

## 1

### Η άσκηση της ιατρικής

Οι εκδότες

#### Ο ΣΥΓΧΡΟΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ

*Δεν υπάρχει μεγαλύτερη τύχη, ευθύνη ή υποχρέωση για τον άνθρωπο από το να γίνει ιατρός. Για την περίθαλψη όσων υποφέρουν, [ο ιατρός] χρειάζεται τεχνικές ικανότητες, επιστημονική γνώση και ανθρώπινη κατανόηση... Από τον ιατρό περιμένουν όλοι λεπτότητα, συμπάθεια και κατανόηση, μια και ο ασθενής δεν είναι ένα απλό άθροισμα συμπτωμάτων, σημείων, διαταραγμένων λειτουργιών, προσβεβλημένων οργάνων και διαταραγμένων συναισθημάτων. [Ο ασθενής] είναι άνθρωπος, τρομαγμένος, και αισιόδοξος, ο οποίος αναζητά ανακούφιση, βοήθεια και καθησύχηση.*

—Harrison, *Εσωτερική Παθολογία*, 1950

Η άσκηση της ιατρικής άλλαξε σημαντικά αφότου κυκλοφόρησε η πρώτη έκδοση αυτού του βιβλίου, το 1950. Η εμφάνιση της μοριακής γενετικής, της μοριακής και συστημικής βιολογίας με τις τεράστιες επιπτώσεις στις επιστήμες, οι εξελιγμένες νέες απεικονιστικές τεχνικές και η πρόοδος της βιοπληροφορικής και της τεχνολογίας των πληροφοριών συνεισέφεραν στην έκρηξη της επιστημονικής γνώσης η οποία άλλαξε ριζικά τον τρόπο με τον οποίο ορίζουμε, διαγιγνώσκουμε, θεραπεύουμε και προλαμβάνουμε τις νόσους. Αυτή η έκρηξη της επιστημονικής γνώσης δεν είναι στατική και συνεχίζει να ενισχύεται με την πάροδο του χρόνου.

Η ευρεία διάδοση των ηλεκτρονικών ιατρικών αρχείων και του διαδικτύου άλλαξε τον τρόπο άσκησης της ιατρικής, πρόσβασης και ανταλλαγής πληροφοριών (**Εικόνα 1-1**). Καθώς ο σημερινός ιατρός παιδεύεται να συνδυάσει τον μεγάλο όγκο των επιστημονικών γνώσεων με την καθημερινή πράξη, δεν πρέπει να ξεχνά ότι ο απώτατος στόχος της ιατρικής είναι η θεραπεία των ασθενών. Παρότι έχουν περάσει πάνω από 60 χρόνια επιστημονικής προόδου από την πρώτη έκδοση αυτού του βιβλίου, πρέπει να υπογραμμιστεί ότι η καλλιέργεια της στενής σχέσης ανάμεσα στον ιατρό και στον ασθενή εξακολουθεί να αποτελεί τη βάση της επιτυχημένης περίθαλψης.

#### Η ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΚΑΙ Η ΤΕΧΝΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Η βασισμένη στην επιστήμη τεχνολογία και ο επαγωγικός συλλογισμός αποτελούν τη βάση για την επίλυση πολλών κλινικών προβλημάτων. Οι θεαματικές προόδους στη γενετική, στη βιολογία του κυττάρου και στη γονιδιωματική, σε συνδυασμό με τη διαρκή εμφάνιση πιο βελτιωμένων τεχνικών απεικόνισης, επιτρέπουν την πρόσβαση στα ανεξερεύνητα ως τώρα τμήματα του κυττάρου και στις πιο δυσπρόσιτες περιοχές του σώματος. Οι ανακαλύψεις για τη φύση των γονιδίων και των κυττάρων έχουν ανοίξει τον δρόμο για τη συγκρότηση νέας μοριακής βάσης γύρω από τη φυσιολογία των συστημάτων. Ολοένα και περισσότερο κατανοούμε πώς οι μικρές αλλαγές σε πολλά διαφορετικά γονίδια επηρεάζουν τη λειτουργία των κυττάρων και των οργανισμών. Αρχίζουμε να αποκρυπτογραφούμε τους περίπλοκους μηχανισμούς, με τους οποίους ελέγχονται τα γονίδια, και να εκτιμούμε περισσότερο τον ρόλο των βλαστικών κυττάρων στη φυσιολογική λειτουργία των ιστών και στην ανάπτυξη καρκίνων, εκφυλιστικών νόσων και άλλων διαταραχών. Οι γνώσεις που αποκομίσαμε από την **επιστήμη της ιατρικής** έχουν βελτιώσει και αναμφίβολα θα βελτιώσουν περισσότερο την κατανόηση της παθοφυσιολογίας των νοσημάτων και θα επιτρέψουν νέες προσεγγίσεις στη θεραπεία και πρόληψη των νόσων. Η προσκόλληση, όμως, στις τελευταίες εξελίξεις νέων τεχνολογικών μεθόδων και στην εφαρμογή θεραπευτικών επιλογών δεν αρκούν για να θεωρηθεί κάποιος καλός ιατρός.

Όταν η κατάσταση του ασθενούς θέτει δυσεπίλυτα κλινικά προβλήματα, ο ικανός ιατρός πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζει τα

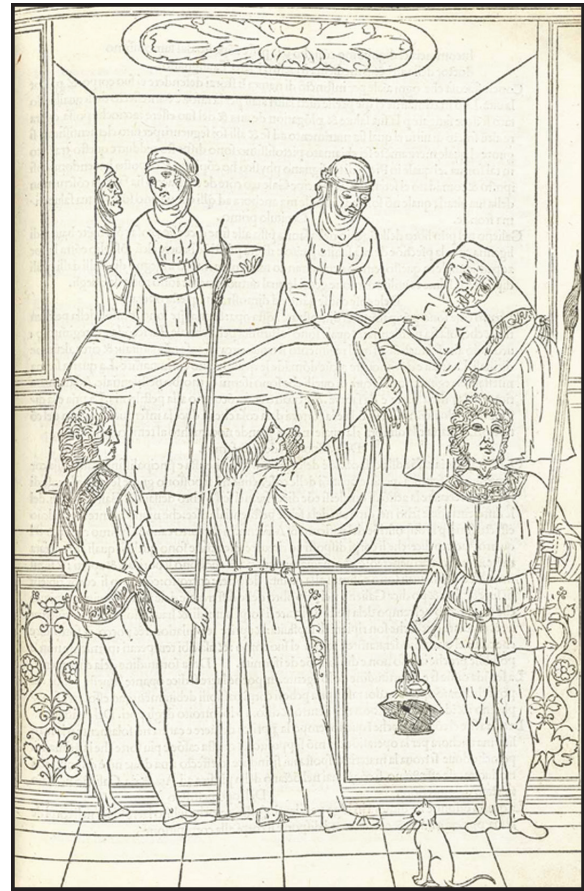
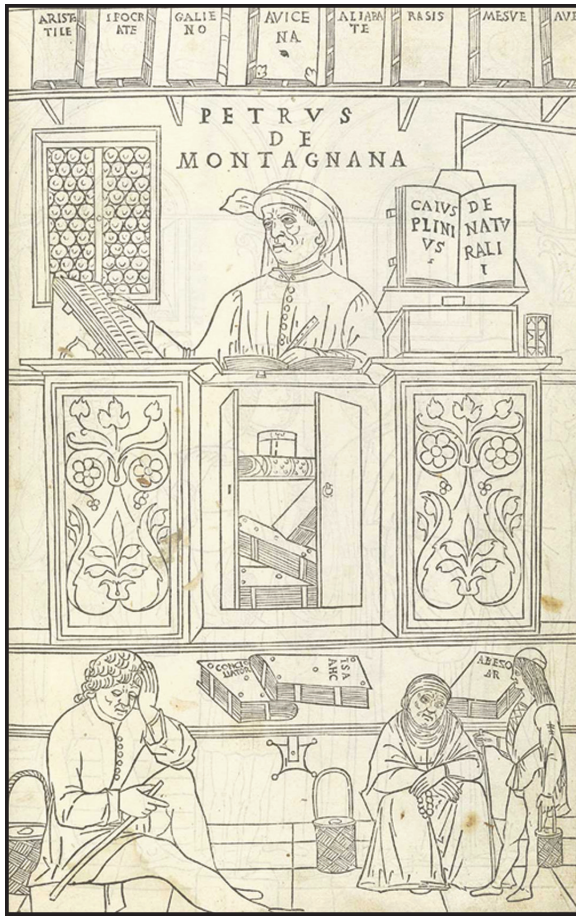
κρίσιμα στοιχεία μέσα σε περίπλοκα ιστορικά ασθενών και σε κλινικές εξετάσεις· να παραγγέλλει τις κατάλληλες εργαστηριακές, απεικονιστικές και διαγνωστικές εξετάσεις· και να εντοπίζει τα σημαντικά αποτελέσματα μέσα στο πλήθος των αριθμών που εκτυπώνουν τα σύγχρονα μηχανήματα προκειμένου να αποφασίσει εάν θα θεραπεύσει ή θα «παρακολουθήσει». Όσο αυξάνεται ο αριθμός των δοκιμασιών, τόσο πιθανότερο είναι να αποκαλυφθεί τυχαία ένα εύρημα, το οποίο δεν σχετίζεται καθόλου με το κλινικό πρόβλημα που διερευνάται. Η απόφαση σχετικά με το εάν μια κλινική ένδειξη αξίζει να διερευνηθεί ή να απορριφθεί και η εκτίμηση εάν μια προτεινόμενη εξέταση, ένα προληπτικό μέτρο ή μια θεραπεία σε συγκεκριμένο ασθενή συνεπάγεται μεγαλύτερο κίνδυνο από την ίδια τη νόσο απαιτεί ικανότητα σωστής λήψης αποφάσεων τις οποίες ο χαρισματικός κλινικός καλείται να λάβει πολλές φορές την ημέρα. Αυτός ο συνδυασμός ιατρικών γνώσεων, διαίσθησης, πείρας και σωστής ιατρικής κρίσης χαρακτηρίζει την **τέχνη της ιατρικής**, η οποία είναι αναγκαία για την άσκηση της όπως και η ορθή επιστημονική βάση.

#### ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ

**Λήψη ιστορικού** Το γραπτό ιστορικό μιας νόσου πρέπει να περιλαμβάνει όλα τα ιατρικώς σημαντικά γεγονότα στη ζωή του ασθενούς. Στα πρόσφατα γεγονότα πρέπει να δίδεται η μεγαλύτερη προσοχή. Θα πρέπει να δοθεί στον ασθενή η ευκαιρία να περιγράψει την πορεία της νόσου του χωρίς συχνές διακοπές και, όπου χρειάζεται, να ενθαρρύνεται με έκφραση ενδιαφέροντος και συμπάθειας από τον ιατρό. Οποιοδήποτε από τα γεγονότα που διηγείται ο ασθενής, όσο ασήμαντο ή μη σχετικό και αν φαίνεται, μπορεί να είναι το κλειδί για τη λύση του ιατρικού προβλήματος. Γενικά, μόνο οι ασθενείς που αισθάνονται άνετα θα δώσουν στον ιατρό ολοκληρωμένες πληροφορίες και, γι' αυτό, βοηθώντας τον ασθενή να αισθανθεί άνετα, συνεισφέρει στη λήψη ενός καλού ιστορικού.

Το αναλυτικό ιστορικό είναι κάτι παραπάνω από μεθοδική καταγραφή συμπτωμάτων· ακούγοντας τον ασθενή και προσέχοντας τον τρόπο με τον οποίο περιγράφει τα συμπτώματά του, ο ιατρός μπορεί να εντυφώσει καλύτερα στο πρόβλημα. Η χροιά της φωνής, η έκφραση του προσώπου, οι χειρονομίες και η συμπεριφορά (δηλ. η «γλώσσα του σώματος») μπορεί να αποκαλύψουν σημαντικά στοιχεία για την ερμηνεία των συμπτωμάτων. Το ιατρικό ιστορικό πρέπει να επαληθεύεται όποτε είναι δυνατόν, διότι οι ασθενείς διαφέρουν μεταξύ τους ως προς τη σχετιζόμενη με ιατρικά θέματα παιδεία και μνήμη τους. Σημαντικά στοιχεία για τους τύπους της νόσου μπορεί να προέλθουν και από το κοινωνικό ιστορικό. Το οικογενειακό ιστορικό δεν αποκαλύπτει μόνο μενδέλειες διαταραχές μέσα στην οικογένεια, αλλά συχνά και παράγοντες κινδύνου για κοινές διαταραχές, όπως η στεφανιαία νόσος, η υπέρταση και το άσθμα. Για το πλήρες οικογενειακό ιστορικό μπορεί να χρειαστούν πληροφορίες από πολλούς συγγενείς, για να διασφαλιστεί η πληρότητα και η ακρίβεια· πάντως, μετά την καταγραφή του μπορεί να συμπληρωθεί οποτεδήποτε. Ακούγοντας το ιστορικό, ο ιατρός δεν μαθαίνει μόνο για τη νόσο αλλά και για τον ασθενή. Με την ευκαιρία αυτή μπορεί να παρατηρήσει τη συμπεριφορά του ασθενούς και να ανακαλύψει στοιχεία στα οποία θα επικεντρωθεί κατά την κλινική εξέταση.

Με τη λήψη του ιστορικού παρέχεται στον ιατρό η δυνατότητα να αναπτύξει ή να ενισχύσει τον ιδιαίτερο δεσμό που αποτελεί τη βάση για την ιδανική σχέση ασθενούς-ιατρού. Είναι χρήσιμο να σχηματιστεί μια ιδέα για το πώς ο ασθενής αντιμετωπίζει τη νόσο του, τι προσδοκίες έχει από τον ιατρό και από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και ποιες είναι οι οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις της νόσου. Μολονότι τα σύγχρονα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να θέτουν χρονικό περιορισμό στις επισκέψεις των ασθενών, είναι σημαντικό να μη γίνεται βιαστικά η λήψη του ιστορικού, επειδή μπορεί να δοθεί στον ασθενή η εντύπωση ότι όσα λέει δεν έχουν σημασία για τον ιατρό και έτσι μπορεί να κρύψει ουσιαστικές πληροφορίες. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να διαφυλαχθεί η σχέση εχεμύθειας μεταξύ ασθενούς-ιατρού.



**ΕΙΚΟΝΑ 1-1** Ξυλόγλυπτα από το *Fasciculus Medicinae* του Johannes de Ketham, το πρώτο έντυπο εικονογραφημένο ιατρικό κείμενο. Απεικονίζονται οι μέθοδοι πρόσβασης και ανταλλαγής πληροφοριών στην ιατρική πράξη κατά τα πρώτα χρόνια της Αναγέννησης. Το *Fasciculus Medicinae* εκδόθηκε αρχικά το 1491 για φοιτητές ιατρικής και επαγγελματίες, και επανεκδόθηκε έξι φορές σε διάστημα 25 ετών. *Αριστερά:* Ο Petrus de Montagnana, γνωστός ιατρός και καθηγητής στο Πανεπιστήμιο της Πάντοβα, και συγγραφέας μιας ανθολογίας εκπαιδευτικών μελετών περιστατικών, συμβουλευέται ιατρικά συγγράμματα από την αρχαιότητα έως τα πρώτα χρόνια της Αναγέννησης. *Δεξιά:* Ασθενής με πανώλη τον οποίο φροντίζει ο ιατρός και οι εκπαιδευόμενοι του. (Παραχώρηση από U.S. National Library of Medicine.)

**Κλινική εξέταση** Ο σκοπός της κλινικής εξέτασης είναι να προσδιορίσει τα φυσικά σημεία της νόσου, τα οποία αποτελούν αντικειμενικές ενδείξεις της νόσου και η σημασία τους ενισχύεται όταν επιβεβαιώνουν μια λειτουργική ή οργανική αλλαγή που υποδηλώνεται ήδη από το ιστορικό του ασθενούς. Μερικές φορές, τα κλινικά σημεία μπορεί να είναι η μοναδική ένδειξη της νόσου.

Η κλινική εξέταση πρέπει να διενεργείται μεθοδικά και διεξοδικά, χωρίς να ενοχλεί ή να προσβάλλει τον ασθενή. Μολονότι το ιστορικό συχνά κατευθύνει την εξέταση προς το πάσχον όργανο ή τμήμα του σώματος, η εξέταση ενός νέου ασθενούς πρέπει να περιλαμβάνει όλο το σώμα, από την κεφαλή μέχρι τα δάκτυλα των ποδιών, σε μια αναζήτηση παθολογικών σημείων. Εάν η κλινική εξέταση δεν είναι συστηματική και δεν εκτελείται κατά τον ίδιο τρόπο σε κάθε ασθενή, υπάρχει ο κίνδυνος παράλειψης σημαντικών περιοχών. Τα αποτελέσματα της εξέτασης όπως και οι λεπτομέρειες των ιστορικών πρέπει να καταγράφονται αμέσως και όχι μετά από ώρες, ώστε να μην ξεχαστεί κάτι. Η ικανότητα στην κλινική διάγνωση αποκτάται με την πείρα, αλλά δεν είναι μόνο η τεχνική που καθορίζει την επιτυχία στην ανεύρεση σημείων της νόσου. Η ανακάλυψη ορισμένων διάσπαρτων πετχειών, ενός αδύναμου διαστολικού φυσημάτος ή μιας μικρής μάζας στην κοιλιά δεν είναι απλώς αποτέλεσμα καλής ακοής και όρασης ή πιο ευαίσθητων δακτύλων, αλλά και ενός μυαλού σε εγρήγορση για αντιστοιχία ευρήματα. Επειδή τα φυσικά ευρήματα μεταβάλλονται με τον χρόνο, η κλινική εξέταση πρέπει να επαναλαμβάνεται όσο συχνά του υπαγορεύει η κλινική κατάσταση.

Επειδή είναι διαθέσιμος ένας μεγάλος αριθμός άκρως ευαίσθητων διαγνωστικών εξετάσεων, ιδίως απεικονιστικών, ενεδρεύει ο πειρασμός να δίνεται λιγότερη έμφαση στην κλινική εξέταση. Πράγματι, πολλοί ασθενείς εξετάζονται για πρώτη φορά αφού έχουν ήδη κάνει

σειρά εξετάσεων τα αποτελέσματα των οποίων είναι γνωστά. Αυτό δεν πρέπει να αποτρέψει τον ιατρό να κάνει πλήρη κλινική εξέταση, επειδή συχνά υπάρχουν κλινικά ευρήματα που «διέφυγαν» από τον καταγισμό των διαγνωστικών εξετάσεων. Η ενέργεια της εξέτασης (δηλαδή, του αγγίγματος του ασθενούς) προσφέρει επίσης τη δυνατότητα επικοινωνίας και μπορεί να έχει καθησυχαστικές επιδράσεις, ενισχύοντας τη σχέση ιατρού-ασθενούς.

**Διαγνωστικές εξετάσεις** Η ευχέρεια εκτέλεσης μεγάλου αριθμού εργαστηριακών εξετάσεων έχει αυξήσει την εξάρτησή μας από αυτές για την επίλυση των κλινικών προβλημάτων. Ωστόσο, η συσσώρευση εργαστηριακών αποτελεσμάτων δεν απαλλάσσει τον ιατρό από την ευθύνη της προσεκτικής παρακολούθησης, εξέτασης και διερεύνησης του ασθενούς. Είναι επίσης απαραίτητο να μη λησμονούνται οι περιορισμοί αυτών των εξετάσεων. Επειδή είναι αυτοματοποιημένες, περίπλοκες και φαινομενικά ακριβείς, συχνά συνοδεύονται από έναν αέρα αυθεντικότητας, ανεξάρτητα από το περιθώριο σφάλματος που ενέχουν τα μηχανήματα που χρησιμοποιήθηκαν και τα άτομα που εκτέλεσαν ή ερμήνευσαν τις εξετάσεις. Ο ιατρός πρέπει να σταθμίζει το κόστος των εργαστηριακών εξετάσεων που παραγγέλλει σε σχέση με την αξία των στοιχείων που αναμένει από αυτές.

Μεμονωμένες εργαστηριακές εξετάσεις σπανίως ζητούνται. Συνήθως οι ιατροί ζητούν «πακέτα» πολλών εξετάσεων, συχνά χρήσιμων. Για παράδειγμα, οι διαταραχές της ηπατικής λειτουργίας μπορεί να ερμηνεύσουν μη ειδικά συμπτώματα όπως η γενικευμένη καταβολή και η μεγάλη κόπωση, παραπέμποντας στη διάγνωση χρόνιας ηπατικής νόσου. Μερικές φορές ένα και μόνο παθολογικό αποτέλεσμα, π.χ. το αυξημένο επίπεδο του ασβεστίου στον ορό, υποδεικνύει συγκεκριμένη νόσο, όπως ο υπερπαραθυρεοειδισμός ή η υποκείμενη κακοήθεια.



Η λογική χρήση προληπτικών εξετάσεων (όπως της LDL χοληστερόλης) μπορεί να φανεί πολύ χρήσιμη. Ένας ικανός αριθμός εργαστηριακών εξετάσεων μπορεί να εκτελεστεί άνετα με ένα μόνο δείγμα αίματος και με σχετικά χαμηλό κόστος. Η μεγάλη χρησιμότητα των προληπτικών εξετάσεων αναδεικνύεται όταν αυτές εστιάζονται σε συνήθεις νόσους ή διαταραχές και τα αποτελέσματά τους υποδεικνύουν άλλες χρήσιμες – αλλά συχνά δαπανηρές – εξετάσεις ή επεμβάσεις. Από τη μία πλευρά, οι βιοχημικές μαζί με απλές εργαστηριακές εξετάσεις όπως η γενική αίματος, η ανάλυση ούρων και η ταχύτητα καθίζησης ερυθρών, συχνά παρέχουν σημαντικές ενδείξεις για την παρουσία παθολογικής εξεργασίας. Από την άλλη πλευρά, ο ιατρός πρέπει να μάθει να αξιολογεί τις περιστασιακές διαταραχές στα αποτελέσματα των προληπτικών εξετάσεων, οι οποίες μπορεί να μην έχουν σχέση με σημαντική ασθένεια. Μια διερεύνηση σε βάθος εξαιτίας μεμονωμένων παθολογικού εργαστηριακού ευρήματα σε άτομο κατά τα άλλα υγιές σχεδόν πάντοτε είναι περιττή και αντιπαραγωγική. Μεταξύ των 40 και πλέον εξετάσεων που εκτελούνται τακτικά σε ασθενείς, δεν είναι σπάνιο μία ή δύο να είναι ελαφρώς παθολογικές. Εάν δεν υπάρχει υποψία υποκείμενης νόσου, αυτές οι εξετάσεις συνήθως επαναλαμβάνονται, για να διαπιστωθεί εάν η ανωμαλία οφείλεται σε εργαστηριακό σφάλμα. Εάν πράγματι υπάρχει ανωμαλία, είναι σημαντικό να συσχετιστεί η πιθανή σημασία της με τη γενική κατάσταση του ασθενούς και με τα άλλα εργαστηριακά ευρήματα.

Οι τεχνικές δυνατότητες των απεικονιστικών μεθόδων είναι από τους πιο γρήγορα αναπτυσσόμενους τομείς της ιατρικής. Οι εξετάσεις αυτές δίνουν εξαιρετικά λεπτομερείς ανατομικές πληροφορίες, οι οποίες μπορεί να είναι σημαντικός παράγων για τη λήψη ιατρικών αποφάσεων. Η υπερηχογραφία, τα σπινθηρογραφήματα, η αξονική, η μαγνητική και η τομογραφία συντονισμού ποζιτρονίων έχουν βοηθήσει αρκετούς ασθενείς ανοίγοντας νέους διαγνωστικούς ορίζοντες και αντικαθιστώντας άλλες περισσότερο επεμβατικές τεχνικές. Δεδομένων των δυνατοτήτων τους και στην προσπάθεια να σχηματιστεί γρήγορα διάγνωση, υπάρχει η τάση να ζητούνται πολλές απεικονιστικές εξετάσεις. Όλοι οι ιατροί έχουν περιπτώσεις ασθενών, των οποίων οι απεικονιστικές εξετάσεις είχαν ευρήματα που οδήγησαν σε απρόσμενη διάγνωση. Παρ' όλα αυτά οι ασθενείς πρέπει να υποστούν τις εξετάσεις, ενώ το προστιθέμενο κόστος μη απαραίτητων εξετάσεων είναι σημαντικό. Ο έμπειρος κλινικός πρέπει να χρησιμοποιεί τα σημαντικά αυτά εργαστηριακά εργαλεία με σύνεση και πάντα να σκέπτεται εάν τα αποτελέσματα των εξετάσεων θα επηρεάσουν την αντιμετώπιση και θα ωφελήσουν τον ασθενή.

## ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

**Ιατρική βασισμένη σε τεκμήρια** Ο όρος «ιατρική βασισμένη σε τεκμήρια» σημαίνει ότι οι κλινικές αποφάσεις υποστηρίζονται από στοιχεία, κατά προτίμηση δεδομένα από προοπτικά σχεδιασμένες, τυχαιοποιημένες και ελεγχόμενες με μάρτυρες κλινικές μελέτες. Αυτό έρχεται σε ευθεία αντίθεση με την ατομική εμπειρία που μπορεί συχνά να είναι προκατειλημμένη. Ακόμη και οι πιο έμπειροι ιατροί μπορεί να επηρεαστούν από πρόσφατες εμπειρίες με συγκεκριμένους ασθενείς, εκτός εάν είναι έτοιμοι να προσφύγουν στις πληροφορίες από μεγάλες, σημαντικές, πιο αντικειμενικές μελέτες, για να πάρουν την απόφασή τους. Η βασισμένη σε στοιχεία ιατρική έγινε σημαντικό τμήμα της καθημερινής άσκησης της ιατρικής και οδήγησε στη δημοσίευση πολλών πρακτικών οδηγιών.

**Οδηγίες για την άσκηση της ιατρικής** Πολλές επαγγελματικές οργανώσεις και κρατικές υπηρεσίες συντάσσουν επίσημες οδηγίες για την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, προσπαθώντας να βοηθήσουν τους ιατρούς και άλλους παρόχους ιατρικών υπηρεσιών σε αυτό το έργο. Όταν οι οδηγίες είναι σύγχρονες και εφαρμόζονται κατάλληλα, μπορούν να προσφέρουν ένα χρήσιμο πλαίσιο για την περιθαλψη ασθενών με συγκεκριμένες παθήσεις ή συμπτώματα. Δυνατόν να προστατεύσουν τους ασθενείς – ειδικά όσους δεν έχουν ικανοποιητική υγειονομική περιθαλψη – από χαμηλή ποιότητα ιατρονοσηλευτικής φροντίδας. Οι οδηγίες μπορούν επίσης να προστατεύσουν τους ευσυνειδητούς ιατρούς από αδικαιολόγητες κατηγορίες για κακή άσκηση επαγγέλματος και την κοινωνία από το υπερβολικό κόστος που συνεπάγεται η κατάχρηση των ιατρικών υπηρεσιών. Από την άλλη

πλευρά, οι κλινικές οδηγίες έχουν την τάση να υπεραπλουστεύουν την πολυπλοκότητα της επιστήμης. Διάφορες ομάδες με διαφορετικούς σκοπούς μπορεί να διατυπώσουν αποκλίνουσες προτάσεις για θέματα τόσο βασικά όσο η αναγκαιότητα της μαστογραφίας στις γυναίκες άνω των 40 ετών ή της δοκιμασίας προστατικού αντιγόνου στους άνδρες άνω των 50 ετών. Επιπλέον, οι κατευθυντήριες οδηγίες, όπως υπονοείται από τον όρο δεν λαμβάνουν υπ' όψιν (ούτε αναμένεται να λαμβάνουν υπ' όψιν) τη μοναδικότητα κάθε ατόμου και της ασθένειάς του. Η πρόκληση για τον ιατρό είναι να συνδυάσει την κλινική πράξη με τις χρήσιμες προτάσεις των ειδικών οι οποίοι καταρτίζουν τις οδηγίες για την άσκηση του επαγγέλματος, χωρίς να τις αποδέχεται τυφλά ή να περιορίζεται υπερβολικά από αυτές.

**Λήψη ιατρικών αποφάσεων** Η λήψη ιατρικών αποφάσεων είναι σημαντική ευθύνη του ιατρού και γίνεται σε κάθε στάδιο της διαγνωστικής και θεραπευτικής διαδικασίας. Συμπεριλαμβάνει την εκτέλεση επιπρόσθετων διαγνωστικών εξετάσεων, συνεργασία με ειδικούς και αποφάσεις που σχετίζονται με την πρόγνωση και τη θεραπεία. Η διαδικασία αυτή προϋποθέτει βαθιά γνώση της παθοφυσιολογίας και της φυσικής πορείας της νόσου. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η λήψη ιατρικών αποφάσεων πρέπει να στηρίζεται σε στοιχεία ώστε ο ασθενής να αποκομίσει το μεγαλύτερο όφελος της επιστημονικής γνώσης που είναι διαθέσιμη στους ιατρούς. Η διαφορική διάγνωση προϋποθέτει όχι μόνο πολλές γνώσεις, αλλά και ικανότητα αξιολόγησης των σχετικών πιθανοτήτων των διαφόρων νόσων και κατανόηση της σημασίας να παραλειφθούν διαγνώσεις που θα ήταν λιγότερο πιθανές. Η κατάληξη σε διάγνωση απαιτεί την εφαρμογή επιστημονικής μεθοδολογίας. Αναπτύσσονται υποθέσεις, συλλέγονται στοιχεία και διατυπώνονται αντικειμενικά συμπεράσματα αναφορικά με την αποδοχή ή απόρριψη συγκεκριμένης διάγνωσης. Η ανάλυση της διαφορικής διάγνωσης είναι παραγωγική διαδικασία. Με την άφιξη νεότερων στοιχείων ή εργαστηριακών αποτελεσμάτων, η ομάδα των νόσων που βρίσκονται υπό διερεύνηση μεγαλώνει ή μικραίνει ανάλογα.

Παρά τη σημασία της βασισμένης σε στοιχεία ιατρικής, οι πιο πολλές από τις ιατρικές αποφάσεις στηρίζονται στην κρίση του ιατρού – διαδικασία η οποία είναι πολύ δύσκολο να ποσοτικοποιηθεί ή και να εκτιμηθεί ποιοτικά. Ιδιαίτερα όταν η στοιχειοθετημένη βάση δεν υπάρχει, οι ιατροί πρέπει να χρησιμοποιήσουν τη γνώση και την εμπειρία τους ως βάση, για να ζυγίσουν γνωστούς παράγοντες και κάποιες αβεβαιότητες, και μετά να κάνουν τη σωστή εκτίμηση. Πολλά ποσοτικά εργαλεία μπορεί να κάνουν τη σωστή εκτίμηση, συμπεριλαμβανομένων των διαγνωστικών δοκιμασιών, του θεωρήματος του Bayes και των συστημάτων πολυπαραγοντικής ανάλυσης. Οι *διαγνωστικές εξετάσεις* βοηθούν να ελαττωθεί η αβεβαιότητα σχετικά με τη διάγνωση και πρόγνωση για το συγκεκριμένο άτομο και βοηθούν τον ιατρό να αποφασίσει πώς θα αντιμετωπίσει καλύτερα την κατάσταση του ασθενούς. Η πληθώρα των διαγνωστικών εξετάσεων συμπληρώνει το ιστορικό και την κλινική εξέταση. Η ακρίβεια μιας διαγνωστικής δοκιμασίας επιβεβαιώνεται με τον έλεγχο της ευαισθησίας (συχνότητα αληθώς θετικών), της ειδικότητας (συχνότητα αληθώς αρνητικών), καθώς επίσης και της διαγνωστικής αξίας ενός θετικού και ενός αρνητικού αποτελέσματος. Το *θεώρημα του Bayes* χρησιμοποιεί πληροφορίες σχετικές με την ευαισθησία και εξειδίκευση της δοκιμασίας, σε συνδυασμό με την προεξεταστική πιθανότητα της διάγνωσης και βρίσκει με μαθηματικό τρόπο τη μετεξεταστική πιθανότητα της διάγνωσης. Πιο πολύπλοκα κλινικά προβλήματα μπορεί να προσεγγιστούν με *πολυπαραγοντικά στατιστικά μοντέλα*, τα οποία προσφέρουν πολύ ακριβείς πληροφορίες, ακόμη και όταν πολλοί παράγοντες δρουν ανεξάρτητα ή μαζί και επηρεάζουν την επικινδυνότητα της νόσου, την εξέλιξή της ή την απάντηση στη θεραπεία. **Για μια πληρέστερη συζήτηση σχετικά με τη λήψη αποφάσεων στην κλινική ιατρική, ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 3.**

**Ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία** Η αυξανόμενη διάδοση των ηλεκτρονικών υπολογιστών και η ισχύς της τεχνολογίας της πληροφορικής αποκτούν όλο και πιο σημαντικό ρόλο στην ιατρική. Η πρόσβαση στα εργαστηριακά δεδομένα σχεδόν καθολικά γίνεται μέσω υπολογιστών. Πολλά ιατρικά κέντρα έχουν τώρα ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία με μηχανογραφημένη σειρά εισαγωγής και κωδικοποιημένη παρακολούθηση των φαρμάκων. Ορισμένα από αυτά τα συστήματα

είναι διαδραστικά και υπενθυμίζουν ή προειδοποιούν σε περίπτωση πιθανού ιατρικού σφάλματος.

Τα ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία διαθέτουν εξαιρετικές δυνατότητες ώστε να επιτρέπουν ταχεία πρόσβαση σε κλινικές πληροφορίες πολύτιμες για τη βελτίωση της ποιότητας της προσφερόμενης φροντίδας και ασφάλειας του ασθενούς, απεικονιστικές εξετάσεις, εργαστηριακά αποτελέσματα και φαρμακευτικές αγωγές. Αυτά τα στοιχεία είναι πολύτιμα για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και της ασφάλειας των ασθενών. Κανονικά πρέπει το αρχείο του ασθενούς να διακινείται εύκολα μέσα στο σύστημα της υγειονομικής περίθαλψης, επιτρέποντας την αξιόπιστη πρόσβαση στα σχετικά στοιχεία. Πάντως οι τεχνικοί περιορισμοί, το ενδιαφέρον για τα προσωπικά δεδομένα και η ανησυχία για το κόστος περιορίζουν την ευρεία διάδοση των ηλεκτρονικών ιατρικών αρχείων.

Πρέπει επίσης να τονιστεί ότι η τεχνολογία της πληροφορικής είναι απλώς ένα εργαλείο και δεν μπορεί να αντικαταστήσει τις κλινικές αποφάσεις που λαμβάνονται από τον ιατρό. Υπό την έννοια αυτή, η κλινική γνώση και η κατανόηση των αναγκών του ασθενούς, συμπληρούμενες με εργαλεία ποσοτικοποίησης αποτελούν ακόμη τον καλύτερο τρόπο άσκησης της ιατρικής.

**Εκτίμηση της έκβασης της θεραπείας** Οι κλινικοί χρησιμοποιούν γενικά *αντικειμενικές* και εύκολα μετρήσιμες παραμέτρους για να κρίνουν την έκβαση μιας θεραπευτικής παρέμβασης. Τα εν λόγω μέτρα ενδεχομένως να υπεραπλουστεύουν την πολυπλοκότητα της κλινικής πάθησης, καθώς οι ασθενείς συχνά προσέρχονται με μείζον κλινικό πρόβλημα εντός ενός πλαισίου πολλαπλών ασθενειών στο παρελθόν που περιπλέκουν την κατάσταση. Για παράδειγμα, ένας ασθενής μπορεί να προσέλθει με θωρακικό άλγος και καρδιακή ισχαιμία, αλλά με ιστορικό χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας και νεφρικής ανεπάρκειας. Για τον λόγο αυτόν, οι μετρήσεις έκβασης όπως η θνησιμότητα, η διάρκεια της νοσηλείας, ή τα ποσοστά επαναληπτικής νοσηλείας προσαρμόζονται κατά κανόνα ανάλογα με τον κίνδυνο. Ωστόσο οι ασθενείς συνήθως ζητούν τη βοήθεια ιατρού για *υποκειμενικούς* λόγους: θέλουν να ανακουφιστούν από τον πόνο, να διαφυλάξουν ή να επανακτήσουν λειτουργίες και να χαρούν τη ζωή. Η ιδέα που έχει ο ασθενής για την κατάσταση της υγείας ή για την ποιότητα της ζωής μπορεί να περιλαμβάνει τη σωματική ευεξία, την ικανότητα για σωματικές δραστηριότητες, την ατομική και επαγγελματική λειτουργία, τη σεξουαλική λειτουργία, τη γνωστική λειτουργία και τη συνολική αίσθηση υγείας. Καθένας από αυτούς τους σημαντικούς τομείς εκτιμάται με προγραμματισμένες συνεντεύξεις ή με ειδικά σχεδιασμένα ερωτηματολόγια. Αυτές οι εκτιμήσεις προσφέρουν επίσης χρήσιμα στοιχεία, με τα οποία μπορεί ο ιατρός να κρίνει την υποκειμενική άποψη του ασθενούς για την αναπηρία του και την ανταπόκριση στη θεραπεία, ειδικά στα χρόνια νοσήματα. Η άσκηση της ιατρικής απαιτεί μελέτη και συνδυασμό τόσο της υποκειμενικής όσο και της αντικειμενικής έκβασης.

**Υγεία και νόσος στις γυναίκες** Μολονότι οι επιδημιολογικές μελέτες και οι κλινικοί πειραματισμοί του παρελθόντος αφορούσαν κυρίως άνδρες, οι νεότερες μελέτες περιέλαβαν περισσότερες γυναίκες, και κάποιες, όπως η Women's Health Initiative, αφορούσαν αποκλειστικά θέματα υγείας των γυναικών. Στις νόσους που προσβάλλουν άνδρες και γυναίκες υπάρχουν σημαντικές διαφορές σχετιζόμενες με το φύλο. Πολλά εξακολουθούν να παραμένουν άγνωστα στο πεδίο αυτό και οι διεξαγόμενες μελέτες πρέπει να μας βοηθήσουν να κατανοήσουμε τους μηχανισμούς των διαφορών των φύλων στην πορεία και στην έκβαση ορισμένων νόσων. **Για μια πληρέστερη συζήτηση σχετικά με την υγεία της γυναίκας, ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 6ε.**

**Η φροντίδα των ηλικιωμένων** Το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων στον πληθυσμό των ανεπτυγμένων χωρών αυξήθηκε σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες και θα συνεχίσει να αυξάνεται. Η άσκηση της ιατρικής θα εξακολουθήσει να επηρεάζεται σημαντικά από τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης του αυξανόμενου πληθυσμού των ηλικιωμένων. Ο ιατρός πρέπει να κατανοήσει και να εκτιμήσει την έκπτωση των φυσιολογικών λειτουργιών που συνδέεται με τη γήρανση: με τη μειωμένη απάντηση των ηλικιωμένων στους εμβολιασμούς, π.χ. στον αντιγριπικό· με τις διαφορετικές αντιδράσεις των ηλικιωμένων στις

κοινές νόσους· με τις παθήσεις που συνήθως εμφανίζονται στους ηλικιωμένους, όπως η κατάθλιψη, η άνοια, η καταβολή, η ακράτεια ούρων και τα κατάγματα. **Για μια πληρέστερη συζήτηση σχετικά με την ιατρική φροντίδα των ηλικιωμένων, ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 11 και Μέρος 5, Κεφάλαια 93ε και 94ε.**

**Σφάλματα κατά την παροχή ιατρικής φροντίδας** Μια ανακοίνωση του Ιατρικού Ινστιτούτου απηύθυνε έκκληση να μειωθούν τα ιατρικά σφάλματα και να βελτιωθεί η ασφάλεια των ασθενών με τον σχεδιασμό και την επιβολή βασικών αλλαγών στα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας. Ανεπιθύμητες αντιδράσεις σε φάρμακα παρουσιάζει τουλάχιστον το 5% των νοσηλευόμενων ασθενών και η συχνότητα αυξάνεται με τον αριθμό των λαμβανόμενων φαρμάκων. Ανεξάρτητα από την κλινική κατάσταση, είναι ευθύνη του ιατρού να χρησιμοποιεί τα ισχυρά θεραπευτικά μέσα με σύνεση και με τη δέουσα προσοχή στην ωφέλιμη δράση τους, στους πιθανούς κινδύνους και στο κόστος. Επίσης, είναι ευθύνη των νοσοκομείων και των οργανώσεων υγείας να ελαττώνουν τους κινδύνους και να εξασφαλίζουν την ασφάλεια των ασθενών. Τα σφάλματα που αφορούν τη χορήγηση φαρμάκων μπορεί να ελαττωθούν με τη χρήση συστημάτων παραγγελίας, ώστε να αποφεύγεται η εσφαλμένη ανάγνωση των χειρογράφων. Η εφαρμογή συστημάτων ελέγχου των λοιμώξεων, η επιβολή πρωτοκόλλων για το πλύσιμο των χεριών και η προσεκτική χρήση των αντιβιοτικών μπορούν να ελαττώσουν τις επιπλοκές των νοσοκομειακών λοιμώξεων. Η συχνότητα λοιμώξεων της κεντρικής γραμμής έχουν μειωθεί σε πολύ σημαντικό βαθμό σε πολλά κέντρα χάρη στη συμμόρφωση του εκπαιδευμένου προσωπικού με τα πρωτόκολλα της εισαγωγής και διατήρησης της κεντρικής γραμμής. Με τον ίδιο τρόπο μπορούν να μειωθούν οι χειρουργικές λοιμώξεις και η επέμβαση στη λάθος περιοχή. Οι πτώσεις των ασθενών μπορούν να ελαχιστοποιηθούν με τη συνετή χρήση των κατασταλτικών φαρμάκων και την κατάλληλη παροχή βοήθειας κατά τις μετακινήσεις από την κλίνη στην καρέκλα ή από την κλίνη στο μάνιο. Συνδυαστικά, αυτά και άλλα μέτρα σώζουν χιλιάδες ζωές κάθε χρόνο.

**Ο ρόλος του ιατρού στην εν επιγνώσει συναίνεση του ασθενούς** Οι βασικές αρχές της ιατρικής ηθικής απαιτούν από τον ιατρό να ενεργεί προς το συμφέρον του ασθενούς και να σέβεται την αυτονομία του. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα στην περίπτωση της συγκατάθεσης μετά από ενημέρωση. Οι πιο πολλοί ασθενείς κατέχουν πολύ περιορισμένες ιατρικές γνώσεις και πρέπει να στηρίζονται στη συμβουλή του ιατρού. Ο ιατρός πρέπει να σέβεται την αυτονομία των ασθενών του, να συζητά εκτενώς τις εναλλακτικές θεραπείες και τους κινδύνους, τις ωφέλειες και τις συνέπειες κάθε εναλλακτικής λύσης. Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός είναι υπεύθυνος προκειμένου ο ασθενής να κατανοήσει σε βάθος τους κινδύνους και τα οφέλη· η ενθάρρυνση να θέτουν οι ασθενείς ερωτήματα αποτελεί σημαντικό μέρος αυτής της διαδικασίας. Απτός είναι ο απόλυτος ορισμός της *εν επιγνώσει συναίνεσης*. Η πλήρης, σαφής επεξήγηση και ανάλυση των προτεινόμενων εμβολιασμών και της θεραπείας μπορεί να μετριάσει τον φόβο του αγνώστου που συχνά συνοδεύει τη διαδικασία της νοσηλείας. Η άριστη επικοινωνία μπορεί επίσης να βοηθήσει στην άμβλυση των παρανοήσεων σε καταστάσεις στις οποίες ενδεχομένως να προκύψουν επιπλοκές λόγω της παρέμβασης. Συχνά, η κατανόηση του ασθενούς διευκολύνεται με την επαναλαμβανόμενη συζήτηση των διαφορών ζητημάτων με τρόπο υποστηρικτικό, χωρίς να νιώθει ο ασθενής ότι απειλείται, και με την παροχή απαντήσεων σε νέα ερωτήματα που αναδύονται.

Πρέπει να διασφαλίζεται ότι ο ιατρός που ζητά την εν επιγνώσει συναίνεση ενός ασθενούς δεν αποσκοπεί σε κάποιο προσωπικό συμφέρον.

**Ανίατες καταστάσεις και θάνατος** Δεν υπάρχει πιο βασανιστικό πρόβλημα από τη διάγνωση ανίατης νόσου, ιδίως όταν ο πρόωρος θάνατος είναι αναπόφευκτος. Τι πρέπει να πεις στον ασθενή και στην οικογένειά του; Ποια μέτρα πρέπει να ληφθούν για την παράταση της ζωής; Τι πρέπει να γίνει για να διατηρηθεί η ποιότητα της ζωής;

Η ηλικρίνεια είναι απολύτως απαραίτητη εν όψει ασθένειας τελικού σταδίου. Ο συνετός και διορατικός ιατρός αντιλαμβάνεται τι θέλει να μάθει ο ασθενής και τότε θέλει να το μάθει. Βάσει των απαντήσεων του ασθενούς, ο ιατρός θα μπορεί να εκτιμήσει ποιος είναι ο κατάλληλος ρυθμός ανταλλαγής πληροφοριών. Στην τελική, ο ασθενής πρέπει



να κατανοήσει ποια είναι η αναμενόμενη πορεία της νόσου ώστε να προετοιμαστεί καταλλήλως. Ο ασθενής πρέπει να συμμετάσχει στη διαδικασία της λήψης αποφάσεων, κατανοώντας παράλληλα τον στόχο της θεραπείας (ότι είναι παρηγορική) και τις πιθανές επιδράσεις της. Θα πρέπει επίσης να ληφθούν υπ' όψιν οι θρησκευτικές πεποιθήσεις του. Μπορεί να είναι πιο εύκολο για ορισμένους ασθενείς να μοιραστούν τα συναισθηματικά τους σχετικά με τον θάνατο με τον ιατρό, ο οποίος ενδεχομένως να είναι πιο αντικειμενικός και λιγότερο συναισθηματικός απ' ό,τι τα μέλη της οικογένειας.

Ο ιατρός πρέπει να παρέχει σωστή συναισθηματική, σωματική και πνευματική υποστήριξη και να είναι συμπονετικός, ήρεμος και ειλικρινής. Ο πόνος πρέπει να ελέγχεται επαρκώς, η ανθρώπινη αξιοπρέπεια να διαφυλάσσεται και να αποφεύγεται η απομόνωση από την οικογένεια και τους στενούς φίλους. Αυτές οι πλευρές της περιθαλψής έχουν την τάση να παραμελούνται στα νοσοκομεία, όπου η εισβολή των συσκευών υποστήριξης της ζωής μπορεί εύκολα να αποσπάσει την προσοχή από το ίδιο το άτομο και να την εστιάσει στην ασθένεια που απειλεί τη ζωή, η μάχη εναντίον της οποίας τελικά είναι χαμένη σε κάθε περίπτωση. Στην περίπτωση της τελικής νόσου, ο στόχος της ιατρικής πρέπει να μετατοπιστεί από τη *θεραπεία* στη *φροντίδα*, με την ευρύτερη σημασία του όρου. Μια κατευθυντήρια αρχή είναι αυτή της άμεσης βοήθειας. Φροντίζοντας τον ετοιμοθάνατο ασθενή, ο ιατρός πρέπει να είναι προετοιμασμένος να ενημερώσει τα μέλη της οικογένειας και να αντιμετωπίσει τη θλίψη τους και μερικές φορές τα αισθήματα ενοχής τους, ή ακόμη και θυμού. Ο ιατρός πρέπει να διαβεβαιώσει την οικογένεια ότι έγινε ό,τι ήταν δυνατόν. Ένα σημαντικό πρόβλημα στις συζητήσεις αυτές είναι ότι, συχνά, ο ιατρός δεν γνωρίζει πώς να εκτιμήσει την πρόγνωση. Επιπλέον, πολλά μέλη της ομάδας περιθαλψής μπορεί να προσφέρουν διαφορετικές απόψεις. Η καλή επικοινωνία μεταξύ των παρόχων φροντίδας είναι εξαιρετικά σημαντική, ώστε να παρέχονται στους ασθενείς οι σωστές πληροφορίες. Αυτό είναι ιδιαίτερος σημαντικός όταν δεν είναι γνωστή η πορεία που πρέπει να ακολουθηθεί. Είναι καλό ο ιατρός να αναζητά τη συμβουλή ειδικών στον χώρο της παρηγορικής φροντίδας, ώστε να διασφαλίζεται ότι οι κλινικοί δεν τρέφουν τους ασθενείς με εξωπραγματικές προσδοκίες. **Για πληρέστερη συζήτηση σχετικά με την ιατρική φροντίδα στο τέλος της ζωής, ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 11.**

## Η ΣΧΕΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ-ΙΑΤΡΟΥ

*Είναι πάρα πολύ σημαντικό να υπάρχει στενή προσωπική σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενούς, επειδή σ' έναν εξαιρετικά μεγάλο αριθμό περιπτώσεων τόσο η διάγνωση όσο και η θεραπεία εξαρτώνται άμεσα από αυτήν. Μία από τις βασικές αρετές του κλινικού είναι το ενδιαφέρον του για την ανθρώπινη φύση, επειδή το μυστικό για τη φροντίδα του αρρώστου είναι η αγάπη γι' αυτόν.*

—Francis W. Peabody, 21 Οκτωβρίου 1925,  
Διάλεξη στην Ιατρική Σχολή του Χάρβαρντ

Οι ιατροί δεν πρέπει ποτέ να ξεχνούν ότι οι ασθενείς είναι ανθρώπινα όντα με προβλήματα που πολύ συχνά υπερβαίνουν τις παθήσεις τους. Δεν είναι «περιστατικά» ούτε «εισαγωγές» ούτε «νόσοι». Αυτό το σημείο έχει μεγάλη σημασία στην εποχή της υψηλής τεχνολογίας στην κλινική ιατρική. Οι περισσότεροι ασθενείς είναι ανήσυχοι και φοβισμένοι. Ο ιατρός πρέπει να εμπνέει εμπιστοσύνη και να είναι καθησυχαστικός, αλλά ποτέ δεν πρέπει να είναι υπερόπτης. Μια επαγγελματική στάση συνδυασμένη με εγκαρδιότητα και ειλικρίνεια είναι ό,τι χρειάζεται για να καταπραΰνει την ανησυχία του ασθενούς και να τον ενθαρρύνει να μοιραστεί μαζί του όλα τα στοιχεία του ιατρικού ιστορικού. Η κατανόηση και η συμπάθεια αποτελούν τα βασικά στοιχεία ενός στοργικού ιατρού. Ο ιατρός πρέπει να εξετάσει τις συνθήκες εμφάνισης της νόσου – όχι μόνο σε σχέση με τον ασθενή, αλλά και σε συνάρτηση με την οικογένειά του και το κοινωνικό και μορφωτικό του επίπεδο. Η ιδανική σχέση ασθενούς-ιατρού βασίζεται στη βαθιά γνώση του ασθενούς, στην αμοιβαία εμπιστοσύνη και στην ικανότητα να επικοινωνούν μεταξύ τους.

**Ο διαχωρισμός νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής εσωτερικής παθολογίας** Το νοσοκομειακό περιβάλλον έχει υποστεί δραματικές αλλαγές τις τελευταίες δεκαετίες. Τα τελευταία χρόνια εμφανίστηκαν τα τμή-

ματα επειγόντων περιστατικών και οι μονάδες εντατικής θεραπείας, όπου εισάγονται ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση, για να σωθούν από ασθενείς που άλλοτε ήταν θανάσιμες. Υπάρχει αυξανόμενη πίεση να συντομεύεται η παραμονή στο νοσοκομείο και να αντιμετωπίζονται σύνθετες παθήσεις στα εξωτερικά ιατρεία. Αυτή η αλλαγή επιβλήθηκε όχι μόνο από την προσπάθεια μείωσης των δαπανών αλλά επίσης από την εμφάνιση νέων τεχνολογιών για εξωτερικούς ασθενείς, όπως απεικόνιση και διαδερμικοί καθετήρες έγχυσης για μακροχρόνια θεραπεία με αντιβιοτικά ή σίτιση, και από ενδείξεις ότι η πορεία των ασθενών βελτιώνεται όταν ελαχιστοποιείται η παραμονή στο νοσοκομείο.

Υπό αυτές τις συνθήκες, αναδύονται δύο σημαντικά ζητήματα καθώς οι ιατροί αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες της παροχής φροντίδας σε νοσηλευμένους ασθενείς. Από τη μία πλευρά, είναι απαραίτητοι οι εξειδικευμένοι επαγγελματίες υγείας για την παροχή της βέλτιστης άμεσης φροντίδας στο νοσοκομείο· από την άλλη πλευρά, οι εν λόγω επαγγελματίες – με την ποικιλομορφία στην εκπαίδευση, στις δεξιότητες, στις ευθύνες, στις εμπειρίες, στις γλώσσες και στον «πολιτισμό» τους – πρέπει να εργαστούν ως ομάδα.

Πέραν των παραδοσιακών νοσοκομειακών κλινών, τα νοσοκομεία σήμερα στεγάζουν πολλαπλά ξεχωριστά επίπεδα φροντίδας, όπως π.χ. τμήματα επειγόντων περιστατικών, θαλάμους επεμβάσεων, μονάδες ολονύκτιας παρατήρησης, μονάδες εντατικής φροντίδας και μονάδες παρηγορικής φροντίδας. Μια επίπτωση αυτής της διαφοροποίησης είναι η ανάδυση νέων τάσεων, συμπεριλαμβανομένων των ειδικοτήτων (π.χ. επείγουσα ιατρική και φροντίδα στο τέλος της ζωής) και της παροχής ενδονοσοκομειακής περιθαλψής από τους νοσοκομειακούς ιατρούς και τους εντατικολόγους. Οι περισσότεροι *νοσοκομειακοί ιατροί* είναι πιστοποιημένοι ειδικομένοι κύρια ευθύνη των οποίων είναι η φροντίδα νοσηλευμένων ασθενών και το έργο τους περιορίζεται στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Ο μειωμένος χρόνος νοσηλείας που πλέον είναι δεδομένος σημαίνει ότι οι περισσότεροι ασθενείς λαμβάνουν μόνο άμεση φροντίδα για όσο νοσηλεύονται· η αύξηση της περιπλοκότητας της νοσοκομειακής ιατρικής καθιστά την παρουσία ενός γενικού ιατρού με συγκεκριμένη εκπαίδευση, δεξιότητες και πείρα στο νοσοκομειακό περιβάλλον εξαιρετικά ωφέλιμη. Οι *εντατικολόγοι* είναι πιστοποιημένοι ιατροί οι οποίοι διαθέτουν περαιτέρω πιστοποίηση στην ιατρική εντατική φροντίδα και κατευθύνουν και παρέχουν φροντίδα σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς στις μονάδες εντατικής θεραπείας. Είναι σαφές ότι μια σημαντική πρόκληση στην παθολογία σήμερα είναι η διασφάλιση της συνέχειας της επικοινωνίας και της ροής πληροφοριών ανάμεσα στον προσωπικό ιατρό του ασθενούς και στους ιατρούς οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για τη νοσοκομειακή περιθαλψη του ασθενούς. Η διατήρηση αυτών των διαύλων επικοινωνίας συχνά περιπλέκεται από τις «μεταπομπές» του ασθενούς – δηλαδή, από το εξωνοσοκομειακό στο νοσοκομειακό περιβάλλον, από τη μονάδα εντατικής θεραπείας στην πτέρυγα γενικής ιατρικής, και από το νοσοκομείο στο εξωνοσοκομειακό περιβάλλον. Η εμπλοκή πολλών φροντιστών σε συνδυασμό με αυτές τις μεταβάσεις μπορεί να απειλήσει την παραδοσιακή σχέση ενός-προς-έναν μεταξύ του ασθενούς και του προσωπικού του ιατρού. Είναι αλήθεια ότι οι ασθενείς μπορούν να επωφεληθούν σε μεγάλο βαθμό από την αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ πολλών επαγγελματιών υγείας· εντούτοις, *είναι καθήκον του προσωπικού ιατρού του ασθενούς να παράσχει συνεκτική καθοδήγηση κατά τη διάρκεια της πορείας μιας ασθένειας*. Για την επίτευξη αυτού του στόχου, οι προσωπικοί ιατροί πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με τις τεχνικές, με τις δεξιότητες και με τους σκοπούς των εξειδικευμένων ιατρών και των συνεργαζόμενων επαγγελματιών υγείας οι οποίοι φροντίζουν τους ασθενείς στο νοσοκομείο. Επιπροσθέτως οι ιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης πρέπει να διασφαλίσουν ότι οι ασθενείς τους θα επωφεληθούν από τις επιστημονικές εξελίξεις και την εμπειρογνώσια των ειδικών όταν αυτοί είναι απαραίτητοι τόσο εντός όσο και εκτός του νοσοκομειακού περιβάλλοντος. Οι ιατροί της πρωτοβάθμιας περίθαλψης μπορούν επίσης να εξηγήσουν τον ρόλο αυτών των ειδικών ώστε να καθησυχάσουν τους ασθενείς ότι βρίσκονται στα χέρια εξαιρετικών ιατρών οι οποίοι γνωρίζουν πώς να αντιμετωπίσουν άμεσα μια νόσο. Ωστόσο, ο ιατρός της πρωτοβάθμιας περίθαλψης πρέπει να διατηρεί την τελική ευθύνη για τη λήψη σημαντικών αποφάσεων σχετικά με τη διάγνωση και τη θεραπεία και πρέπει να διαβεβαιώνουν τους ασθενείς και τις οικογένειές