονισμένη φροντίδα (coordinated care) 160  
φορτίο νοσηρότητας (morbidity burden) 149  
φροντίδα επικεντρωμένη στον ασθενή (patient-centered care) 154,159

## Κεφάλαιο 9

### Διαχείριση των ασθενών που λαμβάνουν πολλαπλά φάρμακα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

A. Μίσσιου και A. Τατσιώνη

#### Σύνοψη

Η διαχείριση ασθενών που λαμβάνουν πολλαπλά φάρμακα αποτελεί καθ' ημέρα πράξη στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Πρόκειται για σύνθετο και απαιτητικό εγχείρημα, καθώς ο οικογενειακός γιατρός χρειάζεται να αποσαφηνίσει:

- αν ο ασθενής λαμβάνει την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή σύμφωνα με τα νοσήματα που έχει,
- τους στόχους της φροντίδας του,
- τις προτιμήσεις του και
- την ικανότητά του να συμμορφώνεται με τη φαρμακευτική αγωγή.

Εν συνεχεία, οφείλει να εκτιμήσει τη δυνατότητα μείωσης των μη αναγκαίων, μη αποδοτικών ή ακατάλληλα συνταγογραφούμενων σκευασμάτων, ώστε να περιοριστεί η πολυφαρμακία.

#### Προαπαιτούμενη γνώση

Φροντίδα επικεντρωμένη στον ασθενή, διαβούλευση, παρενέργειες και αλληλεπιδράσεις των συχνότερα συνταγογραφούμενων φαρμάκων, φορτίο της θεραπείας (burden of treatment).

## 9.1 Το πρόβλημα της λήψης πολλαπλών φαρμάκων

Σύμφωνα με τους Boyd κ.ά. (Boyd et al., 2005), το 20% των ανθρώπων ηλικίας άνω των 65 ετών, οι οποίοι δεν διαμένουν σε ιδρύματα, λαμβάνουν τουλάχιστον δέκα διαφορετικά φάρμακα. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η χρήση μεγάλου αριθμού φαρμάκων μπορεί να είναι σύμφωνη με τις κατευθυντήριες οδηγίες, λόγω πολλαπλής νοσηρότητας (multi-morbidity) και απουσίας έκδοσης κατευθυντήριων οδηγιών που να τη λαμβάνουν υπόψη. Σε κάποιες άλλες περιπτώσεις, η πολυφαρμακία είναι αποτέλεσμα ακατάλληλης συνταγογράφησης ή μη διακοπής ενός ή περισσότερων συνταγογραφούμενων φαρμάκων, όταν θεραπεύεται, υποχωρεί, αυτοπεριορίζεται ή ελλείπει πλέον η αρχική ένδειξη για την οποία συνταγογραφήθηκαν.

Η ακατάλληλη συνταγογράφηση πολλαπλών φαρμάκων (inappropriate or improper or non rational prescribing), ιδίως σε ηλικιωμένους ασθενείς με πολλαπλή νοσηρότητα (Agostini, Han, & Tinetti, 2004· Anathhanam, Powis, Cracknell, & Robson, 2012· Chrischilles et al., 2007· Field et al., 2004· Jyrkka, Enlund, Korhonen, Sulkava, & Hartikainen, 2009· Kalisch et al., 2012· Madden et al., 2008· Opondo et al., 2012· Scott et al., 2015· Vik, Maxwell, & Hogan, 2004), έχει τις ακόλουθες συνέπειες:

- Ενέχει αυξημένο κίνδυνο λόγω φαρμακοκινητικών και φαρμακοδυναμικών αλληλεπιδράσεων.
- Επιβαρύνει τους ασθενείς με σημαντικό φορτίο ανεπιθύμητων ενεργειών, οι οποίες μπορεί να αφορούν συμπτώματα ειδικά ως προς το φάρμακο ή ακόμη μη ειδικά σύνδρομα (π.χ., απώλεια βάρους, πτώσεις, έκπτωση λειτουργικής και νοητικής κατάστασης).
- Ευθύνεται εν μέρει για έκπτωση της ποιότητας ζωής.
- Επιβαρύνει την υγεία.
- Δυσχεραίνει τη συμμόρφωση.
- Αυξάνει τον αριθμό των νοσηλειών.
- Αυξάνει το κόστος για τον ασθενή, αλλά και για το σύστημα υγείας.
- Δύναται να οδηγήσει σε δυσμενή έκβαση, όπως η αναπηρία ή ο θάνατος.

Ο σημαντικότερος προγνωστικός παράγοντας για την εμφάνιση των παραπάνω δυσμενών συνεπειών είναι ο αριθμός των συνταγογραφούμενων φαρμάκων (Steinman, Miao, Boscardin, Komaiko, & Schwartz, 2014). Συνεπώς, είναι απαραίτητη η μείωση του αριθμού των φαρμάκων που λαμβάνει ένας ασθενής, γεγονός που τεκμαίρεται και από ευρήματα τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών και μελετών παρατήρησης (Scott et al., 2015).

### Πρωτόκολλο μείωσης του αριθμού των φαρμάκων

Η προτεινόμενη διαδικασία για την επίτευξη της αναγκαίας μείωσης του αριθμού των φαρμάκων, καθώς και των λαμβανόμενων δόσεων, αποτελείται από πέντε βήματα και περιγράφεται συνοπτικά στον Πίνακα 9.1.

<b>BHMA 1<sup>ο</sup></b>	Ανασκόπηση των φαρμάκων.
<b>BHMA 2<sup>ο</sup></b>	Εκτίμηση του συνολικού κινδύνου πρόκλησης βλάβης στον ασθενή οφειλόμενης στη λήψη των φαρμάκων.
<b>BHMA 3<sup>ο</sup></b>	Εκτίμηση της πιθανής ωφέλειας από τη λήψη κάθε φαρμάκου στο παρόν ή στο μέλλον, σε αντιδιαστολή με τον παρόντα ή τον μελλοντικό κίνδυνο βλάβης από τη λήψη του.
<b>BHMA 4<sup>ο</sup></b>	Τοποθέτηση των προς διακοπή φαρμάκων σε σειρά προτεραιότητας, βάσει του δείκτη ωφέλειας-βλάβης και της πιθανότητας εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών από την απότομη διακοπή τους.
<b>BHMA 5<sup>ο</sup></b>	Εφαρμογή πλάνου διακοπής ενός ή περισσότερων φαρμάκων και τακτική επανεκτίμηση του ασθενή για βελτίωση των εκβάσεων ή για εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών.

**Πίνακας 9.1** Πρωτόκολλο μείωσης του αριθμού των φαρμάκων.

## 9.2.1 Βήμα 1<sup>ο</sup>: Ανασκόπηση των φαρμάκων

Ο οικογενειακός γιατρός οφείλει να εξετάσει όλα τα σκευάσματα που διαθέτει ο ασθενής και να αποσαφηνίσει τα εξής:

- Ποια απ' αυτά λαμβάνει ο ασθενής.
- Για ποιον λόγο θεωρεί ο ασθενής ότι λαμβάνει καθένα απ' αυτά.
- Πόσον καιρό τα λαμβάνει.
- Ποιος τα έχει συνταγογραφήσει (αν έχουν συνταγογραφηθεί από κάποιον).
- Για όσα έχουν συνταγογραφηθεί, γιατί έχει συνταγογραφηθεί το καθένα απ' αυτά (π.χ., για θεραπεία ή για διόρθωση παρενέργειας προκαλούμενης από τη λήψη άλλου φαρμάκου).
- Ποια δεν λαμβάνει τακτικά ή καθόλου ο ασθενής.
- Γιατί δεν λαμβάνει ένα φάρμακο (π.χ., γιατί είναι ακριβό ή έχει παρενέργειες).

Συχνά, παρατηρούνται σημαντικές διαφορές μεταξύ των φαρμάκων που πιστεύει ο ασθενής ότι χρειάζεται να λαμβάνει, των φαρμάκων που όντως λαμβάνει και των φαρμάκων που έχει καταγράψει ο οικογενειακός γιατρός ότι λαμβάνει ο ασθενής (Bedell et al., 2000· Kaboli, McClimon, Hoth, & Barnett, 2004). Δεν υπάρχουν επαρκή τεκμήρια που να υποστηρίζουν μια συγκεκριμένη και αποτελεσματική μέθοδο ανασκόπησης των συνταγογραφούμενων φαρμάκων (Bayoumi, Howard, Holbrook, & Schabert, 2009). Ωστόσο, η προτεινόμενη μέθοδος είναι η εξής: ο οικογενειακός γιατρός ζητά από τον ασθενή να φέρει μαζί του την τσάντα με τα φάρμακα (τόσο αυτά που έχουν συνταγογραφηθεί, όσο και αυτά που λαμβάνει χωρίς συνταγογράφιση). Στη συνέχεια, ακολουθεί ανασκόπηση του περιεχομένου της τσάντας που φέρει ο ασθενής («brown bag» review) (Steinman & Hanlon, 2010).

Η ελλιπής συμμόρφωση αποτελεί συχνό εύρημα κατά την ανασκόπηση των φαρμάκων και παρατηρείται ιδίως σε ηλικιωμένους ασθενείς που λαμβάνουν μεγάλο αριθμό φαρμακευτικών σκευασμάτων. Υποστηρίζεται πως σχεδόν οι μισοί από τους μεγαλύτερους σε ηλικία ασθενείς εμφανίζουν δυσκολία στη συμμόρφωση προς τις οδηγίες λήψης τουλάχιστον ενός φαρμάκου, αν και αυτό δεν σημαίνει απαραίτητα ότι δεν συμμορφώνονται προς τις οδηγίες λήψης όλων των φαρμάκων που λαμβάνουν (Gray, Mahoney, & Blough, 2001· Osterberg & Blaschke, 2005). Ωστόσο, η ηλικία δεν αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα πρόγνωσης της συμμόρφωσης προς τη θεραπεία. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς μπορούν να κατανοήσουν τον σκοπό λήψης για το 88% των φαρμάκων τους. Να σημειωθεί ότι η απουσία κατανόησης του σκοπού λήψης ενός φαρμάκου αυξάνει τον κίνδυνο μη συμμόρφωσης και μπορεί να υποδείξει τον ακριβή στόχο της σχετικής παρέμβασης (Vik et al., 2004).

Έχει παρατηρηθεί, επίσης, ότι οι ασθενείς συχνά δεν αναφέρουν ανεπιθύμητες ενέργειες από τα λαμβανόμενα φάρμακα, εν μέρει επειδή ο οικογενειακός τους γιατρός δεν προσπαθεί αρκετά να εκμαιεύσει τη συγκεκριμένη πληροφορία (Richard & Lussier, 2006· Weingart et al., 2006). Υπολογίζεται πως τέτοιου είδους φραγμοί στην επικοινωνία γιατρού–ασθενή είναι υπεύθυνοι για το 37% των ανεπιθύμητων ενεργειών των φαρμάκων (Gandhi et al., 2003).

Η αναγνώριση των αιτίων της ελλιπούς συμμόρφωσης απαιτεί μια πολύπλευρη προσέγγιση (multifaceted approach) από τον οικογενειακό γιατρό (Osterberg & Blaschke, 2005), που ενδέχεται να περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- Αναγνώριση —κατά την ανασκόπηση των φαρμάκων— πιθανών ενδείξεων ελλιπούς συμμόρφωσης από τον τρόπο οργάνωσης των φαρμάκων, τον αριθμό των δισκίων στα κουτιά και τη συχνότητα ανανέωσης των συνταγών.
- Διερεύνηση του λόγου για τον οποίο οι ασθενείς ή όσοι τους φροντίζουν πιστεύουν ότι λαμβάνουν το κάθε φάρμακο.
- Διατύπωση άμεσων ερωτημάτων τα οποία δεν εκφράζουν κριτική στάση, όπως «Καταλαβαίνω ότι θα είναι δύσκολο να παίρνετε τακτικά όλα αυτά τα φάρμακα. Πόσο συχνά ξεχνάτε να πάρετε κάποιο απ' αυτά;».

Αν αποδειχθεί ότι ο ασθενής δεν συμμορφώνεται, τότε θα χρειαστεί να διερευνηθεί η αιτία (barrier). Η παρέμβαση θα πρέπει να στοχεύει στη διόρθωση της αιτίας της μη συμμόρφωσης. Στη συνέχεια

παρατίθενται οι προτεινόμενες παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των συχνότερων λόγων ελλιπούς συμμόρφωσης (Osterberg & Blaschke, 2005· Steinman & Hanlon, 2010· Vik et al., 2004).

Προτεινόμενες παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση ανεπάρκειας στις οργανωτικές δεξιότητες με αποτέλεσμα ο ασθενής να ξεχνά να πάρει τα φάρμακα:

- Χρήση συσκευών οργάνωσης (π.χ., κουτιά με υποδοχή για κάθε ημέρα της εβδομάδας)
- Ημερολόγια φαρμάκων
- Αναγραφή της ημέρας έναρξης στην κάθε πλακέτα (blister)
- Ηλεκτρονικές συσκευές διανομής
- Απλούστευση δοσολογικού σχήματος
- Μείωση του αριθμού των λαμβανόμενων δισκίων
- Ενθάρρυνση συμμετοχής της οικογένειας και άλλων φροντιστών στη λήψη των φαρμάκων
- Χρήση ηλεκτρονικών ή διαδικτυακών εφαρμογών και συστημάτων αναφοράς που προάγουν τη συμμόρφωση

Προτεινόμενες παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της πεποίθησης του ασθενή πως δεν χρειάζεται το φάρμακο, ή πως δεν είναι αποτελεσματικό ή της πεποίθησης ότι λαμβάνει πάρα πολλά φάρμακα:

- Συνεργασία με τον ασθενή, ώστε να αξιολογηθούν οι προβληματισμοί και να συναποφασιστεί ένα πλάνο δράσης
- Εκπαιδευτικές παρεμβάσεις και παροχή σχετικού υλικού
- Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας του χορηγούμενου φαρμάκου
- Απλούστευση δοσολογικού σχήματος
- Μείωση του αριθμού των λαμβανόμενων δισκίων

Προτεινόμενες παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της δυσκολίας λήψης (π.χ., δυσκολία στο άνοιγμα της συσκευασίας, δυσκολία κατάποσης):

- Αντικατάσταση με ευκολότερα στη λήψη σκευάσματα (π.χ., πόσιμα διαλύματα σε περίπτωση δυσκολίας στην κατάποση)
- Τοποθέτηση των σκευασμάτων σε απλούστερες συσκευασίες
- Απλούστευση δοσολογικού σχήματος
- Μείωση του αριθμού των λαμβανόμενων δισκίων
- Χρήση συσκευών κοπής ή θρυμματισμού των δισκίων
- Χρήση προγεμισμένων συριγγών για τα ενέσιμα σκευάσματα
- Χρήση νεφελποιητών για εισπνεόμενα σκευάσματα

Προτεινόμενες παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση του κόστους:

- Αντικατάσταση με οικονομικότερα σκευάσματα (γενόσημα)
- Διακοπή των μη απαραίτητων σκευασμάτων
- Υπόδειξη προγραμμάτων φαρμακευτικής βοήθειας και επιδομάτων για ανέργους, χαμηλόμισθους και συνταξιούχους

### **9.2.2 Βήμα 2<sup>ο</sup>: Εκτίμηση του συνολικού κινδύνου πρόκλησης βλάβης στον ασθενή από τα φάρμακα που λαμβάνει**

Ο οικογενειακός γιατρός θα εκτιμήσει τον συνολικό κίνδυνο που ενέχει η συνέχιση της λήψης των φαρμάκων, εστιάζοντας στους κάτωθι παράγοντες:

- Παράγοντες που αφορούν τα φάρμακα:
  - αριθμός των σκευασμάτων,
  - επικινδυνότητα και συχνότητα παρενεργειών των σκευασμάτων, και
  - παρελθούσα ή παρούσα τοξικότητα.

- Παράγοντες που αφορούν τον ασθενή:
  - ηλικία μεγαλύτερη των 80 ετών,
  - έκπτωση νοητικής λειτουργίας,
  - πολλαπλή νοσηρότητα,
  - κατάχρηση ουσιών,
  - συνταγογράφηση από πολλούς διαφορετικούς επαγγελματίες υγείας και
  - ιστορικό ελλιπούς συμμόρφωσης.

Ερωτήματα που μπορεί να θέσει στον ασθενή είναι:

- «Πείτε μου, πώς παίρνετε αυτό το φάρμακο;»
- «Θεωρείτε πως σας βοηθάει;»
- «Τους τελευταίους μήνες, παρατηρήσατε παρενέργειες, ανεπιθύμητες αντιδράσεις ή κάποιο άλλο πρόβλημα μ' αυτό το φάρμακο;»

Ακόμη, θα θέσει ερωτήματα που στοχεύουν σε συγκεκριμένες γνωστές παρενέργειες από κάθε φάρμακο, όπως ορθοστατική υπόταση σε ασθενείς που λαμβάνουν αντιυπερτασική αγωγή, διαρροϊκές κενώσεις σε ασθενείς που λαμβάνουν μετορφίνη, οιδήματα των κάτω άκρων σε ασθενείς που λαμβάνουν ανταγωνιστές διαύλων ασβεστίου κ.λπ.

### **9.2.3 Βήμα 3<sup>ο</sup>: Εκτίμηση της πιθανής ωφέλειας από τη λήψη κάθε φαρμάκου στο παρόν ή στο μέλλον, σε αντιδιαστολή με τον παρόντα ή τον μελλοντικό κίνδυνο βλάβης από τη λήψη του**

Ο οικογενειακός γιατρός θα εκτιμήσει μια σειρά από παραμέτρους, ώστε να αποφανθεί για κάθε λαμβανόμενο σκεύασμα αν η πιθανή ωφέλεια υπερτερεί του κινδύνου βλάβης στο παρόν ή στο μέλλον. Επίσης, θα σταθμίσει τον υπολογιζόμενο κίνδυνο ως προς τις άμεσες θεραπευτικές ανάγκες, την πολλαπλή νοσηρότητα και το προσδόκιμο επιβίωσης. Η εκτίμηση μπορεί να γίνει βάσει ορισμένων κριτηρίων:

*Κριτήριο 1: Υπάρχει τεκμηριωμένη ένδειξη για τη χρήση του φαρμάκου;*

Συχνά, αρκετά φαρμακευτικά σκευάσματα χορηγούνται χωρίς να υπάρχει σαφής και εμπεριστατωμένη διάγνωση, ιδίως κατά την προσπάθεια ανακούφισης άτυπων συμπτωμάτων. Επίσης, δεν είναι σπάνια η συνταγογράφηση σκευασμάτων για σαφώς διεγνωσμένα νοσήματα, για τα οποία ωστόσο υπάρχουν ελλιπή τεκμήρια αποτελεσματικότητας. Επιπροσθέτως, όσον αφορά κάποια σκευάσματα δεν έχει τεκμηριωθεί ότι παρέχουν επιπλέον όφελος έπειτα από:

- μια χρονική περίοδο λήψης (π.χ., τα διφωσφονικά μετά από συνεχή πενταετή χορήγηση) ή
- κάποιο ηλικιακό όριο (π.χ., η ορμονική θεραπεία υποκατάστασης σε γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης των 60 ετών).

Κρίνεται, επομένως, ιδιαίτερα σημαντική η αντιστοιχία μεταξύ φαρμάκου και νοσήματος. Έχει δειχθεί ότι η διαδικασία αυτή ενισχύει και βελτιώνει τους δείκτες ποιότητας της συνταγογράφησης (Higashi et al., 2004).

Η κατάλληλη αντιστοιχία μεταξύ φαρμάκου και νοσήματος καθορίζεται από:

- τις συστάσεις των κατευθυντήριων οδηγιών και
- την αποτελεσματικότητα του φαρμάκου στην επίτευξη των στόχων που έχει θέσει ο ασθενής (π.χ., παρηγορητική φροντίδα ασθενή που στοχεύει στη μείωση του φορτίου των φαρμάκων που λαμβάνει έναντι της φροντίδας του ασθενή που στοχεύει σε παράταση της επιβίωσής του).

Έλλειψη αντιστοιχίας μεταξύ φαρμάκου και νοσήματος μπορεί να σημαίνει τα εξής (Hanlon, Schmader, Ruby, & Weinberger, 2001):

- Κατάχρηση του φαρμάκου (χρησιμοποιείται χωρίς να έχει ένδειξη).

- Το φάρμακο υποχρησιμοποιείται (το φάρμακο δεν έχει χορηγηθεί σε περιπτώσεις που θα μπορούσε να βοηθήσει).

Το φάρμακο χρησιμοποιείται με εσφαλμένο τρόπο (λανθασμένη δόση ή συχνότητα λήψης ή χρήση του στη θέση κάποιου άλλου με καλύτερα χαρακτηριστικά: οφέλη, παρενέργειες, κόστος).

*Κριτήριο 2: Μήπως το συγκεκριμένο φάρμακο προέκυψε ως μέρος μιας αλληλουχίας συνταγογράφησης;*

Αρκετά συχνά παρατηρείται μια αλληλουχία στη συνταγογράφηση που μοιάζει με καταρράκτη. Για παράδειγμα, συνταγογράφηση συμπληρωμάτων καλίου σε ασθενή που λαμβάνει διουρητικά λόγω οιδήματος των κάτω άκρων, το οποίο αποτελεί ανεπιθύμητη ενέργεια του λαμβανόμενου από τον ασθενή αναστολέα διαύλων ασβεστίου, ο οποίος συνταγογραφήθηκε για την αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης.

*Κριτήριο 3: Μπορεί το φάρμακο να αποτελεί την αιτία μιας υπαρκτής ή να αυξάνει τον κίνδυνο μιας πιθανής βλάβης;*

Ο οικογενειακός γιατρός θα εκτιμήσει την ύπαρξη βλάβης ή τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης βλάβης στο άμεσο μέλλον και θα αποφανθεί για τη διακοπή ή την αλλαγή του σκευάσματος, θέτοντας τα κάτωθι ερωτήματα:

- Ποιες είναι οι ενδείξεις για το συγκεκριμένο φάρμακο;
- Υπάρχει κάποιο παραπλήσιο σκεύασμα, το οποίο πληροί τις ενδείξεις, ενώ προκαλεί λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες;
- Μήπως το συγκεκριμένο φάρμακο αντενδείκνυται στον συγκεκριμένο ασθενή με το φορτίο νοσηρότητας που φέρει, όπως παραδείγματος χάριν οι β-αποκλειστές σε ασθενή με άσθμα;
- Πρόκειται για σκεύασμα με γνωστές και συχνές παρενέργειες, όπως παραδείγματος χάριν η δυσκοιλιότητα με αποκλειστή διαύλων ασβεστίου ή η ορθοστατική υπόταση με α-αποκλειστές;
- Μήπως το συγκεκριμένο φάρμακο ανήκει στα φάρμακα υψηλού κινδύνου για ηλικιωμένους ή σε φαρμακευτικούς συνδυασμούς υψηλού κινδύνου;

Φάρμακα υψηλού κινδύνου για ηλικιωμένους ασθενείς θεωρούνται τα εξής:

- οπιοειδή,
- αντιπηκτικά,
- μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη,
- διγοξίνη,
- υπογλυκαιμικοί παράγοντες,
- καρδιαγγειακά φάρμακα και
- φάρμακα με αντιχολινεργικές ιδιότητες.

Φαρμακευτικοί συνδυασμοί υψηλού κινδύνου θεωρούνται οι συνδυασμοί των οποίων κάθε δραστική ουσία επαυξάνει την τοξικότητα των υπολοίπων, όπως για παράδειγμα η συνδυαστική λήψη μη στεροειδούς αντιφλεγμονώδους, αναστολέα μετατρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης και διουρητικού σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο.

Ωστόσο, η παρουσία ενός φαρμάκου υψηλού κινδύνου δεν θα πρέπει να οδηγεί αυτόματα στην αντικατάστασή του χωρίς περαιτέρω διερεύνηση (Steinman, Rosenthal, Landefeld, Bertenthal, & Kaboli, 2009).

Η απόφαση για τη διακοπή ενός φαρμάκου μπορεί να στηριχθεί σε επιδημιολογικά δεδομένα σχετικά με τις παρενέργειές του, καθώς και στη συνολική εκτίμηση της κατάστασης. Για παράδειγμα, επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν ότι υπάρχουν φάρμακα που συνδέονται με το 30% των επισκέψεων των ασθενών μεγάλης ηλικίας σε τμήματα επειγόντων περιστατικών, λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών (Budnitz, Shehab, Kegler, & Richards, 2007). Έτσι, πρέπει να καταβάλλεται προσπάθεια, ώστε για τους ηλικιωμένους ασθενείς να επιλέγονται τα φάρμακα με τη μεγαλύτερη ασφάλεια και αποτελεσματικότητα. Σύμφωνα με μελέτες, το 20-30% των ηλικιωμένων ασθενών λαμβάνουν φάρμακα που θα ήταν καλό να αποφεύγουν (π.χ., αντιισταμινικά με ισχυρές αντιχολινεργικές ενέργειες, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, βενζοδιαζεπίνες) (Fick et al., 2003· Pugh et al., 2006· Ryan, O'Mahony, Kennedy, Weedle, & Byrne, 2009· Simon et al., 2005· Zhan et al., 2001).

*Κριτήριο 4: Είναι το σκεύασμα αναποτελεσματικό για τον συγκεκριμένο ασθενή; Μήπως υπάρχει αυτόματη πλήρης ύφεση των συμπτωμάτων χωρίς την ανάγκη συνέχισης της χρήσης του σκευάσματος;*

Ο οικογενειακός γιατρός θα θέσει στον ασθενή τα κάτωθι ερωτήματα:

- «Θεωρείτε πως, από τότε που ξεκινήσατε να παίρνετε το συγκεκριμένο φάρμακο, είδατε διαφορά στο πώς αισθάνεστε και προτιμάτε να το συνεχίσετε;»
- Αν η απάντηση είναι πως δεν υπάρχει σαφής διαφορά ή πως πιθανόν να μην λειτουργεί το συγκεκριμένο φάρμακο, ο οικογενειακός γιατρός μπορεί, αν δεν υπάρχουν άλλες αντενδείξεις, να προχωρήσει στη διακοπή του συγκεκριμένου φαρμάκου.
- «Έχετε ακόμη το ενοχλητικό εκείνο σύμπτωμα για το οποίο λαμβάνετε αυτό το φάρμακο;» ή «Αισθάνεστε πως χρειάζεστε ακόμη το συγκεκριμένο φάρμακο;»

Αν το στοχευόμενο με το συγκεκριμένο φάρμακο ενόχλημα (π.χ., βήχας, κεφαλαλγία, δυσπεπτικά ενοχλήματα κ.λπ.) είναι αυτοπεριοριζόμενο, ήπιο, διαλείπον ή ανεκτό χωρίς τη λήψη του φαρμάκου, ο οικογενειακός γιατρός μπορεί να συστήσει τη διακοπή του. Ακόμη, μπορεί να προτείνει μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις για την περαιτέρω ανακούφιση ή πλήρη εξάλειψη του ενοχλήματος, όπως την αποφυγή πιθανών εκλυτικών παραγόντων.

*Κριτήριο 5: Μήπως το φάρμακο αποτελεί προληπτική αγωγή που δεν είναι αποδοτική στο χρονικό διάστημα που αντιστοιχεί στο προσδόκιμο επιβίωσης του ασθενή;*

Ο οικογενειακός γιατρός οφείλει να εκτιμήσει το προσδόκιμο επιβίωσης του ασθενή, η εκτίμηση του οποίου γίνεται με τη χρήση προγνωστικών εργαλείων και με εκτίμηση της συνολικής κατάστασης του ασθενή (Reuben, 2009). Στη συνέχεια, ο οικογενειακός γιατρός μπορεί να προτείνει τη διακοπή των σκευασμάτων που χορηγούνται στο πλαίσιο της πρόληψης και έχουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- δεν προσδίδουν κανένα όφελος στο δεδομένο προσδόκιμο επιβίωσης,
- επιβαρύνουν τον ασθενή και
- επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα της εναπομείνουσας ζωής.

*Κριτήριο 6: Μήπως η φαρμακευτική αγωγή οδηγεί σε ένα μη αποδεκτό φορτίο επιβάρυνσης;*

Ο οικογενειακός γιατρός οφείλει να θέσει, επίσης, στον ασθενή το εξής ερώτημα: «Πέραν των ανεπιθύμητων ενεργειών, υπάρχει κάτι άλλο που σας προβληματίζει σχετικά με τα φάρμακα που λαμβάνετε;», ώστε να εκτιμήσει πιθανές δυσκολίες και προβληματισμούς, όπως για παράδειγμα (Hanlon et al., 2001):

- δυσκολία στην κατάποση λόγω μεγάλου μεγέθους δισκίου,
- αυξημένο κόστος για τον ασθενή,
- συχνός έλεγχος των επιπέδων (π.χ., κουμαρινικά αντιπηκτικά) και
- λανθασμένες οδηγίες λήψης του φαρμάκου.

Συχνά, ενδέχεται η λήψη πολλαπλών φαρμάκων να αυξάνει την επιβίωση, αλλά ταυτόχρονα να μειώνει την ποιότητα ζωής, καθώς μπορεί να αυξάνει δυσανάλογα το φορτίο θεραπείας (burden of treatment) (Walter & Covinsky, 2001).

Ο οικογενειακός γιατρός οφείλει να διευκρινίσει τους στόχους που θέτει ο ασθενής και η οικογένειά του για την υγεία του, και να εκτιμήσει τις προσδοκίες τους από τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, οι οποίες μπορεί να συνίστανται σε (Holmes, Hayley, Alexander, & Sachs, 2006):

- παράταση του προσδόκιμου επιβίωσης,
- μείωση των συμπτωμάτων,
- μείωση των φαρμάκων,
- μείωση των παρενεργειών και
- μείωση του κόστους.



Ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού είναι να θέσει αυτούς τους στόχους και τις προσδοκίες του ασθενή σε ένα ρεαλιστικό υπόβαθρο. Οι ασθενείς θα ήθελαν να επιτύχουν όλους τους στόχους, αλλά μερικές φορές η επίτευξη ενός στόχου μπορεί να έρχεται σε σύγκρουση με την επίτευξη κάποιου άλλου. Ο οικογενειακός γιατρός πρέπει να κατανοήσει και να διευκρινίσει την προτεραιότητα των στόχων αυτών για τον ασθενή του. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μετά από αρκετές συζητήσεις σχετικές με αποφάσεις για τη θεραπεία, καθώς και συζητήσεις σχετικές με τους γενικούς στόχους της φροντίδας του ασθενή.

Επίσης, καθοριστικός παράγοντας στη λήψη της κλινικής απόφασης για συνταγογράφηση ή διακοπή ενός φαρμακευτικού σκευάσματος, βάσει του στόχου φροντίδας που θέτουν από κοινού ο οικογενειακός γιατρός και ο ασθενής, είναι το προσδόκιμο επιβίωσης του ασθενή (Reuben, 2009).

#### **9.2.4 Βήμα 4<sup>ο</sup>: Τοποθέτηση των προς διακοπή φαρμάκων σε σειρά προτεραιότητας, βάσει του δείκτη ωφέλειας-βλάβης και της πιθανότητας εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών από την απότομη διακοπή τους**

Προτείνεται να τοποθετηθούν τα χορηγούμενα σκευάσματα σε μια σειρά με βάση τον δείκτη ωφέλειας-βλάβης που προκύπτει από τη χρήση τους. Στην αρχή της λίστας τίθενται τα φάρμακα που προκαλούν τη μεγαλύτερη βλάβη και τη μικρότερη ωφέλεια. Εν συνεχεία, ο οικογενειακός γιατρός, στηριζόμενος σ' αυτήν τη λίστα, μπορεί να προχωρήσει στη διακοπή των χορηγούμενων σκευασμάτων, λαμβάνοντας υπόψη τα παρακάτω κριτήρια:

- Αρχικά, σκευάσματα που προσδίδουν το μικρότερο όφελος και τη μεγαλύτερη βλάβη.
- Έπειτα, σκευάσματα που είναι δυνατόν να διακοπούν με μεγαλύτερη ευκολία, λόγω μειωμένου κινδύνου εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών απόσυρσης ή φαινομένων ανάκαμψης της νόσου (disease rebound).
- Στη συνέχεια, σκευάσματα που επιθυμούν οι ασθενείς να διακόψουν.
- Τέλος, σκευάσματα που είναι δυνατόν να διακοπούν, αλλά χρήζουν σταδιακής μείωσης της δοσολογίας, ώστε να αποφευχθούν οι ανεπιθύμητες ενέργειες ταχείας απόσυρσης και τα φαινόμενα ανάκαμψης της νόσου.

#### **9.2.5 Βήμα 5<sup>ο</sup>: Εφαρμογή πλάνου διακοπής ενός ή περισσότερων φαρμάκων και τακτική επανεκτίμηση του ασθενή για βελτίωση των εκβάσεων ή για εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών**

Ο οικογενειακός γιατρός οφείλει να σχεδιάσει από κοινού με τον ασθενή ένα εφικτό και ξεκάθαρο για τον ασθενή πλάνο διακοπής των συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Δεν υπάρχουν επαρκή τεκμήρια για τη σύνταξη ενός ιδανικού πρωτοκόλλου διακοπής των συνταγογραφούμενων φαρμάκων (Bain et al., 2008). Ωστόσο, προτείνεται να ακολουθηθούν οι παρακάτω κανόνες:

- Διακοπή ενός σκευάσματος τη φορά, ώστε να καθίσταται σαφής η πιθανή ωφέλεια ή βλάβη από τη διακοπή του.
- Σταδιακή μείωση της χορηγούμενης δοσολογίας μέχρι την πλήρη διακοπή του σκευάσματος.
- Απότομη διακοπή μόνο όταν υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι ένα σοβαρό σύμπτωμα οφείλεται σε κάποιο φάρμακο ή όταν οι συνθήκες στην κλινική πράξη δεν προσφέρουν μελλοντικές ευκαιρίες για τροποποίηση της λήψης του φαρμάκου.
- Διακοπή των φαρμάκων που εμφανίζουν συχνότερα ανεπιθύμητες ενέργειες και ενημέρωση των ασθενών σχετικά με το τι πρέπει να προσέξουν και να αναφέρουν στον θεράποντα γιατρό.
- Κοινοποίηση του πλάνου σε όλα τα μέλη της ομάδας παροχής φροντίδας στον ασθενή (π.χ., επαγγελματίες υγείας, οικογένεια, κατ' οίκον φροντιστές ή νοσηλευτές, προσωπικό ιδρυμάτων).
- Πλήρης καταγραφή των λόγων διακοπής και των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από τη διακοπή των σκευασμάτων.

Υπάρχουν περιορισμένα τεκμήρια στη βιβλιογραφία σχετικά με τον αποτελεσματικότερο τρόπο διακοπής ενός φαρμάκου· προτείνεται, ωστόσο, η σταδιακή διακοπή του φαρμάκου, διότι παρατηρούνται συχνότατα ανεπιθύμητες ενέργειες κατά την περίοδο αμέσως μετά την απότομη διακοπή του [π.χ., υπερτασική κρίση και αντανακλαστική ταχυκαρδία σε απότομη απόσυρση ενός β-αποκλειστή, παρενέργεια γνωστή ως φαινόμενο ανάδρασης (rebound)]. Σύμφωνα με τα ευρήματα των Graves κ.ά. (Graves et al., 1997), το 26% των ασθενών εμφάνισαν επιδείνωση των συμπτωμάτων του υποκείμενου νοσήματος (π.χ., στηθάγχη και υψηλή αρτηριακή πίεση), ενώ το 4% εμφάνισε συμπτώματα στέρσης, κυρίως μετά τη διακοπή β-αποκλειστών και βενζοδιαζεπινών.

Φάρμακα για τα οποία συνιστάται σταδιακή διακοπή είναι τα κάτωθι (Bain et al., 2008):

- οπιοειδή,
- β-αποκλειστές,
- κλονιδίνη,
- γκαμπαπεντίνη,
- τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά,
- εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) και
- εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης (SNRIs).

Ακόμη κι όταν γίνεται σταδιακή διακοπή ενός φαρμάκου, χρειάζεται η πλήρης καταγραφή των συμπτωμάτων που ενδεχομένως οφείλονται στη διακοπή του φαρμάκου. Επιπλέον, οι ασθενείς και όσοι τους φροντίζουν θα πρέπει να εκπαιδεύονται, ώστε να αναγνωρίζουν τα πιθανά συμπτώματα. Επίσης, είναι χρήσιμη η επικοινωνία με άλλους ειδικούς, ιδιαίτερα όταν η διακοπή ενός φαρμάκου μπορεί να επηρεάσει τη δράση κάποιου άλλου (Feldstein et al., 2006· Gurwitz et al., 2003). Παρ' όλα αυτά, συνιστάται απότομη διακοπή ενός φαρμάκου όταν υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι ένα σοβαρό σύμπτωμα οφείλεται στο φάρμακο ή όταν οι συνθήκες στην κλινική πράξη δεν προσφέρουν μελλοντικές ευκαιρίες για την τροποποίηση της λήψης του φαρμάκου.

Η εκτίμηση του κινδύνου που διατρέχει ο ασθενής από τα φάρμακα που λαμβάνει είναι δύσκολη διαδικασία, διότι οι ανεπιθύμητες ενέργειες ενδέχεται να είναι μη ειδικές και να μιμούνται συμπτώματα που μπορεί να αποδοθούν στα υποκείμενα νοσήματα του ασθενή (π.χ., μια γενικευμένη έκπτωση της λειτουργικής κατάστασης του ασθενή). Για τον λόγο αυτόν, κρίνεται σκόπιμο κάθε σύμπτωμα ηλικιωμένου ασθενή να θεωρείται παρενέργεια από φάρμακο μέχρι να αποδειχθεί το αντίθετο. Συχνά, ο μόνος τρόπος να εντοπιστεί η αιτία του συμπτώματος είναι η βελτίωση του ασθενή ύστερα από τη διακοπή του φαρμάκου (Bain et al., 2008). Αντίθετα, η διακοπή ενός φαρμάκου δεν συνδέεται πάντα με την παρατηρούμενη βελτίωση του ασθενή, δεδομένου ότι η βελτίωση συμπτωμάτων ή κάποιου δείκτη μετά από τη διακοπή ενός φαρμάκου μπορεί απλά να συμπίπτει με τη φυσική πορεία του νοσήματος ή των επιπέδων του δείκτη. Σ' αυτήν την περίπτωση, η πρόκληση των συμπτωμάτων με την επανέναρξη χορήγησης του φαρμάκου (n-of-1 trial) θα μπορούσε να βοηθήσει ως προς την αιτιολόγηση (Scuffham et al., 2010).

### 9.3 Εφαρμογή του πρωτοκόλλου μείωσης του αριθμού των φαρμάκων

**Κλινικό σενάριο:** Ο κύριος Σταύρος είναι 84 ετών και ζει με τη γυναίκα του. Είναι συνταξιούχος δημοσιογράφος και έχει, επίσης, διατελέσει εκδότης περιοδικού. Παλαιότερα, συνήθιζε να παίζει τακτικά τένις. Ο κύριος Σταύρος πάσχει από τα ακόλουθα νοσήματα:

- άνοια,
- κολπική μαρμαρυγή,
- σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2,
- υπέρταση,
- υπερλιπιδαιμία,
- χρόνια νεφρική νόσο,
- γαστρίτιδα και
- γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση.

Επίσης, από το ατομικό του αναμνηστικό, έχει υποβληθεί στις εξής χειρουργικές επεμβάσεις:

- διουρηθρική αφαίρεση καρκίνου της ουροδόχου κύστης προ επταετίας, με επακόλουθη ακράτεια ούρων, και
- αποσυμπίεση της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, λόγω στένωσης σπονδυλικού σωλήνα προ διετίας.

Κατά την επίσκεψή του στον οικογενειακό του γιατρό, ο κύριος Σταύρος αναφέρει τους κάτωθι προβληματισμούς:

- Ανησυχεί, γιατί ξεχνάει.
- Περπατάει με δυσκολία.
- Έχει υποστεί αρκετές πτώσεις.

Η σύζυγος του κυρίου Σταύρου, η κυρία Ελισάβετ, αναφέρει ότι ο κύριος Σταύρος δεν κάνει πλέον σχεδόν τίποτε· κάθεται συνέχεια σε μια καρέκλα στο σπίτι ή την ακολουθεί. Συγκεκριμένα, χρειάζεται:

- σημαντική βοήθεια για να πλυθεί,
- ανάλογη βοήθεια για να ντυθεί,
- λιγότερη βοήθεια για την καθημερινή του περιποίηση και
- μέτρια βοήθεια για τη μετακίνησή του.

Ακόμη, είναι τελείως εξαρτημένος όσον αφορά τις περισσότερες σύνθετες δραστηριότητες της καθημερινότητας, όπως:

- τα καθημερινά ψώνια,
- τις δουλειές του σπιτιού και
- την προετοιμασία των γευμάτων.

Η κυρία Ελισάβετ έχει ήδη προσλάβει μια βοηθό για τη φροντίδα του συζύγου της, η οποία είναι γι' αυτή δυσβάσταχτη, καθώς απαιτεί όλο της τον χρόνο. Τα προβλήματα που απασχολούν τον κύριο Σταύρο και τους φροντιστές του είναι προβλήματα που συναντώνται αρκετά συχνά σε ηλικιωμένους ασθενείς και συνοψίζονται στα κάτωθι:

- περιορισμός της λειτουργικότητας,
- έκπτωση της νοητικής λειτουργίας,
- δυσκολία στη βάρδιση και
- πτώσεις.

Κατά την αντικειμενική εξέταση του κυρίου Σταύρου διαπιστώνονται τα εξής:

- Η αρτηριακή του πίεση είναι 135/60 mm Hg.
- Έχει 50 σφύξεις ανά λεπτό.
- Βαθμολογία 19 στα 30 στην κλίμακα μέτρησης του επιπέδου γνωσιακής λειτουργίας (Folstein Mini Mental State Examination), δηλαδή μετρίως προς σοβαρή έκπτωση της νοητικής λειτουργίας.

Ο κύριος Σταύρος λαμβάνει 13 φαρμακευτικά σκευάσματα, διαιρεμένα σε 16 δόσεις ημερησίως, όπως καταγράφονται στον Πίνακα 9.2.

Φάρμακο	Νόσημα/σύμπτωμα
Σουλφονουρία (Glyburide 2,5 mg, 1 φορά την ημέρα)	Σακχαρώδης διαβήτης
Διγοξίνη (Digoxin 0,125 mg, 1 φορά την ημέρα)	Κολπική μαρμαρυγή
Κουμαρινικό αντιπηκτικό (Warfarin, προσαρμοζόμενη	Κολπική μαρμαρυγή

δόση)	
β-αποκλειστή (Metoprolol 25 mg, δις ημερησίως)	Αρτηριακή υπέρταση
Μεμαντίνη (Memantine 10 mg, 1 φορά την ημέρα, ανταγωνιστής υποδοχέα-NMDA)	Άνοια
Γκαμπαπεντίνη (Gabapentin 300 mg, δις ημερησίως)	Ιστορικό πόνου λόγω στένωσης σπονδυλικού σωλήνα
Μη στεροειδές αντιφλεγμονώδες (Etoricoxib 400 mg, 1 φορά την ημέρα)	Ιστορικό πόνου λόγω στένωσης σπονδυλικού σωλήνα
Συμπληρώματα σιδήρου (Ferrous sulfate, 1 φορά την ημέρα)	Ιστορικό αναιμίας
Πολυβιταμίνες (Multivitamins, 1 φορά την ημέρα)	Χωρίς εμφανή ένδειξη
Ω-3 λιπαρά οξέα (Omega-3-acids, 3 φορές την ημέρα)	Δυσλιπιδαιμία
Υπακτικό καθαρτικό (Docusate sodium 100 mg, 1 φορά την ημέρα)	Δυσκοιλιότητα
Λακτουλόζη (Lactulose, 1 φορά την ημέρα, επί παρατεταμένης δυσκοιλιότητας)	Δυσκοιλιότητα
Παρακεταμόλη (Paracetamol 500 mg, 4 φορές την ημέρα επί πόνου)	Ιστορικό πόνου λόγω στένωσης σπονδυλικού σωλήνα

**Πίνακας 9.2** Φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει ο κύριος Σταύρος.

Ο κύριος Σταύρος φέρει μαζί του εργαστηριακό έλεγχο με τις εξής τιμές:

- αιμοσφαιρίνη 13 g/dL,
- γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη 5,9% (HbA1c),
- διεθνής κανονικοποιημένος λόγος για τον χρόνο προθρομβίνης 2,4 (international normalized ratio, INR)
- υπολογιζόμενος ρυθμός σπειραματικής διήθησης 42 mL/min/1,73m<sup>2</sup> (glomerular filtration rate, GFR).

Από τον εργαστηριακό έλεγχο προκύπτουν οι εξής πληροφορίες:

- απουσία αναιμίας,
- επιθυμητός γλυκαιμικός έλεγχος,
- επιθυμητή ρύθμιση INR και
- χρόνια νεφρική νόσος σταδίου IIIβ.

Λαμβάνοντας υπόψη όλες τις παραπάνω πληροφορίες, ο κύριος Σταύρος και η κυρία Ελισάβετ αποφάσισαν από κοινού με τον οικογενειακό γιατρό κάποιες αλλαγές στο πλάνο διαχείρισης, η εφαρμογή των οποίων επέφερε τα παρακάτω αποτελέσματα:

- Ο γλυκαιμικός έλεγχος διατηρήθηκε σε τιμές μικρότερες του ανώτερου στόχου για τη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη, χωρίς τη λήψη σουλφονουλουρίας.
- Η βάδιση βελτιώθηκε με τις συνεδρίες φυσικοθεραπείας.
- Δεν αναφέρθηκαν νέες πτώσεις.
- Ο κύριος Σταύρος ξεκίνησε μαζί με τη σύζυγό του συνεδρίες αεροβικής και ασκήσεων σε πισίνα για ηλικιωμένους.
- Ο διεθνής κανονικοποιημένος λόγος για τον χρόνο προθρομβίνης ρυθμίζεται εντός του επιθυμητού εύρους τιμών.
- Το άλγος στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης δεν επανήλθε μετά τη διακοπή των χορηγούμενων αναλγητικών.
- Ο ρυθμός παρέμεινε στις 50 με 70 σφύξεις ανά λεπτό κατά τη σταδιακή μείωση της λαμβανόμενης δόσης της διγοξίνης και, στη συνέχεια, διακόπη η λήψη της διγοξίνης.
- Η τιμή της αιμοσφαιρίνης παρέμεινε σταθερή και οι τιμές της φερριτίνης και του κορεσμού της τρανσφερρίνης εντός φυσιολογικών ορίων και μετά τη διακοπή του σκευάσματος σιδήρου.
- Η νοητική λειτουργία του κυρίου Σταύρου επιδεινώθηκε με τη μείωση της χορηγούμενης δόσης της μεμαντίνης, οπότε χορηγήθηκε εκ νέου η πλήρης δόση μεμαντίνης και προτάθηκαν συνεδρίες λογοθεραπείας για τη βελτίωση της εμφανισθείσας δυσκολίας στη χρήση των ουσιαστικών και των ονομάτων.
- Αρχικά υπήρξε κάποια βελτίωση στη νοητική λειτουργία του κυρίου Σταύρου, αλλά σε διάστημα έξι μηνών επιδεινώθηκε και επανήλθε στο πρότερο νοητικό επίπεδο, προ της έναρξης των συνεδριών λογοθεραπείας, παρά τη συνέχιση της χορήγησης μεμαντίνης.
- Δεν αναφέρθηκε ξανά το σύμπτωμα της δυσκοιλιότητας μετά τη διακοπή των καθαρτικών σκευασμάτων και την υιοθέτηση διατροφής πλούσιας σε φυτικές ίνες.

Η συχνότητα υπερθεραπείας, ακατάλληλης συνταγογράφησης ή μη αποδοτικής πολυφαρμακίας αυξάνεται ευθέως ανάλογα με την ηλικία του ασθενούς και τον αριθμό των νοσημάτων από τα οποία πάσχει. Ακόμη, η συχνότητα ελλιπούς θεραπείας σε ηλικιωμένους ασθενείς, παρά τη συνταγογράφηση αρκετών φαρμακευτικών σκευασμάτων, κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα τόσο σε αυτούς που λαμβάνουν μικρό αριθμό φαρμάκων όσο και σε αυτούς που λαμβάνουν πολλαπλά φάρμακα (Gurwitz, 2004· Steinman, 2007).

Στο παραπάνω παράδειγμα, ο κύριος Σταύρος λάμβανε αρχικά 13 διαφορετικά σκευάσματα (Πίνακας 9.2). Μετά την προσεκτική ανασκόπηση των συνταγογραφούμενων φαρμάκων και τη σταδιακή μείωση των επικίνδυνων, των αναποτελεσματικών και εκείνων χωρίς ένδειξη, λαμβάνει πλέον τρία φαρμακευτικά σκευάσματα (Πίνακας 9.3). Ωστόσο, υπάρχουν φαρμακευτικές παρεμβάσεις που δεν παρέχονται, από τις οποίες ο κύριος Σταύρος θα είχε όφελος.

Για παράδειγμα, θα ωφελούνταν πιθανώς από τη συνταγογράφηση βιταμίνης D, δεδομένου ότι συχνά παρατηρείται ένδεια στους ηλικιωμένους, καθώς και στη χρόνια νεφρική νόσο. Η αναπλήρωση της βιταμίνης D συνεισφέρει στην πρόληψη των πτώσεων και στη μείωση του κινδύνου κατάγματος από πτώση, ιδίως σε ασθενείς με ιστορικό πτώσεων. Επιπλέον, αν ο ασθενής έχει οστεοπόρωση, θα ωφελούνταν από την επιπλέον χορήγηση συμπληρωμάτων ασβεστίου και διφωσφονικών (Farrell et al., 2015· Richard & Lussier, 2006· Steinman & Hanlon, 2010).

Ο κύριος Σταύρος πάσχει, επίσης, από χρόνια νεφρική νόσο. Η χρήση αναστολέα μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης προσφέρει νεφροπροστασία και επιβραδύνει την εξέλιξη της νεφρικής νόσου, καθώς και την ανάπτυξη και εξέλιξη καρδιονεφρικού συνδρόμου. Η χορήγηση ενδείκνυται κυρίως σε ασθενείς με πρωτεϊνουρία. Ο οικογενειακός γιατρός παραγγέλνει έναν νέο εργαστηριακό έλεγχο για τον κύριο Σταύρο, στον οποίο αναδεικνύεται σημαντικού βαθμού πρωτεϊνουρία. Ο οικογενειακός γιατρός θα εξηγήσει στον κύριο Σταύρο τα οφέλη από τη λήψη ενός αναστολέα μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης πριν του συνταγογραφήσει το νέο φάρμακο. Λαμβάνοντας υπόψη την αντιυπερτασική δράση του νέου σκευάσματος, ο οικογενειακός γιατρός μπορεί να έχει τη δυνατότητα της σταδιακής διακοπής του β-αποκλειστή, αν η αρτηριακή πίεση και η καρδιακή συχνότητα ρυθμίζονται επαρκώς. Επίσης, θα επανεξετάσει

τα χορηγούμενα σκευάσματα, ώστε να βεβαιωθεί πως οι λαμβανόμενες δόσεις είναι σταθμισμένες για τη νεφρική λειτουργία του ασθενούς.

Επιπροσθέτως, η χρήση στατίνης μειώνει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο και προσφέρει όφελος σε ασθενείς με αγγειακή άνοια. Καθώς τα οφέλη της χορήγησης στατινών στην πρόληψη του καρδιαγγειακού κινδύνου εμφανίζονται συνήθως μετά από τουλάχιστον τρία χρόνια, η έναρξη της χρήσης τους σε ασθενείς με περιορισμένο προσδόκιμο επιβίωσης είναι αμφιλεγόμενη. Καθοριστικός παράγοντας για τη λήψη της απόφασης χορήγησης ενός φαρμάκου σε ασθενή με περιορισμένο προσδόκιμο επιβίωσης είναι ο στόχος της παρεχόμενης φροντίδας. Όταν ο στόχος είναι η επιμήκυνση της επιβίωσης, λαμβάνονται υπόψη προληπτικές και φαρμακευτικές παρεμβάσεις με μακροπρόθεσμα οφέλη. Αντίθετα, σε περιπτώσεις παρηγορητικής θεραπείας, όπως στην περίπτωση του κυρίου Σταύρου, προτεραιότητα αποτελεί η παροχή φαρμακευτικών παρεμβάσεων οι οποίες αποδίδουν άμεσα οφέλη. Παραδείγματα τέτοιων παρεμβάσεων θα μπορούσαν να είναι η χορήγηση αναλγητικών για την ανακούφιση του πόνου και αντικαταθλιπτικών για τη βελτίωση του καταθλιπτικού συναισθήματος —σε περίπτωση που διαγνωσθεί κάτι τέτοιο—, καθώς συνοδεύει συχνά τους ασθενείς τελικού σταδίου (Steinman & Hanlon, 2010).

Φάρμακο	Νόσημα/σύμπτωμα
Κουμαρινικό αντιπηκτικό (Warfarin, προσαρμοζόμενη δόση)	Κολπική μαρμαρυγή
β-αποκλειστής (Metoprolol 25 mg, δις ημερησίως)	Αρτηριακή υπέρταση, καρδιακή συχνότητα
Μεμαντίνη (Memantine 10mg, 1 φορά την ημέρα, ανταγωνιστής υποδοχέα-NMDA)	Άνοια
Παρακεταμόλη (Paracetamol 500 mg, έως 4 φορές την ημέρα επί πόνου)	Πόνος
Αναστολέας μετατρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης (Ramipril 2,5 mg, 1 φορά την ημέρα)	Χρόνια νεφρική νόσος, αρτηριακή υπέρταση
Βιταμίνη D (Vitamin D 800IU, 1 φορά την ημέρα)	Πτώσεις, χρόνια νεφρική νόσος

**Πίνακας 9.3** Φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει ο κύριος Σταύρος μετά τις τροποποιήσεις και τη μείωση των μη αναγκαίων σκευασμάτων.

## 9.4 Εμπόδια στην προσπάθεια μείωσης των φαρμάκων

Σύμφωνα με τα ευρήματα συστηματικών ανασκοπήσεων, υπάρχουν αλληλεπιδράσεις σε αρκετά επίπεδα μεταξύ του θεράποντος γιατρού που συνταγογραφεί ένα φαρμακευτικό σκεύασμα και του ασθενή που θα το λάβει, με αποτέλεσμα να προκαλούνται εμπόδια στη διαδικασία της μείωσης των φαρμάκων.

Ακόμη, έχει παρατηρηθεί αυξημένη πιθανότητα συνταγογράφησης μη αναγκαίων φαρμάκων σε ηλικιωμένους που επισκέπτονται πολλούς διαφορετικούς γιατρούς ή που μετέβησαν σε διαφορετικές δομές φροντίδας (π.χ., πρόσφατες επισκέψεις σε νοσοκομείο) (Boockvar et al., 2009· Green, Hawley, & Rask, 2007· Hajjar et al., 2003· Hajjar et al., 2005).

Συνήθη μη αναγκαία φάρμακα, συνταγογραφούμενα σε ηλικιωμένους ασθενείς ύστερα από εξιτήριο από νοσοκομείο, είναι τα κάτωθι (Grant et al., 2006· Hajjar et al., 2005· Thomas et al., 2010):

- αναστολείς αντλίας πρωτονίων,

- φάρμακα του κεντρικού νευρικού συστήματος και
- συμπληρώματα βιταμινών.

Οι φραγμοί που προκύπτουν συχνότερα στη διαδικασία της μείωσης των φαρμάκων είναι οι παρακάτω (Anderson, Stowasser, Freeman, & Scott, 2014· Reeve et al., 2013):

- *Πολυπλοκότητα της κατάστασης του ασθενή*: Αρκετά συχνό εμπόδιο στην κατάλληλη συνταγογράφηση φαρμάκων και στη μείωση των ακατάλληλα συνταγογραφούμενων σκευασμάτων είναι η πολυπλοκότητα της κατάστασης του ασθενή. Πολυφαρμακία και ακατάλληλη συνταγογράφηση παρατηρείται, κυρίως, στους ηλικιωμένους ασθενείς, οι οποίοι ως επί το πλείστον πάσχουν από πολλαπλά νοσήματα. Η πολυπλοκότητα αυτή δυσχεραίνει τη λήψη της κλινικής απόφασης για διακοπή ενός σκευάσματος, καθώς συχνά δεν είναι ξεκάθαρο και μετρήσιμο το πιθανό όφελος ή η πιθανή βλάβη από τη διακοπή του.
- *Περιορισμένος χρόνος*: Ο φόρτος εργασίας και ο περιορισμένος χρόνος σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας αποτελούν ίσως το συχνότερο εμπόδιο στη μείωση των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, καθώς δεν επιτρέπουν την πλήρη καταγραφή και αναθεώρησή τους. Σύμφωνα με τη Διεθνή Επιτροπή για τη Διασφάλιση της Ποιότητας στη φροντίδα υγείας (National Committee for Quality Assurance), προτείνεται αναθεώρηση των συνταγογραφούμενων φαρμάκων («brown bag» review) ετησίως, ενέργεια που αποτελεί μέτρο της ποιότητας της φροντίδας που παρέχεται στους ηλικιωμένους (National Committee for Quality Assurance, 2010).
- *Πολλαπλοί επαγγελματίες υγείας*: Έχει παρατηρηθεί πως η δυσκολία μείωσης των φαρμάκων αυξάνεται όταν η παροχή φροντίδας υγείας διαμοιράζεται σε πολλαπλούς επαγγελματίες υγείας. Στις περιπτώσεις αυτές, δεν καθίσταται δυνατή η ολιστική προσέγγιση του ασθενή. Αντίθετα, κάθε ειδικότητα εστιάζει σε συγκεκριμένα νοσήματα και συνταγογραφεί την κατάλληλη γι' αυτά φαρμακευτική αγωγή, χωρίς να λαμβάνει υπόψη τις συννοσηρότητες και τα συνταγογραφούμενα γι' αυτές φάρμακα. Άμεσες συνέπειες της κατάστασης αυτής αποτελούν:
  - η υπερ-συνταγογράφηση,
  - οι φαρμακοκινητικές και φαρμακοδυναμικές αλληλεπιδράσεις,
  - η υπερθεραπεία νοσημάτων και συμπτωμάτων, και
  - η υποθεραπεία νοσημάτων λόγω υποδιάγνωσης.
- *Ανεπαρκής πληροφόρηση*: Εμπόδια στη μείωση των φαρμάκων προκαλούνται πολλές φορές λόγω ανεπαρκούς πληροφόρησης. Συχνά, αλλαγές στην προτεινόμενη βάσει κλινικών κατευθυντηρίων οδηγιών φαρμακευτική θεραπεία δεν γίνονται ευρέως γνωστές ή δεν υιοθετούνται από όλους τους επαγγελματίες υγείας, με άμεση συνέπεια την εμμονή σε πεπερασμένες πρακτικές. Επιπλέον, αρκετά συχνά ο ίδιος ο ασθενής εμμένει σε ένα φαρμακευτικό σκεύασμα που του χορηγείται, λόγω ελλιπούς πληροφόρησης για τη δυνατότητα αντικατάστασής του από παρόμοιο σκεύασμα:
  - με λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες,
  - ασφαλέστερο,
  - οικονομικότερο και
  - πιο εύχρηστο (π.χ., λιγότερες δόσεις, δεν χρειάζεται συνεχή έλεγχο των επιπέδων).
- *Αλλαγή του στόχου φροντίδας*: Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι στόχοι της παρεχόμενης φροντίδας υγείας δεν καθορίζονται με σαφήνεια ή, ενδεχομένως, αλλάζουν στον χρόνο. Επομένως, οι φαρμακευτικές προσεγγίσεις απαιτούν αναθεώρηση και αναπροσαρμογή με βάση τους νέους στόχους.
- *Αβεβαιότητα*: Αρκετά συχνά, υπάρχει αβεβαιότητα σχετικά με το πραγματικό όφελος ή τη βλάβη από τη συνέχιση λήψης ή από τη διακοπή ενός φαρμάκου. Τα υπάρχοντα τεκμήρια είναι είτε ελλιπή είτε ανεπαρκή. Ως αποτέλεσμα, παρατηρείται δυσκολία στη λήψη απόφασης για διακοπή του χορηγούμενου σκευάσματος ή κλινικής απόφασης για συνταγογράφηση ενός νέου σκευάσματος.
- *Κοινωνικά και επαγγελματικά πρότυπα*: Παρατηρείται τόσο σε κοινωνικό όσο και σε επαγγελματικό επίπεδο μια τάση για αύξηση, παρά για μείωση, των συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Χαρακτηριστικά, η υπερ-συνταγογράφηση προωθείται —με την υποστήριξη της φαρμακοβιομηχανίας— από τους επαγγελματίες υγείας, αλλά και από τους ασθενείς που επιδιώκουν τη λήψη νέων φαρμάκων λόγω της εσφαλμένης πεποίθησης πως ο αριθμός των συνταγογραφούμενων

φαρμάκων είναι ανάλογος της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, και της επιθυμητής καλής υγείας και ποιότητας ζωής.

#### 9.4.1 Προτεινόμενες λύσεις για τη μείωση των φαρμάκων

Μια δομημένη (structured) διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής φαίνεται ότι μπορεί να βελτιώσει τις εκβάσεις για τον ασθενή· ωστόσο, τα υπάρχοντα τεκμήρια είναι ανεπαρκή. Προτείνονται παρεμβάσεις που αφορούν τους φαρμακοποιούς και την ομάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας μέσω συστημάτων υπενθύμισης, τα οποία στοχεύουν στην αλλαγή των υπάρχοντων προτύπων και τάσεων υπερσυνταγογράφησης.

Όσον αφορά τους γιατρούς, λίγες μελέτες αποτίμησαν την αποτελεσματικότητα της προσπάθειας του κλινικού προσωπικού να ενσωματώσει στην κλινική πράξη τις αρχές ενός ολοκληρωμένου συστήματος διαχείρισης των φαρμάκων. Υπάρχουν, συνεπώς, περιορισμένα τεκμήρια σχετικά με το αν οι γιατροί μπορούν να εφαρμόσουν με επιτυχία ένα σύστημα βασισμένο στην ανασκόπηση των φαρμάκων των ασθενών, μολονότι οι χρονικοί περιορισμοί αποτρέπουν την ευρεία υιοθέτησή του (Drenth-van Maanen, van Marum, Knol, van der Linden, & Jansen, 2009· Krska, Gill, & Hansford, 2006· Pit, Byles, & Cockburn, 2007).

Οι υπάρχουσες στη βιβλιογραφία τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές που αποτίμησαν τις στρατηγικές για τη βελτίωση της συμμόρφωσης στη θεραπεία χρόνιων νοσημάτων έχουν δώσει διαφορετικά αποτελέσματα· έχουν αποτιμήσει, κυρίως, στρατηγικές που περιλαμβάνουν πολλαπλές παρεμβάσεις (multifaceted interventions), κάτι που δυσκολεύει την ταυτοποίηση της παρέμβασης η οποία συνέβαλε στη βελτίωση της συμμόρφωσης (Conn et al., 2009· Kripalani, Yao, & Haynes, 2007· Russell, Conn, & Jantarakupt, 2006).

Αυτό που προτείνεται είναι σύντομη συζήτηση και γραπτές οδηγίες προς τον ασθενή για το πώς πρέπει να λαμβάνει κάθε νέο φάρμακο ή κάθε φάρμακο η δοσολογία του οποίου τροποποιήθηκε. Ακόμη, προτείνεται η προτροπή προς τον ασθενή, ή αυτόν που τον φροντίζει, να περιγράφει τον σκοπό για τον οποίο λαμβάνει κάθε φάρμακο, τις οδηγίες χρήσης και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες. Σύμφωνα με τους Kripalani κ.ά. (Kripalani et al., 2007), ισχυρές παρεμβάσεις για την επίτευξη συμμόρφωσης είναι οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στη απλοποίηση του φαρμακευτικού σχήματος. Η απλοποίηση του φαρμακευτικού σχήματος βοηθά αφενός τα άτομα με έκπτωση της νοητικής λειτουργίας και αφετέρου τους ασθενείς με φυσιολογική νοητική λειτουργία (Claxton, Cramer, & Pierce, 2001· Osterberg & Blaschke, 2005).

Έχει δειχθεί πως οι πολλαπλές δόσεις ενός φαρμάκου δυσχεραίνουν τη συμμόρφωση, η οποία μειώνεται κατά μέσο όρο από 80%, σε ασθενείς που λαμβάνουν ένα δισκίο την ημέρα, στο 50%, σε ασθενείς που λαμβάνουν τέσσερα δισκία την ημέρα (Claxton et al., 2001).

Η απλοποίηση του φαρμακευτικού σχήματος είναι δυνατόν να περιλαμβάνει:

- Μείωση του αριθμού των ημερήσιων δόσεων.
- Ίδιες δόσεις φαρμάκων.
- Συνταγογράφηση φαρμάκων μακράς δράσης (long acting).
- Λήψη διαφορετικών φαρμάκων τις ίδιες χρονικές στιγμές.
- Επιλογή φαρμάκων που μπορεί να βοηθούν ταυτόχρονα σε 2-3 νοσήματα απ' αυτά που έχει ο ασθενής.

Άλλες προτεινόμενες προσεγγίσεις είναι οι εξής (Conn et al., 2009· Hsu et al., 2008· Russell et al., 2006):

- Συμπεριφερειολογικές παρεμβάσεις.
- Συμμετοχή οικογένειας και φίλων στη διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής.
- Επιβεβαίωση ότι οι ασθενείς μπορούν να λαμβάνουν μόνοι τους τα φάρμακα σε ένα ελεγχόμενο περιβάλλον (π.χ., στο νοσοκομείο, πριν πάρουν εξιτήριο).
- Συνταγογράφηση πιο οικονομικών φαρμάκων.
- Συνδυασμός των προηγούμενων προσεγγίσεων.
- Βοήθεια από άλλους επαγγελματίες υγείας.

Η καταγραφή της τοξικότητας ορισμένων φαρμάκων, αλλά και γενικά της αποτελεσματικότητας των φαρμάκων που λαμβάνουν οι ασθενείς, συμβάλλει στην ποιότητα της φροντίδας και στη βελτίωση των



εκβάσεων, αλλά είναι συνήθως ελλιπής (Budnitz et al., 2006· Raebel et al., 2010). Για φάρμακα των οποίων η μέτρηση των επιπέδων στο αίμα είναι απαραίτητη, προτείνεται να αναζητηθούν οι φραγμοί που οδηγούν στην ελλιπή καταγραφή. Αν διαπιστωθεί ότι η καταγραφή των επιπέδων του φαρμάκου δεν είναι εφικτή ή υπάρχουν συχνά παρεκκλίσεις από τις επιθυμητές τιμές, ο γιατρός θα χρειαστεί να σκεφτεί σοβαρά τη διακοπή του φαρμάκου.

Ο οικογενειακός γιατρός θα πρέπει να έχει υπόψη του πως, αν η ανασκόπηση των φαρμάκων δεν μπορεί να γίνεται σε τακτική βάση, μια έκπτωση στη λειτουργία ή μια επιδείνωση συμπτωμάτων, όπως η έκπτωση νοητικής λειτουργίας ή η εμφάνιση πτώσεων, ενδέχεται να αποτελεί ανεπιθύμητη ενέργεια φαρμάκων ή να σηματοδοτεί την ανάγκη αλλαγής των στόχων της φροντίδας και επιβάλλει την ανασκόπηση των φαρμάκων του ασθενή.

Τέλος, είναι σημαντική η αξιολόγηση —μέσω τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών— των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων τροποποίησης της υπάρχουσας συνταγογραφικής πρακτικής στην πρωτοβάθμια περίθαλψη για τη μείωση των φαρμάκων που συνταγογραφούνται. Σύμφωνα με το συνεργατικό πρόγραμμα της Ευρωπαϊκής Ένωσης OTCSOCIO MED, αφενός παρατηρούνται σημαντικές αποκλίσεις στη συνταγογραφική πρακτική σε γεωγραφικό επίπεδο και αφετέρου φαίνεται να είναι εφικτή η αλλαγή και η βελτίωση των εκβάσεων μέσω κατάλληλης εκπαίδευσης (Lionis et al., 2014· Tsiantou et al., 2015).

## Βιβλιογραφικές αναφορές

- Agostini, J. V., Han, L., & Tinetti, M. E. (2004). The relationship between number of medications and weight loss or impaired balance in older adults. *J Am Geriatr Soc*, 52(10), 1719-1723. doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52467.x
- Anathhanam, S., Powis, R. A., Cracknell, A. L., & Robson, J. (2012). Impact of prescribed medications on patient safety in older people. *Ther Adv Drug Saf*, 3(4), 165-174. doi: 10.1177/2042098612443848
- Anderson, K., Stowasser, D., Freeman, C., & Scott, I. (2014). Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis. *BMJ Open*, 4(12), e006544. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006544
- Bain, K. T., Holmes, H. M., Beers, M. H., Maio, V., Handler, S. M., & Pauker, S. G. (2008). Discontinuing medications: a novel approach for revising the prescribing stage of the medication-use process. *J Am Geriatr Soc*, 56(10), 1946-1952. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01916.x
- Bayoumi, I., Howard, M., Holbrook, A. M., & Schabert, I. (2009). Interventions to improve medication reconciliation in primary care. *Ann Pharmacother*, 43(10), 1667-1675. doi: 10.1345/aph.1M059
- Bedell, S. E., Jabbour, S., Goldberg, R., Glaser, H., Gobble, S., Young-Xu, Y., . . . Ravid, S. (2000). Discrepancies in the use of medications: their extent and predictors in an outpatient practice. *Arch Intern Med*, 160(14), 2129-2134.
- Boockvar, K. S., Liu, S., Goldstein, N., Nebeker, J., Siu, A., & Fried, T. (2009). Prescribing discrepancies likely to cause adverse drug events after patient transfer. *Qual Saf Health Care*, 18(1), 32-36. doi: 10.1136/qshc.2007.025957
- Boyd, C. M., Darer, J., Boulton, C., Fried, L. P., Boulton, L., & Wu, A. W. (2005). Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA*, 294(6), 716-724. doi: 10.1001/jama.294.6.716
- Budnitz, D. S., Pollock, D. A., Weidenbach, K. N., Mendelsohn, A. B., Schroeder, T. J., & Annet, J. L. (2006). National surveillance of emergency department visits for outpatient adverse drug events. *JAMA*, 296(15), 1858-1866. doi: 10.1001/jama.296.15.1858
- Budnitz, D. S., Shehab, N., Kegler, S. R., & Richards, C. L. (2007). Medication use leading to emergency department visits for adverse drug events in older adults. *Ann Intern Med*, 147(11), 755-765.
- Chrischilles, E., Rubenstein, L., Van Gilder, R., Voelker, M., Wright, K., & Wallace, R. (2007). Risk factors for adverse drug events in older adults with mobility limitations in the community setting. *J Am Geriatr Soc*, 55(1), 29-34. doi: 10.1111/j.1532-5415.2006.01034.x
- Claxton, A. J., Cramer, J., & Pierce, C. (2001). A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clin Ther*, 23(8), 1296-1310.
- Conn, V. S., Hafdahl, A. R., Cooper, P. S., Ruppert, T. M., Mehr, D. R., & Russell, C. L. (2009). Interventions to improve medication adherence among older adults: meta-analysis of adherence outcomes among randomized controlled trials. *Gerontologist*, 49(4), 447-462. doi: 10.1093/geront/gnp037
- Drenth-van Maanen, A. C., van Marum, R. J., Knol, W., van der Linden, C. M., & Jansen, P. A. (2009). Prescribing optimization method for improving prescribing in elderly patients receiving polypharmacy: results of application to case histories by general practitioners. *Drugs Aging*, 26(8), 687-701. doi: 10.2165/11316400-000000000-00000
- Farrell, B., Tsang, C., Raman-Wilms, L., Irving, H., Conklin, J., & Pottie, K. (2015). What are priorities for deprescribing for elderly patients? Capturing the voice of practitioners: a modified delphi process. *PLoS One*, 10(4), e0122246. doi: 10.1371/journal.pone.0122246
- Feldstein, A. C., Smith, D. H., Perrin, N., Yang, X., Rix, M., Raebel, M. A., . . . Soumerai, S. B. (2006). Improved therapeutic monitoring with several interventions: a randomized trial. *Arch Intern Med*, 166(17), 1848-1854. doi: 10.1001/archinte.166.17.1848
- Fick, D. M., Cooper, J. W., Wade, W. E., Waller, J. L., Maclean, J. R., & Beers, M. H. (2003). Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med*, 163(22), 2716-2724. doi: 10.1001/archinte.163.22.2716
- Field, T. S., Gurwitz, J. H., Harrold, L. R., Rothschild, J., DeBellis, K. R., Seger, A. C., . . . Bates, D. W. (2004). Risk factors for adverse drug events among older adults in the ambulatory setting. *J Am Geriatr Soc*, 52(8), 1349-1354. doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52367.x
- Gandhi, T. K., Weingart, S. N., Borus, J., Seger, A. C., Peterson, J., Burdick, E., . . . Bates, D. W. (2003). Adverse drug events in ambulatory care. *N Engl J Med*, 348(16), 1556-1564. doi: 10.1056/NEJMsa020703
- Grant, K., Al-Adhami, N., Tordoff, J., Livesey, J., Barbezat, G., & Reith, D. (2006). Continuation of proton pump inhibitors from hospital to community. *Pharm World Sci*, 28(4), 189-193. doi: 10.1007/s11096-006-9028-4
- Graves, T., Hanlon, J. T., Schmader, K. E., Landsman, P. B., Samsa, G. P., Pieper, C. F., & Weinberger, M. (1997). Adverse events after discontinuing medications in elderly outpatients. *Arch Intern Med*, 157(19), 2205-2210.
- Gray, S. L., Mahoney, J. E., & Blough, D. K. (2001). Medication adherence in elderly patients receiving home health services following hospital discharge. *Ann Pharmacother*, 35(5), 539-545.

- Green, J. L., Hawley, J. N., & Rask, K. J. (2007). Is the number of prescribing physicians an independent risk factor for adverse drug events in an elderly outpatient population? *Am J Geriatr Pharmacother*, 5(1), 31-39.
- Gurwitz, J. H. (2004). Polypharmacy: a new paradigm for quality drug therapy in the elderly? *Arch Intern Med*, 164(18), 1957-1959. doi: 10.1001/archinte.164.18.1957
- Gurwitz, J. H., Field, T. S., Harrold, L. R., Rothschild, J., Debellis, K., Seger, A. C., . . . Bates, D. W. (2003). Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *JAMA*, 289(9), 1107-1116.
- Hajjar, E. R., Hanlon, J. T., Artz, M. B., Lindblad, C. I., Pieper, C. F., Sloane, R. J., . . . Schmader, K. E. (2003). Adverse drug reaction risk factors in older outpatients. *Am J Geriatr Pharmacother*, 1(2), 82-89.
- Hajjar, E. R., Hanlon, J. T., Sloane, R. J., Lindblad, C. I., Pieper, C. F., Ruby, C. M., . . . Schmader, K. E. (2005). Unnecessary drug use in frail older people at hospital discharge. *J Am Geriatr Soc*, 53(9), 1518-1523. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53523.x
- Hanlon, J. T., Schmader, K. E., Ruby, C. M., & Weinberger, M. (2001). Suboptimal prescribing in older inpatients and outpatients. *J Am Geriatr Soc*, 49(2), 200-209.
- Higashi, T., Shekelle, P. G., Solomon, D. H., Knight, E. L., Roth, C., Chang, J. T., . . . Wenger, N. S. (2004). The quality of pharmacologic care for vulnerable older patients. *Ann Intern Med*, 140(9), 714-720.
- Holmes, H. M., Hayley, D. C., Alexander, G. C., & Sachs, G. A. (2006). Reconsidering medication appropriateness for patients late in life. *Arch Intern Med*, 166(6), 605-609. doi: 10.1001/archinte.166.6.605
- Hsu, J., Fung, V., Price, M., Huang, J., Brand, R., Hui, R., . . . Newhouse, J. P. (2008). Medicare beneficiaries' knowledge of Part D prescription drug program benefits and responses to drug costs. *JAMA*, 299(16), 1929-1936. doi: 10.1001/jama.299.16.1929
- Jyrkka, J., Enlund, H., Korhonen, M. J., Sulkava, R., & Hartikainen, S. (2009). Polypharmacy status as an indicator of mortality in an elderly population. *Drugs Aging*, 26(12), 1039-1048. doi: 10.2165/11319530-000000000-00000
- Kaboli, P. J., McClimon, B. J., Hoth, A. B., & Barnett, M. J. (2004). Assessing the accuracy of computerized medication histories. *Am J Manag Care*, 10(11 Pt 2), 872-877.
- Kalisch, L. M., Caughey, G. E., Barratt, J. D., Ramsay, E. N., Killer, G., Gilbert, A. L., & Roughead, E. E. (2012). Prevalence of preventable medication-related hospitalizations in Australia: an opportunity to reduce harm. *Int J Qual Health Care*, 24(3), 239-249. doi: 10.1093/intqhc/mzs015
- Kripalani, S., Yao, X., & Haynes, R. B. (2007). Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions: a systematic review. *Arch Intern Med*, 167(6), 540-550. doi: 10.1001/archinte.167.6.540
- Krska, J., Gill, D., & Hansford, D. (2006). Pharmacist-supported medication review training for general practitioners: feasibility and acceptability. *Med Educ*, 40(12), 1217-1225. doi: 10.1111/j.1365-2929.2006.02633.x
- Lionis, C., Petelos, E., Shea, S., Bagiartaki, G., Tsiligianni, I. G., Kamekis, A., . . . Merkouris, B. (2014). Irrational prescribing of over-the-counter (OTC) medicines in general practice: testing the feasibility of an educational intervention among physicians in five European countries. *BMC Fam Pract*, 15, 34. doi: 10.1186/1471-2296-15-34
- Madden, J. M., Graves, A. J., Zhang, F., Adams, A. S., Briesacher, B. A., Ross-Degnan, D., . . . Soumerai, S. B. (2008). Cost-related medication nonadherence and spending on basic needs following implementation of Medicare Part D. *JAMA*, 299(16), 1922-1928. doi: 10.1001/jama.299.16.1922
- National Committee for Quality Assurance. (2010). *HEDIS (2010)*. Retrieved from <http://www.ncqa.org/tabid/1044/Default.aspx>
- Opondo, D., Eslami, S., Visscher, S., de Rooij, S. E., Verheij, R., Korevaar, J. C., & Abu-Hanna, A. (2012). Inappropriateness of medication prescriptions to elderly patients in the primary care setting: a systematic review. *PLoS One*, 7(8), e43617. doi: 10.1371/journal.pone.0043617
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *N Engl J Med*, 353(5), 487-497. doi: 10.1056/NEJMr050100
- Pit, S. W., Byles, J. E., & Cockburn, J. (2007). Medication review: patient selection and general practitioner's report of drug-related problems and actions taken in elderly Australians. *J Am Geriatr Soc*, 55(6), 927-934. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01181.x
- Pugh, M. J., Hanlon, J. T., Zeber, J. E., Bierman, A., Cornell, J., & Berlowitz, D. R. (2006). Assessing potentially inappropriate prescribing in the elderly Veterans Affairs population using the HEDIS 2006 quality measure. *J Manag Care Pharm*, 12(7), 537-545.
- Raebel, M. A., Ross, C., Xu, S., Roblin, D. W., Cheetham, C., Blanchette, C. M., . . . Smith, D. H. (2010). Diabetes and drug-associated hyperkalemia: effect of potassium monitoring. *J Gen Intern Med*, 25(4), 326-333. doi: 10.1007/s11606-009-1228-x
- Reeve, E., To, J., Hendrix, I., Shakib, S., Roberts, M. S., & Wiese, M. D. (2013). Patient barriers to and enablers of deprescribing: a systematic review. *Drugs Aging*, 30(10), 793-807. doi: 10.1007/s40266-013-0106-8
- Reuben, D. B. (2009). Medical care for the final years of life: "When you're 83, it's not going to be 20 years". *JAMA*, 302(24), 2686-2694. doi: 10.1001/jama.2009.1871

- Richard, C., & Lussier, M. T. (2006). Nature and frequency of exchanges on medications during primary care encounters. *Patient Educ Couns*, 64(1-3), 207-216. doi: 10.1016/j.pec.2006.02.003
- Russell, C. L., Conn, V. S., & Jantarakupt, P. (2006). Older adult medication compliance: integrated review of randomized controlled trials. *Am J Health Behav*, 30(6), 636-650. doi: 10.5555/ajhb.2006.30.6.636
- Ryan, C., O'Mahony, D., Kennedy, J., Weedle, P., & Byrne, S. (2009). Potentially inappropriate prescribing in an Irish elderly population in primary care. *Br J Clin Pharmacol*, 68(6), 936-947. doi: 10.1111/j.1365-2125.2009.03531.x
- Scott, I. A., Hilmer, S. N., Reeve, E., Potter, K., Le Couteur, D., Rigby, D., . . . Martin, J. H. (2015). Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Intern Med*, 175(5), 827-834. doi: 10.1001/jamainternmed.2015.0324
- Scuffham, P. A., Nikles, J., Mitchell, G. K., Yelland, M. J., Vine, N., Poulos, C. J., . . . Glasziou, P. (2010). Using N-of-1 trials to improve patient management and save costs. *J Gen Intern Med*, 25(9), 906-913. doi: 10.1007/s11606-010-1352-7
- Simon, S. R., Chan, K. A., Soumerai, S. B., Wagner, A. K., Andrade, S. E., Feldstein, A. C., . . . Gurwitz, J. H. (2005). Potentially inappropriate medication use by elderly persons in U.S. Health Maintenance Organizations, 2000-2001. *J Am Geriatr Soc*, 53(2), 227-232. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53107.x
- Steinman, M. A. (2007). Polypharmacy and the balance of medication benefits and risks. *Am J Geriatr Pharmacother*, 5(4), 314-316. doi: 10.1016/j.amjopharm.2007.12.009
- Steinman, M. A., & Hanlon, J. T. (2010). Managing medications in clinically complex elders: "There's got to be a happy medium". *JAMA*, 304(14), 1592-1601. doi: 10.1001/jama.2010.1482
- Steinman, M. A., Miao, Y., Boscardin, W. J., Komaiko, K. D., & Schwartz, J. B. (2014). Prescribing quality in older veterans: a multifocal approach. *J Gen Intern Med*, 29(10), 1379-1386. doi: 10.1007/s11606-014-2924-8
- Steinman, M. A., Rosenthal, G. E., Landefeld, C. S., Bertenthal, D., & Kaboli, P. J. (2009). Agreement between drugs-to-avoid criteria and expert assessments of problematic prescribing. *Arch Intern Med*, 169(14), 1326-1332. doi: 10.1001/archinternmed.2009.206
- Thomas, L., Culley, E. J., Gladowski, P., Goff, V., Fong, J., & Marche, S. M. (2010). Longitudinal analysis of the costs associated with inpatient initiation and subsequent outpatient continuation of proton pump inhibitor therapy for stress ulcer prophylaxis in a large managed care organization. *J Manag Care Pharm*, 16(2), 122-129.
- Tsiantou, V., Moschandreass, J., Bertsias, A., Papadakaki, M., Saridaki, A., Agius, D., . . . Lionis, C. (2015). General Practitioners' intention to prescribe and prescribing patterns in selected European settings: The OTCSOCIOMED project. *Health Policy*, 119(9), 1265-1274. doi: 10.1016/j.healthpol.2015.06.006
- Vik, S. A., Maxwell, C. J., & Hogan, D. B. (2004). Measurement, correlates, and health outcomes of medication adherence among seniors. *Ann Pharmacother*, 38(2), 303-312. doi: 10.1345/aph.1D252
- Walter, L. C., & Covinsky, K. E. (2001). Cancer screening in elderly patients: a framework for individualized decision making. *JAMA*, 285(21), 2750-2756.
- Weingart, S. N., Pagovich, O., Sands, D. Z., Li, J. M., Aronson, M. D., Davis, R. B., . . . Bates, D. W. (2006). Patient-reported service quality on a medicine unit. *Int J Qual Health Care*, 18(2), 95-101. doi: 10.1093/intqhc/mzi087
- Zhan, C., Sangl, J., Bierman, A. S., Miller, M. R., Friedman, B., Wickizer, S. W., & Meyer, G. S. (2001). Potentially inappropriate medication use in the community-dwelling elderly: findings from the 1996 Medical Expenditure Panel Survey. *JAMA*, 286(22), 2823-2829.

## Κριτήρια Αξιολόγησης

**Κριτήριο αξιολόγησης 1:** Στο κλινικό σενάριο, η σύζυγος του κυρίου Σταύρου, η οποία έχει αναλάβει και την ευθύνη της φροντίδας του, ζητά τη γνώμη, τη συμβουλή και την πιθανή παρέμβαση του οικογενειακού γιατρού: «Όταν κοιτάω μερικά από τα φάρμακα του συζύγου μου, αναρωτιέμαι αν πρέπει πραγματικά να τα παίρνει. Μπορώ να συνεχίσω να του τα δίνω όλα, αλλά μήπως είναι καλύτερα κάποια απ' αυτά να τα σταματήσει;». Τι μπορεί να προτείνει ο γιατρός για τον κύριο Σταύρο;

**[Απάντηση 1]** Ο οικογενειακός γιατρός, αφού καταγράψει ένα προς ένα τα χορηγούμενα σκευάσματα, αφού εκτιμήσει τις ενδείξεις, τη συμμόρφωση, τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες, τους κινδύνους και τα οφέλη από τη λήψη καθενός εκ των συνταγογραφούμενων σκευασμάτων, και αφού λάβει υπόψη του τον εργαστηριακό έλεγχο του κυρίου Σταύρου, μπορεί να προτείνει τα εξής:

- Διακοπή της σουλφονουλουρίας, καθώς η τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης είναι μικρότερη του στόχου (στόχος: τιμή μικρότερη από 7 με 8%) και επανέλεγχο σε τρεις με έξι μήνες.
- Συνεδρίες φυσικοθεραπείας για τη βελτίωση της βάδισης.

- Συνέχιση ως έχει της καλής ρύθμισης του διεθνούς κανονικοποιημένου λόγου για τον χρόνο προθρομβίνης σε τιμές μεταξύ 2 και 3.
- Σταδιακή μείωση της λαμβανόμενης δόσης και, τελικά, διακοπή του μη στεροειδούς αντιφλεγμονώδους και της γκαμπαπεντίνης, σκευάσματα τα οποία συνταγογραφήθηκαν στον ασθενή προ διατίας για το άλγος στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης και τα οποία ο κύριος Σταύρος συνεχίζει να λαμβάνει, χωρίς να υφίσταται πλέον το θεραπευμένο σύμπτωμα.
- Σταδιακή μείωση της λαμβανόμενης δόσης της διγοξίνης και τακτικό επανέλεγχο του ρυθμού.
- Διακοπή των χορηγούμενων συμπληρωμάτων σιδήρου, καθώς ο κύριος Σταύρος δεν πάσχει από αναιμία, και εργαστηριακό επανέλεγχο των επιπέδων της αιμοσφαιρίνης, της φερριτίνης και του κορεσμού της τρανσφερίνης.
- Διακοπή των χορηγούμενων πολυβιταμινών και των Ω3-λιπαρών οξέων, καθώς δεν υπάρχει σαφής ένδειξη για τη λήψη τους.
- Δοκιμαστική διακοπή της μεμαντίνης, καθώς η κυρία Ελισάβετ εκτιμά πως από την έναρξη λήψης της δεν υπάρχει σαφής διαφορά στη νοητική λειτουργία του κυρίου Σταύρου και αναφέρει πως έχει ήδη δοκιμαστεί η χρήση δονεζεπίλης, η οποία δεν ήταν ανεκτή από τον ασθενή.
- Διακοπή των υπακτικών σκευασμάτων για τη δυσκοιλιότητα, καθώς δεν αναφέρεται πλέον το σύμπτωμα, και σύσταση μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων για την καλή λειτουργία του εντέρου, όπως δίαιτα πλούσια σε φυτικές ίνες και επαρκής ενυδάτωση.

**Κριτήριο αξιολόγησης 2:** Κατά την τελευταία επίσκεψη στον οικογενειακό γιατρό, η κυρία Ελισάβετ αναφέρει πως ο κύριος Σταύρος παραπονείται συνεχώς για δυσπεπτικά ενοχλήματα, ιδίως κατά την κατάκλιση, τα οποία εμμένουν τις τελευταίες έξι εβδομάδες. Ακόμη, είναι ανόρεκτος και υπολογίζεται σημαντική απώλεια βάρους. Ποια θα είναι η διαχείριση του προβλήματος αυτού στο κλινικό σενάριο;

**[Απάντηση 2]** Ο οικογενειακός γιατρός ζητά ενδοσκοπικό έλεγχο του ανώτερου γαστρεντερικού, ο οποίος ανέδειξε ήπια γαστρίτιδα και διαβρώσεις στον βλεννογόνο του οισοφάγου συμβατές με γαστρο-οισοφαγική παλινδρόμηση. Το βιοπτικό υλικό που ελήφθη κατά την ενδοσκόπηση ήταν αρνητικό για κακοήθεια. Ο οικογενειακός γιατρός συζητά με τον κύριο Σταύρο και την κυρία Ελισάβετ την εφαρμογή μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων για την ανακούφιση των συμπτωμάτων, όπως:

- αποφυγή κατάκλισης αμέσως μετά το γεύμα,
- αποφυγή λήψης λιπαρού βραδινού γεύματος,
- αποφυγή κατανάλωσης αλκοόλ και
- κατάκλιση με υπερυψωμένο το άνω ήμισυ του κορμού με τη βοήθεια διπλού μαξιλαριού.

Επίσης, συναποφασίζουν την έναρξη λήψης ενός αναστολέα αντλίας πρωτονίων.

**Κριτήριο αξιολόγησης 3:** Ποια θα είναι η προσέγγιση της περίπτωσης μιας ηλικιωμένης γυναίκας που λαμβάνει τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και αναφέρει άριστο έλεγχο των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, χωρίς την εμφάνιση κάποιας παρενέργειας λόγω της αντιχολινεργικής δράσης του φαρμάκου;

**[Απάντηση 3]** Προτείνεται συνέχιση του φαρμάκου, εκπαίδευση της ασθενούς στην αναγνώριση ενδεχόμενων παρενεργειών και συζήτηση σε κάθε συνάντηση για την πιθανή εμφάνιση παρενεργειών.

## Ευρετήριο όρων

ακατάλληλη συνταγογράφηση (inappropriate or improper or non rational prescribing) 171

ανάδραση (rebound) 177

ανάκαμψη της νόσου (disease rebound) 177

ανασκόπηση των φαρμάκων («brown bag» review) 171,183

Διεθνής Επιτροπή για τη Διασφάλιση της Ποιότητας (National Committee for Quality Assurance) 183

διεθνής κανονικοποιημένος λόγος (international normalized ratio) 180  
πολλαπλές παρεμβάσεις (multifaceted interventions) 183  
πολλαπλή νοσηρότητα (multi-morbidity) 171  
πολύπλευρη προσέγγιση (multifaceted approach) 172  
ρυθμός σπειραματικής διήθησης (glomerular filtration rate) 180  
φορτίο θεραπείας (burden of treatment) 170,176

## Κεφάλαιο 10

### Παρηγορητική φροντίδα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

A. Τατσιώνη

#### Σύνοψη

Οι ασθενείς που πάσχουν από ανίατη ασθένεια που οδηγεί τελικά στον θάνατο και βρίσκονται προς το τέλος της ζωής τους αποτελούν μια ομάδα ανθρώπων με σοβαρές, εξελισσόμενες νόσους, οι οποίες επηρεάζουν τις συνήθειες δραστηριότητές τους και γενικά επιδεινώνουν την κατάστασή τους μέχρι τον θάνατο. Η διαχείριση των ασθενών με νόσο τελικού σταδίου βασίζεται σε πολύ πιο ευρείες προτεραιότητες σε σύγκριση με τη διαχείριση ανθρώπων που είναι υγιείς ή πάσχουν από μια ήπια χρόνια νόσο. Οι προτεραιότητες που καθορίζουν τη διαχείριση των εν λόγω ασθενών περιλαμβάνουν την ανάγκη να νιώθουν άνετα, να διατηρούν τον έλεγχο και την αξιοπρέπειά τους, να αφήσουν πίσω τους κάτι σημαντικό, να ζήσουν περισσότερο και να ολοκληρώσουν ομαλά τη ζωή τους. Οι ασθενείς με νόσο τελικού σταδίου έχουν ιδιαίτερη ανάγκη από συνέχεια στη φροντίδα που λαμβάνουν, από τον σχεδιασμό ενός πλάνου φροντίδας για τα προχωρημένα στάδια της νόσου, από την ύπαρξη αξιοπιστίας κατά την επαφή με τους διάφορους παρόχους φροντίδας, από την υποστήριξη της οικογένειας και όσων τους φροντίζουν, από πνευματική καθοδήγηση και από επαρκή έλεγχο των συμπτωμάτων. Τα παραπάνω χαρακτηριστικά αποτελούν βασικά συστατικά της παρηγορητικής φροντίδας.

#### Προαπαιτούμενη γνώση

Δεξιότητες επικοινωνίας, μοντέλα ολοκληρωμένης φροντίδας, συμπονετική φροντίδα

## 10.1 Παρηγορητική φροντίδα

Η παρηγορητική φροντίδα για έναν ασθενή ξεκινά όταν η έμφαση στη διαχείρισή του δίνεται στην ανακούφιση των συμπτωμάτων και τη διατήρηση καλής ποιότητας ζωής. Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ([Sepulveda, Marlin, Yoshida, & Ullrich, 2002](#)), η παρηγορητική φροντίδα αποτελεί μια προσέγγιση η οποία έχει ως σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών που αντιμετωπίζουν μια ασθένεια η οποία θα οδηγήσει στον θάνατο και των οικογενειών τους. Η προσέγγιση αυτή περιλαμβάνει την πρόληψη και τη θεραπεία οποιουδήποτε αιτίου μπορεί να κάνει τον ασθενή και την οικογένειά του να υποφέρουν, μέσω σωστής εκτίμησης και θεραπείας του πόνου και των άλλων συμπτωμάτων, σωματικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών. Συγκεκριμένα, η παρηγορητική φροντίδα (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>):

- παρέχει ανακούφιση από τον πόνο και τα συμπτώματα που προκαλούν δυσφορία στον ασθενή,
- υποστηρίζει το δικαίωμα να ζει κάποιος και αντιμετωπίζει τον θάνατο ως φυσιολογική κατάληξη,
- δεν αποσκοπεί στην επιτάχυνση ή την αναβολή του θανάτου,
- ενσωματώνει στη φροντίδα την ψυχολογική και την πνευματική διάσταση,
- προσφέρει ένα σύστημα υποστήριξης που θα βοηθήσει τους ασθενείς να ζήσουν όσο πιο δραστήρια μπορούν μέχρι να πεθάνουν,
- προσφέρει ένα σύστημα υποστήριξης που θα βοηθήσει την οικογένεια των ασθενών να διαχειριστούν από την πλευρά τους την ασθένεια και το πένθος,
- χρησιμοποιεί μια ομάδα, η οποία προσεγγίζει τον ασθενή και την οικογένειά του για να βοηθήσει στην αντιμετώπιση των αναγκών τους, συμπεριλαμβανομένης και της συμβουλευτικής προσέγγισης για το πένθος, αν ενδείκνυται,
- ενισχύει την ποιότητα ζωής και ενδεχομένως επηρεάζει θετικά την πορεία της ασθένειας,
- είναι δυνατόν να εφαρμοστεί και στα πρώτα στάδια της ασθένειας, σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες που στοχεύουν στην παράταση της ζωής, όπως η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία, και περιλαμβάνει την απαιτούμενη διερεύνηση για να γίνουν αντιληπτές επιπλοκές από τη θεραπεία που προκαλούν ιδιαίτερη δυσφορία, ώστε να είναι αποτελεσματική η αντιμετώπισή τους.

Μέρος της παρηγορητικής φροντίδας αποτελεί και η παροχή φροντίδας σε ασθενείς που πάσχουν από ανίατη ασθένεια και βρίσκονται κοντά στο τέλος της ζωής τους. Η φροντίδα σ' αυτό το στάδιο είναι γνωστή και ως φροντίδα τελικού σταδίου (end of life care). Ο οικογενειακός γιατρός μπορεί να παρακολουθεί ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο μιας ανίατης ασθένειας και, συνήθως, χρειάζεται να συμμετέχει με μεγαλύτερη δέσμευση απ' ό,τι όταν διαχειρίζεται άλλους ασθενείς. Υπολογίζεται ότι μεγάλο ποσοστό θανάτων —μέχρι 75%— είναι προβλέψιμο και αποτελεί την κατάληξη μιας μακράς περιόδου χρόνιου νοσήματος. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου θεωρείται κατάλληλη η παροχή φροντίδας τελικού σταδίου σε ασθενείς με προσδόκιμο επιβίωσης μικρότερο των 24 μηνών.

Τα προβλήματα που παρουσιάζονται κατά το τελικό στάδιο μιας ανίατης νόσου οφείλονται σε έναν πολύπλοκο συνδυασμό σωματικών, ψυχολογικών, κοινωνικών, πολιτιστικών και πνευματικών παραγόντων οι οποίοι αφορούν τόσο τους ασθενείς όσο και τους ανθρώπους που τους φροντίζουν. Για την επαρκή αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων χρειάζεται καλή επικοινωνία και στενή συνεργασία των επαγγελματιών υγείας από διάφορα πεδία. Σε πολλές χώρες υπάρχουν τοπικές ομάδες παροχής παρηγορητικής φροντίδας, οι οποίες συμβουλεύουν και υποστηρίζουν τους ασθενείς και τις οικογένειές τους κατά το τελικό στάδιο της ασθένειας (ξενώνες φροντίδας, hospice care). Οι ομάδες αυτές παρέχουν συνήθως φροντίδα κατ'οίκον. Επίσης, συχνά δημιουργούν έντυπο υλικό που απευθύνεται στους οικογενειακούς γιατρούς με συμβουλές για αρκετές πτυχές της φροντίδας τελικού σταδίου. Περισσότερες πληροφορίες μπορεί να βρει κανείς σε σχετικούς ιστότοπους, όπως για παράδειγμα στο American Academy of Hospice and Palliative Medicine (<http://www.aahpm.org>). Στο Ηνωμένο Βασίλειο, ο οργανισμός Macmillan, στον οποίο συμμετέχουν τόσο επαγγελματίες όσο και εθελοντές, καλύπτει ανάγκες παρηγορητικής φροντίδας ειδικά για καρκινοπαθείς ασθενείς τελικού σταδίου (Macmillan Cancer Support, <http://www.macmillan.org.uk>).



### 10.1.1 Πορεία της κατάστασης των ασθενών τελικού σταδίου

Ενίοτε είναι δύσκολο να αναγνωρίσει ο οικογενειακός γιατρός πότε οι ασθενείς πλησιάζουν στο τέλος της ζωής τους, ιδιαίτερα όταν δεν πρόκειται για ασθενείς με καρκίνο. Αυτό μπορεί να έχει ως συνέπεια να μην παράσχει φροντίδα τελικού σταδίου όταν χρειάζεται ή να την παράσχει καθυστερημένα. Η απόφαση για την κατάταξη του ασθενή στο τελικό στάδιο της νόσου προϋποθέτει στενή συνεργασία του οικογενειακού γιατρού με τον εκάστοτε ειδικό γιατρό που παρέχει εξειδικευμένη φροντίδα στον ασθενή.

Η πορεία της λειτουργικότητας και των συμπτωμάτων των ασθενών τελικού σταδίου μπορεί να κατηγοριοποιηθεί σε μία από τις παρακάτω ομάδες ([Lynn, 2001](#)):

- *Πορεία ασθενών με καρκίνο τελικού σταδίου*: Οι ασθενείς τελικού σταδίου έχουν μια πιο προβλέψιμη πορεία και μπορούν να πραγματοποιούν τις καθημερινές τους δραστηριότητες μέχρι να φτάσουν χρονικά πολύ κοντά στο τέλος της ζωής τους· εμφανίζουν τη μέγιστη απώλεια βάρους και την αδυναμία να φροντίζουν τον εαυτό τους κυρίως τους δύο τελευταίους μήνες της ζωής τους ([Greer et al., 1986](#)). Μοντέλα ολοκληρωμένης φροντίδας, όπως αυτό που εφαρμόζεται σε αρκετές χώρες από οργανισμούς σαν το Hospice, αφορούν αυτήν την περίοδο ζωής του ασθενή και παρέχουν φροντίδα για τις τελευταίες εβδομάδες ή μήνες.
- *Πορεία ασθενών με νοσήματα που οδηγούν σε χρόνιες ανεπάρκειες οργάνων*: Παραδείγματα τέτοιων ασθενών αποτελούν οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και κίρρωση του ήπατος. Οι ασθενείς αυτοί νοσούν σοβαρά για πολλούς μήνες, ή ακόμη και χρόνια, και περιστασιακά εμφανίζουν δραματικές εξάρσεις. Καθένα απ' αυτά τα επεισόδια μπορεί να οδηγήσει στον θάνατο, αλλά οι ασθενείς συνήθως επιβιώνουν. Σε κάθε έξαρση της νόσου τόσο οι ασθενείς όσο και οι οικογένειές τους προσδοκούν ότι θα επιβιώσουν. Τελικά, η βαρύτητα κάποιου επεισοδίου σε συνδυασμό με τη φθίνουσα πορεία του ασθενή επιφέρουν τον θάνατο. Η χρονική πρόβλεψη του θανάτου είναι αβέβαιη μέχρι το πολύ προχωρημένο στάδιο της νόσου. Σε ασθενείς με προχωρημένη καρδιακή ανεπάρκεια, ο θάνατος επέρχεται συνήθως εντός 24 ωρών από τη στιγμή που εκτιμάται ότι έχουν τουλάχιστον 50% πιθανότητες να ζήσουν για άλλους 6 μήνες ([Lynn, Harrell, Cohn, Wagner, & Connors, 1997](#)). Η φυσιολογία των ασθενών με νοσήματα που οδηγούν σε χρόνιες ανεπάρκειες οργάνων σχεδόν ποτέ δεν καθορίζει κάποια απότομη μεταβολή του στόχου διαχείρισης από το επίπεδο της θεραπείας στο επίπεδο μόνο της φροντίδας. Στους ασθενείς αυτούς, συνήθως, παρέχονται τόσο επιθετικές όσο και παρηγορητικές θεραπείες: ο σχεδιασμός για τη φροντίδα σε προχωρημένο στάδιο της νόσου γίνεται ταυτόχρονα με την παροχή υπηρεσιών σε τμήματα επειγόντων περιστατικών, η ανακούφιση της δύσπνοιας συμβαίνει ταυτόχρονα με την τοποθέτηση βηματοδότη και η υποστήριξη της οικογένειας ταυτόχρονα με την εφαρμογή καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης ([Field & Cassel, 1997](#)· [Lynn, 1996](#)).
- *Πορεία ασθενών με προοδευτική επιδείνωση της ανικανότητας*: Οι ασθενείς που έχουν υποστεί αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, που πάσχουν από άνοια ή που έχουν αυξημένη ευπάθεια (frailty) λόγω μεγάλης ηλικίας αποτελούν παραδείγματα ανθρώπων που χρειάζονται μακροχρόνια βοήθεια για τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Οι συγκεκριμένοι ασθενείς συχνά φθίνουν ως προς το σωματικό βάρος και τα αποθέματα λειτουργικότητας, και γίνονται ιδιαίτερα ευάλωτοι στις συνηθισμένες λοιμώξεις. Ως εκ τούτου, έχουν ανάγκη από μοντέλα ολοκληρωμένης και συντονισμένης φροντίδας ([Lee, Eng, Fox, & Etienne, 1998](#)).

### 10.1.2 Στόχοι της παρηγορητικής φροντίδας

Τα συστήματα υγείας που οργανώθηκαν και λειτουργούν μέχρι σήμερα στήριξαν το πλαίσιο τους σε δεδομένα παλαιότερων εποχών, όταν οι συχνές αιτίες θανάτου ήταν οι τραυματισμοί από ατυχήματα, οι λοιμώξεις και το έμφραγμα του μυοκαρδίου. Με βάση το προηγούμενο πλαίσιο, οι ασθενείς αναζητούν, και μπορούν να βρουν, τις υπηρεσίες που παρέχουν επείγουσα καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση στα τμήματα επειγόντων περιστατικών σχεδόν παντού· οι υπηρεσίες, όμως, που διασφαλίζουν τη συνέχεια στη φροντίδα και παρέχουν ένα ολοκληρωμένο μοντέλο φροντίδας είναι σπάνιες ([Lynn et al., 1997](#)).

Υπάρχουν αξιόλογες προσπάθειες συνεργασίας, οι οποίες έχουν ως σκοπό όλοι οι πάροχοι φροντίδας μιας περιοχής να συμφωνήσουν σε συγκεκριμένα θέματα, όταν παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς τελικού

σταδίου ([Field & Cassel, 1997](#)). Η συμφωνία θα πρέπει να βασίζεται στις εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες μιας χώρας, όπως είναι οι οδηγίες της Εταιρείας Γηριατρικής των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής ([Lynn, 1997](#)). Σύμφωνα μ' αυτές, οι πάροχοι φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου προτείνεται να συμφωνήσουν στα ακόλουθα θέματα ([Lynn, Schall, Milne, Nolan, & Kabcenell, 2000](#); [Lynn & Schuster, 2000](#)):

- Να χρησιμοποιούν παρεμβάσεις των οποίων η αποτελεσματικότητα έχει τεκμηριωθεί.
- Να χρησιμοποιούν θεραπείες που διασφαλίζουν την άνεση και αντιμετωπίζουν τα πολύ ενοχλητικά συμπτώματα.
- Να διασφαλίζουν τη συνέχεια στη φροντίδα και να παρέχουν συντονισμένη και ολοκληρωμένη φροντίδα.
- Να σχεδιάζουν τη φροντίδα για τα προχωρημένα στάδια, ώστε να αντιμετωπιστούν οι επιπλοκές που αναμένονται και να δοθεί η καλύτερη θεραπεία, προκειμένου να αποφευχθεί η ανάγκη για επείγουσες παρεμβάσεις.
- Να εξατομικεύουν τη φροντίδα, λαμβάνοντας υπόψη τις προτιμήσεις του ασθενή.
- Να χρησιμοποιούν με περίσκεψη τους πόρους που διαθέτει ο ασθενής και η οικογένειά του (οικονομικούς, συναισθηματικούς και άλλους υλικούς πόρους).
- Να συμβάλλουν στην καλύτερη δυνατή διαχείριση της κάθε ημέρας.

Υπάρχουν πολλοί στόχοι προς συζήτηση κατά την παροχή παρηγορητικής φροντίδας σε έναν ασθενή. Οι στόχοι αυτοί μπορεί να προέρχονται αφενός από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις και αφετέρου από τον ίδιο τον ασθενή ([von Gunten, Ferris, & Emanuel, 2000](#)). Οι στόχοι των θεραπευτικών παρεμβάσεων περιλαμβάνουν την αποφυγή του πρόωγου θανάτου, τη διατήρηση ή τη βελτίωση των λειτουργιών του ασθενή, την ανακούφισή του, τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, τη διατήρηση του ελέγχου, την αποφυγή της ταλαιπωρίας κατά τον θάνατο και την υποστήριξη της οικογένειας και όσων βρίσκονται κοντά στον ασθενή. Αρκετοί από τους στόχους αυτούς είναι δυνατόν να τίθενται ταυτόχρονα και μερικοί ενδέχεται να φαίνονται αντικρουόμενοι μεταξύ τους. Για τον λόγο αυτόν, οι κλινικές αποφάσεις που λαμβάνονται θα πρέπει να θέτουν ως προτεραιότητα την αντιμετώπιση της περίπτωσης αντικρουόμενων στόχων. Επειδή ο ασθενής μπορεί να θέσει ο ίδιος τους δικούς του στόχους, είναι σημαντικό ο οικογενειακός γιατρός να απευθύνεται στον ασθενή με ερωτήσεις ανοιχτού τύπου: «Τι είναι σημαντικό για εσάς αυτή την περίοδο;» ή «Τι είναι αυτό που ελπίζετε για το μέλλον;». Πριν τεθούν αυτές οι ερωτήσεις στον ασθενή, ο οικογενειακός γιατρός οφείλει να έχει διευκρινίσει και να έχει εξηγήσει επαρκώς στον ασθενή την κλινική κατάσταση. Μόνο μετά τις απαντήσεις που θα λάβει από τον ασθενή, ο οικογενειακός γιατρός θα είναι σε θέση να γνωρίζει την άποψη του ασθενή και της οικογένειάς του για την περίοδο που θα ακολουθήσει. Έχοντας κατανοήσει τις ανάγκες και τις προσδοκίες του ασθενή και της οικογένειάς του, ο οικογενειακός γιατρός μπορεί καλύτερα να προτείνει ρεαλιστικούς στόχους και τον τρόπο με τον οποίο είναι δυνατόν να πραγματοποιηθούν. Είναι σημαντικό ο οικογενειακός γιατρός να εντοπίζει και να εξηγεί τις ενέργειες στις οποίες δεν έχει νόημα να προβούν είτε επειδή δεν θα βοηθήσουν στην επίτευξη των στόχων είτε επειδή δεν είναι εφικτές. Υποστηρίζεται ότι η ενίσχυση μιας ψεύτικης ελπίδας από τον οικογενειακό γιατρό μπορεί να εμποδίσει τον ασθενή και την οικογένειά του από το να βρουν νόημα και αξία στον χρόνο που απομένει· η προσκόλληση σε μη ρεαλιστικούς στόχους μπορεί να τους αποτρέψει από το να συμφιλιωθούν με την κατάσταση και να ωριμάσουν συναισθηματικά, καθώς και να τους στερήσει τη δυνατότητα της προσφοράς και της λήξης παλαιότερων θεμάτων που έμεναν ανοιχτά. Μια φράση που πολλοί γιατροί θεωρούν ότι βοηθά όταν απευθύνονται στον ασθενή και την οικογένειά του, ενώ αποφεύγουν να υποστηρίζουν μη ρεαλιστικούς στόχους, είναι η εξής: «Μπορούμε να ελπίζουμε για το καλύτερο, αλλά θα πρέπει ταυτόχρονα να προετοιμαστούμε ώστε να αντιμετωπίσουμε το χειρότερο».

Προτείνεται να πραγματοποιείται συζήτηση με τους ασθενείς για τον τρόπο διαχείρισης των προχωρημένων σταδίων της νόσου που οι ίδιοι προτιμούν και να συμφωνήσουν για τον τρόπο αυτόν με τον οικογενειακό γιατρό. Ο γιατρός σε τακτά χρονικά διαστήματα θα πρέπει να επαναφέρει στις συζητήσεις το περιεχόμενο της συμφωνίας, ώστε να διευκρινίζει αν οι επιθυμίες και οι προτιμήσεις του ασθενή παραμένουν ίδιες. Το περιεχόμενο της συμφωνίας μπορεί να αφορά ([von Gunten et al., 2000](#)) τα ακόλουθα:

- Τον τρόπο ελέγχου των συμπτωμάτων.
- Την πιθανή επιθυμία του ασθενή να μη γίνει προσπάθεια καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησής του σε περίπτωση που χρειαστεί.

- Την πιθανή προτίμηση του ασθενή να μη του χορηγηθεί θεραπεία σε περίπτωση που δεν θα είναι σε θέση να αποφασίσει ο ίδιος, όταν προκύψει τέτοιο θέμα.
- Τον τόπο όπου θα προτιμούσε ο ασθενής να πεθάνει. Φαίνεται ότι η πλειονότητα των ασθενών προτιμά να πεθάνει στο σπίτι. Ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών τελικού σταδίου πεθαίνει τελικά στο νοσοκομείο χωρίς να συντρέχουν ιατρικοί λόγοι για να μεταφερθούν εκεί.

## 10.2 Η συζήτηση για τη φροντίδα σε προχωρημένο στάδιο

Η συζήτηση για τη φροντίδα σε προχωρημένο στάδιο περιλαμβάνει τις κατευθύνσεις που θα έχει η φροντίδα του ασθενή σε περίπτωση που δεν θα είναι σε θέση να λαμβάνει ο ίδιος αποφάσεις. Οι περισσότεροι ασθενείς πιστεύουν ότι είναι ευθύνη του γιατρού να ξεκινήσει τη συζήτηση για τη φροντίδα σε προχωρημένο στάδιο της νόσου (Emanuel, 1998· Emanuel, Danis, Pearlman, & Singer, 1995· Teno & Lynn, 1996). Ο οικογενειακός γιατρός, αρχικά, θα πρέπει να διερευνήσει αν ο ασθενής είναι έτοιμος να συζητήσει κάτι τέτοιο. Κάποιοι ασθενείς μπορεί να το έχουν ήδη σκεφτεί και να έχουν καταγράψει τις επιθυμίες τους σε μορφή έγγραφης διαθήκης ή να έχουν ορίσει κάποιο μέλος του περιβάλλοντός τους ως υπεύθυνο σε περίπτωση που οι ίδιοι δεν θα μπορούν να λάβουν αποφάσεις. Αρκετοί ασθενείς παρακινούνται να συζητήσουν για κάτι τέτοιο, έχοντας ήδη προηγούμενη σχετική εμπειρία από άλλα μέλη της οικογένειας ή από φίλους. Αν ο ασθενής ορίσει κάποιο μέλος του περιβάλλοντός του ως υπεύθυνο, είναι σημαντικό να συμμετέχει κι εκείνο στις συζητήσεις. Επίσης, ορισμένοι ασθενείς μπορεί να εξουσιοδοτήσουν ένα νομικό πρόσωπο να λάβει αποφάσεις γι' αυτούς σε προχωρημένο στάδιο της νόσου.

Μία από τις βασικές αποφάσεις που αφορούν τη φροντίδα σε προχωρημένο στάδιο είναι η απόσυρση ή η άρνηση θεραπευτικών μέτρων, όπως η παρεντερική σίτιση και ενυδάτωση, και η μη εφαρμογή του πρωτοκόλλου καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, αν χρειαστεί (von Gunten et al., 2000).

Η χορήγηση τροφής και νερού αποτελεί για πολλούς ένδειξη φροντίδας. Η απόσυρση παρεντερικής διατροφής μπορεί να θεωρηθεί λανθασμένα από την οικογένεια ως ένδειξη αδιαφορίας προς τον ασθενή, αν ο γιατρός δεν εξηγήσει το πλαίσιο στο οποίο λαμβάνεται αυτή η απόφαση. Θα πρέπει αρχικά να εξηγήσει στην οικογένεια την κλινική κατάσταση και να συμφωνήσει μαζί τους για τους στόχους που τίθενται τη δεδομένη στιγμή. Στη συνέχεια, μπορεί να διευκρινίσει ότι η χορήγηση τροφής και νερού δεν πρόκειται να βοηθήσει στην επίτευξη των στόχων. Σε πολλές περιπτώσεις, η παρεντερική διατροφή και ενυδάτωση δεν θα αναστρέψει την υποκείμενη παθολογία ούτε θα κάνει τον ασθενή να νιώσει καλύτερα. Για παράδειγμα, αν για έναν ασθενή με καρκίνο σε προχωρημένο στάδιο έχει τεθεί ως στόχος η βελτίωση της ενέργειας, του σωματικού βάρους και της μυϊκής ισχύος, η παρεντερική διατροφή και ενυδάτωση είναι απίθανο να βοηθήσουν (American College of Physicians, 1989· Finucane, Christmas, & Travis, 1999· Roy & MacDonald, 1998). Στην πραγματικότητα, τέτοιες παρεμβάσεις μπορεί να προκαλέσουν οίδημα, ασκίτη, αυξημένες πνευμονικές εκκρίσεις και επιδείνωση της δύσπνοιας, ιδιαίτερα αν συνυπάρχει σημαντική υποαλβουμιναιμία. Αν και πολλοί πιστεύουν ότι η ενυδάτωση θα πρέπει να συνεχίζεται για έναν ασθενή μέχρι να πεθάνει, μια κατάσταση σχετικής αφυδάτωσης σε έναν ασθενή κατακεκλιμένο ο οποίος πεθαίνει μπορεί να έχει κάποια οφέλη. Συγκεκριμένα, μπορεί να ελαττώσει τις πνευμονικές εκκρίσεις, τους εμέτους και την ακράτεια ούρων, και επίσης μπορεί να διεγείρει την έκκριση ενδορφινών και άλλων ενδογενών αναισθητικών ουσιών, οι οποίες συμβάλλουν σε έναν ήρεμο θάνατο (Council on Ethical and Judicial Affairs, 1998a· Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association, 1992· Ellershaw, Sutcliffe, & Saunders, 1995). Συχνή παρερμηνεία από την πλευρά της οικογένειας αποτελεί η πεποίθηση ότι η αδυναμία του ασθενή οφείλεται στην ανορεξία και την ελαττωμένη πρόσληψη φαγητού από το στόμα και υγρών. Μπορεί να υποθέτουν ότι, αν ο ασθενής λάβει φαγητό και υγρά, θα ανακτήσει τις δυνάμεις του. Ο οικογενειακός γιατρός οφείλει να εξηγήσει με απλά λόγια την πραγματική αιτία που ευθύνεται για την κατάσταση του ασθενή. Οφείλει, ακόμη, να βοηθήσει την οικογένεια να αναγνωρίσει τη δική της συναισθηματική ανάγκη να παράσχει φροντίδα στον ασθενή. Με τη βοήθεια και άλλων επαγγελματιών υγείας η οικογένεια μπορεί να βρει διαφορετικούς τρόπους να εκφράσει τις ανάγκες της.

Η συζήτηση με τον ασθενή για την άρνηση εφαρμογής του πρωτοκόλλου καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, αν χρειαστεί σε προχωρημένο στάδιο, θα πρέπει να προκύψει ως αποτέλεσμα μιας ευρύτερης συζήτησης σχετικά με τις παρεμβάσεις που θα γίνουν, ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι φροντίδας για τον ασθενή. Η προσπάθεια να αποσπάσει ο γιατρός από τον ασθενή μια απόφαση που θα αφορά

μεμονωμένα την άρνηση καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης μπορεί να προκαλέσει σύγχυση και ανησυχία για το μέλλον στον ασθενή και την οικογένειά του και μπορεί να θεωρηθεί ως κίνηση εγκατάλειψης (Tulsky, Chesney, & Lo, 1995). Οι περισσότεροι ασθενείς και μερικοί γιατροί δεν γνωρίζουν ότι η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση αναπτύχθηκε και παραμένει κατάλληλη κυρίως για μη αναμενόμενα συμβάντα, όπως συμβάντα κατά τη διάρκεια μιας επέμβασης ή μιας καρδιακής ανακοπής σε έναν κατά τα άλλα υγιή άνθρωπο (Council on Ethical and Judicial Affairs, 1998a)· δεν αναπτύχθηκε και δεν ενδείκνυται για την αναστροφή του τελικού σταδίου ενός μη αναστρέψιμου κατά τα άλλα νοσήματος (Council on Ethical and Judicial Affairs, 1998b· Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association, 1991). Μετά την ανασκόπηση των στόχων της φροντίδας του ασθενή, θα πρέπει να διερευνηθεί αν η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση μπορεί να επιτύχει κάποιον από τους στόχους. Η απάντηση για τους ασθενείς σε προχωρημένο στάδιο της νόσου είναι συνήθως αρνητική.

Κατά τη διαχείριση του ασθενή που βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο ενός ανίατου νοσήματος, ο οικογενειακός γιατρός οφείλει να διεξάγει συζητήσεις με τον ασθενή ή και την οικογένειά του σχετικά με την πρόγνωση, με το τι είναι γνωστό για τον χρόνο που απομένει και με το είδος των αποφάσεων που θα χρειαστεί να ληφθούν. Οι συζητήσεις με τα μέλη της οικογένειας θα πρέπει να γίνονται με τη συγκατάθεση του ασθενή ή και χωρίς αυτή, στην περίπτωση που ο ασθενής δεν μπορεί να επικοινωνήσει με το περιβάλλον.

Οι συζητήσεις με τον ασθενή και την οικογένειά του μπορεί να περιλαμβάνουν τα παρακάτω θέματα:

- Τη δυνατότητα αναζήτησης υποστήριξης από τοπικές ομάδες παροχής παρηγορητικής φροντίδας.
- Την ανάγκη διευθέτησης νομικών ζητημάτων του ασθενή, καθώς και θεμάτων που αφορούν τις επιθυμίες του ασθενή για τη φροντίδα στο τέλος της ζωής του.
- Την ανάγκη να εκφράζει ο ασθενής τα συμπτώματα και τις επιθυμίες του, ώστε να γίνει δυνατή η παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας.
- Τον τρόπο αντιμετώπισης πιθανών συμπτωμάτων που μπορεί να οδηγήσουν στον θάνατο, συμπεριλαμβανομένης της αναπνευστικής δυσχέρειας, της βραδυκαρδίας και του οπισθοστερνικού άλγους. Η συζήτηση αυτή θα πρέπει να περιλαμβάνει και το εάν σε μια τέτοια περίπτωση ο ασθενής και η οικογένειά του επιθυμούν να μεταφερθεί στο νοσοκομείο ή να παραμείνει και να πεθάνει στο σπίτι (Pollock, 2015).

### 10.3 Διαχείριση των συμπτωμάτων

Ο έλεγχος των συμπτωμάτων αποτελεί έναν από τους βασικούς στόχους της παρηγορητικής φροντίδας και θα πρέπει να εξατομικεύεται ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή. Προτείνεται να εφαρμόζονται από τον οικογενειακό γιατρό οι παρακάτω βασικοί κανόνες:

- Να προχωρά με προσοχή στη διάγνωση της αιτίας του συμπτώματος.
- Να εξηγήει το σύμπτωμα στον ασθενή.
- Να συζητά με τον ασθενή τις θεραπευτικές επιλογές.
- Να θέτει ρεαλιστικούς στόχους.
- Να είναι έτοιμος για την αντιμετώπιση προβλημάτων που αναμένεται να εμφανιστούν.
- Να προβαίνει σε τακτική ανασκόπηση της κατάστασης.

Στη συνέχεια, γίνεται σύντομη συζήτηση για την προτεινόμενη αντιμετώπιση ορισμένων συμπτωμάτων που μπορεί να κληθεί να αντιμετωπίσει ο οικογενειακός γιατρός όταν παρακολουθεί ασθενείς τελικού σταδίου ([Simon, Everitt, van Dorp, & Burke, 2014](#)).

#### 10.3.1 Πόνος

Η αντιμετώπιση του πόνου αποτελεί το βασικότερο μέρος της παρηγορητικής φροντίδας. Ο πόνος στον ασθενή τελικού σταδίου οφείλεται σε πολλαπλούς παράγοντες, τόσο σωματικούς όσο και ψυχολογικούς. Ο οικογενειακός γιατρός οφείλει να διερευνά, ώστε να εντοπίσει τους παράγοντες αυτούς και να τους αντιμετωπίσει. Εκτός από την επιμέρους αντιμετώπιση των παραγόντων που μπορεί να προκαλούν πόνο στον

ασθενή τελικού σταδίου, έχει προταθεί η κλιμάκωση της φαρμακευτικής αντιμετώπισης του πόνου με τα παρακάτω βήματα:

- Βήμα 1<sup>ο</sup>: Μη οπιούχα αναλγητικά.
- Βήμα 2<sup>ο</sup>: Ήπια οπιούχα σε συνδυασμό με μη οπιούχα αναλγητικά.
- Βήμα 3<sup>ο</sup>: Ισχυρά οπιούχα σε συνδυασμό με μη οπιούχα αναλγητικά.

Ο οικογενειακός γιατρός οφείλει να παραπέμψει τον ασθενή σε ειδικό ιατρείο αντιμετώπισης του πόνου, όταν το σύμπτωμα επιμένει παρά τη λήψη των σχετικών μέτρων αντιμετώπισης.

Αναλυτική, τεκμηριωμένη πληροφορία για την αντιμετώπιση του πόνου και σε ασθενείς τελικού σταδίου υπάρχει στον ιστότοπο: <http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/booth/painpag/>

### 10.3.2 Αδυναμία, κόπωση και ληθαργικότητα

Η αδυναμία, η κόπωση και η ληθαργικότητα αποτελούν συμπτώματα όλων σχεδόν των ασθενών με νόσο τελικού σταδίου. Οι αναστρέψιμες αιτίες για τα συμπτώματα αυτά περιλαμβάνουν τα παρακάτω:

- Φάρμακα: οπιούχα αναλγητικά, βενζοδιαζεπίνες, στεροειδή (προκαλούν αδυναμία των εγγύς μυών), διουρητικά (προκαλούν αφυδάτωση και ηλεκτρολυτικές διαταραχές), αντιυπερτασικά (προκαλούν ορθοστατική υπόταση).
- Συναισθηματικές διαταραχές: κατάθλιψη, άγχος, φόβος, απάθεια.
- Μεταβολικές διαταραχές: υπερασβεστιαμία, σακχαρώδης διαβήτης, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, ουραιμία, ηπατική νόσος, θυρεοειδική δυσλειτουργία.
- Αναιμία.
- Κακή θρέψη.
- Αυξημένη ενδοκράνια πίεση (προκαλεί μόνο ληθαργικότητα).
- Λοίμωξη.
- Παρατεταμένος κλινοστατισμός.

Ο οικογενειακός γιατρός οφείλει να εντοπίσει και να θεραπεύσει τις πιθανές αναστρέψιμες αιτίες. Χρειάζεται να φροντίσει ώστε τόσο ο ασθενής όσο και οι άνθρωποι που τον φροντίζουν να έχουν την αναγκαία ψυχολογική υποστήριξη. Μπορεί, ακόμη, να προτείνει φυσικοθεραπεία, καθώς και βοηθητικά μέσα και συσκευές ή και αλλαγές στον χώρο διαβίωσης του ασθενή. Η συνεργασία με ψυχολόγους, φυσικοθεραπευτές και εργοθεραπευτές μπορεί να συμβάλει στην εξεύρεση λύσεων για τα συμπτώματα του ασθενή.

### 10.3.3 Ναυτία και έμετος

Ο οικογενειακός γιατρός μπορεί να συστήσει στον ασθενή να τρώει μικρά και συχνά γεύματα σε ένα ευχάριστο περιβάλλον. Οι γενικές αρχές στην αντιμετώπιση της ναυτίας και του εμέτου είναι οι ακόλουθες:

- Εκτίμηση της πιθανής αιτίας: τοξίνες, μεταβολικά αίτια, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, αύξηση ενδοκράνιας πίεσης, άγχος, φόβος ή πόνος, αλλαγή θέσης σώματος, κίνηση, γαστρική στάση, γαστρικός ερεθισμός, δυσκοιλιότητα, εντερική απόφραξη, βήχας.
- Ανασκόπηση των φαρμάκων που λαμβάνει ο ασθενής: φάρμακα που λαμβάνει ο ασθενής και ενδέχεται να προκαλούν τα συμπτώματα, αντιεμετικά φάρμακα που έλαβε ο ασθενής στο παρελθόν για τα ίδια συμπτώματα και η αποτελεσματικότητά τους.
- Μη φαρμακευτικά μέτρα: αποφυγή δυσάρεστων οσμών, τεχνικές χαλάρωσης, απόσπαση της προσοχής του ασθενή σε άλλα θέματα, διαχείριση του άγχους.
- Συχνή επανεκτίμηση: αποτελεσματικότητα των χορηγούμενων αντιεμετικών φαρμάκων, παρακολούθηση της αιτίας που προκάλεσε τα συμπτώματα.

Για την αντιμετώπιση της ναυτίας, μπορεί να γίνει από του στόματος χορήγηση αντιεμετικών. Εάν ο ασθενής συνεχίζει τους εμέτους παρά τα αντιεμετικά δισκία, θα χρειαστούν αντιεμετικά με παρεντερική χορήγηση.

### 10.3.4 Δυσκοιλιότητα

Η δυσκοιλιότητα αποτελεί ένα από τα συχνά συμπτώματα των ασθενών κατά την παρηγορητική φροντίδα. Η δυσκοιλιότητα στους υπερηλίκους και σε ευάλωτους ασθενείς εκδηλώνεται με ασαφή εικόνα που περιλαμβάνει:

- σύγχυση,
- κατακράτηση ούρων,
- κοιλιακό άλγος,
- διάρροια από υπερχειλίση,
- απώλεια όρεξης,
- ναυτία και εμέτους.

Ο οικογενειακός γιατρός οφείλει να αναζητήσει την πιθανή αιτία της δυσκοιλιότητας, ενώ μπορεί να προλάβει την εμφάνισή της με τη χορήγηση των κατάλληλων φαρμάκων σε ασθενείς που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν δυσκοιλιότητα, όπως για παράδειγμα οι ασθενείς που λαμβάνουν ναρκωτικά αναλγητικά. Οφείλει να συμβουλεύσει για τροποποίηση της διαίτας και καλή ενυδάτωση, όταν οι παράγοντες αυτοί δεν έχουν ρυθμιστεί κατάλληλα για τον ασθενή. Μπορεί, επίσης, να προτείνει από του στόματος φάρμακα (μαλακτικά κοπράνων, ερεθισματοαγωγά των εντερικών κινήσεων ή συνδυασμό αυτών). Σε ανθεκτικές περιπτώσεις, θα χρειαστεί να χορηγήσει φάρμακα από το ορθό με τη μορφή υπόθετου ή υποκλυσμού. Σε περίπτωση που υπάρχει υποψία ότι η δυσκοιλιότητα αποτελεί σύμπτωμα συμπίεσης του νωτιαίου μυελού, ο ασθενής θα πρέπει να υποβληθεί σε πλήρη νευρολογικό έλεγχο.

Ο οικογενειακός γιατρός οφείλει να προσπαθήσει να βρει αν υπάρχει πιθανή αιτία για τη δυσκοιλιότητα. Μπορεί να προλάβει την εμφάνισή της με τη χορήγηση φαρμάκων σε ασθενείς που έχουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν δυσκοιλιότητα, π.χ., σε ασθενείς που λαμβάνουν ναρκωτικά αναλγητικά. Οφείλουν να συμβουλεύσουν για τροποποίηση της διαίτας και για καλή ενυδάτωση όταν οι παράγοντες αυτοί δεν έχουν ρυθμιστεί κατάλληλα για τον ασθενή. Μπορούν να προτείνουν από του στόματος φάρμακα (μαλακτικά κοπράνων, ερεθισματοαγωγά των εντερικών κινήσεων ή συνδυασμό τους). Σε ανθεκτικές περιπτώσεις θα χρειαστεί να χορηγήσουν φάρμακα από το ορθό με τη μορφή υπόθετου ή υποκλυσμού. Σε περίπτωση που υπάρχει υποψία ότι η δυσκοιλιότητα αποτελεί σύμπτωμα συμπίεσης του νωτιαίου μυελού, ο ασθενής θα πρέπει να υποβληθεί σε πλήρη νευρολογικό έλεγχο.

### 10.3.5 Ανορεξία

Ο οικογενειακός γιατρός μπορεί να προτείνει μικρά και συχνά γεύματα. Μπορεί, επίσης, να συμβουλεύσει την οικογένεια να δίνει στον ασθενή να φάει ό,τι εκείνος επιθυμεί. Υπάρχουν ορισμένα υποκείμενα προβλήματα τα οποία μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση ανορεξίας και τα οποία οφείλει να αναγνωρίσει και να αντιμετωπίσει ο οικογενειακός γιατρός. Τέτοια προβλήματα είναι:

- η ναυτία,
- τα στοματικά προβλήματα,
- ο πόνος,
- το άγχος και
- η κατάθλιψη.

### 10.3.6 Ξηροστομία – στοματικά έλκη

Ο οικογενειακός γιατρός οφείλει να τονίσει πως η στοματική υγιεινή είναι πολύ σημαντική για τον ασθενή τελικού σταδίου. Μπορεί να προτείνει την αποφυγή παραγόντων που ξηραίνουν το στόμα και σε συνεργασία με τον οδοντίατρο να καθοδηγήσουν τον ασθενή στον κατάλληλο καθαρισμό των δοντιών και της γλώσσας. Μπορεί, επίσης, να προτείνει τη χρήση στοματικών διαλυμάτων απολύμανσης. Θα χρειαστεί να εκπαιδεύσει τον ασθενή, ούτως ώστε να κοιτάζει καθημερινά τη στοματική κοιλότητα για την πιθανή εμφάνιση στοματικών εξελκώσεων ή λευκωπού επιχρίσματος. Οφείλει να αντιμετωπίσει πιθανή μυκητίαση ή έλκη και να ελαττώσει με παρεμβάσεις την ξηρότητα στην περιοχή της στοματικής κοιλότητας.

### 10.3.7 Διάρροια

Ο οικογενειακός γιατρός οφείλει να αναζητήσει την αιτία. Επίσης, χρειάζεται να διευκρινίσει ο ασθενής ή ο άνθρωπος που τον φροντίζει πώς προσδιορίζει το σύμπτωμα αυτό. Η διάρροια ως σύμπτωμα μπορεί να αποτελέσει σημαντικό πρόβλημα στη φροντίδα των ασθενών τελικού σταδίου, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει και ακράτεια κοπράνων.

Η αποκατάσταση των υγρών και ο αποκλεισμός της λοίμωξης αποτελούν τα πρώτα βήματα στην αντιμετώπιση της διάρροιας. Ο οικογενειακός γιατρός χρειάζεται να αποκλείσει την ψευδομεμβρανώδη κολίτιδα σε ασθενείς που είχαν λάβει πρόσφατα θεραπεία με αντιβιοτικά. Επιπλέον, θα χρειαστεί να διευκρινίσει αν το σύμπτωμα είναι διάρροια λόγω υπερχειλίσης σε έδαφος δυσκοιλιότητας ή οφείλεται σε υπερβολική χρήση καθαρτικών ή φαρμάκων που μπορεί να προκαλέσουν διάρροια. Άλλα αίτια διάρροιας σε ασθενείς τελικού σταδίου είναι η προηγηθείσα ακτινοθεραπεία και η δυσαπορρόφηση των λιπών λόγω έλλειψης παγκρεατικών ενζύμων σε ασθενείς με καρκίνο του παγκρέατος. Συμπτωματική θεραπεία της διάρροιας σε ασθενείς τελικού σταδίου μπορεί να γίνει με χορήγηση κωδεΐνης ή λοπεραμίδης. Χρειάζεται παραπομπή σε ειδικό ογκολόγο όταν το σύμπτωμα δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί.

### 10.3.8 Βήχας και δύσπνοια

Ο βήχας είναι ένα σύμπτωμα ιδιαίτερα ενοχλητικό για τον ασθενή. Παρατεταμένα επεισόδια με βήχα εξουθενώνουν τον ασθενή και προκαλούν φόβο, ιδιαίτερα όταν συνοδεύονται από αίσθημα δύσπνοιας ή αιμόπτυση. Οι αναστρέψιμες αιτίες βήχα σε ασθενείς τελικού σταδίου περιλαμβάνουν:

- λοίμωξη,
- κακοήγη βρογχική απόφραξη ή πνευμονικές μεταστάσεις,
- βρογχόσπασμο,
- γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση,
- εισρόφηση,
- λήψη συγκεκριμένων φαρμάκων, όπως για παράδειγμα αναστολέων του μετατρεπτικού ενζύμου,
- θεραπεία, όπως για παράδειγμα ακτινοβολία σε όλο το σώμα,
- καρδιακή ανεπάρκεια,
- εκκρίσεις και
- καντιντίαση φάρυγγα.

Η δύσπνοια εμφανίζεται ως σύμπτωμα σε ποσοστό 70% των ασθενών τελικού σταδίου και συνήθως οφείλεται σε πολλαπλούς παράγοντες. Πάντα εμπεριέχει ένα ψυχολογικό στοιχείο, καθώς το αίσθημα που έχει ο ασθενής ότι δεν μπορεί να αναπνεύσει προκαλεί φόβο. Τα αίτια δύσπνοιας περιλαμβάνουν:

- λεμφαδενοπάθεια,
- καρκίνο του πνεύμονα με ή χωρίς απόφραξη της άνω κοίλης φλέβας,
- θωρακικό άλγος,
- δευτεροπαθείς μεταστάσεις στον πνεύμονα,
- πλευριτική συλλογή,

- αδυναμία του διαφράγματος λόγω παράλυσης του φρενικού νεύρου ή πίεσής του από την ύπαρξη ασκίτη,
- αδυναμία των αναπνευστικών μυών (π.χ., νόσος του κινητικού νεύρωνα),
- πνευμονική ίνωση,
- καρκινωματώδη λεμφαγγειίτιδα,
- χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια ή άσθμα,
- καρδιακή ανεπάρκεια,
- αρρυθμίες,
- περικαρδιακή συλλογή,
- πνευμονική εμβολή,
- σύμπτυξη του πνεύμονα,
- πνευμονία,
- μεσοθηλίωμα,
- αναιμία,
- ουραιμία,
- άγχος,
- προηγούμενο χειρουργείο (λοβεκτομή ή πνευμονεκτομή),
- προηγηθείσα ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία (πνευμονίτιδα ή ίνωση).

Ο οικογενειακός γιατρός οφείλει να αποκλείσει την ύπαρξη των προηγούμενων αιτιών σε έναν ασθενή τελικού σταδίου με βήχα ή δύσπνοια. Αν διαπιστωθεί πως τα συμπτώματα αυτά οφείλονται σε κάποιο από τα προηγούμενα αίτια, οφείλει να προχωρήσει στην κατάλληλη αντιμετώπισή του.

Σε κάθε περίπτωση, ο γιατρός επιβάλλεται να καθησυχάσει τον ασθενή και να του εξηγήσει τους λόγους για τους οποίους εμφανίζει βήχα ή δύσπνοια. Αφού αποκλειστούν αίτια που απαιτούν συγκεκριμένη θεραπεία, ο οικογενειακός γιατρός χρειάζεται να προτείνει στον ασθενή τρόπους τους οποίους μπορεί να εφαρμόσει στην καθημερινότητά του για να ελαττώνει το σύμπτωμα, όπως για παράδειγμα τη διατήρηση μιας μη κατακεκλιμένης θέσης. Οι αναπνευστικές ασκήσεις μπορεί, επίσης, να βοηθήσουν και, γι' αυτό, η συμβολή ενός φυσικοθεραπευτή είναι σημαντική. Η εισπνοή ατμού ή φυσιολογικού ορού σε νεφελοποιητή μπορεί να μαλακώσει πιθανές κολλώδεις εκκρίσεις. Ο αερισμός προς το πρόσωπο του ασθενή με τη βοήθεια ανεμιστήρα ή με ένα ανοιχτό παράθυρο στο δωμάτιο που βρίσκεται μπορεί, επίσης, να μειώσει τα συμπτώματα.

Ο οικογενειακός γιατρός μπορεί να ξεκινήσει τη θεραπεία, χωρίς να χρειάζεται πάντα να παραπέμψει τον ασθενή σε ειδικό ογκολόγο, για αίτια όπως τα ακόλουθα:

- Λοιμώξεις αναπνευστικού: χρήση νεφελοποιητών και αντιβιοτικών, όταν χρειάζεται.
- Οπισθοφαρυγγικές εκκρίσεις: χρήση εισπνοών ατμού, ρινικών εισπνοών, κορτικοστεροειδών και αντιβιοτικών, όταν χρειάζεται.
- Ερεθισμός του λάρυγγα: χρήση εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών.
- Βρογχόσπασμο: χρήση βρογχοδιασταλτικών και εισπνεόμενων ή από του στόματος κορτικοστεροειδών.
- Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση: χρήση αντιόξινων.

Σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα, ο οικογενειακός γιατρός χρειάζεται να παραπέμψει τον ασθενή σε ειδικό ογκολόγο για την αντιμετώπιση του βήχα ή της δύσπνοιας που προέρχονται από τη νόσο.

Κάποιες φορές, υπάρχει ανάγκη για άμεση παρέμβαση του οικογενειακού γιατρού σε ασθενείς που εμφανίζουν έντονο εισπνευστικό συριγμό (stridor) λόγω απόφραξης μιας μεγάλης αεροφόρου οδού, όπως για παράδειγμα σε ασθενείς με καρκίνο του λάρυγγα. Η χορήγηση δεξαμεθαζόνης μπορεί να ανακουφίσει το σύμπτωμα. Στη συνέχεια, ο ασθενής θα χρειαστεί παραπομπή σε ειδικό ογκολόγο για περαιτέρω αντιμετώπιση. Σε περίπτωση που ο έντονος εισπνευστικός συριγμός αποτελεί το τελικό σύμπτωμα πριν από τον θάνατο, ο οικογενειακός γιατρός δεν χρειάζεται να παραπέμψει τον ασθενή, αλλά μπορεί να βοηθήσει με τη χορήγηση κατασταλτικών φαρμάκων.



### 10.3.9 Κακοήθης ασκίτης

Αποτελεί συχνή επιπλοκή σε ασθενείς με καρκίνο ωοθηκών. Το σύμπτωμα που αναφέρει συνήθως ο ασθενής είναι η διάταση της κοιλιάς. Ο οικογενειακός γιατρός, μετά τη διάγνωση του ασκίτη, χρειάζεται να παραπέμψει τον ασθενή για αντιμετώπιση. Η διαχείριση του ασκίτη σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μπορεί να περιλαμβάνει τα εξής:

- Αντιμετώπιση του αισθήματος δυσφορίας λόγω του ασκίτη με τη χορήγηση αναλγητικών.
- Χρήση διουρητικών όπως η φουροσεμίδη με ή χωρίς σπιρονολακτόνη: συνήθως απαιτείται μία εβδομάδα για να έχουν το μέγιστο αποτέλεσμα. Χρειάζεται να προηγηθεί μέτρηση της αλβουμίνης του ορού, καθώς μπορεί να επιδεινώσουν τον ασκίτη σε ασθενείς με υποαλβουμιναιμία.
- Αντιμετώπιση της πίεσης που μπορεί να αισθάνεται ο ασθενής στο επιγάστριο με τη χορήγηση προκινητικών φαρμάκων.

Η συχνότητα της παρακέντησης εξαρτάται από τη συχνότητα επανεμφάνισης του ασκίτη. Φάρμακα όπως η σπιρονολακτόνη ως μονοθεραπεία ή σε συνδυασμό με ένα θειαζιδικό διουρητικό ή ένα διουρητικό της αγκύλης μπορεί να βοηθήσουν.

### 10.3.10 Αυξημένη ενδοκράνια πίεση

Η αύξηση της ενδοκράνιας πίεσης είναι συχνή συνέπεια σε ασθενείς με πρωτοπαθείς ή δευτεροπαθείς όγκους του εγκεφάλου. Η κλινική εικόνα με την οποία εμφανίζεται ο ασθενής μπορεί να περιλαμβάνει: κεφαλαλγία που επιδεινώνεται κατά την κατάκλιση,

- εμέτους,
- σύγχυση,
- διπλωπία,
- σπασμούς και
- οίδημα οπτικής θηλής.

Ο οικογενειακός γιατρός οφείλει να παραπέμψει επείγοντως τον ασθενή για αντιμετώπιση σε νευροχειρουργό. Αν δεν ενδείκνυται άλλη θεραπεία για τον ασθενή, ο οικογενειακός γιατρός μπορεί να ξεκινήσει συμπτωματική θεραπεία που περιλαμβάνει την ανύψωση του στρώματος από την πλευρά της κεφαλής, την έναρξη δεξαμεθαζόνης και την αναλγητική αγωγή. Όσον αφορά τη χρήση δεξαμεθαζόνης, συνιστάται η διακοπή της, αν δεν υπάρχει ανταπόκριση σε μία εβδομάδα.

### 10.3.11 Δερματικά έλκη

Σε κατακεκλιμένους ασθενείς αναπτύσσονται πολύ συχνά έλκη λόγω της πίεσης. Η ευπάθεια και η συνύπαρξη ακράτειας σε αρκετές περιπτώσεις αποτελούν παράγοντες υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη ελκών από πίεση στους ασθενείς τελικού σταδίου. Πιθανά σημεία πίεσης με συνέπεια τη νέκρωση του δέρματος είναι η περιοχή της ωμοπλάτης, οι αγκώνες, η σπονδυλική στήλη, οι γλουτοί, τα γόνατα, η περιοχή της ποδοκνημικής άρθρωσης και οι πτέρνες. Στους ασθενείς τελικού σταδίου τα έλκη από πίεση επουλώνονται με αργό ρυθμό και αποτελούν αίτιο δυσφορίας και άγχους τόσο για τον άρρωστο όσο και για τον άνθρωπο που τον φροντίζει. Η ύπαρξη ελκών από πίεση μπορεί να προκαλέσει ενοχές στον άνθρωπο που φροντίζει τον ασθενή, καθώς εκλαμβάνεται ως ένδειξη κακής ποιότητας φροντίδας. Είναι πολύ σημαντική η προσπάθεια πρόληψης των ελκών από πίεση με τη χρήση προστατευτικών στρωμάτων και μαξιλαριών, με συμβουλές σχετικά με τη διαχείριση πιθανής ακράτειας, καθώς και με συμβουλές για συχνή μετακίνηση και αλλαγή θέσης του ασθενή. Ο οικογενειακός γιατρός ενημερώνει τους ανθρώπους που φροντίζουν τον ασθενή τελικού σταδίου να ζητούν βοήθεια για την αντιμετώπιση κόκκινων κηλίδων στο δέρμα που δεν υποχωρούν

σε 24 ώρες. Ο οικογενειακός γιατρός οφείλει να αντιμετωπίζει επιθετικά τα έλκη από πίεση και να παραπέμπει τον ασθενή σε περίπτωση που δεν υποχωρούν.

Τα εκτεταμένα έλκη έχουν σοβαρή επίπτωση στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Οι ασθενείς με νόσο σε προχωρημένο στάδιο έχουν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη και τη δύσκολη ίαση των ελκών. Οι παράγοντες αυτοί περιλαμβάνουν την ακινητοποίηση, την κακή θρέψη, τη διήθηση και τις εύκολες ρήξεις του δέρματος λόγω της ύπαρξης κακοήθειας. Ο κύριος στόχος είναι η ανακούφιση του ασθενή. Η ίαση αποτελεί δευτερεύοντα στόχο, καθώς πολλές φορές μπορεί να μην είναι εφικτή. Προτείνεται η περιποίηση να παρέχεται από προσωπικό που έχει εκπαιδευθεί στη διαχείριση των ελκών σε ασθενείς τελικού σταδίου. Ομάδες που δραστηριοποιούνται στην παροχή παρηγορητικής φροντίδας, συνήθως, περιλαμβάνουν νοσηλευτές με επαρκή γνώση στη φροντίδα των ελκών.

### 10.3.12 Άγχος και κατάθλιψη

Όλοι οι ασθενείς με νόσο τελικού σταδίου, κατά περιόδους, αισθάνονται άγχος για διάφορους λόγους. Συνήθως, φοβούνται την αδυναμία να ελέγξουν τα συμπτώματα ή την πιθανότητα να πεθάνουν μόνοι. Όταν το άγχος επηρεάζει την ποιότητα ζωής, ο οικογενειακός γιατρός θα χρειαστεί να παρέμβει. Τα μη φαρμακευτικά μέτρα περιλαμβάνουν:

- Αναγνώριση του άγχους που έχει ο ασθενής.
- Επαρκείς απαντήσεις σε όλες τις ερωτήσεις που θέτει ο ασθενής και γραπτή πληροφόρηση, όταν χρειάζεται.
- Υποστήριξη με όποιον τρόπο είναι διαθέσιμος: ομάδες αυτοβοήθειας, μονάδες ημερήσιας φροντίδας, ομάδες ασθενών, εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό.
- Εκπαίδευση του ασθενή, ώστε να καταφέρνει να χαλαρώνει και να ελέγχει την αναπνοή του.
- Άλλες δραστηριότητες: αρωματοθεραπεία, καλλιτεχνική ενασχόληση, φυσική άσκηση.

Ο οικογενειακός γιατρός μπορεί να χρησιμοποιήσει και φαρμακευτικά μέτρα: Η χορήγηση βενζοδιαζεπίνης συνιστάται στην αντιμετώπιση του άγχους, κυρίως στην οξεία φάση. Σε χρόνιο άγχος συνιστάται η χρήση αντικαταθλιπτικών. Ο οικογενειακός γιατρός οφείλει να παραπέμπει τον ασθενή για αντιμετώπιση, αν δεν ανταποκρίνεται στη λήψη απλών μέτρων για το άγχος.

Η διάγνωση της κατάθλιψης είναι αρκετά δύσκολη στους ασθενείς τελικού σταδίου. Περίπου το 10-20% των ασθενών τελικού σταδίου εμφανίζουν κατάθλιψη. Η λύπη είναι κάτι συνηθισμένο στους εν λόγω ασθενείς. Επίσης, πολλά συμπτώματα που έχουν οι ασθενείς τελικού σταδίου, όπως για παράδειγμα η ανορεξία, αποτελούν και συμπτώματα της κατάθλιψης. Για τον λόγο αυτόν, τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας για την πιθανή διάγνωση της κατάθλιψης δεν βοηθούν στην περίπτωση των ασθενών τελικού σταδίου. Επιπλέον, ο οικογενειακός γιατρός οφείλει να ρωτήσει ευθέως τον ασθενή για την ύπαρξη αυτοκτονικού ιδεασμού.

Για την αντιμετώπιση πιθανής κατάθλιψης, ο οικογενειακός γιατρός μπορεί να συστήσει τα παρακάτω μη φαρμακευτικά μέτρα:

- Υποστήριξη του ασθενή με όποιον τρόπο είναι διαθέσιμος: ομάδες αυτοβοήθειας, μονάδες ημερήσιας φροντίδας, ομάδες ασθενών, εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό.
- Χαλάρωση, καθώς αυξάνει το αίσθημα ελέγχου της κατάστασης από τον ασθενή.
- Επαρκείς εξηγήσεις για τις ανησυχίες, τα προβλήματα και τους φόβους του για το μέλλον.
- Δραστηριότητες: φυσική άσκηση, γράψιμο.

Ο οικογενειακός γιατρός μπορεί να δοκιμάσει τη χορήγηση αντικαταθλιπτικού φαρμάκου. Τα αντικαταθλιπτικά χρειάζονται περίπου δύο εβδομάδες για να λειτουργήσουν. Σε περίπτωση μη ανταπόκρισης του ασθενή στη θεραπεία ή σε περίπτωση ύπαρξης αυτοκτονικού ιδεασμού, ο οικογενειακός γιατρός οφείλει να παραπέμπει τον ασθενή σε ψυχίατρο.

Καθώς πλησιάζει ο θάνατος, πολλοί ασθενείς διακατέχονται από ένα αίσθημα υπερβολικά έντονου άγχους (terminal anguish) και πνευματικής θλίψης (spiritual distress). Συχνά, το αίσθημα αυτό συνδέεται με

παλαιότερες συγκρούσεις που δεν έχουν λυθεί, με ενοχές, φόβους ή απώλεια ελέγχου. Καταστάσεις που οδηγούν τους ασθενείς τελικού σταδίου σε αυξημένο αίσθημα άγχους είναι οι εξής:

- Όταν οι ασθενείς δεν γνωρίζουν τη διάγνωση, αλλά νιώθουν ότι έχουν τη ευθύνη υποστήριξης των άλλων μελών της οικογένειάς τους.
- Όταν οι ασθενείς παρουσιάζουν ορισμένα συμπτώματα, όπως δύσπνοια, αιμορραγία ή, συνεχώς, ναυτία ή διάρροια.
- Όταν οι ασθενείς δεν έχουν ισχυρές πεποιθήσεις σχετικά με τη θρησκεία. Ασθενείς που έχουν ισχυρή πίστη, καθώς και ασθενείς που έχουν ισχυρή πεποίθηση ότι δεν πιστεύουν στη θρησκεία έχουν λιγότερο άγχος
- Όταν οι ασθενείς έχουν νεαρά άτομα ή συγγενείς που εξαρτώνται από αυτούς.
- Όταν οι ασθενείς έχουν εκκρεμότητες που δεν έχουν ολοκληρώσει και πρέπει να τις τακτοποιήσουν, όπως για παράδειγμα νομικές υποθέσεις.

Ο οικογενειακός γιατρός οφείλει να ακούει τους ασθενείς που διακατέχονται από πολύ έντονο άγχος, καθώς και μόνο η ακρόαση μπορεί να είναι θεραπευτική γι' αυτούς. Αν είναι δυνατόν, ο οικογενειακός γιατρός θα πρέπει να μιλήσει στον ασθενή για τον θάνατο και να αναλύσει τους σχετικούς φόβους. Θα πρέπει να ασχοληθεί με τους φόβους που μπορεί να αντιμετωπιστούν. Η καταστολή μπορεί να επιλεγεί ως τελευταία λύση και αφού συζητηθεί με τον ασθενή —αν είναι εφικτό— και τους συγγενείς.

## 10.4 Επίπεδα παρηγορητικής φροντίδας

Για τα πέντε βασικά νοσήματα που οδηγούν στον θάνατο δεν υπάρχει θεραπεία και οι μέθοδοι αποκατάστασης είναι περιορισμένες. Τα νοσήματα αυτά είναι ο καρκίνος, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, τα καρδιακά νοσήματα, τα νοσήματα των πνευμόνων και η άνοια. Η περίοδος διαβίωσης των πασχόντων από σοβαρά νοσήματα μέχρι τον θάνατό τους μπορεί να αποτελεί μια ιδιαίτερα σημαντική περίοδο τόσο για τους ίδιους όσο και για τους ανθρώπους που είναι δίπλα τους. Κατά το χρονικό αυτό διάστημα, χρειάζεται να διασφαλίζεται για τον ασθενή η άνεση, η διαθεσιμότητα των πόρων που χρειάζεται για την καθημερινότητά του και ο σεβασμός προς το πρόσωπό του. Είναι απαραίτητο να υποστηριχθούν προγράμματα εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, τα οποία θα καλλιεργούν δεξιότητες και στάσεις, ούτως ώστε να μπορούν να τηρούν την υπόσχεση για παροχή φροντίδας καλής ποιότητας στους ασθενείς τελικού σταδίου. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών για την παροχή παρηγορητικής φροντίδας πρέπει να περιλαμβάνει την εξοικείωσή τους με το περιεχόμενο και τον τρόπο εφαρμογής των αρχών παρηγορητικής φροντίδας ([Pastrana, Junger, Ostgathe, Elsner, & Radbruch, 2008](#)), οι οποίες συνίστανται:

- στον σεβασμό στην αυτονομία του ασθενή,
- στην εξασφάλιση της αξιοπρέπειας του ασθενή,
- στη συνεργασία με τον ασθενή και την οικογένειά του,
- στην ενίσχυση και τη διατήρηση της καλύτερης ποιότητας ζωής για τον ασθενή,
- στον σεβασμό στη ζωή και την αντιμετώπιση του θανάτου ως φυσιολογικής κατάληξης,
- στην επικοινωνία με τον ασθενή, την οικογένεια και τις άλλες υπηρεσίες,
- στην εκπαίδευση του κοινού, ώστε να αποδέχεται την παρηγορητική φροντίδα,
- στην πολυδύναμη και διεπιστημονική προσέγγιση,
- στην αναγνώριση και υποστήριξη της θλίψης και του πένθους.

Παρεμβάσεις για βελτίωση της παρηγορητικής φροντίδας απαιτούνται σε όλους τους επαγγελματίες, τους οργανισμούς και τους φορείς που συμμετέχουν σ' αυτό το πεδίο, όπως στα νοσοκομεία, στους γιατρούς, στις ομάδες παροχής παρηγορητικής φροντίδας και στους νοσηλευτές ([Lynn et al., 2000](#), [Lynn & Schuster, 2000](#)). Ιδιαίτερη ευαισθησία χρειάζεται στην ανάπτυξη πρωτοκόλλων για τον επαρκή έλεγχο του πόνου ([Du Pen et al., 1999](#)), τον προγραμματισμό της φροντίδας σε προχωρημένα στάδια της νόσου ([Hammes & Rooney, 1998](#)), την παροχή συντονισμένης και ολοκληρωμένης φροντίδας ([Rich, 1999](#)) και τη διευκόλυνση της έκφρασης του πένθους ([Corr & Doka, 1994](#)).

Τα συστήματα υγείας οφείλουν να υποστηρίξουν την ανάπτυξη μοντέλων παρηγορητικής φροντίδας που θα ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασθενών. Τα προτεινόμενα μοντέλα στηρίζονται σε μια πολυδύναμη και διεπιστημονική προσέγγιση (multiprofessional and interdisciplinary approach). Η πολυδύναμη ομάδα περιλαμβάνει επαγγελματίες υγείας διαφόρων ειδικοτήτων, καθώς και επαγγελματίες άλλων επιστημών οι οποίοι συνεργάζονται με σκοπό την οργανωμένη αποτελεσματική φροντίδα.

Η σύνθεση της πολυδύναμης ομάδας διαφέρει κάθε φορά, ανάλογα με την ομάδα των ασθενών που καλείται να φροντίσει και την έκταση της παρεχόμενης φροντίδας ή ανάλογα με τον τόπο όπου την παρέχει (Junger, Pestinger, Elsner, Krumm, & Radbruch, 2007). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, φαίνεται ότι η προσέγγιση με βάση την ομάδα παρηγορητικής φροντίδας ωφελεί τον ασθενή (The Council of Europe, 2003). Σε μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την αποτελεσματικότητα της εξειδικευμένης ομάδας παρηγορητικής φροντίδας στον καρκίνο υποστηρίχθηκε ότι οι εξειδικευμένες ομάδες αυξάνουν την ικανοποίηση, αναγνωρίζουν και αντιμετωπίζουν καλύτερα τις ανάγκες του ασθενή και της οικογένειάς του σε σύγκριση με τη συμβατική φροντίδα (Hearn & Higginson, 1998), μειώνουν το συνολικό κόστος της φροντίδας και επιτυγχάνουν αποτελεσματικότερο έλεγχο του πόνου και των υπόλοιπων συμπτωμάτων των ασθενών (Higginson et al., 2003).

Η στελέχωση της ομάδας παρηγορητικής φροντίδας πρέπει να γίνεται με ευελιξία και με γνώμονα τις ανάγκες των ασθενών και το επίπεδο παρηγορητικής φροντίδας που θα παρέχει. Προτείνονται τρία επίπεδα παρηγορητικής φροντίδας τα οποία πρέπει να είναι διαθέσιμα:

- η φροντίδα παρηγορητικής προσέγγισης,
- η γενική παρηγορητική φροντίδα και
- η εξειδικευμένη παρηγορητική φροντίδα.

#### **10.4.1 Η φροντίδα παρηγορητικής προσέγγισης**

Η φροντίδα παρηγορητικής προσέγγισης μπορεί να παρέχεται σε χώρους και υπηρεσίες όπου μόνο περιστασιακά εξυπηρετούνται ασθενείς παρηγορητικής φροντίδας. Αυτή η προσέγγιση δεν περιλαμβάνει μόνο φαρμακολογικά και μη φαρμακολογικά μέτρα για έλεγχο των συμπτωμάτων, αλλά επίσης και επικοινωνία με τον ασθενή και την οικογένειά του, καθώς και με άλλους επαγγελματίες υγείας, τους διαμορφωτές προγραμμάτων υγείας και τους θέτοντες τους στόχους σύμφωνα με τις αρχές της παρηγορητικής φροντίδας. Η φροντίδα παρηγορητικής προσέγγισης πρέπει να είναι διαθέσιμη από γενικούς γιατρούς και από το προσωπικό των γενικών νοσοκομείων, καθώς και από νοσηλευτικές υπηρεσίες και από το προσωπικό ιδιωτικών κλινικών. Για τον λόγο αυτόν, η παρηγορητική φροντίδα πρέπει να περιλαμβάνεται στα προγράμματα βασικής εκπαίδευσης των γιατρών, των νοσηλευτών και άλλων σχετικών με την υγεία επαγγελματιών. Σύμφωνα με το Συμβούλιο της Ευρώπης (Council of Europe), όλοι οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να γνωρίζουν τις βασικές αρχές παρηγορητικής φροντίδας και να είναι ικανοί να τις εφαρμόσουν στην πράξη (The Council of Europe, 2003).

#### **10.4.2 Η γενική παρηγορητική φροντίδα**

Η γενική παρηγορητική φροντίδα παρέχεται από επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και από ειδικούς που διαχειρίζονται ασθενείς με απειλητικά για τη ζωή νοσήματα, οι οποίοι έχουν επαρκή γνώση και δεξιότητες βασικής παρηγορητικής φροντίδας. Μπορεί να αποτελείται από έναν γιατρό γενικής ιατρικής και μία ειδικευμένη νοσηλεύτρια· στις περισσότερες, ωστόσο, περιπτώσεις την ομάδα πλαισιώνουν κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι ή και εθελοντές. Επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στην παρηγορητική φροντίδα, όπως οι γενικοί γιατροί, οι ογκολόγοι ή οι γηρίατροι, αλλά δεν την ασκούν ως κύρια ειδικότητα, πρέπει να αποκτήσουν ειδική εκπαίδευση, εξάσκηση και δεξιότητες. Τότε μόνο οι συγκεκριμένοι επαγγελματίες μπορούν να παρέχουν γενική παρηγορητική φροντίδα (The Council of Europe, 2003).

### 10.4.3 Η εξειδικευμένη παρηγορητική φροντίδα

Οι ασθενείς με νοσήματα απειλητικά για τη ζωή και οι οικείοι τους μπορεί να έχουν σύνθετες ανάγκες που απαιτούν τη συνεισφορά της ομάδας εξειδικευμένης παρηγορητικής φροντίδας (Clinical Standards Board for Scotland, 2002).

Όλοι οι ασθενείς με προοδευτικά επιδεινούμενα ανίατα νοσήματα πρέπει να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες εξειδικευμένης παρηγορητικής φροντίδας, οι οποίες αντιμετωπίζουν προληπτικά όλα τα συμπτώματα και τις επιδράσεις στους ίδιους, την οικογένειά τους και τους φροντιστές τους (Clinical Standards Board for Scotland, 2002). Η εξειδικευμένη παρηγορητική φροντίδα εφαρμόζεται από μια ομάδα επαρκώς εκπαιδευμένων γιατρών, νοσηλευτών, κοινωνικών λειτουργών, κληρικών και άλλων, των οποίων η εξειδίκευση είναι απαραίτητη για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των πασχόντων από νοσήματα απειλητικά για τη ζωή ή από χρόνιες φθοροποιές παθήσεις. Τα μέλη της ομάδας έχουν λάβει αναγνωρισμένη εκπαίδευση και έχουν ως κύρια απασχόλησή τους την παροχή παρηγορητικής φροντίδας (Clinical Standards Board for Scotland, 2002· National Consensus Project for Quality Palliative Care, 2004). Σε κάθε ομάδα εξειδικευμένης παρηγορητικής φροντίδας, τον ηγετικό ρόλο πρέπει να έχει επαγγελματίας εξειδικευμένος στη παρηγορητική φροντίδα (The Council of Europe, 2003).

## Βιβλιογραφικές αναφορές

- American College of Physicians. (1989). Parenteral nutrition in patients receiving cancer chemotherapy. *Ann Intern Med*, 110(9), 734-736.
- Clinical Standards Board for Scotland. (2002). *Clinical Standards for Specialist Palliative Care*. Edimburgh NHS Scotland.
- Corr, C. A., & Doka, K. J. (1994). Current models of death, dying, and bereavement. *Crit Care Nurs Clin North Am*, 6(3), 545-552.
- Council on Ethical and Judicial Affairs. (1998a). Decisions to forgo life-sustaining treatment for incompetent patients *Council on Ethical and Judicial Affairs Reports on End-of-Life Care* (pp. 30-40). Chicago, IL: American Medical Association.
- Council on Ethical and Judicial Affairs. (1998b). Do-not-resuscitate orders *Council on Ethical and Judicial Affairs Reports on End-of-Life Care* (Vol. 1). Chicago, IL: American Medical Association.
- Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. (1991). Guidelines for the appropriate use of do-not-resuscitate orders. *JAMA*, 265(14), 1868-1871.
- Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. (1992). Decisions near the end of life. *JAMA*, 267(16), 2229-2233.
- Du Pen, S. L., Du Pen, A. R., Polissar, N., Hansberry, J., Kraybill, B. M., Stillman, M., . . . Syrjala, K. (1999). Implementing guidelines for cancer pain management: results of a randomized controlled clinical trial. *J Clin Oncol*, 17(1), 361-370.
- Ellershaw, J. E., Sutcliffe, J. M., & Saunders, C. M. (1995). Dehydration and the dying patient. *J Pain Symptom Manage*, 10(3), 192-197. doi: 10.1016/0885-3924(94)00123-3
- Emanuel, L. L. (1998). Advance directives. In A. Berger, M. H. Levy, R. K. Portenoy & D. E. Weissman (Eds.), *Principles and Practice of Supportive Oncology* (pp. 791-808). Philadelphia, Pa: Lippincott-Raven.
- Emanuel, L. L., Danis, M., Pearlman, R. A., & Singer, P. A. (1995). Advance care planning as a process: structuring the discussions in practice. *J Am Geriatr Soc*, 43(4), 440-446.
- Field, M. J., & Cassel, C. K. (Eds.). (1997). *Approaching Death: Improving Care at the End of Life*. Washington, DC: National Academy Press.
- Finucane, T. E., Christmas, C., & Travis, K. (1999). Tube feeding in patients with advanced dementia: a review of the evidence. *JAMA*, 282(14), 1365-1370.
- Greer, D. S., Mor, V., Morris, J. N., Sherwood, S., Kidder, D., & Birnbaum, H. (1986). An alternative in terminal care: results of the National Hospice Study. *J Chronic Dis*, 39(1), 9-26.
- Hammes, B. J., & Rooney, B. L. (1998). Death and end-of-life planning in one midwestern community. *Arch Intern Med*, 158(4), 383-390.
- Hearn, J., & Higginson, I. J. (1998). Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review. *Palliat Med*, 12(5), 317-332.
- Higginson, I. J., Finlay, I. G., Goodwin, D. M., Hood, K., Edwards, A. G., Cook, A., . . . Normand, C. E. (2003). Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers? *J Pain Symptom Manage*, 25(2), 150-168.
- Junger, S., Pestinger, M., Elsner, F., Krumm, N., & Radbruch, L. (2007). Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams. *Palliat Med*, 21(4), 347-354. doi: 10.1177/0269216307078505
- Lee, W., Eng, C., Fox, N., & Etienne, M. (1998). PACE: a model for integrated care of frail older patients. Program of All-inclusive Care for the Elderly. *Geriatrics*, 53(6), 62, 65-66, 69, 73; quiz 74.
- Lynn, J. (1996). Caring at the end of our lives. *N Engl J Med*, 335(3), 201-202. doi: 10.1056/NEJM199607183350311
- Lynn, J. (1997). Measuring quality of care at the end of life: a statement of principles. *J Am Geriatr Soc*, 45(4), 526-527.
- Lynn, J. (2001). Perspectives on care at the close of life. Serving patients who may die soon and their families: the role of hospice and other services. *JAMA*, 285(7), 925-932.
- Lynn, J., Harrell, F., Jr., Cohn, F., Wagner, D., & Connors, A. F., Jr. (1997). Prognoses of seriously ill hospitalized patients on the days before death: implications for patient care and public policy. *New Horiz*, 5(1), 56-61.
- Lynn, J., Schall, M. W., Milne, C., Nolan, K. M., & Kabcenell, A. (2000). Quality improvements in end of life care: insights from two collaboratives. *Jt Comm J Qual Improv*, 26(5), 254-267.
- Lynn, J., & Schuster, J. L. (2000). *The Center to Improve Care of the Dying, and The Institute for Healthcare Improvement. Improving Care for the End of Life: A Sourcebook for Clinicians and Managers*. New York, NY: Oxford University Press.
- National Consensus Project for Quality Palliative Care. (2004). *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*. Pittsburgh, PA: National Consensus Project for Quality Palliative Care.

- Pastrana, T., Junger, S., Ostgathe, C., Elsner, F., & Radbruch, L. (2008). A matter of definition--key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. *Palliat Med*, 22(3), 222-232. doi: 10.1177/0269216308089803
- Pollock, K. (2015). Is home always the best and preferred place of death? *BMJ*, 351, h4855. doi: 10.1136/bmj.h4855
- Rich, M. W. (1999). Heart failure disease management: a critical review. *J Card Fail*, 5(1), 64-75.
- Roy, D. J., & MacDonald, N. (1998). Ethical issues in palliative care. In D. Doyle, G. W. C. Hanks & N. MacDonald (Eds.), *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (2nd ed., pp. 112-121). New York, NY: Oxford University Press Inc.
- Sepulveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., & Ullrich, A. (2002). Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage*, 24(2), 91-96.
- Simon, C., Everitt, H., van Dorp, F., & Burke, M. (2014). *Oxford Handbook of General Practice*: OUP Oxford.
- Teno, J. M., & Lynn, J. (1996). Putting advance-care planning into action. *J Clin Ethics*, 7(3), 205-213.
- The Council of Europe. (2003). Recommendation REC 24 (2003) of the Committee of Ministers to member states on the organisation of Palliative Care. from The Council of Europe, [www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24\\_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf)
- Tulsky, J. A., Chesney, M. A., & Lo, B. (1995). How do medical residents discuss resuscitation with patients? *J Gen Intern Med*, 10(8), 436-442.
- von Gunten, C. F., Ferris, F. D., & Emanuel, L. L. (2000). The patient-physician relationship. Ensuring competency in end-of-life care: communication and relational skills. *JAMA*, 284(23), 3051-3057.

## Κριτήρια αξιολόγησης

**Κριτήριο αξιολόγησης 1:** Ο οικογενειακός γιατρός καλείται να επισκεφθεί στο σπίτι έναν ασθενή 75 ετών με επιδεινούμενη άνοια. Η σύζυγος ενημερώνει το γιατρό ότι ο ασθενής γίνεται όλο και περισσότερο καταθλιπτικός και ευέξαπτος. Πλέον δεν μπορεί να κοιμηθεί το βράδυ. Η σύζυγός του τον έχει βρει να περιφέρεται έξω από το σπίτι και ήδη δύο φορές χάθηκε και τον βρήκαν δύο γείτονες που τον βοήθησαν να επιστρέψει. Ποιος ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού στη διαχείριση του παραπάνω ασθενή με άνοια;

**[Απάντηση 1]** Το παραπάνω παράδειγμα περιγράφει μία σχετικά επείγουσα κατάσταση στην οποία ο οικογενειακός γιατρός καλείται να παρέμβει. Αν και η παροχή παρηγορητικής φροντίδας θα μπορούσε ίσως να είχε προλάβει μία τέτοια εξέλιξη για τον ασθενή και την οικογένειά του, λιγότερο από 2% των ασθενών με άνοια λαμβάνουν παρηγορητική φροντίδα. Ο οικογενειακός γιατρός οφείλει να εξηγήσει στη σύζυγο την ανάγκη έναρξης παρηγορητικής φροντίδας για τον ασθενή. Φαίνεται ότι οι ασθενείς με άνοια εμφανίζουν αυξημένο άγχος, το οποίο μπορεί να σχετίζεται με το προσδόκιμο επιβίωσης. Η παρηγορητική φροντίδα στους ασθενείς με άνοια έχει ως στόχο και την ανακούφιση του άγχους ώστε ο ασθενής να μπορεί να το ελέγχει. Οι ασθενείς με άνοια συνήθως δεν υποφέρουν από σωματικό πόνο.

Για τους ασθενείς με άνοια είναι δύσκολο να γίνει πρόβλεψη για το πότε διανύουν τους τελευταίους μήνες της ζωής τους. Έτσι, η παροχή παρηγορητικής φροντίδας συνήθως καθυστερεί. Υπάρχουν αρκετοί φραγμοί στην παροχή παρηγορητικής φροντίδας τόσο από την οικογένεια όσο και από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας. Η οικογένεια συχνά δε θέλει να αποδεχτεί ότι δεν έχει νόημα η συνέχιση φαρμακευτικών παρεμβάσεων και ότι θα πρέπει να γίνει αλλαγή στο πλάνο αντιμετώπισης. Οι γιατροί συχνά δεν προχωρούν στην αλλαγή μέχρι ο ασθενής και η οικογένεια να είναι έτοιμοι και συχνά έχουν ελλιπή γνώση για το τι μπορεί να προσφέρουν στο πλαίσιο της παρηγορητικής φροντίδας.

## Ευρετήριο όρων

- εισπνευστικός συριγμός (stridor) 199  
 ευπάθεια (frailty) 192  
 ξενώνας φροντίδας (hospice care) 191  
 πνευματική θλίψη (spiritual distress) 201  
 πολυδύναμη και διεπιστημονική προσέγγιση (multiprofessional and interdisciplinary approach) 203

Συμβούλιο της Ευρώπης (Council of Europe) 203  
υπερβολικά έντονο άγχος (terminal anguish) 201  
φροντίδα τελικού σταδίου (end of life care) 191