

A close-up photograph of a pair of hands with light skin and manicured nails, gently cupping a large, translucent red heart. The heart has a slightly textured, crystalline appearance. The background is a soft, out-of-focus light blue.

24^ο Ετήσιο Σεμινάριο Συνεχιζόμενης
Ιατρικής Εκπαίδευσης
Νοσοκομείου «Ο Ευαγγελισμός»

*Ανακουφιστική
Φροντίδα Ασθενών με
Χρόνια Καρδιαγγειακά
Νοσήματα*

*Κωνσταντίνος Γιακουμιδάκης
Νοσηλευτής ΠΕ, MSc, PhD
Αναπληρωτής Καθηγητής
Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής*



Δεν υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων
με τις παρακάτω χορηγούς εταιρείες:

PFIZER, JANSSEN ONCOLOGY, SOFMEDICA,
NOVARTIS, ABBVIE, MSD, WINMEDICA,
GENESIS, ROCHE, TAKEDA, ASTELLAS,
AMGEN, ANGELINI, ANTISEL, SERVIER,
BRISTOL-MYERS SQUIBB, ABBOTT, GILEAD,
SANDOZ, BIANEΞ, RONTIS, MAVROGENIS,
AENORASIS, SPECIFAR, KARYO

Ανακουφιστική Φροντίδα

Η προσέγγιση που επιδιώκει τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με απειλητικό για τη ζωή τους νόσημα και των οικογενειών τους, μέσω της πρόληψης και της ανακούφισης από το «υποφέρειν», που επιτυγχάνεται με την έγκαιρη αναγνώριση και ορθή αξιολόγηση και αντιμετώπιση του πόνου και των λοιπών σωματικών - οργανικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών προβλημάτων

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO)
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>

Χαρακτηριστικά - Περιεχόμενο

Χαρακτηριστικά Ανακουφιστικής Φροντίδας

- Ανακουφίζει τον πόνο & την ενοχλητική συμπτωματολογία
- Βλέπει το θάνατο περισσότερο ως μια φυσιολογική παρά βιοϊατρική διαδικασία
- Δεν αποσκοπεί ούτε στην επίσπευση, ούτε στην καθυστέρηση του θανάτου
- Ενσωματώνει τις ψυχολογικές & πνευματικές πτυχές της φροντίδας
- Προσφέρει υποστηρικτικό δίκτυο που επιτρέπει στους ασθενείς να είναι κατά το δυνατό ενεργοί μέχρι το θάνατό τους

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO)
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>

Χαρακτηριστικά Ανακουφιστικής Φροντίδας

- Βοηθά την οικογένεια – υποστηρικτικό δίκτυο του ασθενούς να προσαρμόστεί & να αντιμετωπίσει την κατάσταση τόσο κατά τη διάρκεια της νόσου, όσο και κατά την περίοδο του θρήνου – πένθους
- Μπορεί να εφαρμοσθεί και σε πρωιμότερα στάδια της νόσου, σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες που στοχεύουν στην παράταση της ζωής του ασθενούς



Ανακουφιστική Φροντίδα

**Φροντίδα
τελικού
σταδίου**



Ανακουφιστική Φροντίδα

**Ξενώνες
(Hospice)**

Ανακουφιστική Φροντίδα

***Πρότυπο Παροχής Ολιστικής
Φροντίδας***



Διακήρυξη της Πράγας, 2013



Palliative Care - A Human Right

ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ- ΕΝΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ

Ευρωπαϊκή Εταιρεία Ανακουφιστικής Φροντίδας (EAPC,
European Association for Palliative Care)

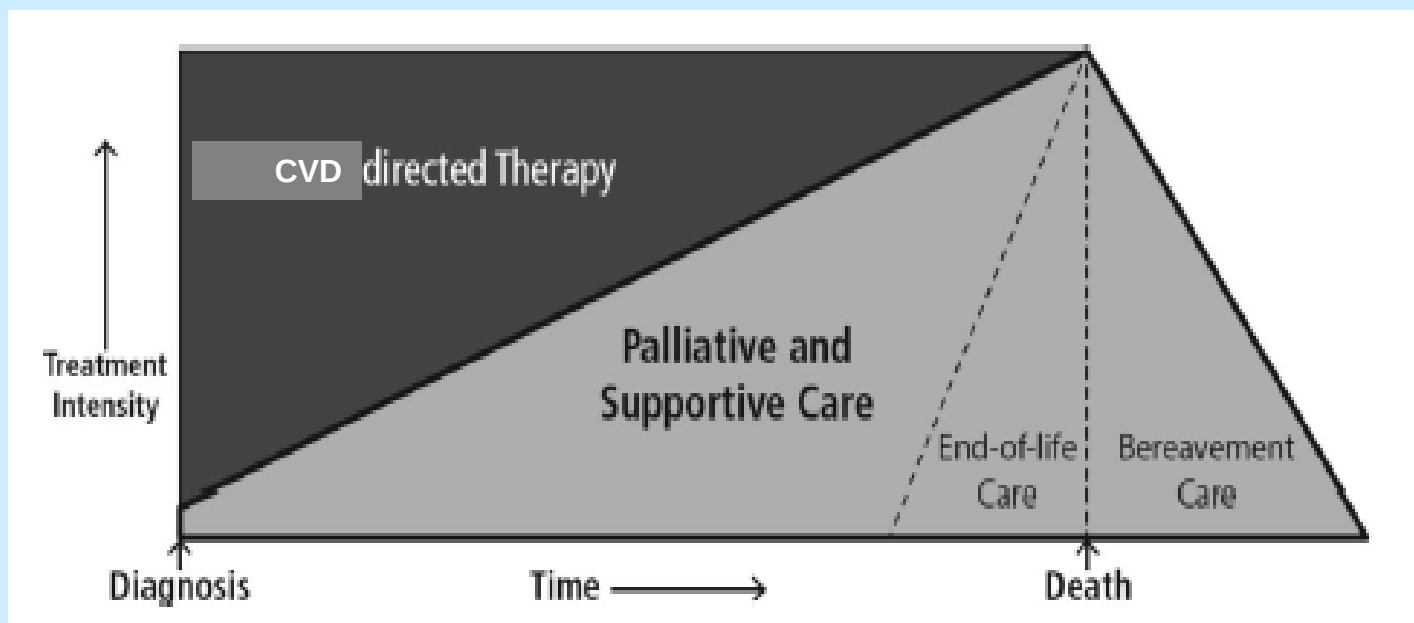
Παγκόσμια Εταιρεία Ξενώνων & Ανακουφιστικής Φροντίδας
(IAHPC, International Association for Hospice & Palliative Care)

Παγκόσμια Συμμαχία Ανακουφιστικής Φροντίδας (WPCA,
Worldwide Palliative Care Alliance)

Παρατηρητήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (HRW, Human Rights
Watch)

Ανακουφιστική Φροντίδα

- Παρέχεται από τη στιγμή της διάγνωσης με μια απειλητική για τη ζωή του ασθενούς νόσο

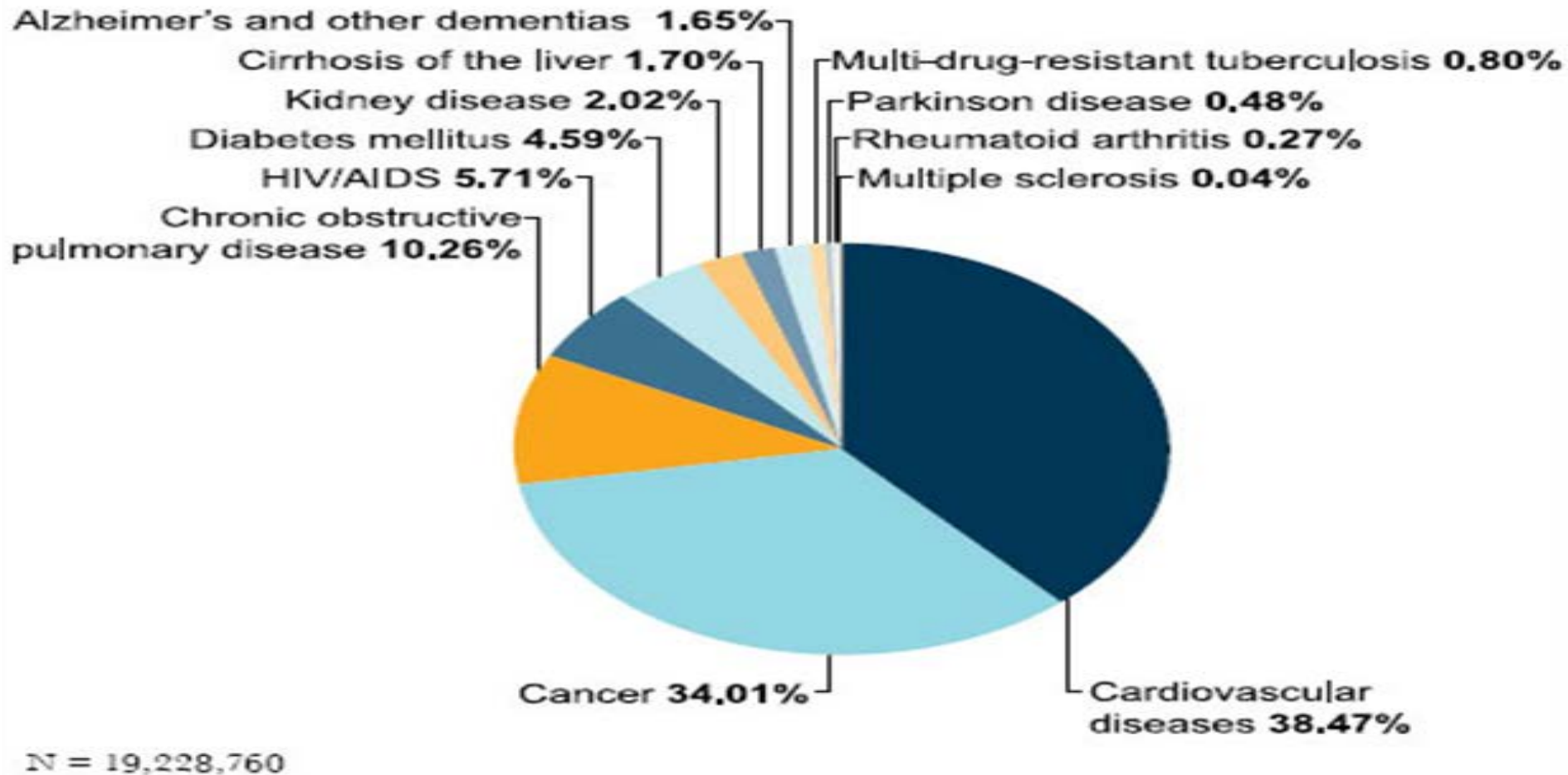


Χώροι Παροχής

- Νοσοκομείο
- Κέντρα αποκατάστασης
- Ξενώνας
- Σπίτι

*Ανακουφιστική Φροντίδα σε
Ασθενείς με Χρόνια
Καρδιαγγειακή Νόσο*

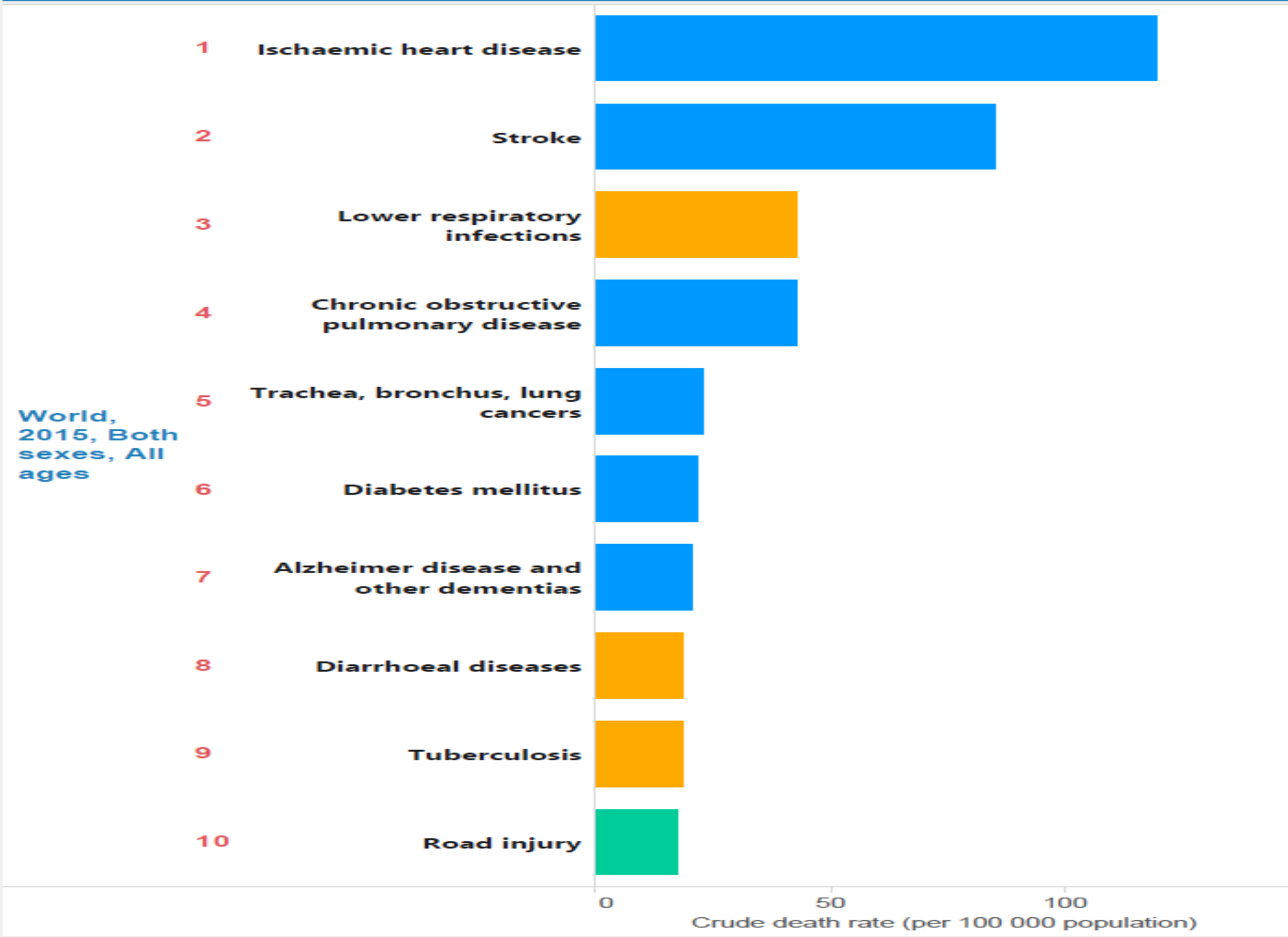
Κατανομή Ενηλίκων Ασθενών που Χρηζουν Ανακουφιστικής Φροντίδας ανά Νόσημα



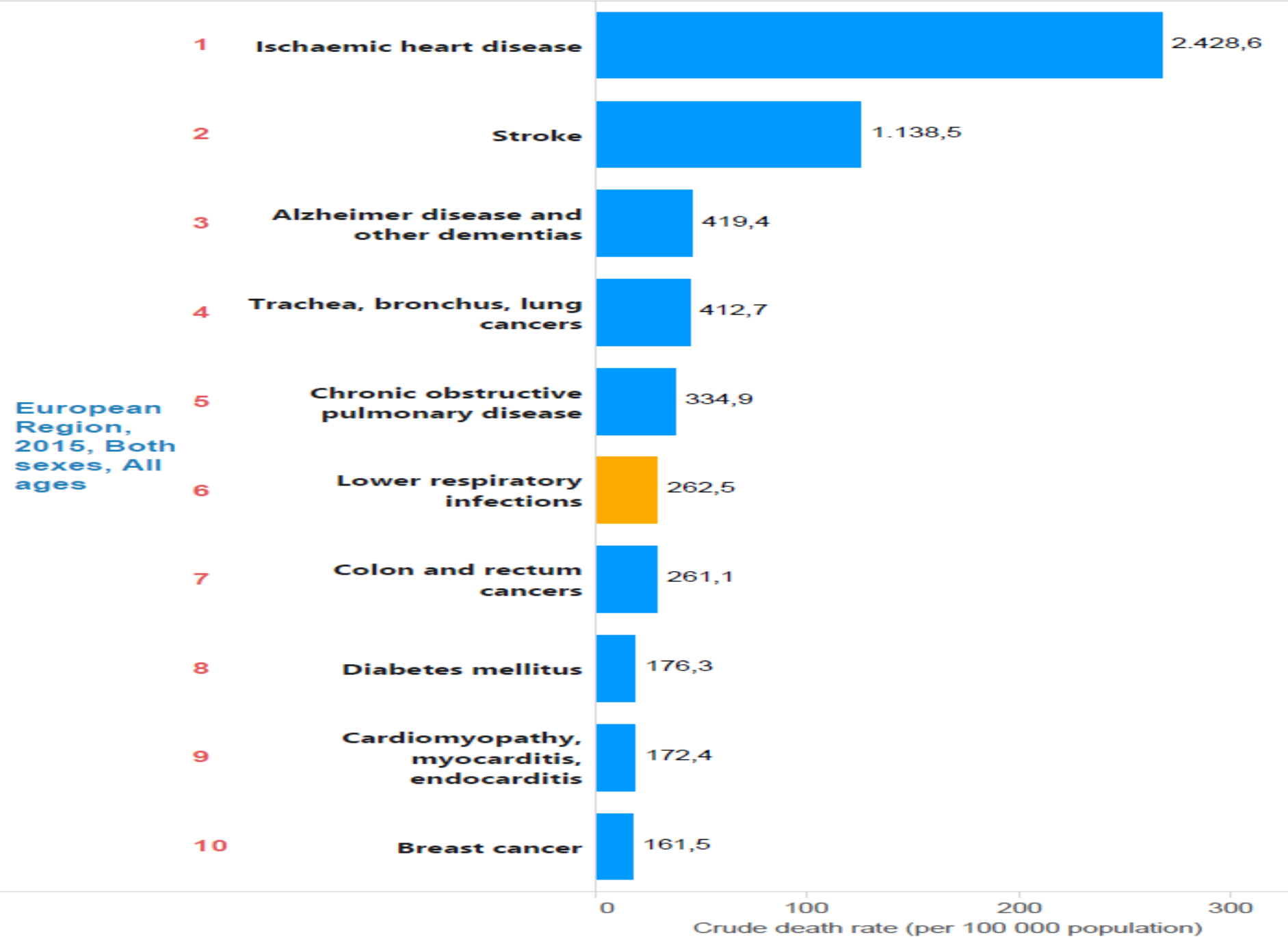
Worldwide Palliative Care Alliance. Global Atlas of palliative care at the end of life

http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf

Top 10 causes of death



Top 10 causes of death



Top 10 causes of death		ΕΛΛΑΔΑ	
Ischaemic heart disease was the leading cause of death, killing 24.7 thousand people in 2012			
	No of deaths (000s) 2012	Crude death rate 2000-2012	Change in rank 2000-2012
Ischaemic heart disease (22.2%)	24.7		▲
Stroke (18.5%)	20.7		▼
Trachea, bronchus, lung cancers (5.8%)	6.4		◊
Lower respiratory infections (4.8%)	5.4		◊
Chronic obstructive pulmonary disease (4.1%)	4.5		◊
Colon and rectum cancers (2.3%)	2.5		▲
Kidney diseases (2.2%)	2.5		▲
Breast cancer (1.9%)	2.1		▲
Hypertensive heart disease (1.7%)	1.9		▲
Prostate cancer (1.6%)	1.8		▲

Table 20-2. Heart Failure

Population Group	Prevalence, 2013–2016, Age ≥20 y	Incidence, 2014, Age ≥55 y	Mortality, 2016, All Ages*	Hospital Discharge, 2014, All Ages	Cost, 2012†
Both sexes	6 200 000 (2.2%)	1 000 000	78 356	900 000	\$30.7 billion
Males	3 000 000 (2.4%)	495 000	35 424 (45.2%)‡	462 000	...
Females	3 200 000 (2.1%)	505 000	42 932 (54.8%)‡	438 000	...
NH white males	2.2%	430 000§	29 155	...	...
NH white females	1.9%	425 000§	35 526	...	...
NH black males	3.5%	65 000§	3 777	...	...
NH black females	3.9%	80 000§	4 584	...	...
Hispanic males	2.5%	...	1 721	...	...
Hispanic females	2.1%	...	1 905	...	...
NH Asian males	1.7%	...	5 611	...	...
NH Asian females	0.7%	...	7 151	...	...
NH American Indian or Alaska Native	...	...	262	...	...

Benjamin et al. Circulation 2019;139

2030

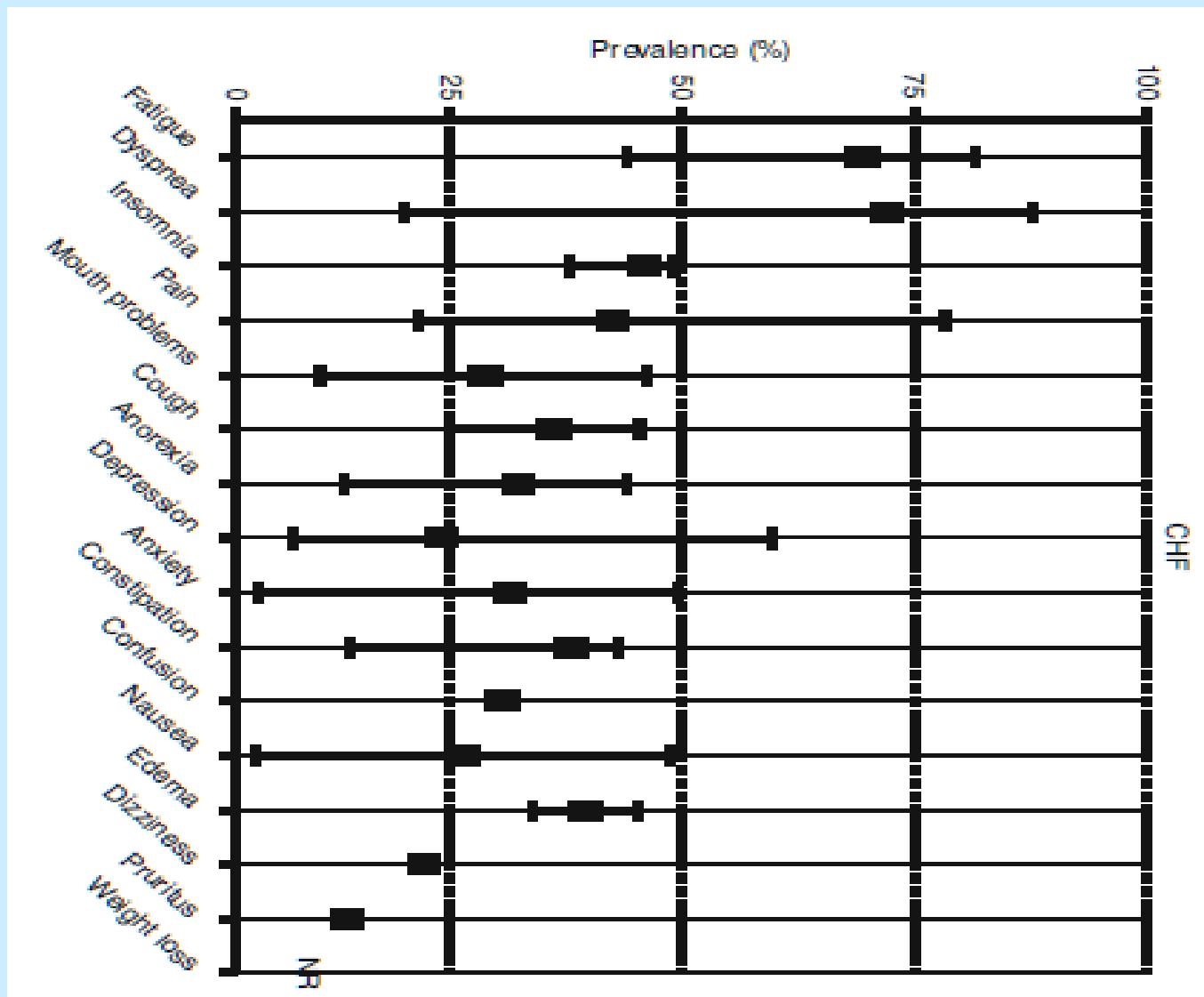
8 εκατομμύρια πάσχοντες
Αύξηση 46%

Κλινικές Εκδηλώσεις

*Οι ασθενείς με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια,
συγκριτικά με εκείνους με κακώθες
νεόπλασμα, έχουν :*

- ✓ *Χειρότερα οργανικά συμπτώματα*
- ✓ *Υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης*
- ✓ *Χαμηλότερο αίσθημα ευεξίας*

Bekelman DB, et al. J Gen Intern Med. 2009; 22: 938-48



Janssen DJ, et al. Palliat Med. 2008; 22: 938-48

***Προϋποθέσεις Ανακουφιστικής
Φροντίδας σε Ασθενείς με Χρόνια
Καρδιαγγειακή Νόσο***



*Περιεχόμενο Ανακουφιστικής
Φροντίδας σε Ασθενείς με Χρόνια
Καρδιαγγειακή Νόσο*

Αντιμετώπιση
πόνου &
ενοχλητικής
συμπτωματολογίας

Εκτίμηση
Ασθενούς

Λήψη
Αποφάσεων

Ειδικές
Κατηγορίες
Ασθενών

Ανακουφιστική Φροντίδα

Φροντίδα
Τελικού Σταδίου

Ξενώνες

Εκ των προτέρων
οδηγίες

Εκπαίδευση -
Συμβουλευτική

Υποστήριξη κατά
το πένθος

Στόχοι
Φροντίδας

Εκτίμηση Ασθενούς - Οικογένειας

- Με στόχο τον καθορισμό
 - ✓ της συμπτωματολογίας
 - ✓ της βαρύτητας της νόσου
 - ✓ της πρόγνωσης της νόσου
 - ✓ των αναγκών & επιθυμιών

Εκτίμηση της Πρόγνωσης της Νόσου

- Δυσχερής
- Προσδιοριστές επιβίωσης ≤ 1 έτους
- ✓ *Ανδρικό φύλο*
- ✓ *NYHA III ή IV*
- ✓ *Ηλικία ≥ 85 ετών*
- ✓ *Κακοήθης νεοπλασία*
- ❖ **Ευαισθησία 79%**
- ❖ **Ειδικότητα 61%**

Barnes S, et al. Chronic Illn 2008; 4:5-12

Εκπαίδευση Ασθενούς - Οικογένειας

- Με στόχο την άμβλυνση του ελλείμματος γνώσης σχετικά με τη(ν)
 - ✓ Πρόγνωση
 - ✓ Παραπομπή σε υπηρεσίες ΑΦ & το σκοπό τους
 - ✓ Δυνατότητα παροχής εκ των προτέρων οδηγιών σχετικά με το επιθυμητό επίπεδο φροντίδας (*Advanced Care Planning – Advanced Directives*)

Εκ των Προτέρων Οδηγίες

- Advanced Directives – Advanced Care Planning
- Νομικά έγγραφα που παρέχουν καθοδήγηση σχετικά με το επίπεδο φροντίδας που επιθυμεί ο ασθενής λχ
 - ✓ *Τεχνητή σίτιση*
 - ✓ *Μηχανικός αερισμός*
 - ✓ *Καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση*
- Φυλάσσονται στο φάκελο υγείας των ασθενών
- Ο ασθενής διαθέτει αντίγραφο και στο σπίτι
- Συντάσσονται σε πρώιμο στάδιο της νόσου

Εκ των Προτέρων Οδηγίες

- Ασθενείς
 - ✓ Μέσο έκφρασης επιθυμιών & αναγκών
 - ✓ Τίθενται όρια στην εφαρμοζόμενη φροντίδα
- Επιστήμονες υγείας
 - ✓ Εκτίμηση των αναγκών, αξιών, στόχων & προτιμήσεων
 - ✓ Εξατομικευμένη φροντίδα & αποφάσεις

Advance Care Directive Form



By completing this Advance Care Directive you can choose to:

1. Appoint one or more Substitute Decision-Makers and/or
2. Write down your values and wishes to guide decisions about your future health care, end of life, living arrangements and other personal matters and/or
3. Write down health care you do not want in particular circumstances.

Part 1

You must fill in this Part.

Part 2a

Only fill in this Part if you want to appoint one or more Substitute Decision-Makers.

Your Substitute Decision-Maker fills in this section. →

Your Substitute Decision-Maker fills in this section. →

If you did not fill in any of this Part please draw a line diagonally across it.

Part 1: Personal details

Name: Serena Primrose

(Full name of person giving Advance Care Directive)

Date of birth: 21 / 1 / 1952

Part 2a: Appointing a substitute decision-maker(s)

I appoint: Amelia Sherlock

(Name of appointed Substitute Decision-Maker)

Ph: 8000 8000

☎ Date of birth: 2 / 7 / 1968

I, Amelia Sherlock

(Name of appointed Substitute Decision-Maker)

am over 18 years old, and I understand and accept my role and the responsibilities of being a Substitute Decision-Maker as set out in the Substitute Decision-Maker Guidelines.

Signed: A. Sherlock

Date: 1 / 7 / 2014

(Signature of appointed Substitute Decision-Maker)

AND

I appoint:

(Name of appointed Substitute Decision-Maker)

Ph:

☎ Date of birth: / /

I,

(Name of appointed Substitute Decision-Maker)

am over 18 years old, and I understand and accept my role and the responsibilities of being a Substitute Decision-Maker as set out in the Substitute Decision-Maker Guidelines.

Signed:

Date: / /

(Signature of appointed Substitute Decision-Maker)

Your Initial

SP

Witness Initial

JW

Part 2a
(continued over page)

Advance Care Directive Form



Part 2a (cont.)

Your Substitute Decision-Maker fills in this section. →

If you did not appoint a third Substitute Decision-Maker please draw a line diagonally across this Part.

AND

I appoint: _____
(Name of appointed Substitute Decision-Maker)

Ph: _____ ☎ Date of birth: ____ / ____ / ____

I, _____
(Name of appointed Substitute Decision-Maker)

am over 18 years old, and I understand and accept my role and the responsibilities of being a Substitute Decision-Maker as set out in the Substitute Decision-Maker Guidelines.

Signed: _____ Date: ____ / ____ / ____
(Signature of appointed Substitute Decision-Maker)

Part 2b

If you do not specify, your Substitute Decision-Makers will be able to make decisions either together or separately.

You can also write down here what type of decisions (health care, residential or personal) your Substitute Decision-Makers can make.

For more information and suggested statements see page 2 of the Guide.

If you did not fill in Part 2b please draw a line diagonally across it.

Part 2b: Conditions of Appointment

If you have appointed one or more Substitute Decision-Makers would you want them to make decisions together or separately?
Please specify below:

*Amelia, please speak to my sister
Louise when you make any serious
decisions about my health care.*

Your Initial

SP

Witness Initial

JW

Advance Care Directive Form



Part 3

In this part you can write:

- What is important to you
- Outcomes that you would want to avoid
- Health care you prefer
- Where you wish to live
- Other personal arrangements
- Dying wishes

For more information and suggested statements see page 3 of the Guide.

If you did not fill in this Part please draw a line diagonally across this Part.

For more information about writing down your refusal(s) of health care and some suggested statements see page 8 of the Guide.

If you did not fill in this Part please draw a line diagonally across this Part.

Part 3: What is important to me – my values and wishes:

When decisions are being made for me, I want people to consider the following:

What is important to me: my family + friends are very important to me. Being independent + having a dog is also very important.

Outcomes I wish to avoid: If I have a mental health episode I would prefer to be given my usual treatment at home + not be put in care.

• If I am unable to recognise my family + friends + can't communicate, I do not want any health care to prolong my life.

My dying wishes: If I am dying I want to be in a comfortable environment surrounded by my family and friends.

• If I can, I would like to say goodbye to my family before I die.

I make the following binding refusal/s of particular health care:

(If you are indicating refusal of health care, you must state when and in what circumstances it will apply as your refusal(s) must be followed, pursuant to section 19 of the Act, if relevant and applicable).

If I have a terminal illness, I do not want any life sustaining treatment. Please just keep me comfortable and pain free until I die.

Advance Care Directive Form



Part 4

You must sign this form in front of an **Independent witness**.

Only an Independent authorised witness can sign your Advance Care Directive

Information for witnesses is included with this Form.

Part 5

Do not complete this Part unless an Interpreter was used.

If you did not use an Interpreter please draw a line diagonally across this Part.

Part 4: Giving my Advance Care Directive

I, Serena Primrose

(Full name of person giving this Advance Care Directive)

do hereby give this Advance Care Directive of my own free will.

I certify that I was given the Advance Care Directive Information Statement and that I understand the information contained in the Statement.

Signed: [Signature] Date: 1 / 7 / 2014
(Signature of the person giving this Advance Care Directive)

Witness statement

I, Jasper Westall certify that:
(Full name of Witness)

I gave: Serena Primrose
(Full name of person giving this Advance Care Directive)

the Advance Care Directive Information Statement.

In my opinion he/she appeared to understand the information and explanation given and did not appear to be acting under any form of duress or coercion.

He/She signed this Advance Care Directive in my presence.

Ph: 8111 8111 Lawyer
(Occupation of Witness)

Signed: [Signature] Date: 1 / 7 / 2014
(Signature of Witness)

Part 5: Interpreter statement

I, _____ certify that:
(Full name of Interpreter)

The Advance Care Directive Information Statement was given through me to _____ (name of person giving Advance Care Directive)

In my opinion he/she appeared to understand the information given.

The information recorded in this Advance Care Directive Form accurately reproduces in English the original information and instructions of the person.

Ph: _____
Signed: _____ Date: ____ / ____ / ____
(Signature of Interpreter)

Form approved by the Minister for Health pursuant to the Advance Care Directives Act 2013 (SA)

Your Initial

SP

Witness Initial

JW

Φροντίδα & Λήψη Αποφάσεων σε Ειδικούς Πληθυσμούς Ασθενών

1. Ασθενείς με συχνές επανεισαγωγές στο νοσοκομείο
2. Ασθενείς υποστηριζόμενοι με ινóτροπα φαρμακευτικά προϊόντα
3. Ασθενείς με εμφυτευμένους βηματοδότες – απινιδιστές
4. Ασθενείς με μηχανική υποστήριξη της κυκλοφορίας

Ασθενείς με Εμφυτευμένους Βηματοδότες - Απινιδιστές

- Οι ασθενείς & οι οικογένειές τους είναι ελάχιστα ενημερωμένοι σχετικά με τη διαχείριση των συσκευών αυτών στο πλαίσιο της φροντίδας κατά το τέλος της ζωής
- $\geq 80\%$ των ασθενών δεν έχουν σχετική ενημέρωση

Kirkpatrick JN, et al. Am J Cardiol 2012;109:91-4

- 20% των ασθενών βιώνουν επώδυνους απινιδισμούς
- ✓ Έκπτωση ποιότητας ζωής
- ✓ Ανησυχία στους φροντιστές
- Ανάγκη συζήτησης του ενδεχόμενου απενεργοποίησης των συσκευών

Ασθενείς με Εμφυτευμένους Βηματοδότες - Απινιδιστές

- Η απενεργοποίηση
 - ✓ Μπορεί να ελαττώσει το προσδόκιμο επιβίωσης
 - ✓ Δεν προκαλεί αιφνίδιο – άμεσο θάνατο του ασθενούς
 - ✓ Η διαδικασία απενεργοποίησης δεν είναι επώδυνη
- Ανάγκη δημιουργίας πρωτοκόλλων που θα καθορίζουν την πολιτική των δομών ΑΦ
- Οι περισσότεροι ξενώνες δε διαθέτουν καθορισμένες πολιτικές
 - ✓ 10% των ξενώνων (ΗΠΑ, μελέτη σε σύνολο 900 ξενώνων)

Goldstein N, et al. Ann Intern Med 2010;152:296-9

Ασθενείς με Μηχανική Υποστήριξη της Κυκλοφορίας

- Επιπλοκές – Δείκτες μετάβασης στην ΑΦ
- Προετοιμασία **PPIN** από την εμφύτευση των συσκευών μέσω
 - ✓ Εκ των προτέρων οδηγιών για φροντίδα
 - ✓ Συζήτηση σε θέματα αναζωογόνησης
 - ✓ Συζήτηση σε θέματα απενεργοποίησης των συσκευών υποβοήθησης – μηχανικής υποστήριξης
- ❖ **Ηθικά δικαιολογημένα όταν ανταποκρίνεται στις επιθυμίες του ασθενούς**

Brief Report

Deactivation of Left Ventricular Assist Devices: Differing Perspectives of Cardiology and Hospice/Palliative Medicine Clinicians

COLLEEN K. MCILVENNAN, DNP, ANP,^{1,2} SARA E. WORDINGHAM, MD,³ LARRY A. ALLEN, MD, MHS,^{1,2}
DANIEL D. MATLOCK, MD, MPH,^{2,4,5} JACQUELINE JONES, PhD, RN,⁶ SHANNON M. DUNLAY, MD, MS,⁷ AND
KEITH M. SWETZ, MD, MA^{8,9,10}

J Card Fail 2017;23:708-12

Table 2. Selected Survey Responses Focusing on Beliefs of LVAD Deactivation

Domain	Question	Response	Cardiology Clinicians n = 269	HPM Clinicians n = 122	P Value
LVAD as a life-sustaining therapy	Do you consider an LVAD in a patient with advanced heart failure a life-sustaining treatment?	Yes	n = 163 150 (92)	n = 54 44 (81)	.15
Complexities of the process of LVAD deactivation	Have you ever refused a request from a patient nearing death (or surrogate) to turn off an LVAD?	Yes	n = 104 18 (17)	n = 70 2 (3%)	<.001
	In your opinion, should a physician be present when an LVAD is turned off in a patient nearing death?	Yes	n = 241 178 (74)	n = 121 51 (42)	<.001
	Following a request from a patient nearing death (or surrogate) to turn off an LVAD, how comfortable would you be with ordering the LVAD be turned off?	Very comfortable or comfortable	n = 163 43 (26)	n = 48 44 (92)	<.001
Ethical and legal considerations of LVAD deactivation	Do you believe a patient should be dying to turn off an LVAD?	Yes	n = 190 114 (60)	n = 120 2 (2)	<.001
	Should requests for turning off an LVAD in a patient who is not nearing death ever be honored?	Yes*	n = 190 108 (57)	n = 121 107 (88)	<.001
	Which of the following best describes the cause of death in a patient nearing death who dies after their LVAD has been turned off?	Death from underlying disease Euthanasia/physician-assisted suicide	n = 234 204 (87) 30 (13)	n = 121 121 (100) 0 (0)	<.001
	Do you think patients nearing death who request an LVAD be turned off should. . .	Yes:* Undergo psychiatric evaluation before the request is carried out	n = 248 180 (73)	n = 122 34 (28)	<.001
		Yes:* Have an ethics consultation before the request is carried out	n = 247 160 (67)	n = 122 29 (24)	<.001
	Do you see a distinction between turning off an LVAD in a patient nearing death and. . .	Yes: Withholding or withdrawing mechanical ventilator support?	n = 253 77 (29)	n = 121 13 (11)	<.001
		Yes: Withholding or withdrawing intravenous fluids and/or nutrition?	n = 240 107 (40)	n = 121 15 (12)	<.001
		Yes: Withholding or withdrawing intravenous vasopressors and/or inotropic agents?	n = 244 66 (25)	n = 121 9 (7)	<.001

Table 3. Selected Qualitative Responses Focusing on Beliefs of LVAD Deactivation

Domain	Cardiology Clinicians	HPM Clinicians
LVAD as life-sustaining therapy	"LVAD is not only a life sustaining measure, turning it off causes death in and by itself. As an analogy, turning off the LVAD is akin to kinking an endotracheal tube so the patient can no longer breathe and leading to asphyxiation." (Cardiologist; ISHLT and HFSA member)	"Its [LVAD] function is to assist a failing left ventricle. Without its support the patient is at risk of dying soon. Similar to discontinuing dialysis for a patient." (Physician; AAHPM member)
Complexities of the process of LVAD deactivation	"Should generally be a team decision but with the cardiologist having the ultimate responsibility." (Physician; ESC-HFA member)	"After discussion with the patient, a physician should write the order to discontinue LVAD. Anyone can actually turn of the LVAD; the crucial thing is the discussion and the decision." (Physician; AAHPM member)
Ethical and legal considerations of LVAD deactivation	"Turning it off under any other circumstance is directly intervening with the intention of hastening death, which is unethical." (Cardiologist; ESC-HFA member)	"I believe they should have this option at any point. They underwent this procedure to place the LVAD with consent and had the option to refuse care. They should still have that right at anytime. Just because the device is internal does not make it permanent or irreversible." (Physician; AAHPM member)
Honoring requests for turning off an LVAD in patient who is not nearing death	"If the patient has a terminal illness other than heart failure. . .or, there is a LVAD malfunction and the patient does not want an exchange." (Critical care nurse practitioner; ISHLT Member)	"If the patient has decision-making capacity and has determined that his/her quality of life is unacceptable. . .or the burdens associated with having an LVAD are unacceptable, and the request is based on enduring values, the request should be honored." (Physician; AAHPM member)
Believe the underlying disease—heart failure—is the cause of death in a patient who dies after their LVAD is turned off	"Turning off an LVAD from a completely conscious patient amounts to euthanasia." (Cardiovascular surgeon; ISHLT member)	"The act of turning off the machine is not the cause of death; the disease is the cause of death." (Physician; AAHPM member)

*Υποχρησιμοποίηση Υπηρεσιών
Ανακουφιστικής Φροντίδας σε
Ασθενείς με Χρόνια Καρδιαγγειακή
Νόσο*

Δεδομένα

- Η καρδιαγγειακή νόσος είναι η κύρια αιτία θανάτου παγκοσμίως
- Μεγαλύτερη κατηγορία νοσημάτων που χρήζουν ΑΦ
- Όφελος
- Απαντάται μόνο στο 11,2% των ασθενών που λαμβάνουν ΑΦ σε ξενώνες στις ΗΠΑ

Dans M & Garcia K, 2015

Αιτίες Υποχρησιμοποίησης ΑΦ στην Καρδιακή Ανεπάρκεια & τη Χρόνια Καρδιαγγειακή Νόσο

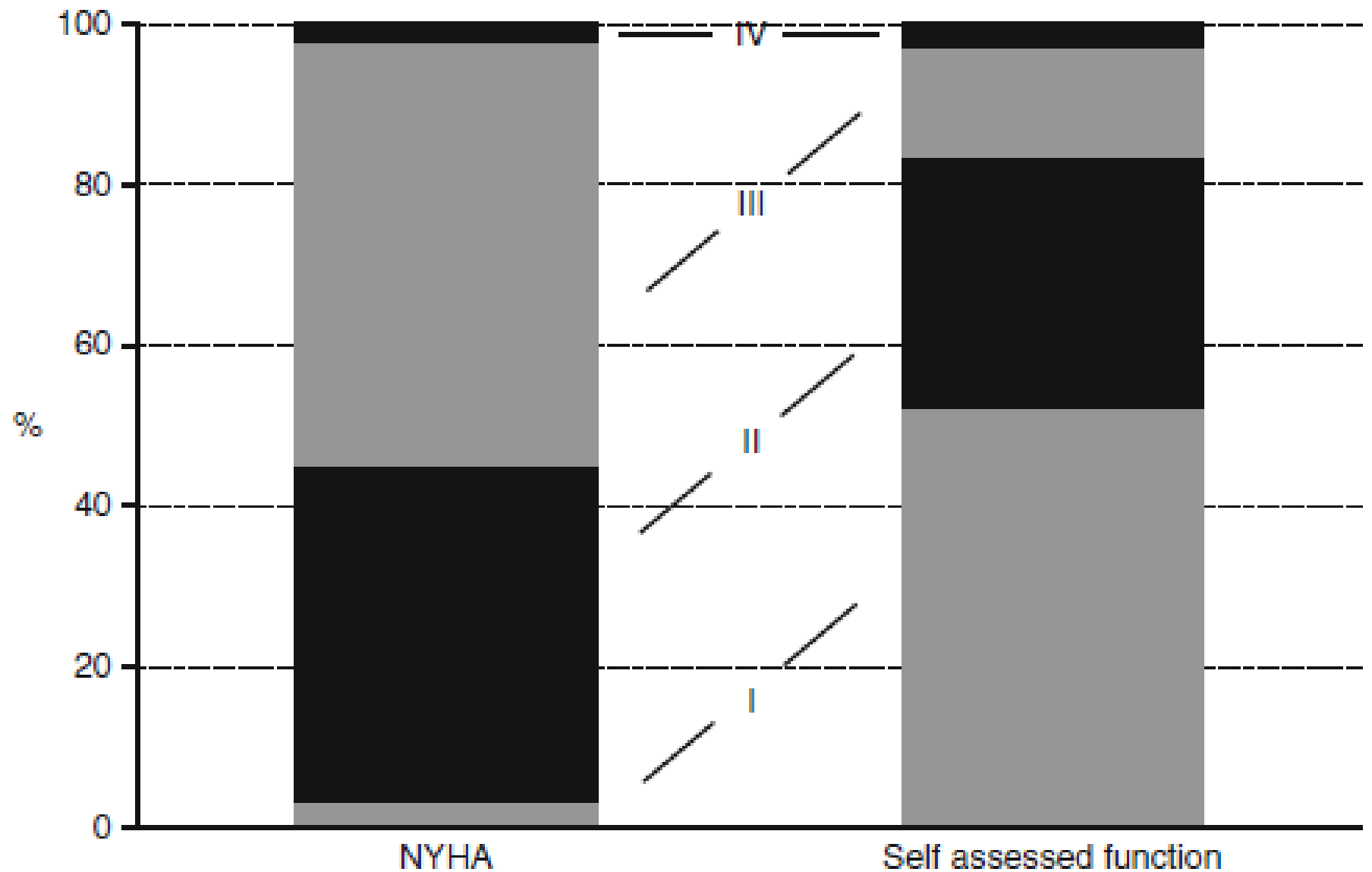
- Παραδοσιακά η ΑΦ δεν αποτελεί μέρος της θεραπευτικής κουλτούρας της επιστήμης της καρδιολογίας
 - ✓ Έλλειμμα γνώσης
 - ✓ Ασάφεια ρόλων ανάμεσα στους επιστήμονες υγείας
- Η ΑΦ έχει συσχετισθεί περισσότερο με τον τομέα της ογκολογίας, συνεπώς αρκετές χώρες δε χρηματοδοτούν αυτές τις υπηρεσίες σε ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο
 - ✓ Απουσία παραπομπής
 - ✓ Έλλειψη δομών & εξειδικευμένων επιστημόνων υγείας
- Αιφνίδιος θάνατος σε σημαντικό ποσοστό ασθενών με καρδιαγγειακή νόσο

Αιτίες Υποχρησιμοποίησης ΑΦ στην Καρδιακή Ανεπάρκεια & τη Χρόνια Καρδιαγγειακή Νόσο

- Απουσία ισχυρών ερευνητικών δεδομένων (evidenced-based) σχετικών με την εφαρμογή ΑΦ σε ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο
- Ακαθόριστη πορεία της νόσου
- Υπερεκτίμηση του προσδόκιμου επιβίωσης
- ✓ *Επιστήμονες Υγείας*
- ✓ *Ασθενείς*
- Φτωχή επικοινωνία
- ✓ *Επιστήμονες Υγείας*
- ✓ *Ασθενείς – Οικογένεια*

Αιτίες Υποχρησιμοποίησης ΑΦ στην Καρδιακή Ανεπάρκεια & τη Χρόνια Καρδιαγγειακή Νόσο

- Υψηλό κόστος νοσηλείας – Αδυναμία νοσηλείας σε ξενώνες
 - ✓ *Ινότροπη υποστήριξη*
 - ✓ *Μηχανική υποστήριξη της κυκλοφορίας*
 - ✓ *160 \$ / ημέρα*
- Ανάγκη νοσηλείας σε τριτοβάθμιες δομές φροντίδας υγείας
 - ✓ *Μηχανική υποστήριξη κυκλοφορίας*
 - ✓ *Ινότροπα σε συνεχή ΕΦ έγχυση*



Ekman L, et al. Eur J Heart Fail. 2005; 7: 699-703

Συμπεράσματα

- Ανακουφιστική φροντίδα
 - ✓ Πρότυπο ολιστικής φροντίδας υγείας
 - ✓ Ασθενείς με χρόνια καρδιαγγειακή νόσο
 - ✓ Διεπιστημονική προσέγγιση & συνεργασία
- Δεν περιορίζεται στην ανακούφιση του πόνου & της ενοχλητικής συμπτωματολογίας
 - ✓ Εκτίμηση ασθενούς
 - ✓ Εκπαίδευση – συμβουλευτική
 - ✓ Εκ των προτέρων οδηγίες
 - ✓ Φροντίδα οικογένειας

Συμπεράσματα

- Υποχρησιμοποίηση υπηρεσιών ΑΦ
- ✓ *Ανεπαρκής ενσωμάτωση της ΑΦ στα συστήματα υγείας*
- ✓ *Έλλειμμα γνώσης*
- ✓ *Έλλειμμα ισχυρών ερευνητικών δεδομένων*
- ✓ *Ασαφής πορεία νόσου*
- ✓ *Υπερεκτίμηση προσδόκιμου επιβίωσης*
- ✓ *Φτωχή επικοινωνία*

*Ευχαριστώ
θερμά για
την προσοχή
σας*

