



Πνευμονολογικός ασθενής τελικού σταδίου

Αντωνία Κουτσούκου

Πνευμονολογικός ασθενής τελικού σταδίου



Ασθενείς με σοβαρό χρόνιο αναπνευστικό νόσημα

- και δύσπνοια ηρεμίας που οδηγεί σε μειωμένη φυσική δραστηριότητα,
- κόπωση και βήχα
- και το οποίο εξελίσσεται συνεχώς, όπως αυτό τεκμηριώνεται από αυξημένη συχνότητα επισκέψεων στο ΤΕΠ (η επισκέψεων του θεράποντος στο σπίτι), ή νοσηλειών στο νοσοκομείο
- και βαριά αναπνευστική ανεπάρκεια.
- Ασθενείς με δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια/καχεξία

Lanken PN, Am J Respir Crit Care Med 2008

Πνευμονολογικός ασθενής τελικού σταδίου

EUROPEAN CLINICAL RESPIRATORY JOURNAL
2018, VOL. 5, 1530029
<https://doi.org/10.1080/20018525.2018.1530029>



REVIEW ARTICLE

OPEN ACCESS Check for updates

Danish respiratory society position paper: palliative care in patients with chronic progressive non-malignant lung diseases

Χρόνια Πνευμονική Ανεπάρκεια (Chronic lung failure): μόνιμη έκπτωση της αναπνευστικής λειτουργίας με συνοδά κλινικά συμπτώματα καθημερινά, παρά την μέγιστη θεραπεία
Χρόνια Πνευμονική Ανεπάρκεια υφίσταται όταν η νόσος περιορίζει την καθημερινή δραστηριότητα

Τελικού σταδίου πνευμονική Ανεπάρκεια (Terminal lung failure): όταν θεωρείται ότι ο θάνατος πλησιάζει
Δεν υπάρχουν κλινικά εργαλεία για την βραχυπρόθεσμη εκτίμηση του κινδύνου θανάτου (πχ. 6 μήνες)

Ο ασθενής καταλήγει «οσονούπω» (The patient is imminently dying): όταν η νόσος έχει εξελιχθεί τόσο ώστε μόνον συμπτωματική αντιμετώπιση απαιτείται. Όλες οι άλλες θεραπευτικές επιλογές είναι μάταιες (ώρες η/και ημέρες)

Πνευμονολογικός ασθενής τελικού σταδίου

Αδυναμία του αναπνευστικού συστήματος να εξασφαλίσει ικανοποιητική οξυγόνωση ή/και ικανοποιητική αποβολή CO₂

Παθολογικές οντότητες του αναπνευστικού που μπορεί να οδηγήσουν σε νόσο τελικού σταδίου:

- Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ)
- Διάμεση πνευμονοπάθεια
- Κυστική ίνωση
- Πρωτοπαθής πνευμονική υπέρταση
- Τελικού σταδίου καρκίνος πνεύμονα
- Νευρομυικά νοσήματα με ανεπάρκεια της αναπνευστικής αντλίας

Τελικού σταδίου πνευμονική νόσος

Φαρμακευτική αγωγή: ειδική για κάθε νόσο

Οι θεραπευτικές επιλογές στοχεύουν κατ αρχάς στην επιβράδυνση της εξέλιξης της νόσου, ή στην ανακούφιση των συμπτωμάτων ή και στα δύο

- ΧΑΠ: LAMA-LABA-ICS
- Πνευμονική ίνωση: αντι-ινωτικά φάρμακα
- Κυστική ίνωση: αντιμικροβιακά, βλεννολυτικά
- Πνευμονική υπέρταση: αγγειοδιασταλτικά
- Ca Πνεύμονα: χημειοθεραπεία-ακτινοβολία
-
- Νευρομυικά νοσήματα???

Τελικού σταδίου πνευμονική νόσος Ειδικές θεραπείες (μη φαρμακευτική αγωγή)

ΧΑΠ: Πνευμονική αποκατάσταση

Διάμεση πνευμονοπάθεια: Πνευμονική αποκατάσταση

Πρωτοπαθής πνευμονική υπέρταση: Πνευμονική αποκατάσταση

Κυστική ίνωση: Παροχέτευση των εκκρίσεων

Ca Πνεύμονα:

Νευρομυϊκά νοσήματα:



Τελικού σταδίου πνευμονική νόσος

Πνευμονική αποκατάσταση



ΧΑΠ

Διάμεση πνευμονοπάθεια

Πρωτοπαθής πνευμονική
υπέρταση

Μια πολυπαραγοντική προσπάθεια που στοχεύει:

- να βελτιώσει τη φυσική δραστηριότητα,
- να βελτιώσει τη θρέψη,
- να εξασφαλίσει την κατανόηση της νόσου,
- να εξασφαλίσει έναν πιο υγιή και ενεργό τρόπο ζωής

Τελικού σταδίου πνευμονική νόσος

Ειδικές θεραπείες

O₂



ΧΑΠ: Lung Volume reduction

Διάμεση πνευμονοπάθεια: NIV ?.

1-έτος θνητότητα $\geq 70\%$

Κυστική ίνωση: συστήματα παροχέτευσης των εκκρίσεων

Πρωτοπαθής πνευμονική υπέρταση:

Ca Πνεύμονα:

Νευρομυϊκά νοσήματα: NIV, IMV.....

Τελικού σταδίου πνευμονική νόσος

Μεταμόσχευση πνευμόνων: Η τελευταία θεραπευτική παρέμβαση

ΧΑΠ: Για τη βελτίωση του επιπέδου της ζωής

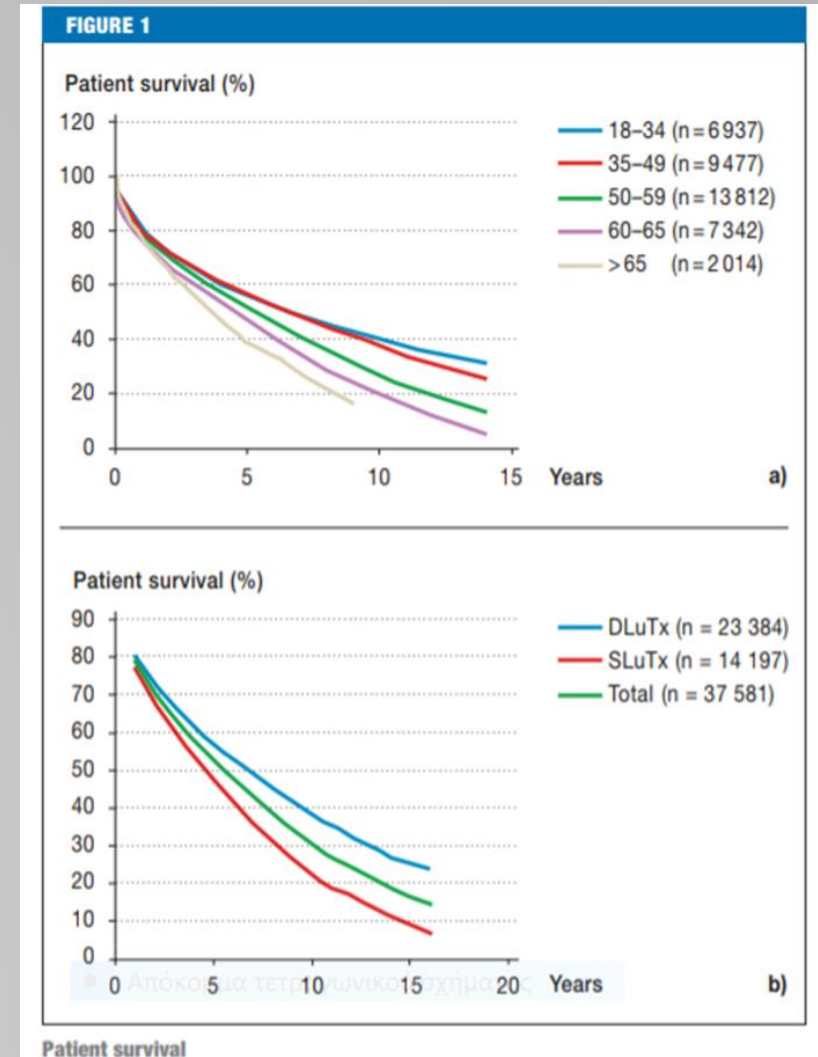
Διάμεση πνευμονοπάθεια: Για την παράταση της διάρκειας της ζωής

Κυστική ίνωση: Για την παράταση της διάρκειας της ζωής

Πρωτοπαθής πνευμονική υπέρταση: Για την παράταση της διάρκειας της ζωής

Ca Πνεύμονα:

Νευρομυϊκά νοσήματα: NIV. IMV.....



Ενδείξεις για μεταμόσχευση πνευμόνων

● Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*

- Documented abstinence from smoking for >6 months
- BODE index >5
- FEV₁ <20% of normal
- D_{lo} 20% of normal
- Long-term oxygen therapy with noninvasive ventilation
- Pulmonary hypertension or cor pulmonale
- Manifest ventilatory failure
- CO₂ partial pressure >50 mm Hg
- Progressive weight loss

● Fibrotic lung disease

- Respiratory failure at rest (initiation of oxygen therapy)
- Pulmonary hypertension
- (Dis)continuous deterioration of pulmonary function under standard medical treatment
- FVC <60% of normal
- Drop in FVC by >10% within 6 months

● Cystic fibrosis

- FEV₁ <30% of normal
- Oxygen partial pressure <55 mm Hg
- CO₂ partial pressure >50 mm Hg
- Exacerbations requiring intensive care
- Increasingly frequent infections requiring inpatient antibiotic therapy
- Recurrent or refractory pneumothorax
- Recurrent hemoptysis despite attempted therapy

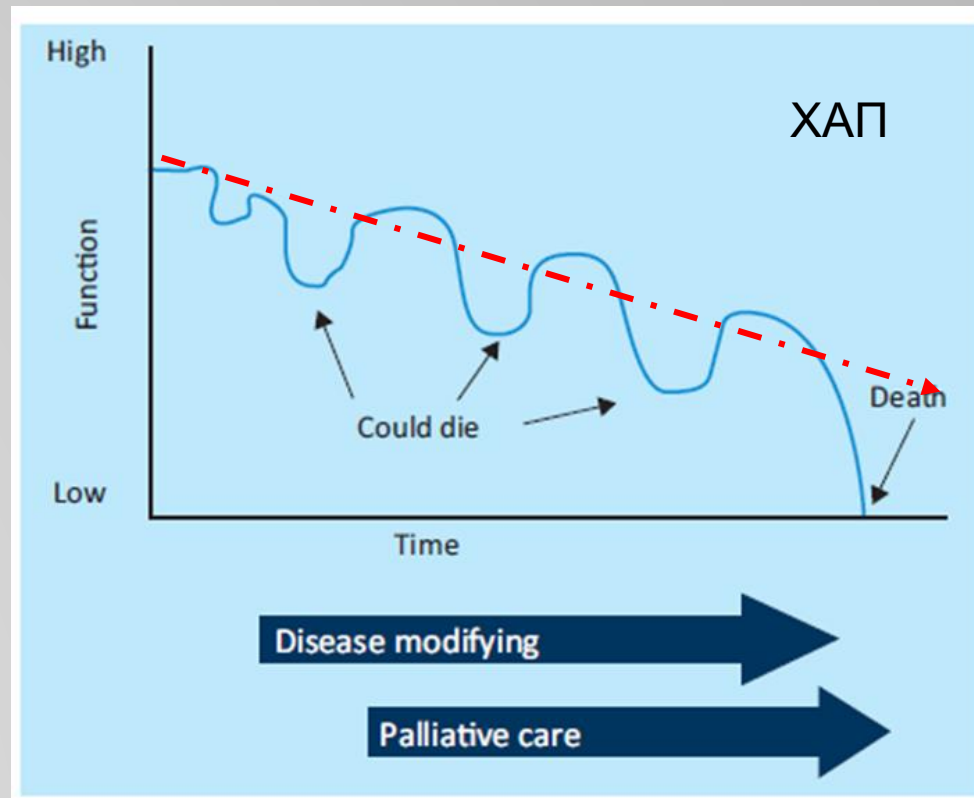
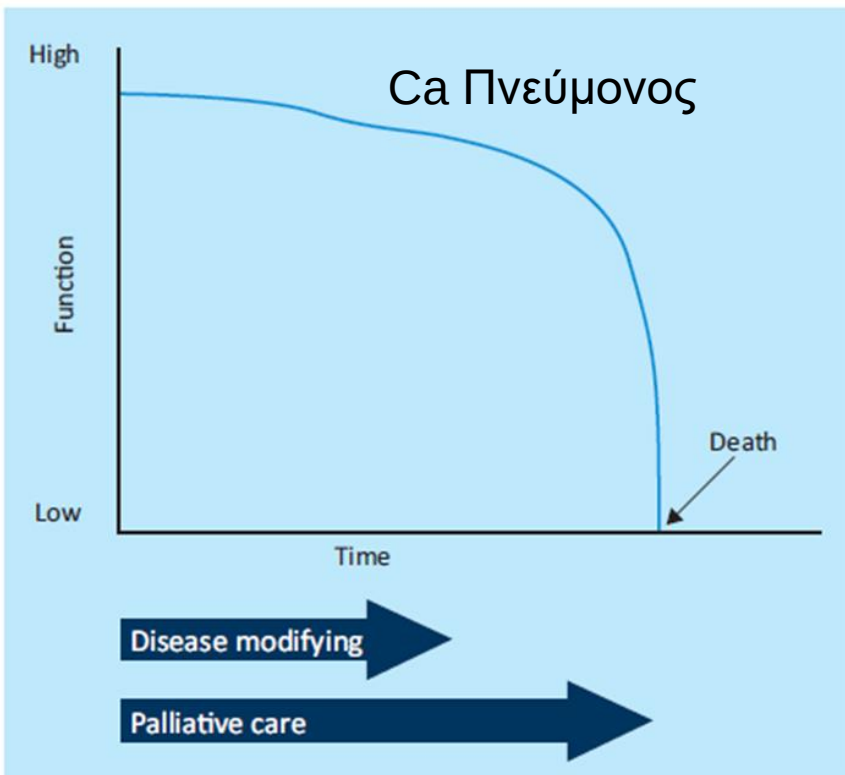
Τα βασικά κριτήρια για την μεταμόσχευση πνευμόνων, εκτός από το υποκείμενο νόσημα, είναι η ηλικία, η φυσική κατάσταση, η θρεπτική και η μυϊκή επάρκεια και οι συνοσηρότητες.

●

- Maximal exercise capacity <10 mL/min/m²
- NYHA functional class III or IV
- Signs of manifest right heart failure despite medical treatment
- Cardiac index <2 L/min/m²
- Right atrial pressure >15 mm Hg
- Failure of intravenous epoprostenol therapy

Τελικού σταδίου πνευμονική νόσος

Η πορεία της νόσου



Τελικού σταδίου πνευμονική νόσος

Συμπτώματα

Δύσπνοια

Εύκολη κόπωση

Πόνος

Κατάθλιψη

Άγχος

Αίσθημα επικείμενου θανάτου

Αιμόπτυση

Αυπνία



Τελικού σταδίου πνευμονική νόσος

Συμπτώματα

Carvajalino et al. *BMC Pulmonary Medicine* (2018) 18:78

Page 9 of 11

Table 2 Summary of the prevalence of symptoms in Cancer, AIDS, CHF, COPD, ESRD and PIF-ILD (figures for other conditions taken from Solano et al. 2006 [36])

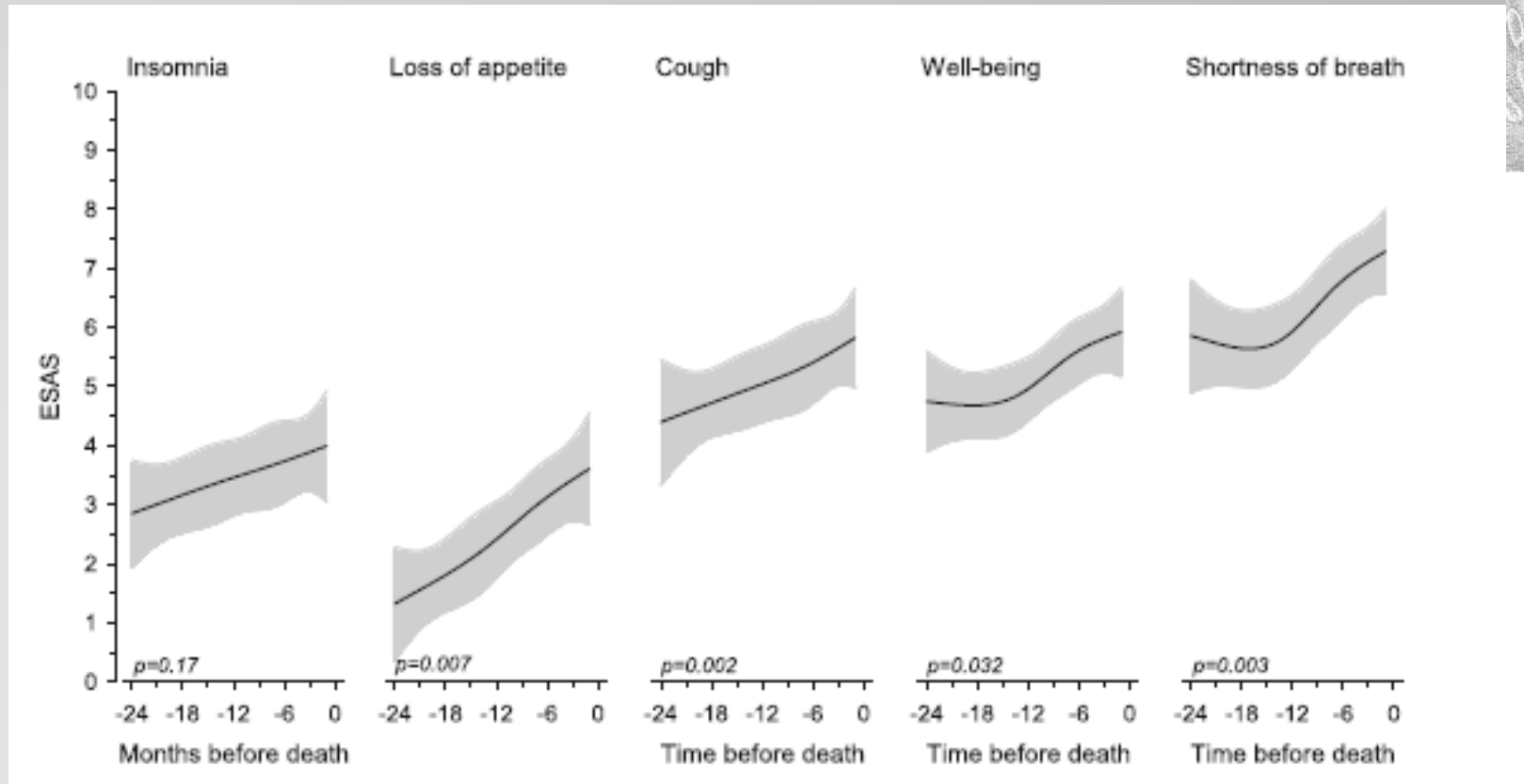
Symptoms	PIF-ILD	Cancer	AIDS	CHF	COPD	ESRD
Pain	9%	30–94%	30–98%	14–78%	21–77%	11–93%
Depression	10–49.2%	4–80%	17–82%	6–59%	17–77%	2–61%
Anxiety	22–58%	3–74%	13–76%	2–49%	23–53%	7–52%
Fatigue	7.6–29%	23–100%	43–95%	42–82%	32–96%	13–100%
Breathlessness	54.7–98%	16–77%	43–62%	18–88%	56–98%	11–82%
Insomnia	6–46.6%	3–67%	40–74%	36–48%	15–77%	1–83%
Nausea	13%	2–78%	41–57%	2–48%	4%	8–52%
Diarrhea	2%	1–95%	29–53%	12%		8–36%

AIDS Adult Immune Deficiency Syndrome, *CHF* Chronic Heart Failure, *COPD* Chronic Obstructive Pulmonary Disease, *ESRD* End-stage Renal Disease

Τελικού σταδίου πνευμονική νόσος

Συμπτώματα

300 Ασθενείς με IPF



Τελικού σταδίου πνευμονική νόσος

Συμπτώματα: η δύσπνοια

Table 3 Prevalence of symptoms at end-of-life (EOL) in patients with oxygen-dependent interstitial lung disease (ILD) versus lung cancer

Experienced symptom	Total n	ILD n (%)	Total n	Lung cancer n (%)	p Value (χ^2 test)
Breathlessness	226	170 (75)	9855	4586 (42)	<0.001
Death rattle	236	102 (43)	10 128	6318 (63)	<0.001
Pain	228	117 (51)	10 038	7812 (73)	<0.001
Anxiety	208	138 (66)	9346	5882 (63)	0.314
Nausea	219	31 (14)	9343	1497 (16)	0.456
Confusion	210	41 (20)	9291	2948 (32)	<0.001

Patients with oxygen-dependent ILD (n=285) or lung cancer (n=10 822). The prevalence (%) of symptoms during the last week of life: patients whose medical team answered 'yes' to the presence of a particular symptom as a percentage of the 'total n' who answered 'yes' or 'no' to the question. 'Don't know' was the other possible answer, and these were excluded, accounting for the different n for each symptom.

Ahmadi Z, et al. *Thorax* 2016;**71**:510–516. doi:10.1136/thoraxjnl-2015-207439

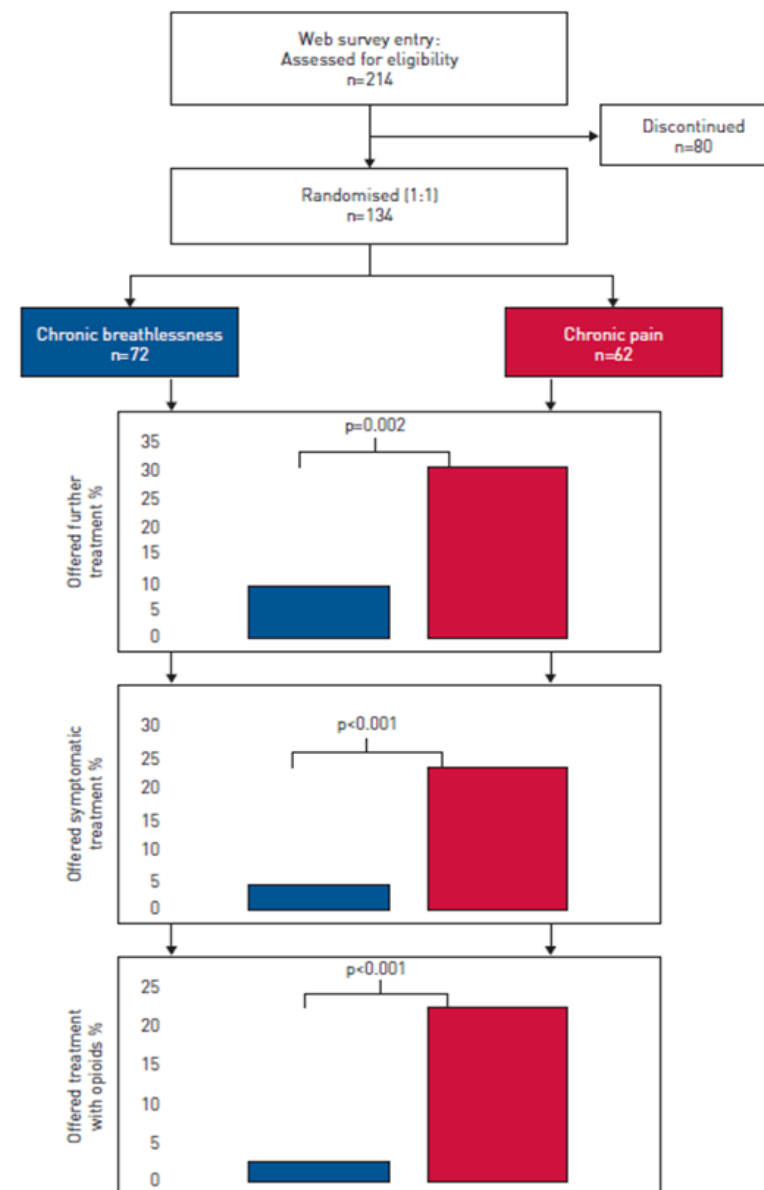


FIGURE 1 Study design and main findings.

Τελικού σταδίου πνευμονική νόσος

Συμπτώματα: η δύσπνοια

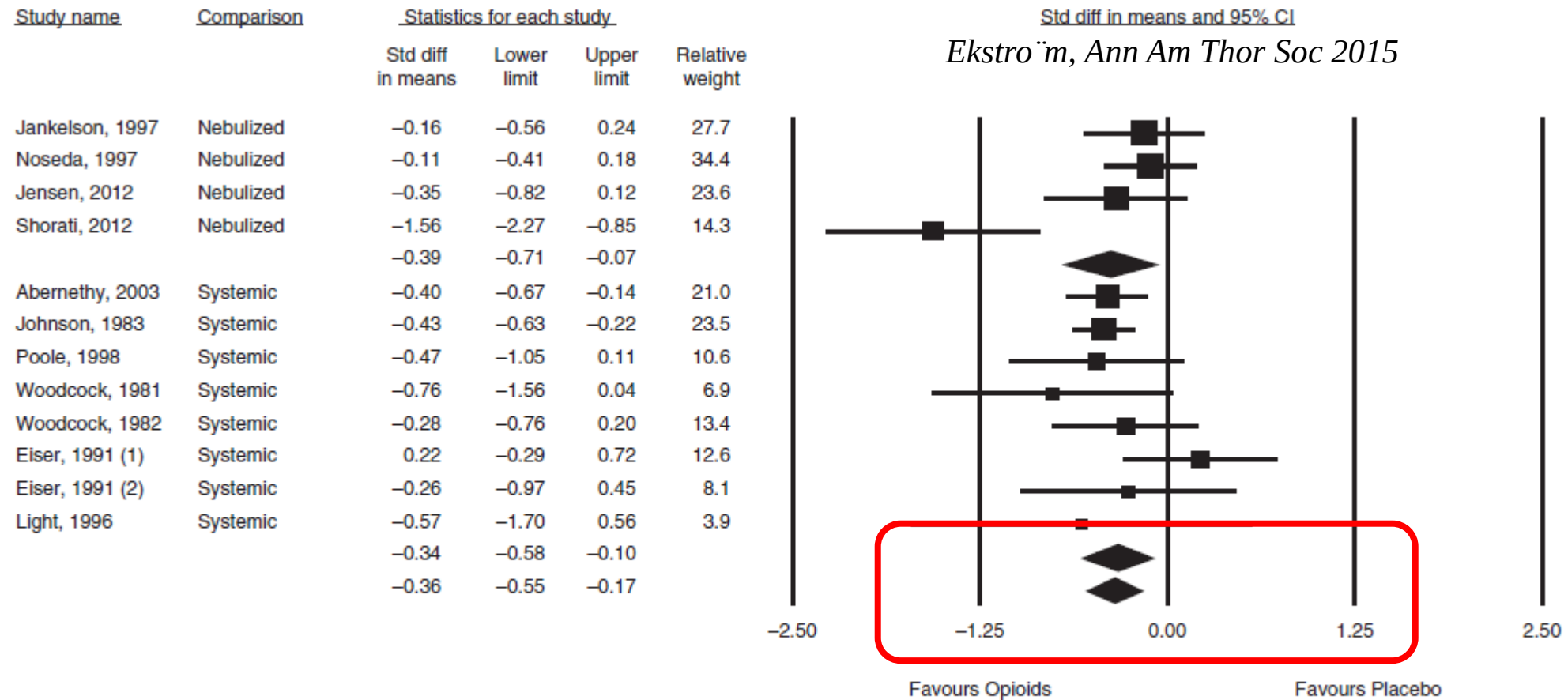
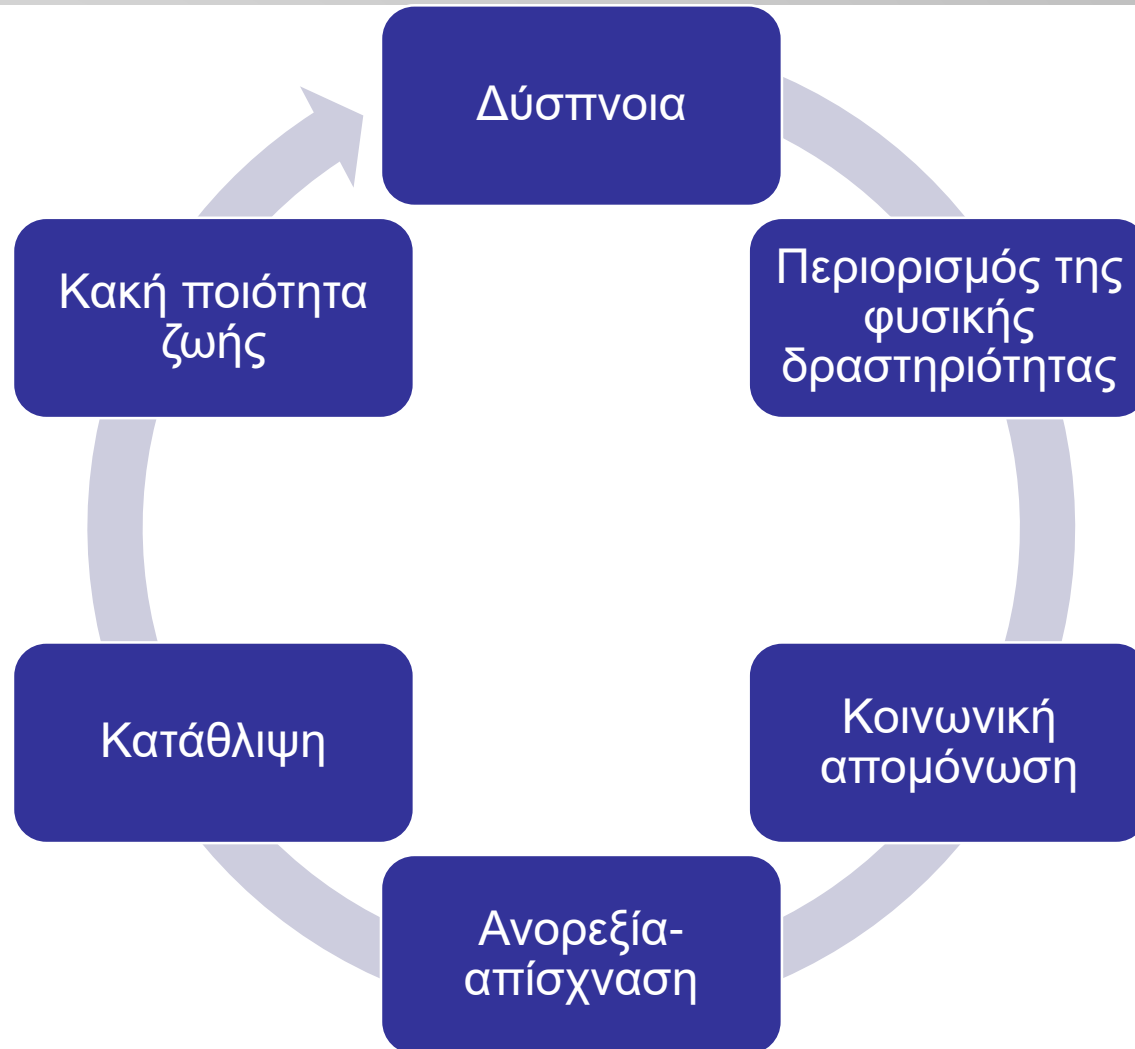


Figure 2. Effects of opioids on breathlessness in severe chronic obstructive pulmonary disease. Pooled estimates for nebulized and nonnebulized (systemic) opioids, respectively, and for opioids overall with 95% confidence intervals (CIs) using random effects metaanalysis.

Τελικού σταδίου πνευμονική νόσος

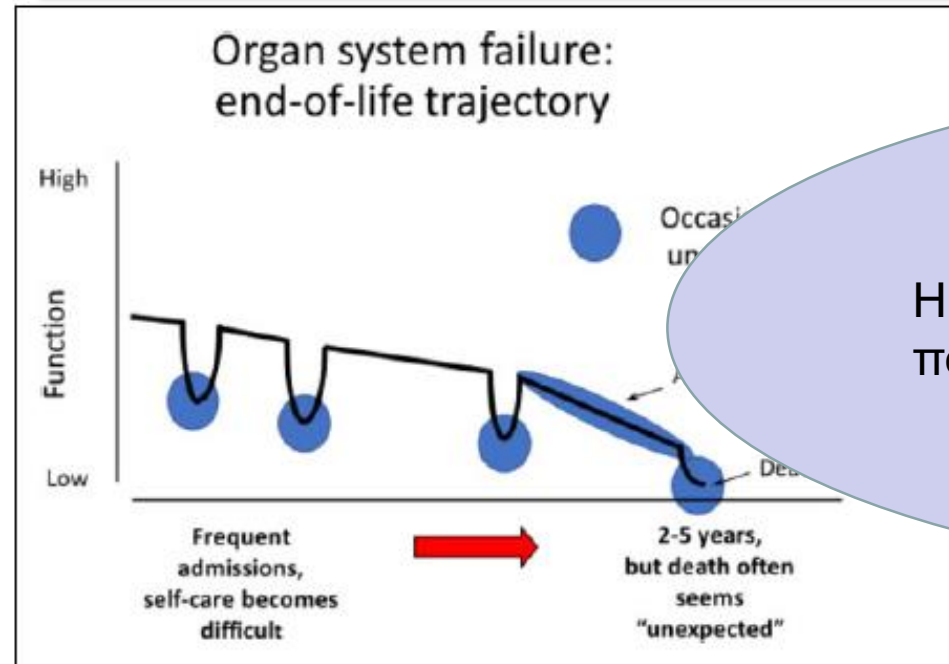
Ζώντας με μια χρόνια, εξελισσόμενη και απειλητική για τη ζωή νόσο



Ανακύπτουν ερωτηματικά:

- όσον αφορά τον λόγο ύπαρξης
- το νόημα της ζωής
- το πεπρωμένο....

Τελικού σταδίου πνευμονική νόσος Εν αναμονή του αναπόμενου.....



Η πορεία της νόσου είναι παρατεταμένη,
πολύπλοκη και απρόβλεπτη!!

Figure 2 Kaplan-Meier survival curve in 285 patients with oxygen-dependent interstitial lung disease. LTOT, long-term oxygen therapy.

Murray et al, BMJ 2005

Ahmadi, Thorax 2016



Θα εγκαταλείψουμε τον ασθενή???

Τελικού σταδίου πνευμονική νόσος Ανακούφιση των συμπτωμάτων

*Δημοσιογράφος: Οι
περισσότεροι
άνθρωποι φοβούνται
το θάνατο....*

Κ.Αξελός: Τη ζωή που
οδηγεί προς το τέλος
φοβούνται οι
άνθρωποι....
Κώστας Αξελός, 'Ε',
12.4.09



Ανακουφιστική ιατρική (Palliative Medicine) WHO

.....μια προσέγγιση που βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους, στοχεύει στην πρόληψη και ανακούφιση του «υποφέρω» μέσω της πρώιμης αναγνώρισης, ακριβούς εκτίμησης και αντιμετώπισης του πόνου και των άλλων προβλημάτων οργανικών, ψυχολογικών και νοητικών

Ανακουφιστική ιατρική (Palliative Medicine) Πότε θα τη σκεφτούμε?

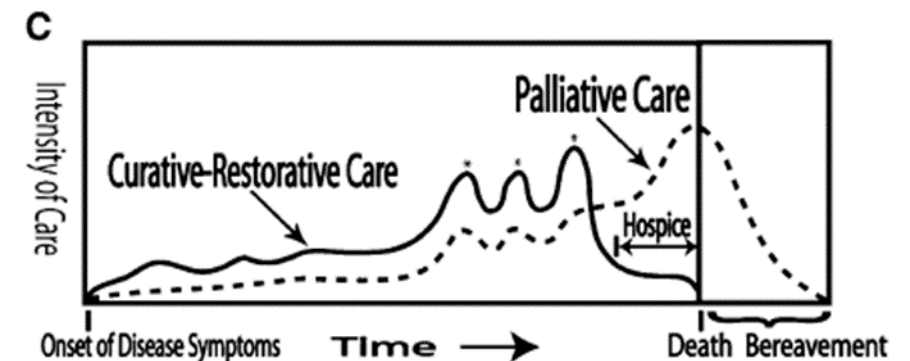
American Thoracic Society Documents

An Official American Thoracic Society Clinical Policy Statement: Palliative Care for Patients with Respiratory Diseases and Critical Illnesses

Paul N. Lanken, Peter B. Terry, Horace M. DeLisser, Bonnie F. Fahy, John Hansen-Flaschen, John E. Heffner, Mitchell Levy, Richard A. Mularski, Molly L. Osborne, Thomas J. Prendergast, Graeme Rocker, William J. Sibbald[†], Benjamin Wilfond, and James R. Yankaskas, on behalf of the ATS End-of-Life Care Task Force

THIS OFFICIAL STATEMENT OF THE AMERICAN THORACIC SOCIETY (ATS) WAS ADOPTED BY THE ATS BOARD OF DIRECTORS, MARCH 2007

Η Ανακουφιστική Φροντίδα,
εφαρμόζεται νωρίς και βασίζεται
στις ανάγκες του ασθενούς και
όχι στην πρόγνωση του



Advance Care Planning

ΜΕΘ
Μη επεμβατικός μηχανικός
αερισμός
Επεμβατικός Μηχανικός
αερισμός
Μεταμόσχευση
DNR

Μια διαδικασία επικοινωνίας με τους φίλους, των ιατρών και των συγγενών που θα εστιάζει:

- στο πως ζω
- στην εξέλιξη
- την πιθανή αν
- Αυτές οι συζητήσεις θα πρέπει να γίνουν πρώιμα , όταν ο ασθενής είναι αρκετά καλά, ώστε να μπορεί να συμμετάσχει στη λήψη των αποφάσεων

Advance Care Planning βοηθάει τους ασθενείς να βοηθήσουμε τους ασθενείς

- να εκφράσουν τις προτιμήσεις τους για την φροντίδα τους,
- να τους δοθεί χρόνος να συζητήσουν τις προτιμήσεις εγκαίρως με τους συγγενείς τους και τους θεράποντες και
- εάν το επιθυμούν να καταγράψουν αυτές τις προτιμήσεις (Living will- «Διαθήκη εν ζωή»)

Advance Care Planning

Table 3 Barriers and facilitators related to engagement in ACP

Patient related	HCP related	System related
Barriers Insufficient patient knowledge about their own disease. ^{23 25 29 32 38} Unpredictable disease course and difficult prognostication. ^{19 25 27 31 32} Perceived patient hesitation for considering and discussing treatment preferences. ^{19 25 27}	Perceived hesitance of HCPs to discuss preferences and engage in ACP. ^{21 23} HCP's perceived fear of taking away patients' hope. ^{19 25}	Ethos of 'cure at all costs' in. ³² Perceived HCP's time constraints. ^{23 27 29 32 34 35 38} Lack of organisational support and formal training on communicating end-of-life care options. ^{19 22 32 37 38} Lack of continuity and coordination of care including uncertainty on whose responsibility it is to initiate and follow-up on ACP discussions. ^{21 25 29 30 32 38}
Facilitators Increased patient knowledge on terminal nature of their disease. ^{28 33} Patients accepting their disease, increasing readiness to discuss end-of-life care. ^{27 31 33} Patient worry to become a burden for the family. ^{23 25} Patient experience with end of life. ^{23 33 35}	Advanced stage of disease. ^{23 25 27 29} Identification of the right moment and setting to engage in an ACP discussion. ^{28 31 32} HCPs' experience with care for patients at the end of life/ with lung diseases. ^{23 25 34}	Patient initiation of ACP (as experienced by HCPs), ³¹ HCP initiation of ACP (as experienced by patients). ^{23 25 28} Implementation of trigger points to discuss ACP. ³² Continuity of care, including good HCP–patient relationship. ^{23 25 31 33 34}

ACP, advance care planning; HCP, healthcare professional.

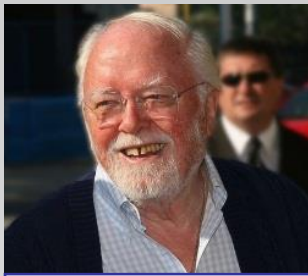
Advance Care Planning



Όταν η εξελεγμένη υποστήριξη της ζωής δεν αποδίδει.....και η προβλεπόμενη εξέλιξη είναι ο θάνατος, ανακύπτουν ερωτηματικά όσον αφορά τη δικαιολογημένη συνέχιση της προσπάθειας.....

Μια διαδικασία επικοινωνίας μεταξύ του ασθενούς, των φίλων και των συγγενών που:

- θα εστιάζει στο πως ζω με τη νόσο και τα συμπτώματά μου,
- την εξέλιξη της νόσου
- στην πιθανή αναστολή θεραπευτικών επιλογών αλλά και
- στις **αποφάσεις περί του τέλους της ζωής**



“Η μεγαλύτερη σύγχρονη επιστημονική πρόκληση”

Sir Richard Attenborough 1923-2014

- Άγγλος σκηνοθέτης (Jurassic Park), παραγωγός
- Πρόεδρος του Εθνικού Επιστημονικού Συμβουλίου
- Sir Richard Attenborough replied... ..
- (απάντηση στην ερώτηση που θα εταίρεται ο τίτλος του)
- Founded The Attenborough Foundation
- 1998 Chancellor of the University of Cambridge
- Life Vice President Chelsea Football Club

When asked what he considered the greatest scientific challenge facing us,

Sir Richard Attenborough replied... ..

“How far do you go to preserve an individual human life?”

(Σχεδόν) πραγματική ιστορία

- Είναι 69 ετών
- Πάσχει από εμφύσημα εδώ και 10 χρόνια
- Έχει μία σύζυγο, δύο κόρες και δύο εγγόνια
- Εδώ και 2 χρόνια είναι περιορισμένος στο σπίτι με οξυγονοθεραπεία
- Έχει δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια

(Σχεδόν) πραγματική ιστορία

- Σε μία φευγαλέα συζήτηση είχε πει: “Δε θέλω να ταλαιπωρηθώ άλλο”
- Το τελευταίο τρίμηνο δεν σηκώνεται από το κρεβάτι
- Τις τελευταίες 40 ημέρες έχει κάνει δυο λοιμώδεις παροξύνσεις για τις οποίες πήρε και αντιμικροβιακά
- Σας καλούν γιατί έχει επιδείνωση της δύσπνοιας, ορθόπνοια και πυρετό

Λοιπόν, είναι προς όφελός του να
πάει στο νοσοκομείο (και ενδεχομένως
να διασωληνωθεί;)



0

Everything that **Should** be done-Not everything that **Can** be done

Να κάνω «ό,τι είναι ιατρικώς εφικτό»;

Η υποστήριξη της λειτουργίας των οργάνων με μηχανικά μέσα δίνει χρόνο για τη θεραπεία της υποκείμενης νόσου

Δεν έχει νόημα να εφαρμόζεται σε έναν ασθενή του οποίου το νόσημα είναι ανίατο

Μπορεί να προκαλέσει πόνο και ταλαιπωρία στον ασθενή

Ηθικά Διλλήματα

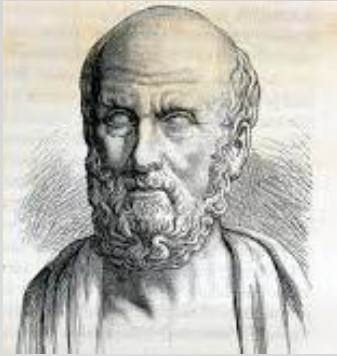
Ethical principles and the decision to limit life-sustaining treatments

The overriding goal for all involved parties should be to act in the patient's best interests. The decision to limit

Consensus: Πολλές επεμβατικές θεραπείες μπορεί να παρατείνουν τη διαδικασία του θανάτου χωρίς να προσφέρουν όφελος στον άρρωστο και δεν θα πρέπει να προσφέρονται

Acting in the patients best interest

Αρχές Ηθικής Δεοντολογίας



Όρκος του Ιπποκράτη (5^{ος} αι. πΧ)

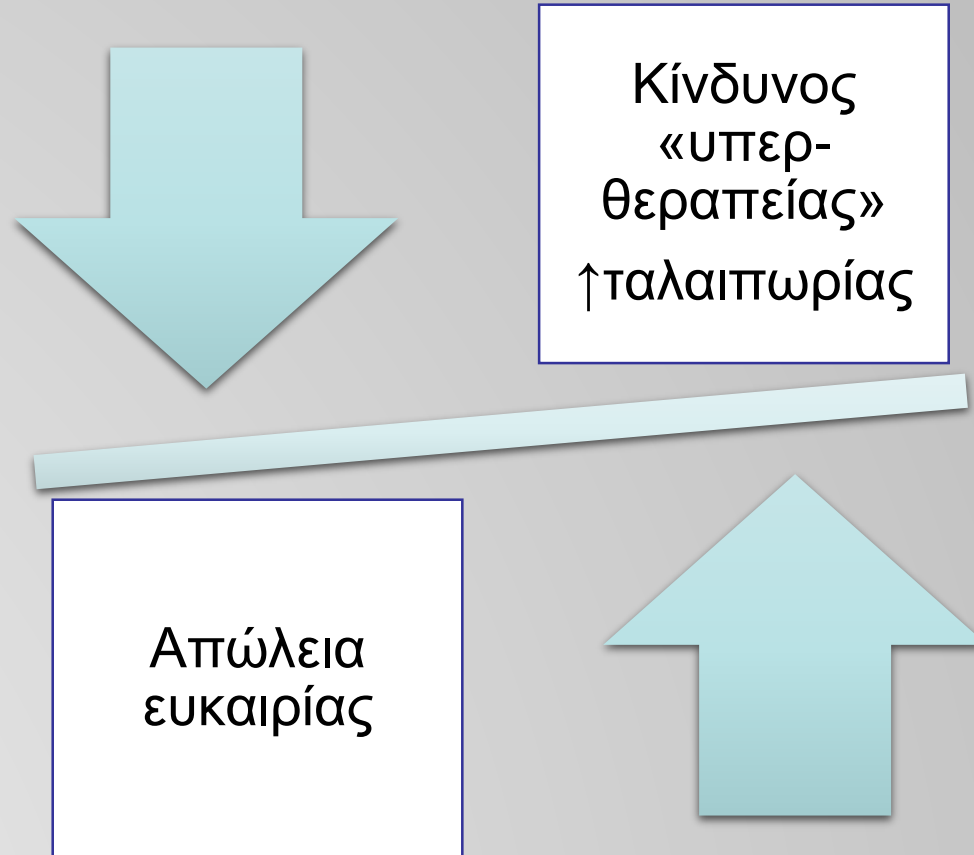
«Διαιτήμασί τε χρήσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμήν, ἐπὶ δηλήσει δὲ καὶ ἀδίκῃ εἶργειν»

Θα χρησιμοποιώ τη θεραπεία για να βοηθήσω τους ασθενείς κατὰ τη δύναμη και την κρίση μου, χωρίς ποτέ εκουσίως να τους βλάψω ή να τους αδικήσω

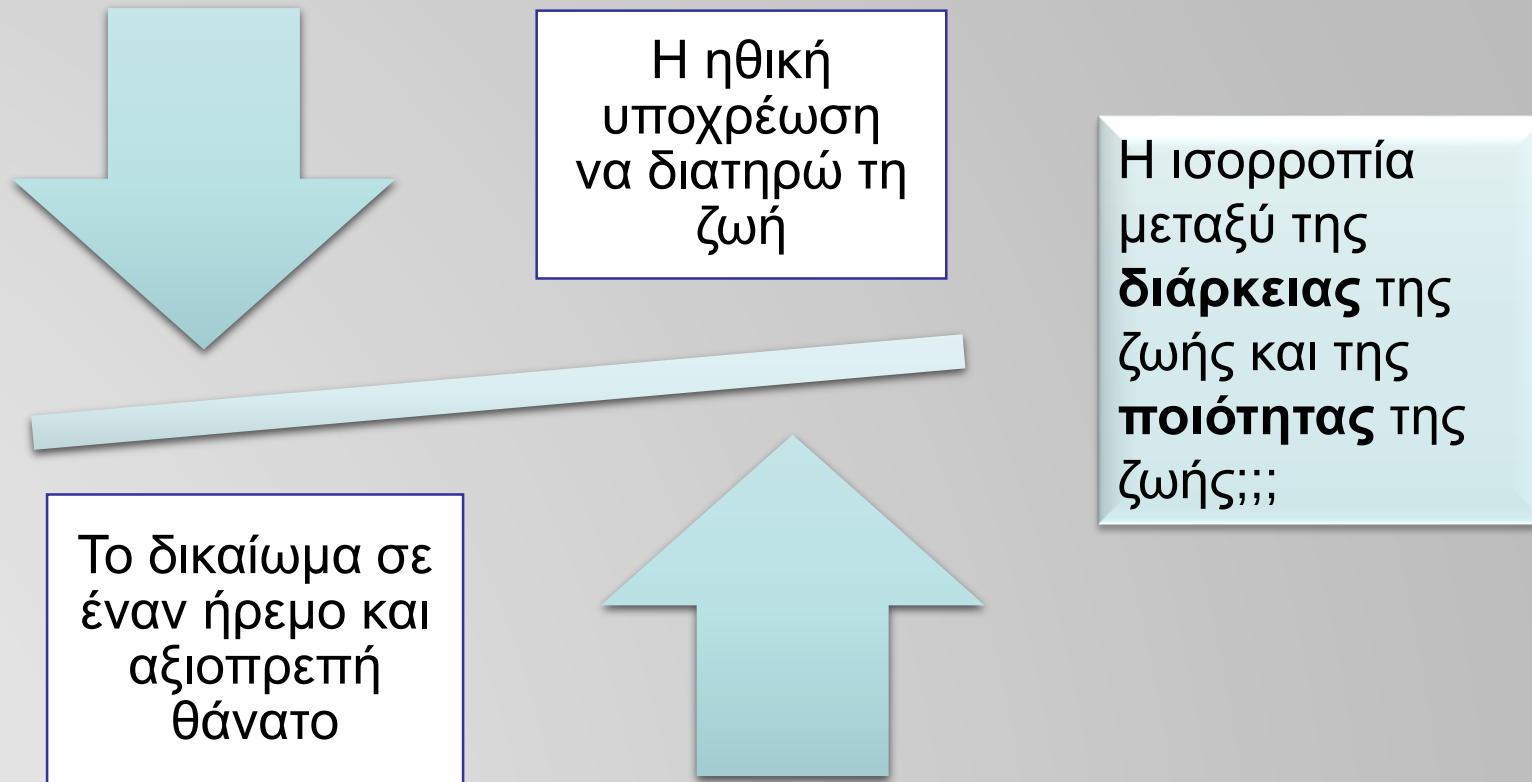
Αρχές Ηθικής Δεοντολογίας

- **Αγαθοεργία:** Δράση σύμφωνη με το μέγιστο συμφέρον του ασθενούς
- **Μη-αδικοπραξία:** Να εφαρμόζω υποστήριξη
όταν δεν ενδείκνυται
Δεν ωφελώ!!
Προκαλώ βλάβη!!
- **Δικαιοσύνη:** Ίση με
Δίκαιη κατανομή των υγειονομικών πόρων
Αδικώ!!
- **Αυτονομία:** Δικαίωμα του ατόμου να αποφασίζει αν θα αποδεχθεί ή όχι μια θεραπεία.
*Προϋποθέσεις: ελεύθερος από επιρροές,
πλήρης κατανόηση του προβλήματος*

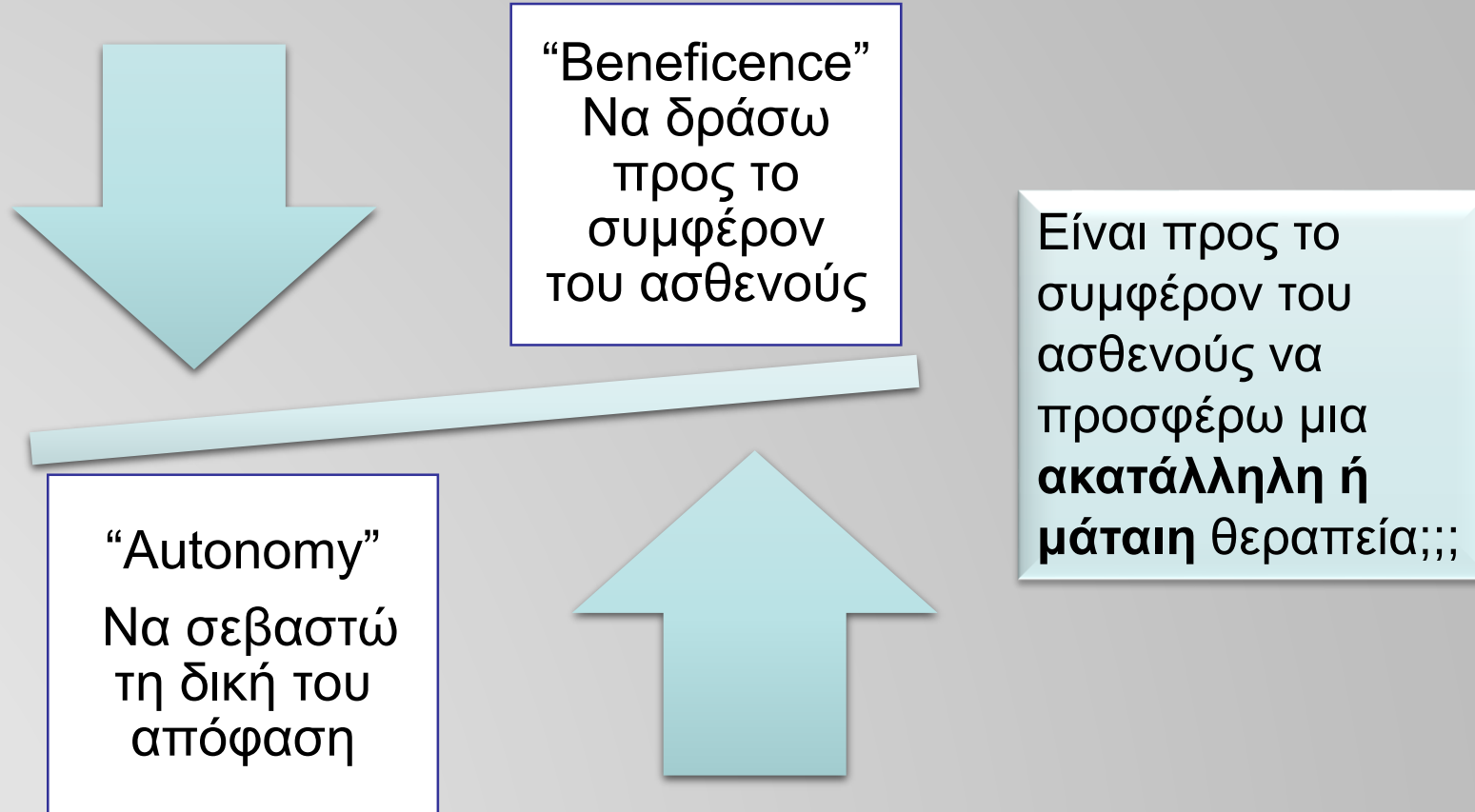
Ηθικά διλήμματα



Ηθικά διλήμματα



Ηθικά διλήμματα



(*Crit Care Med* 2016; 44:1769–1774)

Defining Futile and Potentially Inappropriate Interventions: A Policy Statement From the Society of Critical Care Medicine Ethics Committee

Futile

Υπερβολικές σε προσπάθεια και οικονομικό κόστος ιατρικές παρεμβάσεις με ελάχιστη προοπτική βελτίωσης της κλινικής έκβασης του ασθενούς

Inapp

σεις

ICU interventions should generally be considered inappropriate when there is no reasonable expectation that the patient will survive to the point of discharge from the acute care setting, or when there is no reasonable expectation that the patient's neurologic function will improve sufficiently to allow the patient to perceive the benefits of treatment.

Αναγνώριση των ορίων της ιατρικής

Προβλήματα με τη λήψη αποφάσεων

Η αδυναμία της ιατρικής να προβλέψει το μέλλον
(scientific certainty)

REVIEW



Uncertainty in end-of-life care

Saxon Ridley^a and Malcolm Fisher^b

PCCM Perspectives

How certain are you, doctor?

Jonathan Gillis, PhD; Bernadette Tobin, PhD

Πως καθορίζουμε με ασφάλεια την πρόγνωση του ασθενούς?

Από τα χαρακτηριστικά του ασθενούς

Την αναστροφή

Τη βαρύτητα

Την ηλικία του

Τη λειτουργική κατάσταση

Τις συν-νοσηρότητες

Practical certainty:
Being as certain as it is reasonable to be
in the circumstances

Λοιπόν, είναι προς όφελός του να
πάει στο νοσοκομείο (και ενδεχομένως
να διασωληνωθεί;)



0

Ποιός θα πάρει τις αποφάσεις;



**Paternalistic
model**

**Shared decision
model**

**Informative
model**

Physician decides
and patient
complies with no
information

Physician provides information,
patient participates in
decision by expressing
preferences between
options

Physician provides
information
and patient
decides

Ποιος θα πάρει τις αποφάσεις: Ο ασθενής (Autonomy Model)

Ο ιατρός είναι ο σύμβουλος που ενημερώνει τον ασθενή και την οικογένεια για την διάγνωση και τις θεραπευτικές επιλογές

Νόμος για την αυτοδιαχείριση και την αυτονομία των ασθενών

Patient Self Determination Act of 1990 (The “PSDA”)

- Ο ασθενής οφείλει να είναι πλήρως ενημερωμένος σχετικά με όλες τις πιθανές διαγνωστικές, θεραπευτικές, προγνωστικές- της πάθησής του και
- Γραπτές οδηγίες (Advance Directive, Living will)
- Ανάδειξη προσώπου υπεύθυνου για τη λήψη των αποφάσεων

STOP Do Not Resuscitate

Durable Do Not Resuscitate Order
VIRGINIA DEPARTMENT OF HEALTH

Patient's Full Legal Name _____ Date _____

Physician's Order

I, the undersigned, state that I have a bona fide physician/patient relationship with the patient named above. I have certified in the patient's medical record that he/she or a person authorized to consent on the patient's behalf has directed that life-prolonging procedures be withheld or withdrawn in the event of cardiac or respiratory arrest.

I further certify (must check 1 or 2):

☐ 1. The patient is CAPABLE of making an informed decision about providing, withholding or withdrawing a specific medical treatment or course of medical management. (Signature of patient is required; see reverse.)

☐ 2. The patient is INCAPABLE of making an informed decision about providing, withholding or withdrawing a specific medical treatment or course of medical management because he/she is unable to understand the nature, extent or probable consequences of the proposed medical decision, or is unable to make a rational evaluation of the risks and benefits of the proposed medical decision.

If you checked 2 above, check one of C below:

☐ A. While capable of making an informed decision, the patient has executed a written advanced directive which directs that life-prolonging procedures be withheld or withdrawn.

☐ B. While capable of making an informed decision, the patient has executed a written advanced directive which appoints a "Person Authorized to Consent on the Patient's Behalf" with authority to direct that life-prolonging procedures be withheld or withdrawn. (Signature of "Person Authorized to Consent on the Patient's Behalf" is required; see reverse.)

☐ C. The patient has not executed a written advanced directive (living will or durable power of attorney for health care). (Signature of "Person Authorized to Consent on the Patient's Behalf" is required; see reverse.)

I hereby direct any and all qualified health care personnel, commencing on the effective date noted above, to withhold cardiopulmonary resuscitation (cardiac compression, endotracheal intubation and other advanced airway management, artificial ventilation, defibrillation and related procedures) from the patient in the event of the patient's cardiac or respiratory arrest. I further direct such personnel to provide the patient other medical interventions, such as intravenous fluids, oxygen or other therapies deemed necessary to provide comfort care or alleviate pain.

Physician's Printed Name _____ Physician's Signature _____ Emergency Phone Number _____

Ποιος θα πάρει τις αποφάσεις Patient Self Determination Act

ΚΟΣΜΟΣ

ΗΠΑ: Αρνείται να λάβει άλλη ιατρική φροντίδα η Μπάρμπαρα Μπους

Η πρώην πρώτη κυρία των ΗΠΑ (1989-1993) είναι 92 ετών.

← Σλοβακία: Χιλιάδες διαδηλωτές ζήτησαν την παραίτηση του

Δολοφονία δημοσιογράφου στο Ελ Σαλβαδόρ →

Δημοσίευση: 16/04/2018 - 05:54 Τελευταία ενημέρωση: 16/04/2018 - 05:54



Σχολιάστε



Απόκομμα τετραγώνου σχήματος



ΚΟΣΜΟΣ

«Έφυγε» η πρώην Πρώτη Κυρία των ΗΠΑ Μπάρμπαρα Μπους

- «Εν ζωή» διαθήκη (living will)
- Ορισμός πληρεξουσίου (Power of attorney)

Η υγεία της Μπάρμπαρας Μπους, της συζύγου του πρώην προέδρου των ΗΠΑ Τζορτζ Χέρμπερτ Ουόκερ Μπους, επιδεινώνεται ραγδαία και η ίδια αποφάσισε να διακόψει τη νοσηλεία της, γνωστοποίησε το γραφείο του πρώην προέδρου με μια ανακοίνωση που δόθηκε στη δημοσιότητα στο Χιούστον της Πολιτείας Τέξας την Κυριακή.



01002872811050012



5391

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αρ. Φύλλου 287

28 Νοεμβρίου 2005

ΝΟΜΟΣ ΥΠ'ΑΡΙΘ. 3418

Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Θ' ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Άρθρο 29

Ιατρικές αποφάσεις στο τέλος της ζωής

2. Ο ιατρός λαμβάνει υπόψη τις επιθυμίες που είχε εκφράσει ο ασθενής, ακόμη και αν, κατά το χρόνο λήψης της απόφασης, ο ασθενής δεν είναι σε θέση να εκφράσει τις επιθυμίες του.

Η άρνηση ή διακοπή μιας παρέμβασης ή θεραπείας δε συνιστά ευθανασία. Η αιτία θανάτου είναι η υποκείμενη νόσος.

Ο ιατρός γνωρίζει ότι η επιθυμία ενός ασθενούς να πεθάνει, όταν αυτός βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο, δεν συνιστά νομική δικαιολόγηση για τη διενέργεια πράξεων οι οποίες στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου.

Πως αποφασίζουν οι ασθενείς;

- Προσωπικές και οικογενειακές αξίες
- Καλλιέργεια (κουλτούρα)
- Θρησκεία
- Εθνικότητα
- Ηλικία
- Κοινωνικό περιβάλλον
- Έκθεση στα ΜΜΕ

<5% των ασθενών μπορούν να συμμετάσχουν σε συζήτηση για το τέλος της ζωής

Kuan-Han Lin et al. Medicine 2016



.....There was good understanding of the terminal nature of the disease among both patients and carers, but a poor understanding of prognosis, and how the disease would manifest at the end stages.....

....Health professionals recognized the difficulty of balancing information needs with maintaining hope....

'I wish I knew more ...' the end-of-life planning and information needs for end-stage fibrotic interstitial lung disease: views of patients, carers and health professionals

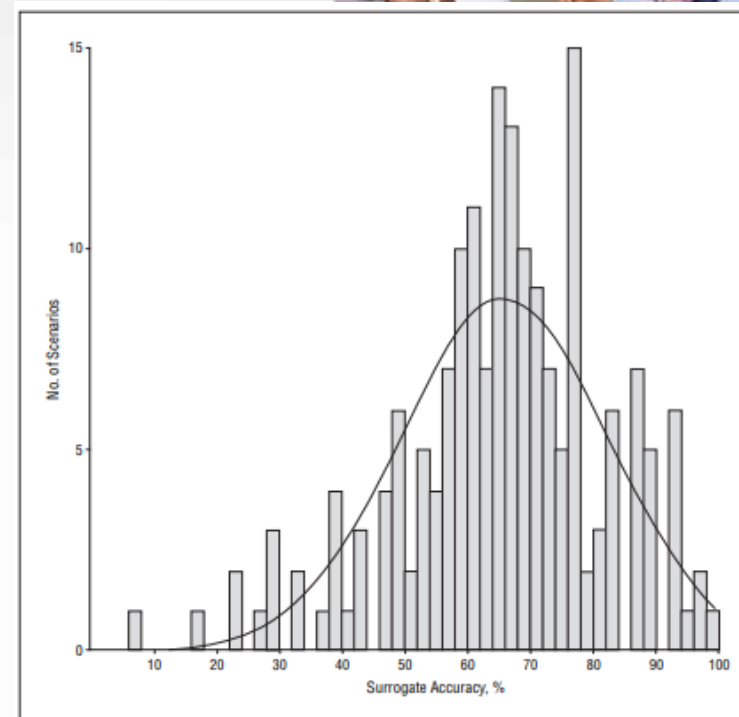
.....No participants were aware of any palliative care input, and no participants had considered important end of-life issues, such as preferred place of care and preferred place of death.....

Πως αποφασίζουν οι συγγενείς;

Πρέπει να αποφασίσουν βασιζόμενοι στις αξίες και τις αρχές του ασθενούς και στο τι θα ήθελε ο ασθενής



- Πολλές φορές δεν έχουν σαφή αντίληψη των προβλημάτων
- Μπορεί να βιώνουν πόνο ή συναισθηματική φόρτιση που τους εμποδίζει να αποστασιοποιηθούν από το πρόβλημα και να αποφασίσουν
- Δυσκολία να ξεχωρίσουν τι νομίζουν αυτοί ότι είναι καλύτερο από το τι θα θεωρούσε ο ασθενής ως καλύτερο



Arch Intern Med 2006;166:493-7

ΠΡΟΣΟΧΗ!!!

Απόσυρση παρεμβάσεων που υποστηρίζουν
τις ζωτικές λειτουργίες

ΟΧΙ

Απόσυρση της φροντίδας του ασθενούς

*Ανακουφιστική
φροντίδα
(Palliative Care)*



Dame Cicely Saunders (June 22, 1918–July 14, 2005)

How people die remains in the memory of those who live on.'

ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΕΠΙΔΙΩΚΕΙ

- Βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους

ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΕΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΖΕΙ

- Το "υποφέρειν"

ΑΝΑΓΝΩΡΙΖΕΙ ΑΞΙΟΛΟΓΕΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΙ

- Τον πόνο και λοιπά οργανικά, ψυχοκοινωνικά και πνευματικά προβλήματα

ΑΡΧΕΣ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ



- Προσφέρει ανακούφιση από τον πόνο και άλλα συμπτώματα
- Επικυρώνει την αξία της ζωής και θεωρεί την πορεία προς τον θάνατο ως μία φυσιολογική εξέλιξη.
- Δεν έχει πρόθεση ούτε να επισπεύσει, ούτε να αναβάλλει τον θάνατο
- Συνενώνει τις ψυχολογικές και τις πνευματικές πλευρές της φροντίδας του ασθενή
- Προσφέρει ένα σύστημα υποστήριξης προς τον ασθενή ώστε να είναι όσο το δυνατόν παραγωγικός και ενεργητικός γίνεται ως την στιγμή του θανάτου
- Προσφέρει ένα σύστημα υποστήριξης στην οικογένεια του ασθενή ώστε να ανταπεξέλθει κατά την διάρκεια της νόσου αλλά και κατά την διάρκεια του πένθους.

ΑΞΙΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ





5391

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

28 Νοεμβρίου 2005

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Θ΄ ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

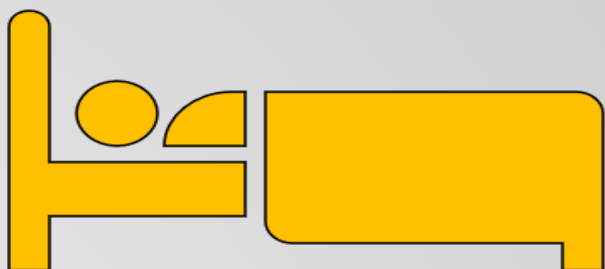
Ιατρικές αποφάσεις στο τέλος της ζωής

Η απόφαση για τη μη εφαρμογή παρεμβάσεων παράτασης της ζωής ΔΕΝ ισοδυναμεί με εγκατάλειψη του ασθενούς

1. Ο ιατρός, σε περίπτωση ανάγκης, μπορεί να αποφασίσει για την παύση της ζωής του ασθενή, εφόσον:

Η απόφαση για τη μη εφαρμογή παρεμβάσεων παράτασης της ζωής ΔΕΝ ισοδυναμεί με εγκατάλειψη του ασθενούς

**“ΣΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΜΟΥ
ΕΠΙΘΥΜΩ.....”**



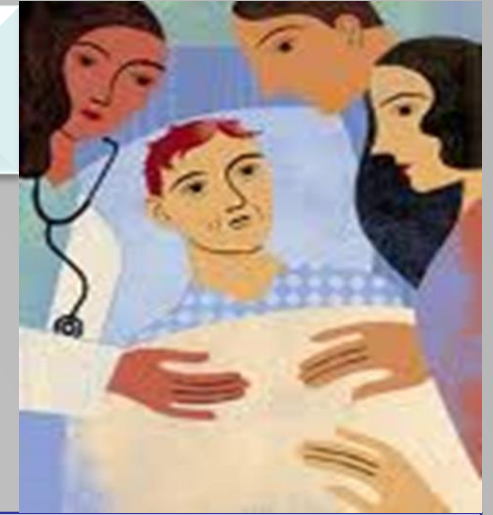
**Να πεθάνω με αξιοπρέπεια
σύμφωνα με τις αρχές και τις
αξίες μου.**

**Τον έλεγχο του πόνου μου και
άλλων συμπτωμάτων από ειδικούς
καθώς και υποστήριξη των
ψυχοκοινωνικών και πνευματικών
αναγκών μου.**

**Να περιβάλλομαι από
τα αγαπημένα μου
πρόσωπα.**

**Στήριξη για την οικογένεια
μου/φίλους μου όχι μόνο κατά
το τέλος της ζωής μου αλλά και
μετά από αυτό.**

Πνευμονολογικός ασθενής τελικού σταδίου



- Σταθείτε δίπλα του με συμπόνια σε όλη τη διάρκεια της διαδρομής
- Ενημερώστε τον εγκαίρως για την πορεία της νόσου, τα συμπτώματα και τις θεραπευτικές επιλογές
- Advanced Care Planning
- Συζητήστε μαζί του και με τους συγγενείς τις «αποφάσεις περί του τέλους της ζωής»
- Συμπεριλάβετε την «Ανακουφιστική Φροντίδα» πρώιμα στη πορεία της νόσου
- Συμπαρασταθείτε στους συγγενείς και μετά την απώλεια του ασθενούς

A painting depicting a hand pouring water from a vessel into an hourglass. The background is a solid teal color. The hand is shown from the wrist down, holding a light-colored, possibly leather, vessel. Water is being poured from the spout of the vessel into the top bulb of a brass hourglass. The hourglass has a wooden base and a wooden lid lying next to it. The text is overlaid on the center of the image.

Η (αξιοπρεπής) κατάληξη
ΔΕΝ αποτελεί ‘ιατρική αποτυχία’
αλλά **επιτυχία ιατρικού ήθους**