



Παρηγορητική Φροντίδα



ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Μήνυμα Συντακτικής Επιτροπής

Η Ελληνική Εταιρεία Παρηγορητικής και Συμπτωματικής Φροντίδας Καρκινοπαθών και μη Ασθενών, υποδέχεται τη νέα χρονιά, με την καθιερωμένη πλέον θεατρική βραδιά και την κοπή της πρωτοχρονιάτικης πίτας.

Η συνάντηση των μελών, των φίλων και των υποστηρικτών της ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α., η παρουσία των ασθενών και των συγγενών τους σε ένα χώρο τέχνης και πολιτισμού, όπως είναι το θέατρο «Στοά», αποτελεί κορυφαία πνευματική και πολιτιστική εκδήλωση, που δεν ακυρώνεται ούτε από την οικονομική κρίση, ούτε από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο.

Όπως επίσης δεν ακυρώνεται το όραμα και η ελπίδα των ανθρώπων της ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α., για την ανάπτυξη ενός οργανωμένου δικτύου υπηρεσιών Παρηγορητικής Φροντίδας στην Ελλάδα.

Μιας φροντίδας, που όπως έχει τονιστεί επανειλημμένα, δεν εντάσσεται στα πλαίσια ενός ελεήμονος, φιλανθρωπικού κινήματος, αλλά αποτελεί πεδίο της Ιατρικής επιστήμης με προγράμματα διδασκαλίας και εκπαίδευσης, ενταγμένα στα επίσημα προγράμματα εκπαίδευσης των Ιατρικών, Νοσηλευτικών και άλλων Σχολών Δημόσιας Υγείας.

Μιας φροντίδας που έχει αρχές και κανόνες, που υιοθετεί τεκμηριωμένες επιστημονικές θέσεις, που δίνει προτεραιότητα στην αντιμετώπιση του σωματικού πόνου ασθενών με ανίατα νοσήματα, χωρίς να παραβλέπει την ολιστική προσέγγιση.

Η επιμονή στην προτεραιότητα της αντιμετώπισης του πόνου ασθενών με προχωρημένη νόσο προκύπτει, τόσο από την εμπειρία, όσο και από μελέτες, που καταδεικνύουν ότι:

Καλή Χρονιά, με Υγεία, Όνειρα και Στόχους

Η Ελληνική Εταιρεία Παρηγορητικής και Συμπτωματικής Φροντίδας Καρκινοπαθών και μη Ασθενών - ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α., σας προσκαλεί στο **θέατρο «Στοά»** για την Κοπή της Πίτας

την **Τετάρτη 9 Φεβρουαρίου 2011** και **ώρα 19.30**,
(Μπισκίνη 55, Ιλίσια, 3η στάση Ζωγράφου, Τηλ.: 2107702830).

Θα παρακολουθήσουμε την
θεατρική παράσταση του έργου **«ANNA, ΕΙΠΑ»**, του Παναγιώτη Μέντη



www.grpalliative.org

Σκηνοθεσία: Θ. Παπαγεωργίου

Ερηνεύουν: Λ. Πρωτοψάλτη, Θ. Παπαγεωργίου, Ν. Χαντζίδου, Ευδ. Σουβατζή.

Σκην. - κοστ.: Αφρ. Κουτσουδάκη.

Είσοδος ελεύθερη - θέσεις μη αριθμημένες

Με την Ευγενική Χορηγία της ALAPIS S.A.



Καμία προσπάθεια ψυχολογικής, πνευματικής ή ηθικής υποστήριξης και κανένας μηχανισμός επικοινωνίας δεν αποδίδει, όταν η ζωή και η σκέψη ενός ανθρώπου κατακλύζονται από ανυπόφορο σωματικό πόνο, που στην περίπτωση των καρκινοπαθών με νόσο τελικού σταδίου ανέρχεται ή και ξεπερνάει το 80%.

Υπέρμαχοι μιας τέτοιας φροντίδας, οι υπεύθυνοι σύνταξης του παρόντος εντύπου, θέτουμε στη διάθεση των αναγνωστών:

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ -
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ
(ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.)**

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΑΡC
ΜΕΛΟΣ ΕCΕΡΤ

Σμολένσκυ 4, Αθήνα 114 72

Τηλ. 210 – 6457878

Fax. 210 - 3610488

www.grpalliative.org

email: info@grpalliative.gr

Δ.Σ. ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.

Πρόεδρος: Αθηνά Βαδαλούκα
Αντιπρόεδρος: Ιωάννα Σιαφάκα
Γραμματέας: Ευνομία Αλεξοπούλου - Βραχνού

Ταμίας: Μαρία Κοκολάκη
Αν. Ταμίας: Παρασκευή Ντόλου
Μέλη: Χρυσούλα Καρανασάση
Φανή Κρεμαστινού
Φωτεινή Κωνσταντάκη
Γιάννης Μπερδούσης

Επίτ. Πρόεδρος: Βασιλική Χειμωνίτση - Κυπρίου

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Υπεύθυνος έκδοσης: Ασπασία Οικονόμου

Μέλη: Ευνομία Αλεξοπούλου Βραχνού
Ελπίδα Αντωνοπούλου
Χρυσούλα Καρανασάση
Μαρία Κοκολάκη
Φανή Κρεμαστινού
Ελένη Μόκα

- Τις κατευθυντήριες οδηγίες της Επιστημονικής Εταιρείας της Ένωσης Παρηγορητικής Φροντίδας της Μ. Βρετανίας και Ιρλανδίας για την αντιμετώπιση του παροξυσμικού πόνου
- Το 2ο μέρος της Λευκής Χάρτας των Αρχών και των Κανόνων για τους Ξενώνες και την Παρηγορητική Φροντίδα στην Ευρώπη και τέλος,
- Τολμάμε να εισηγηθούμε στην ηγεσία του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης τα εξής:

Κύριε Υπουργέ,

Από την ενημέρωση που μας προσφέρετε μέσα από τα μέσα μαζικής επικοινωνίας, δίνετε την εντύπωση ότι επιθυμείτε να οργανώσετε ένα αποτελεσματικό, βιώσιμο και φιλικό για τον πολίτη Σύστημα Υγείας.

Ακούστε λοιπόν τη συμβουλή μερικών ανθρώπων, επαγγελματιών υγείας, που υπηρέτησαν το Σύστημα Υγείας επι πολλές δεκαετίες, που έθεσαν εαυτούς στην υπηρεσία του Έλληνα ασθενή και της οικογένειάς του, που προσπάθησαν, παρά την έλλειψη υποδομών, να εξασφαλίσουν ποιότητα στη φροντίδα και ένα αξιοπρεπές ταξίδι ζωής μέχρι το τέλος.

Ακούστε τους και:

- Εντάξτε την Παρηγορητική Φροντίδα στο νέο Νομοσχέδιο για την Υγεία
- Αναθέστε σε αυτούς που έχουν τη γνώση και την εμπειρία την Εκπαίδευση
- Νομιμοποιείστε τη λειτουργία των ιατρείων πόνου (Υπ.α./οικ. 1620/2/07, 19-12-2007 Υπουργική Απόφαση)
- Ιδρύστε τις Μονάδες παροχής Παρηγορητικής Φροντίδας και Ανακουφιστικής Αγωγής Ασθενών τελικού σταδίου (ΔΥ 8/13 οικ. 89126, ΦΕΚ Β'1534/17-08-2007)
- Δημιουργείστε τις υπηρεσίες «κατ'οίκον νοσηλείας», για φροντίδα ασθενών στο οικείο περιβάλλον τους, σύμφωνα με το άρθρο 28 του Ν. 2071/1992

και να είστε βέβαιος ότι αυτή σας η απόφαση θα σας κάνει υπερήφανο, καθώς θα υποστηριχθεί, εκτός των άλλων, και από τους επιτηρητές μας Ευρωπαίους, αφού οι ίδιοι προέρχονται από χώρες με οργανωμένες υπηρεσίες Παρηγορητικής Φροντίδας

**Με συναδελφικούς και φιλικούς χαιρετισμούς
Για τη συντακτική επιτροπή**



**Ασπασία Οικονόμου
Υπεύθυνη έκδοσης.**

ΛΕΥΚΗ ΧΑΡΤΑ ΚΑΝΟΝΩΝ ΚΑΙ ΑΡΧΩΝ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΞΕΝΩΝΕΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

7. Παροχή της Παρηγορητικής Φροντίδας

Το κεφάλαιο αυτό επικεντρώνεται στον τρόπο με τον οποίο παρέχεται η Παρηγορητική Φροντίδα στην κοινότητα. Υπογραμμίζονται οι κυριότερες προϋποθέσεις και οι γενικές ανάγκες των διαφόρων Υπηρεσιών ΠΦ. Υψηλής προτεραιότητας απαιτήσεις για την παροχή ΠΦ είναι:

- ο έγκαιρος προγραμματισμός της φροντίδας
- η συνέχεια στην παροχή της φροντίδας
- η διαθεσιμότητα της φροντίδας
- η επιλογή του χώρου παροχής της φροντίδας

7.1 Έγκαιρος Προγραμματισμός της Φροντίδας

Το ιδανικό είναι ο ασθενής, η οικογένειά του και η ομάδα της ΠΦ να συζητούν και να σχεδιάζουν μαζί, το είδος της παροχής που επιθυμούν. Οι προτιμήσεις του ασθενούς, οι διαθέσιμες δυνατότητες και οι ιατρικές οδηγίες αποτελούν σημαντικά στοιχεία κατά το σχεδιασμό. Μεταβολές στη γενική κατάσταση του αρρώστου ή τη λειτουργική του ικανότητα, συνεπάγονται μεταβολές του θεραπευτικού πλάνου. Η διαρκής επικοινωνία και επανεκτίμηση της κατάστασης, καθορίζουν το εξατομικευμένο πλάνο φροντίδας, σε όλη την πορεία της νόσου.

Ωστόσο με την εξέλιξη της νόσου και την επιδείνωση τόσο της φυσικής όσο και της νοητικής κατάστασης του ασθενούς, η ικανότητα λήψης αποφάσεων από τον ίδιο ενδέχεται να επηρεαστεί, και ο ίδιος να μην μπορεί να συμμετέχει πλέον στην οργάνωση της φροντίδας του. Η ΠΦ θα πρέπει να ενσωματώνει μεθόδους μακροπρόθεσμου σχεδιασμού, ώστε οι ασθενείς αυτοί, να έχουν το επίπεδο της ΠΦ που προτιμούν, εφ' όσον το επιθυμούν.

διατηρούν την αυτονομία τους, και τους εξασφαλίζει φροντίδα, σε περίπτωση που οι ίδιοι στο μέλλον δεν θα είναι σε θέση να αποφασίσουν¹. Το νομικό πλαίσιο σχετικά με τη σύνταξη αυτών των «οδηγιών» διαφέρει ανάμεσα στις χώρες της Ευρώπης, ενώ μόνο μερικές κυβερνήσεις έχουν θεσπίσει σχετική νομοθεσία.

Υπάρχει ακόμη προβληματισμός για το πόσο θα πρέπει να είναι δεσμευτικές οι οδηγίες αυτές. Οι προτιμήσεις των ασθενών μπορεί να αλλάξουν με την εξέλιξη της νόσου, ενώ δεν είναι πάντα σαφές κατά πόσο έχει προηγηθεί επαρκής ενημέρωσή τους ή και κατά πόσο οι πληροφορίες που έχουν δοθεί, έχουν γίνει κατανοητές. **Θα πρέπει να υπάρχει δυνατότητα οι προκαθορισμένες «οδηγίες» να συμπληρωθούν ή να αναθεωρηθούν μέσω έγγραφης εξουσιοδότησης, από άλλο άτομο σε περίπτωση που ο ασθενής δεν μπορεί λόγω ανικανότητας να λάβει πλέον μόνος του αποφάσεις.** Σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες δεν έχει κατοχυρωθεί νομικά τέτοιου είδους εξουσιοδότηση.

7.2 Πρόσβαση στις Υπηρεσίες

Οι υπηρεσίες θα πρέπει να είναι διαθέσιμες σε όλους τους ασθενείς όποτε και όπου αυτοί τις χρειάζονται, χωρίς καθυστέρηση^{2,3}. Η πρόσβαση στις υπηρεσίες θα πρέπει να είναι ισότιμη για όλους τους ασθενείς, ανεξάρτητα από την ηλικία τους, τη διάγνωση, το επίπεδο μέσω του οποίου λαμβάνουν τη θεραπεία τους (ανεξάρτητα δηλαδή από το εάν αντιμετωπίζονται σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο ή τριτοβάθμιο επίπεδο), τη φυλή, την εθνικότητα, τη διαφορετικότητα στο sex και το οικονομικό τους επίπεδο.

Η έγκαιρη σύνταξη «οδηγιών», βοηθά τους ασθενείς να

Η ισότητα στην πρόσβαση θα πρέπει να διασφαλίζεται σε

όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες, ανεξάρτητα από το πολιτιστικό, εθνικό ή οικονομικό υπόβαθρο κάθε ασθενούς. **Η πρόσβαση στη φροντίδα θα πρέπει να είναι ανεξάρτητη από τη δυνατότητα του ασθενούς να την καλύψει οικονομικά** ³.

7.3 Συνέχεια της Φροντίδας

Βασική αρχή της ΠΦ είναι η εξασφάλιση συνέχειας στην παροχή της, καθ'όλη τη διάρκεια της νόσου, καθώς και σε κάθε βαθμίδα του Συστήματος Υγείας ⁴. Η συνέχεια αυτή συμβάλλει στην αποφυγή σφαλμάτων και στην ελαχιστοποίηση της ταλαιπωρίας των ασθενών που πάσχουν από νοσήματα απειλητικά για τη ζωή τους. Βοηθά τους ίδιους και τις οικογένειές τους να μην αισθάνονται εγκαταλειμμένοι και διασφαλίζει τον σεβασμό στις επιθυμίες και στις επιλογές τους.

Η ΠΦ ενσωματώνεται σε όλα τα συστήματα παροχής Υγείας (νοσοκομείο, τμήμα επειγόντων, εξωτερικά ιατρεία, οίκοι φροντίδας, κατ'οίκον νοσηλεία, αλλά και σε χώρους όπως τα σχολεία και οι φυλακές). Η ομάδα της ΠΦ θα πρέπει να συνεργάζεται με όλους τους επιστήμονες υγείας, αλλά και τους απλούς φροντιστές, σε κάθε μία από τις παραπάνω δομές, ώστε να υπάρχει συντονισμός και επικοινωνία, και να αποφεύγονται μη αναγκαίες παραπομπές του ασθενούς ⁴.

7.4 Επιθυμητός Χώρος Φροντίδας

Οι περισσότεροι ασθενείς προτιμούν να παραμείνουν στο σπίτι τους, εφόσον αυτό είναι εφικτό, μέχρι και την ώρα του θανάτου. Αντιθέτως, όμως καταλήγουν κατά κανόνα στο νοσοκομείο ή σε κάποιο οίκο φροντίδας.

Σύμφωνα με πολλές πρόσφατες μελέτες, το 75% των καρκινοπαθών ασθενών θα προτιμούσε να περάσει την τελική φάση της ζωής του στο σπίτι. Κάτι τέτοιο βεβαίως εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό και από την παρουσία ενός κοινωνικού και οικογενειακού πλαισίου στήριξης. Το ποσοστό των νέων ή μοναχικών ατόμων που επιθυμεί να καταλήξει στο σπίτι, είναι πολύ μικρότερο ⁵. Παρ' όλα αυτά, αντίθετα

με τις προτιμήσεις των ασθενών, στην Ευρώπη, ο χώρος θανάτου είναι συνήθως το Νοσοκομείο ή ο οίκος φροντίδας.

Ανασκόπηση της κατάστασης της ΠΦ στη Γερμανία καταλήγει σε διάφορα συμπεράσματα, ανάλογα με την προσέγγιση του συγγραφέα. Συμπερασματικά, ο θάνατος σε ιδρύματα ανέρχεται στο ποσοστό των 60-95% (42-43% Νοσοκομείο, 25-30% κατ' οίκον, 15-25% οίκος φροντίδας, 1-2% ξενώνας, 3-7% λοιποί χώροι) ⁶.

Η πλειοψηφία των ασθενών θα μπορούσε να περάσει το μεγαλύτερο μέρος του τελευταίου χρόνου της ζωής τους στο σπίτι, αλλά τελικά μέχρι και το 90% εισάγονται στο νοσοκομείο για να πεθάνουν. Η αδυναμία στήριξης των ασθενών αυτών από την κοινότητα, τυγχάνει κριτικής ³.

Ο επιθυμητός χώρος φροντίδας και ο τόπος θανάτου θα πρέπει να συζητείται με τον ασθενή και το περιβάλλον του, ενώ θα πρέπει να λαμβάνονται τα απαραίτητα μέτρα ώστε αυτή του η επιθυμία να γίνεται σεβαστή, όποτε είναι εφικτό ⁷.

7.5 Χώροι Φροντίδας

Η παρηγορητική θεραπεία, φροντίδα και υποστήριξη, μπορούν να παρέχονται στο σπίτι, σε οίκους φροντίδας, σε οίκους ευγηρίας, στο νοσοκομείο, στους ξενώνες ή όπου αλλού αυτό κρίνεται αναγκαίο ². Η ΠΦ θα πρέπει να εξασφαλίζεται τόσο σε μη εξειδικευμένες δομές, με την απλή έννοια της παρηγορητικής προσέγγισης, όσο και τις πλέον εξειδικευμένες.

Μη εξειδικευμένες δομές παροχής ΠΦ μπορεί να είναι:

- περιφερειακές νοσηλευτικές μονάδες
- γενικοί γιατροί
- κινητές νοσηλευτικές μονάδες
- γενικά νοσοκομεία
- οίκοι φροντίδας

Εξειδικευμένοι χώροι παροχής ΠΦ είναι:

- Μονάδες Παρηγορητικής Φροντίδας εσωτερικών ασθενών

- Ξενώνες
- Νοσοκομειακές ομάδες υποστήριξης ΠΦ
- ΠΦ κατ'οίκον
- Κοινωνική ομάδα Ξενώνα
- Ημερήσια Νοσηλεία στον Ξενώνα
- Νοσοκομείο στο σπίτι
- Εξωτερικά Ιατρεία

Τόσο σήμερα, όσο και στο άμεσο μέλλον, η ΠΦ παρέχεται, κατά μεγάλο ποσοστό, από μη εξειδικευμένες υπηρεσίες. Αυτό προϋποθέτει τη δυνατότητα πρόσβασης των μη εξειδικευμένων φροντιστών, σε μονάδες εξειδικευμένης φροντίδας, για συμβουλευτική και υποστήριξη. Υπάρχουν διαθέσιμα εργαλεία οργάνωσης της παρηγορητικής προσέγγισης στο επίπεδο αυτό, όπως είναι η Κλίμακα Διαβαθμισμένης Φροντίδας του Λίβερπουλ. Η Κλίμακα αυτή συντάχθηκε από το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Κλινικής Αριότητας (National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE) της Μεγάλης Βρετανίας, και αφορά στην φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν από καρκίνο. Τα εργαλεία αυτά οργάνωσης, όπως είναι η κλίμακα του Λίβερπουλ, συστήνονται ως εργαλείο εκπαίδευσης και ποιοτικής πιστοποίησης, για την βελτίωση της φροντίδας ασθενών στο τέλος της ζωής τους από μη εξειδικευμένες δομές.

Σε ορισμένους χώρους όπου προσέρχονται οι ασθενείς της ΠΦ (όπως τα ακτινοδιαγνωστικά και τα ακτινοθεραπευτικά τμήματα) υπάρχουν μεγάλες λίστες αναμονής. Προτείνεται οι ασθενείς με περιορισμένο προσδόκιμο επιβίωσης να αντιμετωπίζονται κατά προτεραιότητα (fast tracking), ώστε να μην υπάρχει μεγάλη απώλεια χρόνου στη θεραπευτική τους προσέγγιση.

Η ΠΦ θα πρέπει να δομείται με τέτοιο τρόπο, ώστε ο ασθενής να μπορεί να μεταβαίνει από τη μία υπηρεσία στην άλλη, ανάλογα με τις ανάγκες ή τις προτιμήσεις του. Η κάλυψη όμως των αναγκών φροντίδας και των θεραπευτικών επιλογών απαιτεί τη διαθεσιμότητα ενός ολοκληρωμένου συστήματος υπηρεσιών (εσωτερική νο-

σηλεία, υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας, υπηρεσίες υποστήριξης). Οι ειδικές ανάγκες κάθε ασθενούς θα πρέπει να εξετάζονται χωριστά, και να γίνεται προσπάθεια αντιστοιχίας δομών-ασθενών, ώστε να αντιμετωπίζεται κάθε φορά ο σωστός ασθενής, στο σωστό τόπο και στο σωστό χρόνο.

7.6 Δίκτυα ΠΦ

Η δημιουργία δικτύων ΠΦ, τα οποία συμπεριλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα οργανισμών και υπηρεσιών, και τα οποία συντονίζονται αποτελεσματικά μεταξύ τους, βελτιώνει την προσβασιμότητα των ασθενών στην ΠΦ, ανεβάζει το επίπεδο της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών και εξασφαλίζει τη συνέχεια στη φροντίδα.

Το δίκτυο της ΠΦ αναπτύσσεται γύρω από έναν κεντρικό πυρήνα, μία εξειδικευμένη μονάδα. Θα πρέπει να υπάρχει τουλάχιστον μία τέτοια μονάδα με δυνατότητα νοσηλείας των ασθενών, ανά περιφέρεια^{2,3}. Τα γενικά νοσοκομεία και οι κοινοτικές δομές βρίσκονται σε άμεση επικοινωνία με την εξειδικευμένη μονάδα νοσηλείας. Η διασύνδεση αυτή εξασφαλίζει τη συνέχεια στη φροντίδα, ενώ ταυτόχρονα προσφέρει υποστήριξη και διαρκή εκπαίδευση όλων των συμμετεχόντων.

Το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο στις συστάσεις του αναφέρει πως η ποιότητα της φροντίδας σε μία συγκεκριμένη περιοχή, δεν εξαρτάται από την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται από μεμονωμένα κέντρα, αλλά από τον συντονισμό που υπάρχει μεταξύ των διαφόρων δομών και μεταξύ της πρωτοβάθμιας και της τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας². Όταν υπάρχει ορθή οργάνωση του δικτύου φροντίδας, διευκολύνεται η πρόσβαση στην ΠΦ, βελτιώνεται η ποιότητά της και εξασφαλίζεται η συνέχεια στην παροχή της^{9, 11,13}.

Για να λειτουργεί αποτελεσματικά ένα τέτοιο δίκτυο, δύο είναι οι προϋποθέσεις: ο σωστός συντονισμός και η ευρύτητα στο φάσμα των δομών και των υπηρεσιών. Ο πρώτος επιτυγχάνεται με τον διορισμό ενός «διαχειριστή», ο

οποίος είναι υπεύθυνος για τη διαχείριση των πληροφοριών και την διασφάλιση συνέχειας στη φροντίδα ⁵. Με τον τρόπο αυτό, περισσότεροι ασθενείς θα παραμείνουν στο σπίτι τους έως το τέλος, εάν το επιθυμούν. Η αποτελεσματικότητα ενός τέτοιου συστήματος εξαρτάται από την συνεχή διαθεσιμότητά του (24 ώρες το εικοσιτετράωρο, επτά ημέρες την εβδομάδα). **Διαχειριστής ή συντονιστής μπορεί να είναι ένα άτομο ή μία ομάδα. Η αντιμετώπιση των ασθενών και ο συντονισμός εξασφαλίζεται από μία διεπιστημονική ομάδα ειδικών, που αντιπροσωπεύει τις διάφορες υπηρεσίες του δικτύου, ή από μία μονάδα ΠΦ ή από μία υπηρεσία ξενώνα (hospice).** Το φάσμα των υπηρεσιών καλύπτει τα διάφορα επίπεδα φροντίδας που χρειάζονται οι διάφοροι ασθενείς. Τέλος, χρήσιμες είναι οι υπηρεσίες διασύνδεσης και οι κινητές μονάδες.

Το δίκτυο φροντίδας, θα πρέπει, εκτός από το συντονισμό:

- να ορίζει στόχους και να θέτει το ελάχιστο αποδεκτό επίπεδο ποιότητας υπηρεσιών
- να ορίζει τα κριτήρια εισαγωγής αλλά και εξόδου από κάθε δομή / επίπεδο φροντίδας
- να χρησιμοποιεί απλές μεθόδους αξιολόγησης
- να οργανώνει κοινές στρατηγικές θεραπείας, με βάση τα διαθέσιμα στοιχεία

Εκτός από την παροχή της φροντίδας, το δίκτυο οργανώνει και την αυτοαξιολόγησή του (audit), αλλά και φροντίζει και επιβλέπει την εκπαίδευση και την έρευνα ¹⁴.

7.7 Προσωπικό των Εξειδικευμένων Κέντρων ΠΦ
Υπηρεσίες μη εξειδικευμένες στην ΠΦ μπορούν να χρησιμοποιούν μία παρηγορητική προσέγγιση ή να αποδίδουν βασική ΠΦ. Μία κατηγορία επιστημόνων ή ακόμη και μεμονωμένοι επαγγελματίες (π.χ. γενικός γιατρός) μπορούν να παρέχουν ΠΦ υπό την προϋπόθεση ότι θα υποστηρίζονται από μία διεπιστημονική ομάδα.

Η ΠΦ είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική όταν παρέχεται από μία διεπιστημονική ομάδα, που εξασφαλίζει τις κατάλληλες γνώσεις σε ό,τι αφορά όλες τις παραμέτρους φροντίδας των ασθενών ¹⁵. Σε μη εξειδικευμένες δομές όμως,

κάτι τέτοιο είναι μάλλον η εξαίρεση παρά ο κανόνας. Έτσι χρειάζεται προσοχή στη διατήρηση της επικοινωνίας των μη ειδικών με τα ειδικά κέντρα.

Το Συμβούλιο της Ευρώπης προτείνει ως μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, εκτός από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές, τις παρακάτω ειδικότητες – διαθέσιμες σε 24ωρη βάση:

- κοινωνικοί λειτουργοί
- ψυχολόγοι / ψυχοθεραπευτές
- ικανός αριθμός διοικητικών υπαλλήλων, γραμματέων, βοηθών
- ειδικοί στην υποστήριξη κατά την περίοδο του πένθους
- συντονιστής των εθελοντών
- φυσιοθεραπευτές
- κληρικοί
- τραυματιολόγοι
- ειδικοί στην αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος
- λογοθεραπευτές
- διαιτολόγοι
- φαρμακοποιοί
- θεραπευτές εναλλακτικών προσεγγίσεων
- γυμναστές
- βιβλιοθηκάριοι

Η κεντρική ομάδα της ΠΦ θα πρέπει να στελεχώνεται από νοσηλευτές και γιατρούς με εξειδίκευση στην ΠΦ κατ' ελάχιστον, και να πλαισιώνεται από ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και, εφ' όσον είναι δυνατόν, από φυσιοθεραπευτές. Άλλοι επαγγελματίες υγείας δυνατόν να είναι μέλη της κεντρικής ομάδας, αλλά συχνότερα απλά συνεργάζονται. Οι διαφορές μεταξύ των Ευρωπαϊκών κρατών, μεταξύ των διαφόρων περιοχών και των δομών, καθορίζουν και την στελέχωση της κεντρικής και της διευρυσμένης ομάδας. Για παράδειγμα, οι ψυχολόγοι και οι ψυχοθεραπευτές δεν αναγνωρίζονται ως βασικά μέλη της ομάδας σε όλες τις κοινωνίες.

Τα παιδιά χρειάζονται εξειδικευμένες υπηρεσίες ΠΦ που να παρέχεται από άτομα με ειδική εκπαίδευση για

τα παιδιά. Η κατ'οίκον παιδιατρική ΠΦ πρέπει να είναι διαθέσιμη για όλα τα παιδιά και τις οικογένειές τους ².

7.8 Εθελοντική Εργασία

Τα εξειδικευμένα κέντρα ΠΦ είτε απασχολούν είτε συνεργάζονται με ομάδες εθελοντών. Οι εθελοντές είναι απαραίτητοι, ενώ η λειτουργία των ξενώνων στηρίζεται κατά κύριο λόγο σε αυτούς, όπως αναγνωρίζεται και από το Συμβούλιο της Ευρώπης ².

Για την ορθή αξιοποίηση των εθελοντών, υπάρχουν ορισμένες προϋποθέσεις:

- οι εθελοντές πρέπει να εκπαιδεύονται και να επιβλέπονται
- η εκπαίδευση είναι αναπόσπαστο μέρος της απασχόλησής τους, και γι' αυτό είναι αναγκαία η προσεκτική επιλογή τους
- οι εθελοντές λειτουργούν ως μέλη της ομάδας, και με την ευθύνη του συντονιστή τους
- ο συντονιστής είναι ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα στους εθελοντές και τους φροντιστές, αλλά και μεταξύ του νοσοκομείου και των εθελοντών
- στην διεπιστημονική ομάδα, οι εθελοντές δεν μπορούν να υποκαταστήσουν κανένα μέλος της, αλλά λειτουργούν συμπληρωματικά

7.9 Ειδική Άδεια ΠΦ

Νομικό πλαίσιο απουσίας από την εργασία, ώστε οι φροντιστές να είναι διαθέσιμοι για την παροχή ΠΦ υπάρχει μόνο στην Αυστρία και τη Γαλλία. Παρόμοιες ρυθμίσεις στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες θα διευκόλυναν τα μέλη μιας οικογένειας να φροντίσουν τους ασθενείς συγγενείς τους στο σπίτι. Έτσι είναι δυνατή και η παραμονή των ασθενών στο σπίτι έως το τέλος. Η οικονομική αποζημίωση των φροντιστών, θα ανακούφιζε ακόμα περισσότερο τους ίδιους, και τις οικογένειές τους.

8.0 Υπηρεσίες ΠΦ

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται οι κατευθυντήριες οδηγίες που αφορούν στις ελάχιστες προδιαγραφές που

απαιτούνται ώστε να αντιμετωπίζονται οι ανάγκες μιας κοινότητας σε επίπεδο ΠΦ. Οι διάφορες υπηρεσίες θα πρέπει να ιδρύονται εφ' όσον καθοριστούν τα παρακάτω:

- ορισμός και σκοπός της υπηρεσίας
- αναγκαιότητα της παρουσίας της στην κοινότητα
- ανάγκες σε υλικοτεχνική υποδομή και ανθρώπινο δυναμικό

8.1 Μονάδα ΠΦ

8.1.1 Ορισμός και σκοπός

Οι Μονάδες ΠΦ παρέχουν εξειδικευμένη νοσηλεία. Μία Μονάδα ΠΦ είναι ένα εξειδικευμένο Τμήμα στη θεραπεία και φροντίδα του ασθενούς. Συνήθως είναι ένα Τμήμα του Νοσοκομείου ή συνδέεται με το Νοσοκομείο, αλλά μπορεί να είναι και αυτόνομη. Σε μερικές χώρες οι Μονάδες ΠΦ είναι Τμήματα του Νοσοκομείου, που αντιμετωπίζουν ασθενείς με επείγοντα προβλήματα ή σύμπλοκα συμπτώματα. Σε άλλες πάλι χώρες είναι αυτόνομα ιδρύματα, που παρέχουν φροντίδα στο τέλος της ζωής σε ασθενείς που δεν είναι δυνατό να αντιμετωπισθούν κατ' οίκον. Ο στόχος των Μονάδων ΠΦ είναι να μειώσουν την οφειλόμενη στη νόσο ή τη θεραπεία ταλαιπωρία του ασθενούς και εάν είναι δυνατόν να σταθεροποιήσουν την λειτουργική του κατάσταση και να προσφέρουν στον ασθενή και τους φροντιστές του ψυχοκοινωνική υποστήριξη, ώστε να μπορεί να επιστρέψει στο σπίτι ή να μεταφερθεί σε άλλη δομή.

Τα Τμήματα Νοσηλείας ΠΦ προσφέρουν νοσηλεία ειδικού τύπου. Η ειδικευση αφορά τόσο στην παροχή ΠΦ όσο και θεραπείας. Συνήθως πρόκειται για ένα νοσηλευτικό θάλαμο σε κάποιο νοσοκομείο, αλλά μπορεί και να πρόκειται για αυτόνομη ομάδα. Ο στόχος είναι η ανακούφιση από τα συμπτώματα της κύριας νόσου, αλλά και από τις ανεπιθύμητες ενέργειες των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Παρέχεται ψυχοκοινωνική στήριξη του ασθενούς και της οικογένειάς του, με στόχο την σύντομη επιστροφή του ασθενούς στο σπίτι ή σε κάποια ενδιάμεση δομή.

Στις Μονάδες ΠΦ εισάγονται ασθενείς των οποίων η γενική

κατάσταση (οργανική, ψυχολογική, κοινωνική και πνευματική) επιβάλλει την πολύπλευρη εξειδικευμένη αντιμετώπιση. Οι ασθενείς μπορεί να νοσηλεύονται για μερικές ημέρες ή και εβδομάδες.

Οι Μονάδες ΠΦ μπορεί να διαθέτουν τμήμα ημερήσιας νοσηλείας, κατ'οίκον νοσηλεία, συμβουλευτική υπηρεσία των φροντιστών, υπηρεσία υποστήριξης κατά την περίοδο του πένθους, καθώς και γενικότερες υπηρεσίες συμβουλευτικής και εκπαίδευσης¹⁶. Οι βασικές υπηρεσίες θα πρέπει να είναι διαθέσιμες σε 24ωρη βάση, επτά ημέρες την εβδομάδα¹⁵. Επιθυμητή είναι η εγκατάσταση τηλεφωνικής συμβουλευτικής γραμμής σε 24ωρη βάση, τόσο για τους φροντιστές, όσο και για τους ασθενείς.

Οι Μονάδες ΠΦ θα πρέπει να συνεργάζονται σε επίπεδο επείγοντος ή εσωτερικής νοσηλείας με διάφορες υπηρεσίες, όπως ιατρικά κέντρα, Νοσοκομεία, γενικούς γιατρούς, υπηρεσίες επείγουσας νοσηλευτικής, υπηρεσίες ξενώνα, καθώς και με όποια άλλη κατάλληλη υπηρεσία⁶.

8.1.2 Αναγκαιότητα

Υπολογίζεται πως χρειάζονται περίπου 50 κλίνες ΠΦ ανά εκατ πληθυσμού. Εάν κάθε τμήμα ΠΦ διαθέτει 8-12 κρεβάτια, τότε θα πρέπει να έχουμε περίπου 5 Μονάδες ΠΦ ανά εκατ πληθυσμού. Μέχρι πρόσφατα οι ανάγκες για κλίνες ΠΦ για καρκινοπαθείς ασθενείς είχε εκτιμηθεί σε 50 κλίνες ανά εκατ πληθυσμού. Το ποσοστό όμως αυτό δεν συμπεριλαμβάνει τις ανάγκες των μη καρκινοπαθών ασθενών, ούτε λαμβάνει υπ' όψη την επίπτωση χρονίων νοσημάτων που προκύπτει από την γήρανση του πληθυσμού². Οι πραγματικές ανάγκες ίσως είναι διπλάσιες. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά μιας περιοχής και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, καθώς και η διαθεσιμότητα άλλων εξειδικευμένων υπηρεσιών ΠΦ, όπως η κατ' οίκον νοσηλεία, καθορίζουν τον αριθμό κλινών ΠΦ.

Στον Άτλαντα της ΠΦ στην Ευρώπη, που συντάχθηκε από την EAPC, φαίνεται πως ο διαθέσιμος αριθμός κλινών ανά εκατ πληθυσμού, ποικίλλει από 10-20 (Πορτογαλία, Τουρ-

κία) έως 50-75 (Σουηδία, Μεγ. Βρετανία, Ισλανδία, Λουξεμβούργο). Στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης η κατάσταση είναι ακόμα χειρότερη¹⁷.

8.1.3 Απαιτούμενα

Η Μονάδα ΠΦ πρέπει να στελεχώνεται από μία πολυδύναμη ομάδα. Το προσωπικό της Μονάδας ΠΦ πρέπει να τύχει ειδικής εκπαίδευσης. Η κεντρική ομάδα αποτελείται από γιατρούς και νοσηλευτές. Η διευρυσμένη ομάδα στελεχώνεται και από άλλους λειτουργούς υγείας, όπως ψυχολόγους, ψυχοθεραπευτές, φυσιοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς ή και κληρικούς. Η κεντρική ομάδα εκτός των εξειδικευμένων λειτουργών, συμπληρώνεται και από εθελοντές⁶.

Όλα τα μέλη της κεντρικής ομάδας πρέπει να λάβουν εξειδίκευση στην ΠΦ, πιστοποιημένη από εξουσιοδοτημένο εθνικό οργανισμό. Πιο συγκεκριμένα το ιατρικό προσωπικό πρέπει να διαθέτει γνώσεις και ικανότητες σχετικές με την ΠΦ, οι νοσηλευτές θα πρέπει να πρέπει να τύχουν μεταπτυχιακής εκπαίδευσης στην ΠΦ, οι δε εθελοντές θα πρέπει να έχουν παρακολουθήσει εκπαιδευτικό πρόγραμμα για εθελοντική εργασία σε ξενώνα¹⁰.

Η Μονάδα ΠΦ χρειάζεται μία ομάδα γιατρών και νοσηλευτών αφιερωμένη στην ΠΦ. Η αναλογία νοσηλευτών ανά ασθενή είναι 1.2 νοσηλευτές ανά κλίνη, των δε γιατρών ανά ασθενή είναι 0.15 γιατροί ανά κλίνη. Στις παιδιατρικές μονάδες θα πρέπει να υπάρχει τουλάχιστον ένας νοσηλευτής ανά κλίνη και ανά βάρδια, εκπαιδευμένος στην παιδιατρική ΠΦ.

Διάφορες οδηγίες δίδονται σχετικά με το ποσοστό εξειδικευμένων νοσηλευτών και γιατρών που πρέπει να υπάρχει στη Μονάδα ΠΦ. Οι οδηγίες καταλήγουν στο ότι θα πρέπει να υπάρχει τουλάχιστον μία εξειδικευμένη αδελφή ανά κλίνη³ και ένας τουλάχιστον εξειδικευμένος γιατρός ανά 5-6 κλίνες.

Η Μονάδα ΠΦ πρέπει να πλαισιώνεται από μία ομάδα

επιστημόνων που έχουν γνώση ΠΦ (ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, φυσιοθεραπευτές κ.ά.). Οι επαγγελματίες αυτοί είτε θα είναι ενσωματωμένοι στην ομάδα είτε θα συνεργάζονται στενά με αυτήν. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι οι επαγγελματίες αυτοί να είναι ανά πάσα στιγμή διαθέσιμοι.

Σύμφωνα με διεθνείς οδηγίες, το διευρυσμένο προσωπικό της Μονάδας ΠΦ στελεχώνουν λογοθεραπευτές, ψυχολόγοι, κληρικοί, ειδικοί φυσικής αποκατάστασης, διατροφολόγοι, φυσιοθεραπευτές, φαρμακοποιοί, τραυματιολόγοι, ειδικοί για το λεμφοίδημα, κοινωνικοί λειτουργοί, εθελοντές, κ. ά.

Η Μονάδα ΠΦ πρέπει να εξασφαλίζει στον ασθενή ήρεμη οικογενειακή ατμόσφαιρα. Πρέπει να καταλαμβάνει έναν ιδιαίτερο χώρο 8-15 κλινών, κατανεμημένων σε μονόκλινα ή δίκλινα δωμάτια με λουτρό και να διαθέτει χώρο ολονύκτιας φιλοξενίας συγγενών, κουζίνα και χώρους για κοινωνικές δραστηριότητες. Όλοι οι χώροι πρέπει να εξασφαλίζουν την πρόσβαση από άτομα με ειδικές ανάγκες. Θα πρέπει επίσης να υπάρχει ειδικός χώρος συναντήσεων για συμβουλευτική καθοδήγηση, καθώς και χώροι προσευχής και χαλάρωσης. Όλοι οι χώροι πρέπει να εξασφαλίζουν ηρεμία, οικογενειακή ατμόσφαιρα και ασφάλεια.

8.2 Ξενώνες Νοσηλείας

8.2.1 Ορισμός και σκοπός

Στον Ξενώνα εισάγονται ασθενείς στην τελική φάση της ζωής τους, όταν η θεραπεία στο Νοσοκομείο δεν είναι πλέον απαραίτητη ενώ η κατ' οίκον νοσηλεία ή η νοσηλεία σε οίκο δεν είναι δυνατή. Ο κεντρικός στόχος του Ξενώνα Νοσηλείας είναι η ανακούφιση από τα συμπτώματα, η εξασφάλιση της καλύτερης δυνατής ποιότητας ζωής μέχρι το θάνατο και η υποστήριξη των συγγενών ¹⁰.

Σε πολλές χώρες οι Ξενώνες Νοσηλείας επιτελούν το ίδιο έργο με τις Μονάδες ΠΦ, ενώ σε άλλες υπάρχει σαφής διαφοροποίηση. Στη Γερμανία π.χ. οι ασθενείς ει-

σάγονται στη Μονάδα ΠΦ προκειμένου να αντιμετωπισθεί μία κρίση ενώ στον Ξενώνα Νοσηλείας κατά την τελική φάση της ζωής τους. Σε άλλες πάλι χώρες ο Ξενώνας Νοσηλείας υποδέχεται ασθενείς μόνο κατά το τελικό στάδιο της ζωής και αποτελεί ανεξάρτητη υπηρεσία.

8.2.2 Απαιτούμενα

Ο Ξενώνας Νοσηλείας χρειάζεται μία πολυδύναμη ομάδα που να ασχολείται με τον ασθενή και τους συγγενείς του ολιστικά. Η αναλογία των νοσηλευτών είναι 1-1,2 ανά κλίνη. Πρέπει να υπάρχει ένας εξειδικευμένος γιατρός στην ΠΦ, 24 ώρες την ημέρα και διαθεσιμότητα κοινωνικού λειτουργού, ψυχολόγου και εθελοντών ¹⁰.

Η κεντρική ομάδα στελεχώνεται από νοσηλευτές και έναν γιατρό εξειδικευμένο στην ΠΦ. Η διευρυσμένη ομάδα αποτελείται από ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, πνευματικούς, φυσιοθεραπευτές, κληρικούς, διαιτολόγους, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ειδικούς φυσικής αποκατάστασης και εθελοντές ⁰.

Ο Ξενώνας Νοσηλείας πρέπει να εξασφαλίζει οικογενειακή ατμόσφαιρα, εύκολη πρόσβαση για άτομα με κινητική δυσλειτουργία, να είναι χωρισμένος σε μονόκλινα ή δίκλινα δωμάτια με λουτρό, να διαθέτει τουλάχιστον 8 κλίνες και να έχει χώρους για κοινωνικές δραστηριότητες και θεραπευτικές παρεμβάσεις. Πρέπει επίσης να διαθέτει χώρο φιλοξενίας των συγγενών ¹⁰. Ο Ξενώνας Νοσηλείας πρέπει να είναι αυτόνομη οργανωτικά μονάδα ¹⁰.

8.3 Μονάδα Υποστήριξης ΠΦ στο Νοσοκομείο

8.3.1 Ορισμός και σκοπός

Η Μονάδα Υποστήριξης ΠΦ στο Νοσοκομείο, εξασφαλίζει εξειδικευμένη υποστήριξη και συμβουλευτική στο προσωπικό, τους ασθενείς και τους συγγενείς και τους φροντιστές τους στο χώρο του Νοσοκομείου. Παρέχει εκπαίδευση φροντίδα στους ασθενείς καθώς και συμβουλευτική υποστήριξη στο προσωπικό, τους συγγενείς ή τους φροντιστές στο χώρο του Νοσοκομείου. Δυνατόν να λειτουργεί και ως κινητή νοσοκομειακή μονάδα ¹⁷.

Κεντρικοί στόχοι την Νοσοκομειακής Μονάδας Υποστήριξης ΠΦ είναι να ανακουφίζει από τα πολλαπλά συμπτώματα τους ασθενείς που νοσηλεύονται σε διάφορα Τμήματα του Νοσοκομείου μέσω της συμβουλευτικής βοήθειας του προσωπικού και υποστήριξης των ασθενών και συγγενών τους.

Η υποστήριξη και η εκπαίδευση αφορά στην αντιμετώπιση του πόνου, του ελέγχου των συμπτωμάτων, την ψυχολογική υποστήριξη και ολιστική αντιμετώπιση. Αυτό προϋποθέτει την παρακολούθηση ασθενών σε διάφορα Τμήματα του Νοσοκομείου και την συμβουλευτική άλλων ειδικών κατόπιν αιτήσεώς τους². Η ευθύνη όμως και η λήψη αποφάσεων βαρύνει τους θεράποντες του συγκεκριμένου Τμήματος.

Στόχος της Μονάδας υποστήριξης ΠΦ του Νοσοκομείου είναι να βελτιώσει την φροντίδα του ασθενούς ώστε να είναι δυνατή η μεταφορά του από τη Μονάδα Εντατικής σε άλλο Τμήμα του Νοσοκομείου και εάν είναι δυνατόν η μεταφορά του από ενδονοσοκομειακό χώρο σε εξωνοσοκομειακό. Θα πρέπει να λαμβάνονται μέτρα ασφαλούς μεταφοράς και να εξασφαλίζεται η συνεργασία μεταξύ ενδο- και έξω-νοσοκομειακών δομών ΠΦ. Η Μονάδα υποστήριξης ΠΦ του Νοσοκομείου πρέπει να αποτελεί το κέντρο ενός δικτύου ΠΦ του Νοσοκομείου, να δίνει απαντήσεις σε δύσκολα ερωτήματα ΠΦ, να παρέχει εκπαίδευση και εξάσκηση σχετικά με επιλεγμένα πεδία ΠΦ⁶.

8.3.2 Απαραίτητα

Η Μονάδα υποστηρικτικής ΠΦ στο Νοσοκομείο θα πρέπει να συνδέεται με την Μονάδα ΠΦ και θα πρέπει να υπάρχει σε κάθε Νοσοκομείο με 250 ή περισσότερες κλίνες¹⁰. Στην πλειονότητα των Ευρωπαϊκών κρατών το μοντέλο αυτό υποστήριξης και φροντίδας δεν έχει καθιερωθεί σε ικανοποιητικό βαθμό¹⁷. Χώρες με εφαρμογή του μοντέλου είναι το Βέλγιο, η Γαλλία, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ιρλανδία.

8.3.3 Απαιτούμενα (Προϋποθέσεις)

Η Ομάδα υποστήριξης ΠΦ του Νοσοκομείου πρέπει να είναι μία πολυδύναμη Ομάδα, η οποία να διαθέτει τουλάχιστον ένα γιατρό και μία νοσηλεύτρια με αναγνωρισμένη εξειδίκευση στην ΠΦ^{10, 16}. Η ομάδα πρέπει να έχει πρόσβαση και να συνεργάζεται με άλλες κατηγορίες λειτουργών υγείας. Απαραίτητη είναι η υποστήριξη από διοικητικό προσωπικό. **Απαραίτητη είναι επίσης η ύπαρξη χώρου συναντήσεων της ομάδας για συζήτηση θεμάτων σχετικών με την ίδια και σχετικών με τον ασθενή.**

8.4 Ομάδα κατ' οίκον ΠΦ

8.4.1 Ορισμός και σκοπός

Η ομάδα αυτή έχει ως σκοπό την παροχή εξειδικευμένης παρηγορητικής φροντίδας σε ασθενείς που την χρειάζονται στο σπίτι, και υποστήριξης των οικογενειών και των φροντιστών. Παρέχουν επίσης εξειδικευμένες συμβουλές σε γενικούς και οικογενειακούς γιατρούς, καθώς και σε νοσηλευτές που φροντίζουν ασθενείς στο σπίτι.

Η ομάδα κατ' οίκον ΠΦ είναι μία πολυδύναμη ομάδα η οποία κατ' αρχήν υποστηρίζει ασθενείς στο σπίτι ή σε κάποιο νοσηλευτικό οίκο. Προσφέρει ιεραρχημένη και σταδιοποιημένη υποστήριξη. Τις περισσότερες φορές έχει συμβουλευτικό και καθοδηγικό ρόλο και προσφέρει τις εξειδικευμένες γνώσεις της για τον έλεγχο του πόνου, των άλλων συμπτωμάτων, την ΠΦ και την ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Οι συμβουλές μπορεί να δίνονται απ' ευθείας στον ασθενή. Λιγότερο συχνά συμμετέχει και πρακτικά, σε συνεργασία με τον γενικό γιατρό και άλλους λειτουργούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Σε επιλεγμένες περιπτώσεις ασθενών με σύμπλοκα προβλήματα, η ομάδα πρέπει να αναλάβει εξ' ολοκλήρου τη θεραπεία και να παρέχει ολιστική ΠΦ. Η δραστηριότητα της Ομάδας Κατ' Οίκον Νοσηλείας εξαρτάται από το βαθμό ανάπτυξης της φροντίδας σε κάθε τόπο καθώς και από τον βαθμό εμπλοκής της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Η ομάδα επίσης βοηθά στην μεταφορά από το Νοσοκομείο στο σπίτι και αντίστροφα¹⁰.

8.4.2 Απαραίτητα

Θα πρέπει να διατίθεται μία ομάδα κατ' οίκον ΠΦ ανά 100,000 κατοίκους. Η ομάδα πρέπει να είναι διαθέσιμη 24 ώρες την ημέρα, επτά μέρες την εβδομάδα ¹⁰. Σύμφωνα με τον Άτλαντα ΠΦ της ΕΑΡC στην Ευρώπη, το Ην. Βασίλειο, η Πολωνία και η Σουηδία έχουν υψηλό ποσοστό υπηρεσιών κατ' οίκον, με αναλογία μία υπηρεσία / 160-180,000 κάτοικοι ¹⁷. Στην Ιταλία επίσης το ποσοστό είναι ικανοποιητικό, με μία υπηρεσία / 310-380,000 κάτοικοι. Στις λοιπές ευρωπαϊκές χώρες ο αριθμός είτε είναι χαμηλός, είτε δεν υφίσταται καθόλου, π.χ. στη Γερμανία υπάρχουν 30 κατ' οίκον υπηρεσίες για 80 εκατ πληθυσμό. Στις αγροτικές περιοχές, οι κατ' οίκον υπηρεσίες πρέπει να απευθύνονται σε μεγαλύτερο γεωγραφικό εύρος, προκειμένου να είναι οικονομικές ¹⁸. Επίσης πρέπει να αναπτυχθεί και ένα τοπικό δίκτυο στις περιοχές αυτές για την παροχή επείγουσας ΠΦ.

8.4.3 Ανάγκες

Η κεντρική ομάδα της κατ' οίκον ΠΦ αποτελείται από 4 με 5 επαγγελματίες πλήρους απασχόλησης, γιατρούς και νοσηλευτές με εξειδίκευση στην ΠΦ, έναν κοινωνικό λειτουργό και έναν διοικητικό υπάλληλο.

Η εξειδίκευση παρέχεται από εξουσιοδοτημένο οργανισμό ¹⁰. Σε ορισμένες ομάδες κατ' οίκον ΠΦ η ημερήσια φροντίδα των ασθενών και φροντιστών παρέχεται και από μη εξειδικευμένο προσωπικό υπό την καθοδήγηση εξειδικευμένων γιατρών και νοσηλευτών ⁷. Παράλληλα η ομάδα κατ' οίκον ΠΦ πρέπει να έχει τη δυνατότητα πρόσβασης και σε άλλους επαγγελματίες υγείας.

Η ομάδα κατ' οίκον ΠΦ πρέπει να συνεργάζεται στενά και με άλλους επαγγελματίες υγείας έτσι ώστε να εξασφαλίζεται ένα ευρύ δίκτυο ειδικών για φροντίδα στο σπίτι.

8.5 Νοσοκομείο στο Σπίτι

Το νοσοκομείο στο σπίτι προσφέρει εντατική θεραπεία, παρόμοια με εκείνη του νοσοκομείου. Σε ορισμένες χώρες, όπως η Γαλλία και η Φιλανδία, το σύστημα λειτουργεί αρκετά αποτελεσματικά, ώστε αρκετοί ασθενείς που

χρειάζονται νοσοκομειακή φροντίδα, να μπορούν να παραμένουν στο σπίτι. Η φροντίδα είναι νοσοκομειακού κυρίως επιπέδου, πέραν της συνήθους παρηγορητικής αγωγής και φροντίδας. Ο τρόπος της ακριβούς λειτουργίας ποικίλλει, από την απλή επέκταση της δράσης της ομάδας κατ' οίκον ΠΦ, έως την οργάνωση ειδικών ομάδων για την εφαρμογή της.

8.6 Εθελοντική Ομάδα Ξενώνα

8.6.1 Ορισμός και σκοπός

Η εθελοντική ομάδα του ξενώνα προσφέρει υποστήριξη και κοινωνικοποίηση στους ασθενείς και τις οικογένειές τους σε περιόδους κρίσης, όπως οι παροξύνσεις της νόσου, τα επώδυνα επεισόδια, η θλίψη και το πένθος. Ανήκει στο δίκτυο φροντίδας και συνεργάζεται με όλες τις δομές της ΠΦ.

Οι εθελοντικές ομάδες προσφέρουν πολύτιμη ψυχοκοινωνική και συναισθηματική υποστήριξη και φροντίζουν για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και των φροντιστών τους. Η υποστήριξη συνεχίζεται και μετά το θάνατο, στην περίοδο του πένθους. Οι εθελοντές συνεισφέρουν στην παροχή ΠΦ, αλλά προάγουν και τη διάδοσή της στο ευρύτερο κοινό. Σε πολλές χώρες, αναλαμβάνουν την ανεύρεση πόρων ή μπορεί να έχουν διοικητικές και διαδικαστικές αρμοδιότητες.

8.6.2 Ανάγκες

Μία ομάδα εθελοντών θα πρέπει να είναι διαθέσιμη ανά 40,000 κάτοικοι. Σε πρόσφατη έρευνα που έγινε στην Ευρώπη σχετικά με την ΠΦ (Delphi process), φαίνεται πως δεν υπάρχει ομοφωνία ως προς το θέμα αυτό. Κάθε χώρα οργανώνει τους εθελοντές με διαφορετικό τρόπο, ανάλογα με τον τρόπο που είναι δομημένη και παρέχεται συνολικά η ΠΦ. Έτσι σε μερικές χώρες αναφέρεται αναλογία μίας ομάδας ανά 80,000 κάτοικοι.

8.6.3 Προϋποθέσεις

Η εθελοντική ομάδα αποτελείται από 10-12 εθελοντές εκπαιδευμένους στην ΠΦ, οι οποίοι επιβλέπονται από έναν

τουλάχιστον ειδικό συντονιστή. Ο συντονιστής έχει βασική εκπαίδευση σε κάποια κοινωνική επιστήμη ή επιστήμη υγείας, και επιπλέον ειδίκευση στην ΠΦ. Οι εθελοντές επιβλέπονται, εκπαιδεύονται, αξιολογούνται και επαναπροσδιορίζονται διαρκώς. Το ακριβές αντικείμενο της εκπαίδευσης εξαρτάται από τη ειδικότερη δομή με την οποία συνεργάζονται. Όταν απασχολούνται σε διοικητικές θέσεις, χρειάζεται επιπλέον ανάλογη εκπαίδευση.

8.7 Ημερήσιοι Ξενώνες

8.7.1 Ορισμός και σκοπός

Οι Ημερήσιοι Ξενώνες είναι χώροι μέσα στα Νοσοκομεία, το τμήμα ΠΦ, τους παραδοσιακούς Ξενώνες ή οπουδήποτε αλλού μέσα στην κοινότητα. Είναι σχεδιασμένοι για την παροχή θεραπευτικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων ανάμεσα στους ασθενείς της ΠΦ. Οι ασθενείς επισκέπτονται το χώρο για μερικές ώρες κάθε μέρα ή για μία ημέρα την εβδομάδα, ανάλογα με τις επιθυμίες τους. Σκοπός είναι η δημιουργική απασχόληση των ασθενών και η κοινωνικοποίησή τους εκτός του συνηθισμένου περιβάλλοντός τους, ώστε να αποφεύγεται η απομόνωση, αλλά και να προσφέρεται ανάπαυλα στον φροντιστή. Τυπικά δεν είναι χώροι για θεραπευτικές παρεμβάσεις, μερικές φορές όμως μπορεί να γίνονται ιατρικές πράξεις όπως μεταγγίσεις αίματος ή χημειοθεραπευτικά σχήματα, πάντα στα πλαίσια της επίσκεψης ενός ασθενούς.

8.7.2 Ανάγκες

Οι Ημερήσιοι Ξενώνες αποτελούν χαρακτηριστικό του συστήματος της ΠΦ στο Ην. Βασίλειο, το οποίο διαθέτει πάνω από 200 τέτοια ενεργά κέντρα. Στις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης, παρόμοια κέντρα απαντώνται σποραδικά. Δεν υπάρχουν μελέτες που να υπολογίζουν την αναγκαία αναλογία, αλλά φαίνεται πως χρειάζεται ένα κέντρο για κάθε 150,000 κατοίκους. Σε πολλές χώρες οι Ημερήσιοι Ξενώνες δεν θεωρούνται απαραίτητο κομμάτι της ΠΦ, καθώς οι ανάγκες καλύπτονται μέσω άλλων δομών.

8.7.3 Προϋποθέσεις

Οι Ημερήσιοι Ξενώνες στελεχώνονται από επιστήμονες

διαφόρων ειδικοτήτων, σε συνεργασία με εθελοντές. Τουλάχιστον δύο νοσηλευτές είναι παρόντες κατά τις ώρες λειτουργίας, με ελάχιστη αναλογία ένας νοσηλευτής για κάθε επτά επισκέπτες. Ένας ειδικός γιατρός της ΠΦ θα πρέπει να είναι άμεσα διαθέσιμος, σε περίπτωση ανάγκης. Στενή συνεργασία υπάρχει και με φυσιοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και πνευματικούς.

Ο χώρος διαθέτει δωμάτια για τους ασθενείς, ένα χώρο για θεραπείες, χώρους για το προσωπικό, τουαλέτες, κουζίνα και χώρο αναψυχής. Παντού υπάρχει πρόσβαση για τα άτομα με περιορισμένη κινητικότητα. Η ατμόσφαιρα είναι οικογενειακή, και οι χώροι άνετοι και λειτουργικοί. Ο Ημερήσιος Ξενώνας είναι μια αυτόνομη μονάδα που μπορεί να συνεργάζεται με έναν παραδοσιακό ξενώνα ή ένα τμήμα ΠΦ.

8.8 Εξωτερικό Ιατρείο ΠΦ

Στο Εξωτερικό Ιατρείο ΠΦ προσέρχονται ασθενείς που μπορούν να μετακινηθούν. Συνεργάζονται με τμήματα ΠΦ ή Ξενώνες. Με την εξέλιξη της νόσου οι ασθενείς που δεν μπορούν πλέον να το επισκέπτονται, παραπέμπονται σε άλλες δομές με τις οποίες συνεργάζεται το Ιατρείο.

9. Συζήτηση και Μελλοντικές Προοπτικές

Μετά από μία πιλοτική φάση που διήρκησε τέσσερις δεκαετίες, η ΠΦ εξακολουθεί να αποτελεί μία νεωτεριστική προσέγγιση στην αντιμετώπιση των ανθρώπων που πάσχουν από νοσήματα που απειλούν τη ζωή τους. Μελέτες που στοχεύουν στην υιοθέτηση κοινής γλώσσας και πρακτικής ανάμεσα στις διάφορες χώρες σχεδιάζονται μόλις τα τελευταία χρόνια. Μέχρι πρόσφατα, κάθε κέντρο λειτουργούσε με βάση τις προσωπικές απόψεις και εμπειρίες του κάθε υπεύθυνου ειδικού. Έτσι, εφαρμόζονται πολλές και ποικίλες πρακτικές, ενώ η πρόσβαση στην ΠΦ για το ευρύ κοινό δεν είναι παντού ισότιμη.

Σύμφωνα με μία πρόσφατη δημοσίευση των Centenno και συν, σχετικά με την ανάπτυξη της ΠΦ στην Ευρώπη, που έγινε για λογαριασμό της EAPC (EAPC Task Force) 19, εντοπίστηκαν τα εξής προβλήματα στην αξιολόγηση των

υπηρεσιών της ΠΦ:

- διαφορετικές δομές και υπηρεσίες στις διάφορες χώρες
- απουσία ενοποιημένων προδιαγραφών και κοινώς αποδεκτών ορισμών για κάθε τύπο διαθέσιμης υπηρεσίας
- διαφορετικές ερμηνείες του όρου «εξειδικευμένη ΠΦ»

Σχολιάζοντας τη δημοσίευση αυτή, ο von Gunten παρατηρεί ότι «αυτή η διάσταση απόψεων, αποτελεί τροχοπέδη στις συζητήσεις, τις συγκρίσεις αλλά και την πρόοδο».

Πράγματι, η ομοφωνία ως προς τον ακριβή ορισμό της εξειδικευμένης ΠΦ είναι αναγκαία προϋπόθεση για την εξασφάλιση ικανοποιητικού επιπέδου φροντίδας. Η διάδοση των θέσεων που προτείνονται από την EAPC στους αρμόδιους και τους ιθύνοντες, θα συμβάλλει στην ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με την παροχή της ΠΦ αλλά και τη λειτουργία των Ξενώνων σε όλη την Ευρώπη.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) συστήνει στις κυβερνήσεις την υιοθέτηση της ΠΦ, στα πλαίσια των ήδη παρεχόμενων δομών φροντίδας υγείας, και όχι ως μία επιπλέον δομή. Παρόμοια θέση έχει και το Συμβούλιο της Ευρώπης, που συστήνει πως η ΠΦ, πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστη προσέγγιση σε όλα τα επίπεδα φροντίδας υγείας. Έτσι, τα εθνικά συστήματα υγείας οφείλουν να πάρουν τα απαραίτητα μέτρα για την εφαρμογή της ΠΦ, σε λειτουργικό επίπεδο.

Η EAPC υποστηρίζει τις θέσεις του ΠΟΥ και συστήνει τα εξής:

- πρέπει να αναγνωριστούν οι συνέπειες της γήρανσης του πληθυσμού
- πρέπει να καταγραφεί επίσημα το είδος και η ποιότητα της παρεχόμενης ΠΦ σε εθνικό επίπεδο
- πρέπει να επενδύσουμε στην αξιολόγηση και στις μεθόδους βελτίωσης των παρεχομένων υπηρεσιών, ανταμείβοντας παράλληλα τις υπηρεσίες υγείας για την επένδυση αυτή
- πρέπει να εξασφαλιστεί η υποστήριξη (οικονομική και

πρακτική) των υπηρεσιών που προσφέρουν πολυδιάστατη φροντίδα, και να υπάρχει ανταμοιβή

- η εκπαίδευση στην ΠΦ πρέπει να είναι υποχρεωτική για όλους τους επιστήμονες υγείας, ενώ παράλληλα θα πρέπει να υπάρχει μέριμνα για την δια βίου εκπαίδευση στον τομέα αυτόν
- πρέπει τέλος να αναθεωρηθούν στερεότυπα, όπως για παράδειγμα το ότι η παροχή ΠΦ δεν είναι αναγκαία για τους ηλικιωμένους

Το επίκεντρο του επίσημου αυτού δημοσιεύματος της EAPC είναι οι δομές και οι συνθήκες που επικρατούν στην Ευρώπη σχετικά με την παροχή ΠΦ. Το περιεχόμενο περιορίζεται σε θέματα που σχετίζονται άμεσα με την παροχή των υπηρεσιών στην κοινότητα, αλλά και στην υλικοτεχνική υποδομή των υπηρεσιών αυτών.

Όπως είναι αναμενόμενο, εκτός από τον τρόπο με τον οποίο δομείται η φροντίδα σε κάθε περίπτωση, υπάρχουν και άλλες παράμετροι που παίζουν σημαντικό ρόλο στην παρεχόμενη φροντίδα: οι θεραπευτικές μέθοδοι, η αξιολόγηση της ποιότητας και της έκβασης, η έρευνα, η εκπαίδευση, η χρηματοδότηση, η οργάνωση και η νομοθεσία. Η αναφορά στους τομείς αυτούς ξεπερνά τα όρια της παρούσας αναφοράς. Τα αντίστοιχα θέματα θα αναλυθούν σε μία σειρά μελλοντικών μελετών.

Μετάφραση – Επιμέλεια:

**Ευνομία Αλεξοπούλου – Βραχνού
Χρυσούλα Καρανασάση**

Βιβλιογραφία

- Centeno C, Clark D, Lynch T et al, Facts and indicators on palliative care development in 52 countries of the WHO European region: results of an EAPC task force, *Palliat Med* 2007; 21: 463-471
- Centeno C, Clark D, Lynch T et al, *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe*. Houston: IAHPC Press, 2007
- Von Cunen CF. Humpty-Dumpty Syndrome, *Palliat Med* 2007; 21:461-462
- Council of Europe, Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organization of palliative care, 2003. [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) (last accessed 08/09/2009)
- National Consensus Project for Quality Palliative Care, *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*, 2004, Pittsburgh, 2004.
- Lunder U, Sauter S, Furst CF, Evidence –based palliative care: beliefs and evidence for changing practice, *Palliat. Med* 2004; 18:265-266
- Tomlinson S. National Action Planning Workshop on End –of-Life Care. Winnipeg: Health Canada Secretariat on Palliative and End-of life- Care, 2002.
- Department of Health, *End of Life Care Strategy: Promoting high quality care for all adults at the end of life*, London: DH, 2008. www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyandGuidance/DH_086277 (last accessed 08/09/2009)
- National Consensus Project for Quality Palliative Care. *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*, 2nd edn, 2009. www.nationalconsensusproject.org/Guideline.pdf (last accessed 08/09/2009)
- Jaspers B, Schindler J. Stand den Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und im Vergleich zu ausgewählten Staaten (Belgien, Frankreich, Großbritannien, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Schweden, Schweiz, Spanien). Berlin: Enquete-Kommission des Bundestages "Ethik und Recht der modernen Medizin", 2005
- Pastrana T, Junger S, Ostgathe C, Elsner F, Radbruch L., A matter of definition – key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. *Palliat Med* 2008; 22:222-232.
- European Association for Palliative Care, *Definition of Palliative Care*, 1998. www.eapcnet.org/about/definition.html (last accessed 08/09/2009)
- Materstedt Lj, Clark D, Ellershaw J et al. Euthanasia and physician – assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. *Palliat Med* 2003; 17:97-101;discussion 102-179
- Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ulrich A. Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. *Pain Symptom Manage* 2002;24: 91-96
- World Health Organization. *Cancer pain relief and palliative care*. Report of a WHO Expert Committee. Geneva; WHO, 1990
- World Health Organization. *National Cancer Control Programmes, Policies and managerial guidelines*, 2
- Help the Hospices. *Definition of hospice care*. www.helpthehospices.org.uk/about-hospice-care/ (last accessed 12/10/2009)
- International Association for Hospice and Palliative Care. *Definition of Hospice/Palliative Care*. www.hospicecare.com/Organisation/#Definition (last accessed 08/09/2009)
- Multinational Association of Supportive Care in Cancer, *MASCC strategic plan*, 2007, www.mascc.org (last accessed 12/10/2009)
- Smyth JF, Disclong gaps between supportive and palliative care: the past 20 years, *Support Care Cancer* 2008; 16:109-111
- Radbruch I, Nauck F, Fuchs M et al. What is palliative care in Germany? Results from a representative survey. *Pain Symptom Manage* 2002; 23: 471-483
- Gambles M, Stirzaker S, Jack BA, Ellershaw JE. The Liverpool Care Pathway in hospices: an exploratory study of doctor and nurse perceptions. *Int / Palliat Nurs* 2006; 12:414-421
- Ingleton C, Payne S, Nolan M, Carey I. Respite in palliative care: a review and discussion of the literature. *Palliat Med* 2003; 17: 567-575.
- Lunder U. Identifying effective ways of implementation of palliative care into Slovene health care System. Research Paper. Budapest: Center for Policy Studies, Open Society Institute, 2005
- Monroe B, Oliviere D (eds). *Resilience in palliative care: achievement in adversity*, 1st edn. Oxford University Press, 2007.
- Effective Health Care. *Informing, communication and sharing decisions with people who have cancer*. University of York, NHS Centre for Reviews and Dissemination, 2000.
- National Institute for Health and Clinical Excellence, *Improving supportive and palliative care for adults with cancer*. The manual, 2004. www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/csgspnannual.pdf (last accessed 08/09/2009)
- Junger S, Pestinger M, Elsner F, Krumm N, Radbruch L. Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams. *Palliat. Med* 2007;21: 347-354
- Clinical Standards Board for Scotland. *Clinical Standards for Specialist Palliative Care*, Edinburgh: NHS Scotland; 2002
- Hearn J, Higginson IJ. Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review. *Palliative Medicine* 1998; 12: 317-332
- Higginson IJ, Finlay IG, Goodwin DM et al. Is there evidence that palliative care teams alter end –of-life experiences of patients and their caregivers? *Pain Symptom Manage* 2003; 25: 150-168
- Ferris FD, Balfour HM, Bowen K et al. A model to guide patient and family care: based on nationally accepted principles and norms of practice. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24:106-123
- World Health Organization Regional Office for Europe. *Mortality indicators by 67 causes of death, age and sex (HFA – MDB)*, 2007. www.euro.who.int/InformationSources/Data/20011017_1 (last accessed 08/09/2009)
- Higginson IJ, Costantini M. Dying with cancer, living well with advanced cancer, *Eur J Cancer* 2008; 44: 1414-1424.
- McNamara B, Rosenwax LK, Holman CD. A method for defining and estimating the palliative care population. *J Pain Symptom Manage* 2006: 32:5-12.
- Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein –Westfalen. *Rahmenprogramm zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen und palliative-pflegerischen Versorgung in Nordrhein-Westfalen, Kooperatives integriertes Versorgungskonzept*, 2005, www.mags.nrw.de/08_PDF/002/konzept-palliativ.pdf (last accessed 08/09/2009)
- Higginson I, *Palliative and terminal Care*. Health care needs assessment, 2nd series. Oxford: Radcliffe Medical Press. 1997.
- Lynn J, Adamson DM, *Living well at the end of life: adapting health care to serious chronic illness in old age*. Arlington, VA: Rand Health Cooperation, 2003.
- Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A, *Illness trajectories and palliative care*. *BMJ* 2005; 330; 1007-1011.
- Ireland National Advisory Committee. *Report of the National Advisory Committee on Palliative Care*. Department of Health and Children, 2001.
- Davies E, Higginson IJ (eds), *Better Palliative Care for Older People*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2004.
- Gomes B, Higginson IJ, *Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review*, *BMJ* 2006; 332: 515-521
- World Health Organization. *WHO Definition of Palliative Care*. www.who.int/cancer/palliative/definition/en/ (last accessed 08/09/2009)
- Craig F, Abu-Saad Huijjer H, Benini F et al; *Steering Committee of the EAPC: Task Force on Palliative Care for Children and Adolescents*. *IMPACT: standards for paediatric palliative care in Europe*. *European Journal of Palliative Care* 2007: 14: 109-114
- Association for Children's Palliative Care (ACT), *Royal College of Paediatrics and Child Health. A guide to the development of children's palliative care services*. Bristol, London: ACT, 1997.

Στις 23-26 Σεπτεμβρίου 2010 πραγματοποιήθηκε στη Σάμο το 11ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιοχικής Αναισθησίας, Θεραπείας Πόνου και Παρηγορητικής Αγωγής, με διεθνή συμμετοχή.

Στο συνέδριο συμμετείχαν 7 προσκεκλημένοι ξένοι ομιλητές, μεταξύ των οποίων ο Πρόεδρος της ESRA καθηγητής M. Van de Velde ο Πρόεδρος της EFIC καθηγητής G.Varrassi και ο Πρόεδρος της WIP καθηγητής S.Erdine. Οι συμμετέχοντες είχαν την ευκαιρία να παρακολουθήσουν 8 στρογγυλά τραπέζια με ενδιαφέρουσες θεματικές ενότητες, 10 διαλέξεις, ελεύθερα θέματα, 2 δορυφορικά συμπόσια και 6 κλινικά φροντιστήρια. Αξίζει να αναφερθεί ότι για πρώτη φορά έγινε κλινικό φροντιστήριο παρεμβατικών τεχνικών πόνου (νευροδιέγερση-πλήρως εμφυτευμένα συστήματα αναλγησίας) με τη χρήση c – arm, ενώ καθημερινά υπήρχε βήμα ελεύθερων ανακοινώσεων.

Το βραβείο της καλύτερης ελεύθερης ανακοίνωσης που συνοδεύταν από χρηματικό έπαθλο 500 Ευρώ, δόθηκε στην εργασία με τίτλο “Αισθητικός αποκλεισμός στην απονεύρωση του εγκαρσίου κοιλιακού μυός υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση: αναλγητική δράση σε επεμβάσεις ανοιχτής σκωληκοειδεκτομής» και ερευνητές Πριφτάκη Π., Ντούμα Α, Παρασκευόπουλος Τ, Ασημακοπούλου Ε, Κωνσταντίνου Μ, Κουτσούλη Ε, Χαντζή Χ. από το ΓΚΝ Αθηνών. Ο έπαινος δόθηκε στον Γ.Παπαδόπουλο, καθηγητή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και τους συνεργάτες του, για την προσφορά τους στην ιστορία της Περιοχικής Αναλγησίας στην Ελλάδα.

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Το 11ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιοχικής Αναισθησίας, Θεραπείας Πόνου και Παρηγορητικής Αγωγής είχε μεγάλη επιτυχία. Η επιτυχία του αποδεικνύεται από το μεγάλο αριθμό συμμετεχόντων (430 συμμετέχοντες, συνοδά μέλη και εκθέτες), από την ενεργό παρουσία σας σε όλες τις επιστημονικές εκδηλώσεις και ιδιαίτερα στα Κλινικά Φροντιστήρια και επιβεβαιώνεται από την άριστη αξιολόγησή σας που αποτελεί και την αντικειμενικότερη επιβράβευση του έργου μας. Πιστεύουμε ότι οι στόχοι, τους οποίους από την αρχή θέσαμε, δηλαδή η καλύτερη εκπαίδευση στην Περιοχική Αναισθησία, την Ανακούφιση του Πόνου και την Παρηγορητική Φροντίδα, εκπληρώθηκαν.

Εκτός αυτού, μέσα από το κοινωνικό πρόγραμμα του συνεδρίου που είχε κυρίως έναν λαογραφικό χαρακτήρα, όπως ταίριαζε άλλωστε στο πανέμορφο και ακριτικό νησί της Σάμου, αναπτύχθηκαν και ενισχύθηκαν οι συναδελφικοί δεσμοί.

Η επιτυχία του συνεδρίου δίνει το κουράγιο στις διοργανώτριες εταιρείες να συνεχίσουν την προσπάθεια για καλύτερη εκπαίδευση τη χρονιά που μας έρχεται.

Οι Πρόεδροι του 11ου Πανελληνίου Συνεδρίου Περιοχικής Αναισθησίας, Θεραπείας Πόνου και Παρηγορητικής Αγωγής

**Ιωάννα Σιαφάκα
Ευνομία Αλεξοπούλου Βραχνού**



Ο πρόεδρος της WIP καθηγητής S.Erdine



Ο κ. Καράβης σε κλινικό φροντιστήριο



Στιγμιότυπο από το συνέδριο



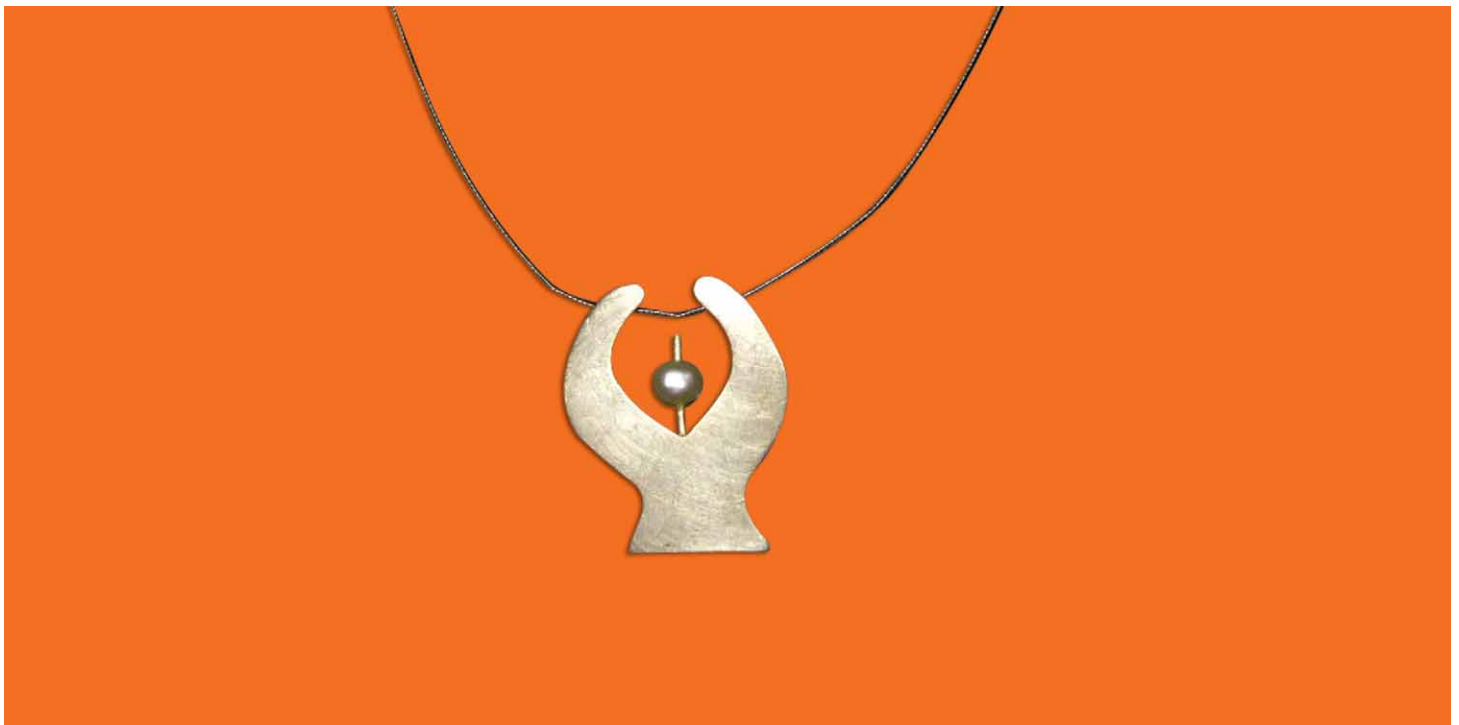
Το περίπτερο της ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.

ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ 2011

ΣΥΝΕΔΡΙΑ 2011

- Κοπή Πρωτοχρονιάτικης πίτας, σε συνδυασμό με την παρακολούθηση θεατρικής παράστασης, 9 Φεβρουαρίου 2011, Αθήνα
- 12ο Συνέδριο της ΕΑΡC, 19 - 21 Μαΐου 2011, Λισαβόνα
- 19ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αναισθησιολογίας, 12-15 Μαΐου 2011, Αλεξανδρούπολη
- 7ο Συνέδριο της EFIC, 21 – 24 Σεπτεμβρίου 2011, Αμβούργο

Κόσμημα - Σύμβολο της ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.



«Φόρεσέ το – Ενίσχυσε την ιδέα της παρηγορητικής φροντίδας»