

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ:

ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΡΓΑΣΙΑ: ΕΥΡΩΠΑΙΚΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΑ

ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ

ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ:Ξ.ΚΟΝΤΙΑΔΗΣ, Κ.ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ,

Π.ΤΣΑΝΤΗΛΑΣ

ΠΙΠΙΛΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΚΟΡΙΝΘΟΣ 10 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2009

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- ΠΡΟΛΟΓΟΣ
- ΚΑΤΟΧΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΕΘΝΙΚΟ, ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΕΣ ΕΠΙΠΕΔΟ
- ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ
- ΕΥΡΩΠΑΙΚΟΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΙ ΜΕ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ
- ΚΟΙΝΟΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΟΤΕΡΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ
- ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΓΚΟΣΜΙΩΣ
- ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ
- ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΠΟΙΑ Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ
- ΕΙΔΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΤΟΥ
- ΒΑΣΙΚΟΤΕΡΟΙ ΚΑΝΟΝΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ
- ΕΥΡΩΠΑΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ
- ΕΡΕΥΝΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ
- ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ
- ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

- ○ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΙΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ
- ΕΥΡΩΠΑΙΚΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ
- ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ
- ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΝΩΣΗ
- ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ
- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Αποστολή της εργασίας αυτής είναι η συμβολή στην κατανόηση μιας σειράς θεμάτων και προβλημάτων που έχουν να κάνουν με την δυσκολότερη από πλευράς ίασης νόσο του αιώνα μας, τον καρκίνο.

Προσπάθειά μας είναι η διερεύνηση του θεσμικού πλαισίου γύρω από τα δικαιώματα των ασθενών με καρκίνο σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Στην χώρα μας, την Ελλάδα, γύρω από το ζήτημα σχετικά με τα δικαιώματα των καρκινοπαθών, έχουν υπάρξει μια σειρά προβλέψεων σε γενικότερο επίπεδο, αλλά και σε ειδικότερο επίπεδο. Πολλές είναι οι διατάξεις στην Ελλάδα που αναφέρονται σε γενικά δικαιώματα των ασθενών με καρκίνο, ενώ δεν λείπουν και οι σχετικές με ειδικότερα δικαιώματα των καρκινοπαθών διατάξεις, που όμως δεν θα μας απασχολήσουν στην παρούσα φάση.

Στόχος λοιπόν της παρούσης είναι η πρόβλεψη και κατοχύρωση ή μη διατάξεων σχετικών με τα δικαιώματα των ασθενών με καρκίνο στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Εισαγωγικά θα αναφερθούμε στην προστασία του δικαιώματος της υγείας σε εθνικό, ευρωπαϊκό κοινοτικό και διεθνές επίπεδο. Έπειτα θα μας απασχολήσει η προστασία της

υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση διαχρονικά έως τις μέρες μας, θα μιλήσουμε συνοπτικά για τους ευρωπαϊκούς οργανισμούς που είναι επιφορτισμένοι με θέματα υγείας, ενώ δεν θα παραλείψουμε να αναφερθούμε και σε κάποιες κοινοτικές δράσεις σχετικά με την προστασία της υγείας.

Σε ένα δεύτερο επίπεδο, αντικείμενο της μελέτης μας, θα αποτελέσουν οι ευρωπαϊκές πρωτοβουλίες για τον καρκίνο, ενώ θα επιχειρήσουμε να διεισδύσουμε σε θέματα που σχετίζονται με τον καρκίνο, όπως για παράδειγμα τι είναι καρκίνος και ποια η ιστορία του, ποια τα είδη του και πως προκαλείται, ποιοι οι βασικότεροι κανόνες πρόληψής του, στατιστικά στοιχεία για τον καρκίνο σε ευρωπαϊκό και παγκόσμιο επίπεδο, στοιχεία σχετικά με την έρευνα για τον καρκίνο, τη θεραπεία του, δαπάνες για αυτόν, στοιχεία, πολιτικές, οργανώσεις για τον καρκίνο στην Ευρώπη.

Στο αμέσως επόμενο επίπεδο διεκδικεί τη θέση του ο Ευρωπαϊκός Κώδικας κατά του καρκίνου, ο οποίος και θα δώσει την σκυτάλη του στο βασικό μας θέμα που δεν είναι άλλο από τα δικαιώματα των ασθενών με καρκίνο στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Θα αναφερθούμε αρχικά στα δικαιώματα των ασθενών στην Ευρώπη, ενώ έπειτα θα παρουσιάσουμε το θεσμικό πλαίσιο γύρω από τα δικαιώματα των καρκινοπαθών στην Ευρώπη.

Τελειώνοντας, κρίθηκε σκόπιμο, να αφιερώσουμε και μια ενότητα στο ζήτημα της ευθανασίας σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

Το θεσμικό πλαίσιο κάθε κράτους αλλά και της Ευρωπαϊκής Ένωσης χαρακτηρίζεται από δυναμική και μεταβλητότητα στην εξέλιξη του χρόνου. Δίκαιο και στατικότητα είναι δύο έννοιες αντίθετες μεταξύ τους. Το Δίκαιο άλλοτε προηγείται των εξελίξεων της ανθρώπινης ζωής, άλλοτε συμβαδίζει και άλλοτε έπεται.

Εμείς, λοιπόν, προσπαθήσαμε να διερευνήσουμε το θεσμικό πλαίσιο στην Ευρωπαϊκή Ένωση σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών με καρκίνο, παρουσιάζοντας τα σημαντικότερα σημεία του. Αν η προσπάθειά μας αυτή κριθεί επιτυχημένη, αυτό είναι κάτι που ο ίδιος ο χρόνος θα το αποδείξει και φυσικά η επιστημονική μελέτη και έρευνα καθώς και η αξιολόγηση από τωρινούς και μεταγενέστερους κριτές μας.

Θεωρούμε όμως ότι η παρούσα θα αποτελέσει ένα βασικό εργαλείο στα χέρια των ασθενών με καρκίνο και των οικογενειών τους καθώς επίσης και των σχετικών οργανώσεών τους στο έδαφος οποιουδήποτε κράτους – μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την κατοχύρωση και διεκδίκηση των δικαιωμάτων τους, κάτι βεβαίως που μας χαροποιεί ιδιαιτέρως.

ΚΑΤΟΧΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΕΘΝΙΚΟ, ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΕΣ ΕΠΙΠΕΔΟ

Η υγεία είναι ένα από τα πολυτιμότερα αγαθά στη ζωή του ατόμου, όπου το Κράτος έχει αναλάβει την προστασία του σε ύψιστο βαθμό. Αν και συνεπάγεται υψηλό κόστος για τον εκάστοτε κρατικό προϋπολογισμό, η προστασία της υγείας αποτελεί προτεραιότητα της κρατικής μηχανής.

Για το λόγο αυτό η έννομη τάξη έχει θεσπίσει ένα σύνολο κανόνων Δικαίου που διέπει τις υπηρεσίες υγείας και την προστασία της υγείας κάθε ατόμου, είτε προληπτικά είτε θεραπευτικά (περίθαλψη, αποκατάσταση, επανένταξη). Πρόκειται για το Δίκαιο της υγείας, τον κλάδο εκείνο του Δικαίου που αποτελεί το σύνολο των συνταγματικών, νομοθετικών και νομολογιακών κανόνων που πηγάζουν τόσο από το εθνικό όσο και από το διεθνές θεσμικό πλαίσιο και δη το ευρωπαϊκό.

Οι κανόνες Δικαίου που ρυθμίζουν τα σχετικά με την προστασία της υγείας συναντώνται σε εθνικό επίπεδο στον ανώτερο νόμο του Κράτους, το Σύνταγμα, σε ευρωπαϊκό επίπεδο στο πρωτογενές και παράγωγο κοινοτικό Δίκαιο και σε διεθνές επίπεδο σε διεθνείς συμβάσεις και άλλα διεθνή κείμενα.

Η προστασία του δικαιώματος της υγείας στο Σύνταγμα μας παρέχεται πρωτίστως με το άρθρο 21 παρ. 3 κατά το οποίο: Το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για περίθαλψη των απόρων.

Σχετικές διατάξεις για την προστασία του δικαιώματος στην υγεία ανευρίσκονται και στα άρθρα 5 παρ. 5 Συντάγματος όπου: καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας. Νόμος ορίζει τα σχετικά με την προστασία κάθε ατόμου έναντι των βιοϊατρικών παρεμβάσεων, αλλά και στα άρθρα 5 παρ. 1 Συντάγματος (ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας), 2 παρ. 1 Σ (σεβασμός της ανθρώπινης αξίας), 9 Σ και 9^Α Σ (προστασία του ιδιωτικού βίου και των προσωπικών δεδομένων).

Σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης θα πρέπει να αναζητήσουμε την προστασία της υγείας τόσο στις διατάξεις των Ευρωπαϊκών Συνθηκών (Συνθ ΕΚ, Μάαστριχτ) όσο και στην πλούσια νομολογία του Δικαστηρίου των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων.

Το ευρωπαϊκό κοινοτικό Δίκαιο απαρτίζεται από τους κανονισμούς που έχουν γενική και άμεση ισχύ, τις αποφάσεις που δεσμεύουν μόνο αυτούς στους οποίους απευθύνονται και τις οδηγίες που δεσμεύουν τα κράτη – μέλη ως προς το

επιδιωκόμενο αποτέλεσμα, αλλά εκείνα επιλέγουν τα μέσα και τον τρόπο υλοποίησής τους, ενώ οι συστάσεις και οι γνώμες δεν δεσμεύουν τα κράτη- μέλη.

Ιδιαίτερα σημαντικές για το Δίκαιο της υγείας είναι και οι διατάξεις του κοινοτικού Δικαίου βάσει του άρθρου 152 Συνθ ΕΚ όπου και αναφέρεται στις κοινοτικές αρμοδιότητες και δράσεις στον χώρο της υγείας (απόφαση 1786/2002/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου και Κοινοβουλίου και 99/468/ΕΚ).

Εξετάζοντας την επίδραση του ευρωπαϊκού κοινοτικού Δικαίου της υγείας στα Δίκαια των κρατών μελών θα αντιλαμβανόμασταν πως λίγοι είναι οι τομείς της υγείας που δεν επηρεάζονται από το κοινοτικό Δίκαιο και τις κοινοτικές πολιτικές και πρωτοβουλίες.

Μπορεί η οργάνωση και η παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών και της ιατρικής περίθαλψης να αποτελούν βάσει της Συνθ ΕΚ σαφή αρμοδιότητα των κρατών μελών, η Κοινότητα όμως έρχεται στην δημόσια υγεία να συμπληρώνει τις προσπάθειές τους και να ασχολείται με ζητήματα που τα κράτη μέλη δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν μόνα τους.

Έτσι βασικοί τομείς της κοινοτικής δραστηριότητας πρέπει να προάγουν θετικά της προστασία της υγείας (Συνθ ΕΚ 152 παρ.1). Η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει αρμοδιότητα όχι μόνο

σε θέματα προστασίας της υγείας αλλά και για την πρόοδο ή βελτίωση της υγείας και ο στόχος της προστασίας της υγείας πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν και σε άλλους τομείς εκτός υγείας, ακόμη και αν υπάρχει σύγκρουση ή αντίθεση μεταξύ τους.

Το κοινοτικό Δίκαιο έπαιξε καταλυτικό ρόλο στα δικαιώματα των πολιτών των κρατών μελών. Αρκεί να αναφερθεί πως πολίτες ενός κράτους μέλους έτυχαν ιατρικών υπηρεσιών από άλλο κράτος μέλος, παρά τις απαγορεύσεις της νομοθεσίας τους ή και αποζημιώθηκαν για ιατρικές πράξεις και υπηρεσίες που έλαβαν σε άλλο κράτος μέλος βάσει του κοινοτικού Δικαίου για την ελεύθερη κυκλοφορία προσώπων και αγαθών (αποφάσεις ΔΕΚ C-120/95 υπόθ. Decker κατά Caisse de Maladie des Employes Privés (1998), C-158/96 υπόθ. Kohll κατά Union des Caisses de Maladie (1998).

Σε πολλούς τομείς η κοινοτική αρμοδιότητα υπερκαλύπτει τον χώρο της δημόσιας υγείας υπό την στενή έννοια και υπεισέρχεται και στον χώρο των ατομικών δικαιωμάτων για την προστασία της υγείας.

Τεράστια είναι και η συνεισφορά των κοινοτικών οργάνων και της Ευρωπαϊκής έννομης τάξης στο Δίκαιο των κρατών μελών και στις πολιτικές τους υγείας. Μέσω των Ευρωπαϊκών Συνθηκών, του παράγωγου κοινοτικού Δικαίου

και της νομολογίας του Δικαστηρίου των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (άρθρο 37 της Συνθ ΕΚ αυτοτελής νομική βάση για λήψη μέτρων που αφορούν την προστασία της υγείας στον τομέα των τροφίμων και στο πλαίσιο της κοινής αγροτικής πολιτικής), καταβάλλεται προσπάθεια να αμβλυνθούν οι οποίες διαφορές μεταξύ των κρατών μελών στο πλαίσιο μάλιστα μιας διευρυμένης Ευρωπαϊκής Ένωσης με στόχο την προαγωγή της υγείας.

Για την προστασία του δικαιώματος της υγείας πολλά είναι τα διεθνή κείμενα από τα οποία και θα ξεχωρίζαμε: 1944 Διακήρυξη της Γενικής Συνέλευσης της Διεθνούς οργάνωσης εργασίας, 1946 Καταστατικός Χάρτης της Παγκόσμιας οργάνωσης υγείας, 1950 Σύμβαση για τα δικαιώματα του ανθρώπου και τις θεμελιώδεις ελευθερίες, 1952 Σύμβαση 102 της Δ.Ο.Ε., 1997 Σύμβαση για τα δικαιώματα του ανθρώπου και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια έναντι των εφαρμογών της βιολογίας και της ιατρικής του Συμβουλίου της Ευρώπης.

ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Στους στόχους της Συνθήκης της ΕΟΚ συγκαταλέγονται η βελτίωση του βιοτικού επιπέδου (άρθρο 2) ενώ και άλλες

διατάξεις της προστατεύουν έμμεσα την υγεία (174 – 176 για την υγεία και το περιβάλλον, 136 – 145 κοινωνικές διατάξεις, πρώην 39 – νυν 33 για την κοινή γεωργική πολιτική, πρώην 48 – νυν 39 για την ελεύθερη κυκλοφορία εργαζομένων, πρώην 52 – νυν 43 έως 58 – νυν 48 για το δικαίωμα εγκατάστασης, πρώην 59 – νυν 49 για την ελεύθερη κυκλοφορία των υπηρεσιών, πρώην 100 – νυν 94 για την προστασία της υγείας σχετικά με προϊόντα διατροφής και φαρμακευτικά προϊόντα.

Σχετικές διατάξεις είναι και 163 – 173 για την έρευνα και την τεχνολογική ανάπτυξη που συμπεριλαμβάνουν και την έρευνα στον τομέα της υγείας, πρώην 118 – νυν 137 για την υγεία και την ασφάλεια στον χώρο εργασίας, πρώην 36 – νυν 30 για τον περιορισμό της ελεύθερης κυκλοφορίας των αγαθών για την προστασία της υγείας και της ζωής των ατόμων, 153 για την προστασία του καταναλωτή, 177 – 178 για συνεργασία και ανάπτυξη.

Στην Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Κοινότητα Άνθρακα και Χάλυβα περιέχεται το άρθρο 55 για την ανάπτυξη της κοινωνικής έρευνας, καλύπτοντας την υγεία και ασφάλεια στην εργασία.

Στην Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Κοινότητα Ατομικής Ενέργειας υπάρχει το κεφάλαιο 3 σχετικά με την προστασία

της υγείας των εργαζομένων και του κοινού από τους κινδύνους που προκύπτουν από τις ιοντίζουσες ακτινοβολίες.

Η Ενιαία Ευρωπαϊκή Πράξη διεύρυνε τις κοινοτικές ενέργειες στο πεδίο της προστασίας της υγείας και της ασφάλειας των εργαζομένων (οδηγία 89/39/ΕΟΚ για την υγεία και την ασφάλεια στον χώρο εργασίας). Προέβλεψε σχετικά: πρώην 118^A – νυν 138, πρώην 130P – νυν 174 για την προστασία το περιβάλλοντος, πρώην 100^A – νυν 95 για την εσωτερική αγορά, ενώ εγκρίθηκαν και οδηγίες για την ασφάλεια των παιχνιδιών και των προϊόντων.

Με την Συνθήκη του Μάαστριχτ, παραχωρήθηκε στην Κοινότητα νομική αρμοδιότητα στον τομέα της υγείας πρώην 3ξ – νυν άρθρο 3 παρ. 1 περ. 0 ΣΕΚ για την συμβολή της Κοινότητας για υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας, πρώην 129 – νυν 152 ΣΕΚ για την δημόσια υγεία και την πρόληψη των ασθενειών, άρθρο 3 παρ. 1 περ. τ και 129^A ΕΚ – νυν 130 για την προστασία της υγείας των καταναλωτών.

Η Συνθήκη του Άμστερνταμ στο νέο άρθρο 152, πρώην 129 αναφέρεται σε θέματα υγείας, επισημαίνοντας πως κύριος στόχος της Ευρωπαϊκής Κοινότητας είναι η επίτευξη ενός υψηλού επιπέδου υγείας των Ευρωπαίων πολιτών και η ανάπτυξη δράσεων και πολιτικών που αποβλέπουν στην βελτίωση της δημόσιας υγείας, στην πρόληψη των ασθενειών,

στην ενημέρωση και διαπαιδαγώγηση του κοινού, στην αποτροπή των κινδύνων που βλάπτουν την υγεία, στην υιοθέτηση κοινής στρατηγικής για τη δημόσια υγεία.

Όσον αφορά το παράγωγο κοινοτικό Δίκαιο στον τομέα της υγείας θεσπίστηκαν η οδηγία 2002/98/EK για τα πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας για την συλλογή, τον έλεγχο, την επεξεργασία, την αποθήκευση, την διανομή ανθρωπίνου αίματος και συστατικών του, η απόφαση 2119/98/EK για την επιδημιολογική παρακολούθηση και τον έλεγχο των μεταδοτικών ασθενειών στην Κοινότητα, η απόφαση 1786/2002/EK για την κοινοτική δράση στον τομέα της δημόσιας υγείας και η σύσταση 1999/519/EK για τον περιορισμό της έκθεσης του κοινού σε ηλεκτρομαγνητικά πεδία, ενώ πολλοί ήταν οι κανονισμοί και οι οδηγίες που αφορούν την ελεύθερη κυκλοφορία των προσώπων και των υπηρεσιών και των προϊόντων (φάρμακα και ιατρικές συσκευές).

Μπορούμε να αναφέρουμε ενδεικτικά και συνοπτικά τις οδηγίες 75/362/ΕΟΚ, 75/363/ΕΟΚ, ΕΕ L 167 30-6-1975, 86/457/ΕΟΚ – ΕΕ L 267/26 19-9-1986, 77/452/ΕΟΚ- ΕΕ L 176/1 15-7-1977, 77/453/ΕΟΚ- ΕΕ L 176/8 15-7-1977, 89/48/ΕΟΚ, 2005/36/ΕΚ-ΕΕ L 255/22 30-9-2005, 92/51/ΕΟΚ, 1999/42/ΕΚ, 73/239/ΕΟΚ- ΕΕ L 228/3 16-8-1973, 88/357/ΕΟΚ- ΕΕ L 172/1 4-

7-1988, 92/49/ΕΟΚ- ΕΕ L 228/1 11-8-1992, 65/65/ΕΟΚ –ΕΕ L 22/369 9-2-1965, 75/318/ΕΟΚ- ΕΕ L 147/1 9-6-1975 και 75/319/ΕΟΚ –ΕΕ L 147/13 9-6-1975, 93/39/ΕΟΚ, 93/40/ΕΟΚ, 93/41/ΕΟΚ, 2001/83/ΕΚ- ΕΕ L 311/67 28-11-2001, 90/385/ΕΟΚ- ΕΕ L 189/17 20-7-1990, 93/42/ΕΟΚ, 98/79/ΕΚ- ΕΕ L 331/1 7-12-1998.

Αξίζει να σταθούμε και σε μερικούς κανονισμούς, όπως για παράδειγμα ΕΚ 1408/71, 574/72- ΕΕ L 149/2 5-7-1971, ΕΕ L 74/1 27-3-1972, 1390/81, ΕΕ L 143/129-5-1981, 859/2003, ΕΕ L 124/1 20-5-2003, ΕΚ 883/2004 29-4-2004, 2377/90- ΕΕ L 2224 18-8-1990.

Στα πλαίσια της κοινωνικής πολιτικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την υγεία εκδόθηκε ο κανονισμός 1408/71 και άλλοι, προβλέφθηκε η ευρωπαϊκή κάρτα ασφάλισης υγείας, η κοινωνική προστασία και η ανοιχτή μέθοδος συντονισμού, τα προγράμματα ευρωπαϊκού κοινωνικού ταμείου, κοινωνικές και υγειονομικές υπηρεσίες κοινής ωφέλειας, υγεία και ασφάλεια στην εργασία (οδηγία 89/391/ΕΟΚ –ΕΕ L 183/1 29-6-1989, ο κανονισμός ΕΚ 1408/71 όπως αντικαταστάθηκε από αυτόν ΕΚ 883/2004).

Η Ευρωπαϊκή Ένωση ενίσχυσε την προστασία της υγείας των καταναλωτών (οδηγίες 76/768/ΕΟΚ, 79/112/ΕΟΚ, 84/450/ΕΟΚ, 92/59/ΕΟΚ απόφαση 88/378/ΕΟΚ).

Η Κοινότητα στον τομέα της κοινής πολιτικής μεταφορών παρήγαγε παράγωγο κοινοτικό Δίκαιο με στόχο την βελτίωση της ασφάλειας των μεταφορών και την μείωση των ατυχημάτων (οδηγία 95/2/ΕΚ, 2002/59/ΕΚ, 1999/63/ΕΚ, 2004/49/ΕΚ, κανονισμός ΕΚ 417/2002, ΕΚ 1406/2002).

ΕΥΡΩΠΑΙΚΟΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΕΠΙΦΟΡΤΙΣΜΕΝΟΙ ΜΕ

ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης πολλοί είναι οι οργανισμοί που δραστηριοποιούνται στον χώρο της υγείας, ασχολούμενοι με τα διάφορα θέματα που ταλανίζουν τον χώρο αυτό, σε μια προσπάθεια επίλυσης έστω και κάποιων από αυτών. Αξίζει να αναφερθούμε σε κάποιους από αυτούς με σημαντικότερους τους κάτωθι:

- Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την ασφάλεια και την υγεία στην εργασία. Ιδρύθηκε το 1996 και στοχεύει στην συλλογή, την ανάλυση, την προώθηση πληροφοριών σχετικά με την επαγγελματική ασφάλεια και την υγεία. Εδρεύει στο Μπιλμπάο της Ισπανίας.

- Εκτελεστικός Οργανισμός για το πρόγραμμα δημόσιας υγείας. Λειτουργεί από το 2005 με έδρα το Λουξεμβούργο.
- Ευρωπαϊκό Κέντρο πρόληψης και ελέγχου νόσων το οποίο και εδρεύει στην Στοκχόλμη από το 2005.
- Ευρωπαϊκή αρχή για την ασφάλεια των τροφίμων. Ιδρύθηκε το 2002 με έδρα τις Βρυξέλλες προσωρινώς και μονίμως στην Πάρμα.
- Ευρωπαϊκός Οργανισμός φαρμάκων με έδρα το Λονδίνο από το 1995.
- Ευρωπαϊκό κέντρο παρακολούθησης ναρκωτικών και τοξικομανίας από το 1993 με έδρα την Λισσαβώνα.
- Ευρωπαϊκός Οργανισμός περιβάλλοντος που λειτουργεί από το 1994 στην Κοπεγχάγη.
- Ευρωπαϊκό ίδρυμα για την βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και εργασίας. Ιδρύθηκε το 1975 με έδρα το Δουβλίνο.

Με βάση όλες τις προηγούμενες τοποθετήσεις μας θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε πως το ευρωπαϊκό κοινοτικό Δίκαιο έχει σημαντικότερη επίδραση στο Δίκαιο υγείας κάθε κράτους- μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης και βεβαίως διαπιστώνουμε πως οι κοινοτικές αρμοδιότητες σε θέματα υγείας εξελίσσονται διαρκώς και διευρύνονται.

ΚΟΙΝΟΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΕΣ ΓΙΑ
ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΟΤΕΡΑ ΓΙΑ
ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

Οι πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης αποδίδουν μεγάλη σημασία στην υγεία τους και αναμένουν να προστατεύονται από ενδεχόμενες απειλές. Η Κοινότητα καλείται να διαδραματίσει κεφαλαιώδη ρόλο και έχει την υποχρέωση να τους εξασφαλίσει υψηλό επίπεδο προστασίας.

Ο τομέας της υγείας αποτελεί πρωτίστως ευθύνη των κρατών μελών. Ο ρόλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, δυνάμει των ευρωπαϊκών Συνθηκών, συνίσταται στην ανάληψη δράσεων συμπληρωματικών στο έργο των κρατών μελών, οι οποίες παρέχουν ωστόσο ευρωπαϊκή προστιθέμενη αξία, κυρίως στον τομέα των μειζόνων απειλών για την υγεία, των προβλημάτων που έχουν διασυνοριακές ή παγκόσμιες επιπτώσεις καθώς και των προβλημάτων που συνδέονται με την ελεύθερη κυκλοφορία αγαθών, προσώπων, υπηρεσιών.

Για το σκοπό αυτό, απαιτείται διατομεακή δράση, ενώ η προστασία της υγείας πρέπει να διασφαλίζεται από όλες τις κοινοτικές πολιτικές. Για την καλύτερη προστασία της υγείας των πολιτών της Ευρώπης, η Ευρωπαϊκή ένωση οφείλει να έχει μεγαλύτερη συμμετοχή στα θέματα υγείας σε παγκόσμιο

επίπεδο. Οι κοινοτικές δράσεις δεν πρέπει να είναι αποκομμένες από την διεθνή πολιτική.

Στη διαδρομή του χρόνου οι ενέργειες των κοινοτικών οργάνων στα θέματα υγείας μέχρι την Συνθήκη του Μάαστριχτ υπήρξαν περιορισμένες. Από τα μέσα της δεκαετίας του 1980, οι Υπουργοί Υγείας των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενέτειναν τις πιέσεις προς την Επιτροπή να αναλάβει δράσεις σε επίπεδο κοινότητας. Έτσι και αναπτύχθηκαν διάφορα προγράμματα δράσης, ανάμεσα στα οποία και για την καταπολέμηση του καρκίνου.

Πρόθεσή μας δεν είναι να παρουσιάσουμε πλήρως τις κοινοτικές δράσεις και πολιτικές της Ενωμένης Ευρώπης για την προστασία της υγείας και ειδικότερα για τον καρκίνο. Θελήσαμε απλώς να αναφέρουμε μια σειρά αποφάσεων, ψηφισμάτων και λοιπών των κοινοτικών οργάνων για την προστασία του πιο πολύτιμου ίσως αγαθού της ανθρώπινης ζωής, την υγεία.

Έτσι λοιπόν μπορούμε να αναφέρουμε σχετικά:

- ✓ 41990X1231 ψήφισμα των Συμβουλίου και των αντιπροσώπων των κυβερνήσεων των κρατών μελών των συνελθόντων στα πλαίσια του Συμβουλίου 3-12-1990 σχετικά με κοινοτική δράση

στον τομέα της διατροφής και της υγείας (ΕΕ C 329 31-12-1990 σ.1 έως 3).

- ✓ 41991X1123 ψήφισμα των Συμβουλίου και Υπουργών Υγείας που συνήλθαν στα πλαίσια του Συμβουλίου 11-11-1991 σχετικά με θεμελιώδεις επιλογές στον τομέα της υγείας (ΕΕ C 304 23-11-1991 σ. 5 έως 6).
- ✓ 41993X0625 ψήφισμα των Συμβουλίου και των Υπουργών Υγείας συνερχόμενων στα πλαίσια του Συμβουλίου 27-5-1993 σχετικά με μελλοντική δράση στον τομέα της δημόσιας υγείας (ΕΕ C 25-6-1993 σ. 1 έως 3).
- ✓ 31994V 0617(01) ψήφισμα του Συμβουλίου 2-6-1994 σχετικά με το πλαίσιο κοινοτικής δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (ΕΕ C 165 17-6-1994 σ. 1 έως 2).
- ✓ 31995V 1230(02) ψήφισμα του Συμβουλίου 20-12-1995 σχετικά με την ενσωμάτωση των απαιτήσεων προστασίας της υγείας στις κοινοτικές πολιτικές (ΕΕ C 350 30-12-1995 σ.2 έως 3).

- ✓ 31996V 1211(03) ψήφισμα του Συμβουλίου 12-1-1996 σχετικά με την ενσωμάτωση απαιτήσεων προστασίας της υγείας στις κοινοτικές πολιτικές (ΕΕ C 374 11-12-1996 σ. 3 έως 4).
- ✓ 31997V 1230(01) 4-12-1997 όσον αφορά την έκθεση σχετικά με την κατάσταση της υγείας των γυναικών στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα (ΕΕ C 30-12-1997 σ. 1 έως 2).
- ✓ 31998V0604(01) συμπεράσματα του Συμβουλίου 30-4-1998 σχετικά με την ένταξη των απαιτήσεων προστασίας της υγείας στις πολιτικές της Κοινότητας (ΕΕ C 169 4-6-1998 σ. 1 έως 1).
- ✓ 31998V1215(01) συμπεράσματα του Συμβουλίου 26-11-1998 για το μελλοντικό πλαίσιο κοινοτικής δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας(ΕΕ C 390 15-12-1998 σ. 1 έως 2).
- ✓ 31999V0715(01) ψήφισμα του Συμβουλίου 8-6-1999 για μελλοντική κοινοτική δράση στον τομέα της δημόσιας υγείας (ΕΕ C 200 15-7-1999 σ.1 έως 2).
- ✓ 32000V0324(02) ψήφισμα του Συμβουλίου 18-11-1999 για εξασφάλιση της προστασίας της υγείας σε

όλες τις κοινοτικές πολιτικές και δραστηριότητες (ΕΕ C 24-3-2000 σ. 3 έως 3).

- ✓ 32000V0731(03) ψήφισμα του Συμβουλίου 29-6-2000 σχετικά με την δράση για τους καθοριστικούς για την υγεία παράγοντες (ΕΕ C 31-7-2000 σ. 8 έως 9).
- ✓ 32001V0123(01) ψήφισμα του Συμβουλίου 14-12-2000 για την υγεία και την διατροφή (ΕΕ C 20 23-1-2001 σ. 1 έως 2).
- ✓ 32002D1786 απόφαση αριθμ. 1786/2002/ΕΚ των Κοινοβουλίου και Συμβουλίου 23-9-2002 για την θέσπιση προγράμματος κοινοτικής δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (2003-2008) Δήλωση Επιτροπής (ΕΕ L 271 9-10-2002 σ.1 έως 12).
- ✓ 32004R 0851 κανονισμός ΕΚ αριθμ. 851/2004 των Κοινοβουλίου και Συμβουλίου 21-4-2004 για την ίδρυση του Ευρωπαϊκού Κέντρου πρόληψης και ελέγχου των νόσων (ΕΕ L 142 30-4-2004 σ.1 έως 11).
- ✓ 32007D 0103 2007/103/ΕΚ απόφαση της Επιτροπής 12-2-2007 για τον καθορισμό γενικών αρχών και κριτηρίων για την επιλογή και χρηματοδότηση των

ενεργειών του προγράμματος 'δημόσια υγεία' (EE L 46 16-2-2007 σ. 45 έως 50).

- ✓ 32007D 0602 2007/602/EK απόφαση της Επιτροπής 5-9-2007 για την σύσταση ομάδας διαλόγου των ενδιαφερομένων μερών στους τομείς της δημόσιας υγείας και προστασίας των καταναλωτών (EE C 6-9-2007 σ. 13 έως 15).
- ✓ 32007D1350 απόφαση αριθμ. 1350/2007/EK των Κοινοβουλίου και Συμβουλίου 23-10-2007 που αφορά την θέσπιση προγράμματος κοινοτικής δράσης στον τομέα της υγείας για την περίοδο 2008-2013 (EE L 301 20-11-2007 σ. 3 έως 13).
- ✓ Η Επιτροπή 2-7-2008 εγκρίνει πρόταση οδηγίας για τα δικαιώματα των ασθενών στην διασυνοριακή περίθαλψη (IP/08/1080 Βρυξέλλες) καθώς επίσης και ανακοίνωση για την βελτίωση της συνεργασίας των κρατών μελών στον ίδιο τομέα και έκθεση της Ευρωπαϊκής Ένωσης (IP/08/827 Βρυξέλλες 29-5-2008) για την αποτελεσματικότητα της απαγόρευσης της διαφήμισης προϊόντων καπνού.
- ✓ Η Επιτροπή λαμβάνει μέτρα για την βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών στην Ευρώπη 15-12-2008.

- ✓ Η Ευρώπη δρομολογεί δημόσια διαβούλευση σχετικά με το μέλλον των εργαζομένων στον τομέα της υγείας στην Ευρώπη.

Ειδικότερα όσον αφορά τον καρκίνο δεν θα μπορούσαμε να μην μνημονεύσουμε κάποιες από τις ενέργειες των κοινοτικών οργάνων για τον καρκίνο, με σημαντικότερες πρωτοβουλίες τους:

- ✓ Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο προώθησε πολλά ψηφίσματα στον τομέα της υγείας, μεταξύ των οποίων και τον Ευρωπαϊκό χάρτη των δικαιωμάτων των νοσηλευόμενων ασθενών (EE C 46, 20-2-1984).
- ✓ 41986Χ0723(04) ψήφισμα των Κοινοβουλίου και αντιπροσώπων των κυβερνήσεων των κρατών μελών των συνελθόντων στα πλαίσια του Συμβουλίου 7-7-1986 σχετικά με ένα πρόγραμμα δράσης των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων κατά του καρκίνου (86 C 184/05, EE C 184 23-7-1986 σ. 19 έως 20), το οποίο καθόριζε τους στόχους του προγράμματος και όριζε τις ενέργειες που έπρεπε να εξεταστούν κατά προτεραιότητα και εξέφραζε παράλληλα την συμφωνία τους για ανακήρυξη του έτους 1989 ως έτους ενημέρωσης για τον καρκίνο.

- ✓ 31994V 0118(01) ψήφισμα του Συμβουλίου 13-12-1993 σχετικά με τους μελλοντικούς προσανατολισμούς του προγράμματος 'Η Ευρώπη κατά του καρκίνου' μετά την αξιολόγησή του για το διάστημα 1987-1992 (ΕΕ C 15 18-1-1994 σ. 1 έως 4).
- ✓ 31996D0469 96/469/ΕΚ απόφαση της Επιτροπής 30-7-1996 για την σύσταση συμβουλευτικής επιτροπής για την πρόληψη του καρκίνου (ΕΕ L 192 2-8-1996 σ.31 έως 32).
- ✓ 32003H0878 σύσταση του Συμβουλίου 2-12-2003 σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου (ΕΕ L 327 16-12-2003 σ. 34 έως 38).
- ✓ Ψήφισμα του Κοινοβουλίου 18-10-2006 σχετικά με τον καρκίνο του μαστού.
- ✓ Ψήφισμα του Κοινοβουλίου 2-4-2008 για την καταπολέμηση του καρκίνου στην διευρυμένη Ευρωπαϊκή Ένωση καθώς επίσης και αντίστοιχο ψήφισμα (B6 0000/2007).
- ✓ 6^ο ετήσιο ευρωπαϊκό εκπαιδευτικό μάθημα προάσπισης κατά του καρκίνου του μαστού 9-11-2007 Μιλάνο, Esmo Cancer Patient advocacy forum, Βρυξέλλες 26, 27-11-2007.

- ✓ Από τα μέσα της δεκαετίας του 1980 έως τις αρχές της δεκαετίας του 1990 η Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή διατύπωσε την γνώμη της για θέματα υγείας, συμπεριλαμβανομένων και του επαγγελματικού καρκίνου και προώθησε προγράμματα δράσης για την πρόληψη του καρκίνου. Ενέκρινε επίσης η ενλόγω Επιτροπή και το πρόγραμμα Ευρώπη κατά του καρκίνου για τις περιόδους 1987-1989, 1990-1994 και 1995-1999 (απόφαση των Συμβουλίου και εκπροσώπων των κυβερνήσεων των κρατών μελών στο Συμβούλιο αριθμ. 88/35/ΕΟΚ 21-6-1988, ΕΕ L 160/52, 28-6-1988, απόφαση του Συμβουλίου 17-5-1990, ΕΕ L 137, 30-5-1990, ΕΕ 1994, C 252/3, C 257/4).
- ✓ Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο θέσπισαν με αποφάσεις τους προγράμματα δράσης που αφορούσαν και την καταπολέμηση του καρκίνου (απόφαση 646/96/ΕΚ, ΕΕ L 95/9, 16-4-1996 όπως παρατάθηκε με την 521/2001/ΕΚ και του Συμβουλίου της 26-2-2001).
- ✓ Δημιουργία το 1990 δικτύου ανίχνευσης καρκίνου του μαστού με στόχο την επέκταση του μαστογραφικού ελέγχου σε όλη την Ευρώπη όπου

το 1992 παρουσιάζονται οι ευρωπαϊκές κατευθυντήριες γραμμές για την ποιοτική διασφάλιση του μαστογραφικού ελέγχου ανίχνευσης.

- ✓ Κατά τα έτη 2002-2006 συνεχής χρηματοδότηση και δραστηριότητα για τα ερευνητικά προγράμματα πλαισίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης σχετικά με την έρευνα του καρκίνου.
- ✓ Στις 22-1-2009 έχουμε την έκθεση της Επιτροπής που προτείνει την αύξηση του προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου στην Ευρώπη.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει αναλάβει κοινή δέσμευση για την εξασφάλιση κατάλληλου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού, του τραχήλου, του παχέος εντέρου, και του ορθού, όπως τονίζεται στην σύσταση του Συμβουλίου της 2-12-2003 σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου (2003/878/ΕΚ).

Στην πρώτη έκθεση εφαρμογής, η Επιτροπή τονίζει ότι παρόλο που σημειώθηκε μεγάλη πρόοδος στον τομέα του προσυμπτωματικού ελέγχου, τα κράτη μέλη δεν έχουν εφαρμόσει πλήρως αυτόν τον έλεγχο. Λιγότερο από το ½ του ελάχιστου συνιστώμενου αριθμού προσυμπτωματικών

ελέγχων γίνονται στην Ευρωπαϊκή Ένωση –κάθε έτος (125 εκατομμύρια εξετάσεις περίπου ετησίως).

Στα πορίσματα της εν λόγω έκθεσης συγκαταλέγονται τα κάτωθι: α) για τον καρκίνο του μαστού μόνο σε 22 κράτη μέλη λειτουργούν ή τίθενται σε εφαρμογή προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου βάσει πληθυσμού β) για τον καρκίνο του τραχήλου μόνο σε 15 κράτη μέλη και γ) για τον καρκίνο του παχέος εντέρου μόνο σε 12 κράτη μέλη.

Η Επιτροπή σκοπεύει να δημιουργήσει το 2009 μια ευρωπαϊκή εταιρική σχέση με σκοπό την δράση εναντίον του καρκίνου, συγκεντρώνοντας τα σχετικά ενδιαφερόμενα μέρη σε όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση σε μια συλλογική προσπάθεια για την αντιμετώπιση του καρκίνου. Η εταιρική σχέση θα υποστηρίξει τα κράτη μέλη στις προσπάθειές τους για πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση του καρκίνου.

Η Επιτροπή σχεδιάζει ακόμη να επιταχυνθεί η διαδικασία έγκρισης φαρμάκων, πριν να είναι πολύ αργά για χιλιάδες ασθενείς με καρκίνο. Στο πλαίσιο δέσμης μεταρρυθμίσεων η Επιτροπή έχει προτείνει μέτρα για να βοηθήσει τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Αξιολόγησης Φαρμάκων για ταχύτητα στην έγκριση νέων φαρμάκων και θεραπειών.

Είναι λοιπόν προφανές ότι η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει θέσει ισχυρές βάσεις για τον συντονισμό και την βελτίωση της έρευνας, της πρόληψης, της αντιμετώπισης και της θεραπείας για παράδειγμα του καρκίνου του μαστού, με στόχο την σημαντική μείωση των ποσοστών θνησιμότητας σε όλη την επικράτειά της.

Δυστυχώς όμως, οι αποκλίσεις που χαρακτηρίζουν εν γένει τα κράτη μέλη στον τομέα των υπηρεσιών υγείας ισχύουν και στην περίπτωση του καρκίνου. Απόδειξη ότι μέχρι σήμερα μόνο 10 από τα 25 κράτη μέλη της Ένωσης έχουν λάβει μέτρα, εφαρμόζοντας τις ευρωπαϊκές κατευθυντήριες γραμμές, προκειμένου να διασφαλιστεί η ποιότητα για παράδειγμα στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού, της μαστογραφίας.

Εν προκειμένω επιβάλλεται να τονιστεί ότι η πρόοδος για την επιζητούμενη ποιότητα όσον αφορά τον καρκίνο, δεν εξαρτάται μόνο από την αφοσίωση των λειτουργών υγείας, αλλά και από την βούληση και το θάρρος των πολιτικών και των υπηρεσιών διοίκησης να λάβουν σωστές αποφάσεις και να προωθήσουν τις απαραίτητες στρατηγικές.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

ΠΑΓΚΟΣΜΙΩΣ

Στόχος αυτής της ενότητας είναι να παρουσιάσουμε τα στοιχεία που προκύπτουν από στατιστικές έρευνες και μελέτες για τον καρκίνο σε παγκόσμιο επίπεδο, που πραγματικά είναι άκρως ανησυχητικά και μπορούν να καταγραφούν ως πολύ απαισιόδοξα, που αν δεν αλλάξουν τα πράγματα με την εφαρμογή νέων πολιτικών υγείας από όλα τα κράτη της οικουμένης και κυρίως αν δεν υιοθετηθούν νέες συμπεριφορές και στάσεις ζωής για μια καλύτερη ποιότητα ζωής από τους ίδιους τους πολίτες, τότε η κατάσταση δεν φαίνεται να μεταβάλλεται προς το καλύτερο.

Η Αμερικανική Εταιρεία Καρκίνου ανακοίνωσε ότι κάθε μέρα για το έτος 2007 πέθαναν από καρκίνο παγκοσμίως 20.000 άνθρωποι, ήτοι 7,6 εκατομμύρια περίπου θάνατοι, ενώ κατά το ίδιο έτος 12,3 εκατομμύρια νέα κρούσματα καρκίνου διαγιγνώστηκαν. Ο καρκίνος συνιστά την 3^η πάθηση σε όρους συνολικής επιβίωσης ασθένειας, όπου ευθύνεται για το 1/5 του συνόλου των θανάτων διεθνώς. Ο απόλυτος αριθμός θανάτων από καρκίνο συνεχώς και θα αυξάνεται λόγω της σταδιακής γήρανσης του πληθυσμού και της ισχυρής σύνδεσης μεταξύ κινδύνου καρκίνου και ηλικίας, αλλά και λόγω της αλλαγής συμπεριφορών υγείας. Τα νέα περιστατικά καρκίνου

σε ετήσια βάση αναμένεται να αυξηθούν σε περίπου 15 εκατομμύρια μέχρι το 2020.

Με βάση τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 2020 οι θάνατοι από καρκίνο θα ξεπεράσουν τα 10 εκατομμύρια ενώ νέες περιπτώσεις της νόσου θα αγγίξουν τα 16 εκατομμύρια.

Οι πιο γνωστές αιτίες θανάτου από καρκίνο παγκοσμίως είναι: του πνεύμονα με 1,3 εκατομμύρια θανάτους το χρόνο, του στομάχου με 1 εκατομμύριο, του ήπατος με 662.000, του παχέος εντέρου με 665.000 και του μαστού με 502.000 θανάτους το χρόνο.

Οι πιο συχνές αιτίες θανάτου παγκοσμίως στους άνδρες είναι ο καρκίνος του πνεύμονα, του στομάχου, του ήπατος, του παχέος εντέρου του οισοφάγου και του προστάτη, ενώ στις γυναίκες του μαστού, του πνεύμονα, του στομάχου, του παχέος εντέρου και της μήτρας.

Τις τελευταίες δεκαετίες έχουν αυξηθεί παγκοσμίως τα ποσοστά επιβίωσης από καρκίνο εκτός αυτών του πνεύμονα, του παγκρέατος, του ήπατος. Η 5ετής επιβίωση κυμαίνεται περίπου 30% με 60%.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Αφού είδαμε προηγουμένως τι συμβαίνει σε παγκόσμιο επίπεδο, δυστυχώς δεν μπορούμε να πούμε πως τα πράγματα είναι καλύτερα σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης ή πως διαφαίνεται στον ορίζοντα κάποια νότα αισιοδοξίας για την Ευρώπη.

Ανησυχητική αύξηση παρουσιάζει τα τελευταία χρόνια ο καρκίνος στην Ευρωπαϊκή Ένωση, όπου υπάρχουν 3 εκατομμύρια νέα κρούσματα και 1,7 εκατομμύρια θάνατοι. Κάθε χρόνο ο καρκίνος αποτελεί την 2^η πιο σημαντική αιτία θανάτου και νοσηρότητας στην Ευρώπη.

Χωρίς αποτελεσματικές παρεμβάσεις, ο καρκίνος θα αυξηθεί δραματικά. Η πρόληψη και ο έλεγχος των πολιτικών μπορούν να αποφέρουν σημαντικά οφέλη στην μάχη κατά του καρκίνου. Γι' αυτό η Σλοβενία κατά την διάρκεια της προεδρίας του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης (1^ο εξάμηνο 2008) αποφάσισε να επικεντρωθεί σε μια από τις βασικές προτεραιότητες, δηλαδή την δημόσια υγεία και δη τον καρκίνο, όπου και υπήρξε ανασκόπηση της τρέχουσας κατάστασης περί ελέγχου του καρκίνου στην Ευρωπαϊκή Ένωση με στόχο να παραχθούν συστάσεις πολιτικής γι' αυτούς

που ασχολούνται με την πρόληψη, την διαχείριση και την ανακούφιση από τον καρκίνο.

Στην Ευρώπη το 2006 πέθαναν 1,7 εκατομμύρια άνθρωποι (56% άνδρες και 44% γυναίκες) ενώ 3,2 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις διαγνώστηκαν, το 2004 είχαμε 2.886.800 περιπτώσεις καρκίνου και 1.711.000 θανάτους από καρκίνο, ενώ το 2002 10,9 εκατομμύρια άνθρωποι διαγνώστηκαν με καρκίνο. Η πιο συχνή μορφή καρκίνου είναι του πνεύμονα 13,3%, του παχέος εντέρου 13,2%, του μαστού 13%. Οι θάνατοι από καρκίνο προέρχονται από αυτόν του πνεύμονα 341.800, του παχέος εντέρου 203.700, του στομάχου 137.900, του μαστού 129.900. Το 54% των νέων περιπτώσεων καρκίνου ανήκει στους άνδρες και το 46% στις γυναίκες, ενώ το ποσοστό θανάτων για τους άνδρες είναι 56% και για τις γυναίκες 44%.

Σχετικά με τον καρκίνο των πνευμόνων, του στομάχου, των εντερικών, του ήπατος, των λεμφωμάτων και λευχαιμίας συναντώνται υψηλότερες τιμές στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη. Στην Ουγγαρία, Πολωνία, λόγω της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ και καπνού υψηλά είναι τα ποσοστά καρκίνου του στόματος και του λάρυγγα. Όσον αφορά στις γυναίκες τα ποσοστά είναι υψηλότερα στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη για την ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου

της μήτρας και του στομάχου. Η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου μειώνεται στην Δυτική Ευρώπη.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση κάθε μέρα 6.000- 9.000 ευρωπαίοι πολίτες διαγιγνώσκονται με καρκίνο και 3.185 πεθαίνουν από αυτόν, ενώ σύμφωνα με επίσημα στοιχεία κάθε 2,5 λεπτά μια γυναίκα διαγιγνώσκεται με καρκίνο του μαστού και κάθε 7,5 λεπτά μια γυναίκα πεθαίνει από την νόσο. Σε όλες πάντως τις χώρες της Ευρώπης έχουμε μια πτώση του ποσοστού των περιπτώσεων καρκίνου του στομάχου.

Σήμερα η 5ετής επιβίωση των καρκινοπαθών στην Ευρώπη κυμαίνεται μεταξύ του 25% και του 50%. Ο ευρωπαϊκός μέσος όρος προσαρμοσμένος σε 5ετή επιβίωση για την περίοδο 2000-2002, ήταν υψηλός για τον καρκίνο των όρχεων 97,3%, του μελανώματος 86,1%, του θυροειδούς 83,2%, της νόσου Hodgkin 81,4%, του μαστού 79%, του ενδομητρίου 78%, ενώ ήταν χαμηλός για τον καρκίνο του στομάχου 24,9%, της χρόνιας λευχαιμίας 32,2%, της οξείας λευχαιμίας 14,8% και του πνεύμονα 10,9%.

Ο μέσος όρος επιβίωσης για τις χώρες της Βόρειας Ευρώπης είναι υψηλότερος και χαμηλότερος για εκείνες της Ανατολικής Ευρώπης. Η συνολική επιβίωση ήταν γενικά κάτω από τον μέσο όρο σε 5 χώρες της Ανατολικής Ευρώπης (Τσεχία,

Εσθονία, Σλοβακία, Σλοβενία, Πολωνία) και στις Δανία, Αγγλία, Σκωτία, Ουαλία, Μάλτα, Πορτογαλία. Η Σουηδία έχει το υψηλότερο ποσοστό επιβίωσης και η Γαλλία με την Ελβετία έχουν το υψηλότερο ποσοστό επιβίωσης μεταξύ των χωρών της Δυτικής Ευρώπης.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο (Αγγλία, Σκωτία, Ουαλία) η επιβίωση από όλους τους τύπους καρκίνου είναι κάτω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Για τους άνδρες 33%-37% έναντι 38% του ευρωπαϊκού μέσου όρου, ενώ για τις γυναίκες 47%-51% έναντι 52% του ευρωπαϊκού μέσου όρου. Έχει όμως το Ηνωμένο Βασίλειο υψηλότερα ποσοστά από τον μέσο όρο για τον καρκίνο των όρχεων, το μελάνωμα και την νόσο hodgkin.

Παραπάνω αναφερθήκαμε σε στοιχεία για τον καρκίνο σε επίπεδο Ευρώπης ενώ στην συνέχεια κρίναμε σκόπιμο να παρουσιάσουμε και κάποια από τα προβλήματα που σχετίζονται με αυτόν μεταξύ των διαφόρων κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Σχετικά τώρα με την προσφορά και την διαθεσιμότητα των ογκολογικών θεραπειών και ειδικών μεταξύ των ευρωπαϊκών κρατών διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές σε μια μεγάλη έρευνα που διεξήχθη από την ομάδα MOSES Task force της ESMO, τα αποτελέσματα της οποίας δημοσιεύτηκαν

σε ειδικό report και παρουσιάστηκαν σε ένα special symposium κατά την διάρκεια συνεδρίου στην Κωνσταντινούπολη.

Αναδείχθηκαν σημαντικές διαφορές τόσο στην πρόσβαση σε αντινεοπλασματικές θεραπείες, όσο και στην χειρουργική αντιμετώπιση, ακτινοθεραπεία, ακόμη και στο βασικό δικαίωμα των ασθενών να λαμβάνουν πληροφορίες για την θεραπεία τους.

Σε χώρες όπως η Αγγλία, Ιρλανδία, Δανία υπάρχουν μικροί αριθμοί ειδικών ανά 1.000.000 κατοίκους, ενώ σε πολλές χώρες η κλινική ογκολογία δεν είναι ακόμη αναγνωρισμένη σαν ξεχωριστή ειδικότητα. Στις περισσότερες χώρες υπάρχουν εθνικές εταιρείες ογκολογίας. Μόνο στο 35% των ευρωπαϊκών χωρών η χορήγηση αντινεοπλασματικής θεραπείας γίνεται από μια μόνο ειδικότητα.

ΤΙ ΕΙΝΑΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΠΟΙΑ Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ

Αποφασίσαμε έπειτα να εξετάσουμε τι είναι αυτό που όλοι μας φοβόμαστε και ευχόμαστε ποτέ να μην μας συμβεί,

αλλά και να διερευνήσουμε όσο μπορούμε από τις πηγές της ιστορίας από που ξεκίνησε αυτό το κακό που λέγεται καρκίνος.

Κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται στην Ευρώπη 3,2 εκατομμύρια καρκίνοι, κυρίως του μαστού, του παχέος εντέρου, του ορθού και του πνεύμονα. Παρά την πρόοδο που σημειώνεται στην έρευνα και την θεραπεία της ασθένειας αυτής, ο καρκίνος παραμένει σοβαρή μάστιγα για την υγεία. Η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει αναλάβει πρωτοβουλίες σε διάφορα επίπεδα για να σώσει ζωές αλλά και για να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών. Ο καρκίνος δεν είναι απλά υπόθεση κάθε κράτους αλλά μια πρόκληση ευρωπαϊκών διαστάσεων στον τομέα της υγείας.

Πολλοί άνθρωποι φοβούνται τον καρκίνο, ίσως επειδή τον θεωρούν ανίατη ασθένεια. Όμως η αλήθεια είναι ότι αν και ο καρκίνος παραμένει μια σοβαρή πάθηση, δεν αποτελεί πλέον την αναπόφευκτη καταδίκη που ήταν κάποτε. Αντίθετα πρόκειται ολοένα και περισσότερο για μια ιστορία επιβίωσης. Υπολογίζεται ότι σήμερα περίπου 22 εκατομμύρια άνθρωποι στον κόσμο έχουν επιβιώσει από τον καρκίνο.

Τι είναι λοιπόν ο καρκίνος; Ο καρκίνος είναι η ανώμαλη ανάπτυξη των κυττάρων με αποτέλεσμα την δημιουργία όγκων σε διάφορα σημεία του σώματος. Είναι η υπερβολική, χωρίς

προγραμματισμό ανάπτυξη κυττάρων του οργανισμού, που ήταν φυσιολογικά, μέχρι την στιγμή της έναρξης της διαδικασίας καρκινογένεσης. Είναι δηλαδή μια ασθένεια των κυττάρων. Είναι μια κατηγορία ασθενειών ή διαταραχών που χαρακτηρίζονται από ανεξέλεγκτη διαίρεση των κυττάρων και δυνατότητα αυτών των κυττάρων να εισβάλλουν σε άλλους ιστούς, είτε από την άμεση αύξηση στον παρακείμενο ιστό μέσω εισβολής, είτε από την εμφύτευση σε απόμακρες περιοχές μέσω μετάστασης. Ο καρκίνος συνήθως δεν επηρεάζει μόνο ένα όργανο του σώματος και δεν έχει μια μορφή.

Ο Ιπποκράτης ήταν ο αυτός που έδωσε στην πάθηση του καρκίνου το όνομά της και αυτός που την ανακάλυψε. Έτσι ο Ιπποκράτης παρομοίασε τον όγκο που προκαλεί ο καρκίνος με την εικόνα του κάβουρα. Παρόλο που οι αρχαίοι Έλληνες χρησιμοποίησαν πρώτοι τον όρο καρκίνος για την νόσο αυτή, φαίνεται ο καρκίνος να εντοπίζεται σε ακόμη παλαιότερες περιόδους όπως ένας τύπος καρκίνου των οστών, το οστεοσάρκωμα που βρέθηκε σε οστά κεφαλής και αυχένα σε μούμιες στην αρχαία Αίγυπτο με σχετική περιγραφή της σε πάπυρο του 1600 π.Χ. καθώς επίσης και στην ουρά δεινοσαύρου.

Είχε αποτελέσει αντικείμενο αναφοράς και κατά τους βυζαντινούς χρόνους. Πολλοί συγγραφείς θεωρούν ότι η Αυτοκράτειρα Θεοδώρα έπασχε από καρκίνο του μαστού που οδήγησε στον θάνατό της.

Το 1704 ο Valsalva υποστήριξε ότι αρχικά ο καρκίνος ήταν ένα τοπικό φαινόμενο που μπορούσε να αφαιρεθεί χειρουργικά ενώ σε πιο προχωρημένο στάδιο ο καρκίνος μπορούσε μέσω των λεμφαγγείων να μεταφερθεί αλλού στο σώμα.

Τον 19^ο αιώνα γεννήθηκε και η επιστημονική ογκολογία μέσα από την συστηματική πλέον χρήση του μικροσκοπίου και την ανάπτυξη της επιστήμης της κυτταρικής παθολογίας από τον Rudolf Virchow. Το 1915 σε πανεπιστήμιο του Τόκιο εργαστηριακά απομονώθηκαν για πρώτη φορά ο καρκίνος σε πειραματόζωα και δη στο δέρμα των ποντικών.

ΕΙΔΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΤΟΥ

Μετά λοιπόν και την μικρή μας ενότητα που αφιερώσαμε στο τι είναι καρκίνος και ποια η ιστορία του, σκεφτήκαμε πως είναι απαραίτητο να αφιερώσουμε και μια ενότητα στα

διάφορα είδη καρκίνου για την καλύτερη και πληρέστερη πληροφόρησή μας.

Υπάρχουν πάνω από 200 διαφορετικά είδη καρκίνου που δεν αντιμετωπίζονται όλοι με τον ίδιο τρόπο. Τα νεοπλάσματα διακρίνονται σε καλοήθη και κακοήθη. Οι πιο συνηθισμένες μορφές καρκίνου είναι του πνεύμονα, του εντέρου, του ήπατος, των ωοθηκών, της ουροδόχου κύστεως, του στομάχου, του οισοφάγου, της μήτρας, του δέρματος, του εγκεφάλου, του μαστού, του νεφρού, του προστάτη, των οστών, η λευχαιμία, το μελάνωμα, του μυελού των οστών, του παγκρέατος, του λάρυγγα, των όρχεων, του θυροειδούς και τα διάφορα λεμφώματα.

Οι παράγοντες που έχουν συσχετιστεί με την αιτιολογία και ανάπτυξη του καρκίνου είναι πολλοί. Οι κυριότεροι είναι:

- 1) Η γενετική προδιάθεση ή κληρονομικότητα, το οικογενειακό ιστορικό όπου πιθανότατα σε οικογένειες με αυξημένα περιστατικά καρκίνου υπάρχει ένα γενετικό υπόβαθρο.
- 2) Η καθιστική ζωή με το 32% του καρκίνου του παχέος εντέρου να έχει σχέση με την έλλειψη άσκησης.
- 3) Η κατανάλωση αλκοόλ σε υπερβολικές ποσότητες για την ανάπτυξη του καρκίνου της στοματικής

— κοιλότητας, του οισοφάγου, του λάρυγγα, του φάρυγγα, του μαστού και του ήπατος.

4) Οι μολύνσεις από ιούς και άλλους μικροβιακούς παράγοντες.

5) Η διατροφή. Τα επεξεργασμένα τρόφιμα θεωρούνται υπεύθυνα για την ανάπτυξη του καρκίνου της ουροδόχου κύστεως, η κατανάλωση κορεσμένων λιπών ζωϊκής προέλευσης σχετίζεται με την ανάπτυξη του καρκίνου του παχέος εντέρου.

6) Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες.

7) Το κάπνισμα που ευθύνεται για το 90% των θανάτων λόγω καρκίνου του πνεύμονα.

8) Οι χημικές ουσίες ή ακτινοβολίες.

9) Η έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία του ηλίου και σε ιονίζουσα ακτινοβολία ή ακτίνες Χ.

10) Η έκθεση σε καρκινογόνους παράγοντες στους χώρους εργασίας και στο περιβάλλον.

11) Η ηλικία.

ΒΑΣΙΚΟΤΕΡΟΙ ΚΑΝΟΝΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΟΥ

ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Στην παραπάνω ενότητα αναφερθήκαμε στις κυριότερες αιτίες πρόκλησης του καρκίνου, ενώ στην παρούσα θα παρουσιάσουμε τους βασικότερους τρόπους με τους οποίους μπορεί να προληφθεί ο καρκίνος, γιατί μπορεί όντως να προληφθεί.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υπολογίζει ότι κατά το 2020 θα παρουσιάζονται κάθε χρόνο 20.000.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου. Μέχρι να βρεθούν οι τεχνικές εκείνες και οι μέθοδοι που θα θεραπεύσουν ριζικά όλα τα νοσήματα φθοράς, μεταξύ των οποίων είναι και ο καρκίνος, θα πρέπει το κάθε άτομο να υποβάλλεται στον απαραίτητο προσυμπτωματικό έλεγχο.

Οι παράγοντες που συμμετέχουν στην εμφάνιση του καρκίνου είναι το κάπνισμα, η υποκινητικότητα, η παχυσαρκία, η υπερβολική κατανάλωση θερμίδων, η λήψη υψηλών ποσοτήτων λιπαρών τροφών και επεξεργασμένων σακχάρων.

Οι μισοί από τους ανθρώπους που θα αναπτύξουν καρκίνο θα χάσουν την ζωή τους από την νόσο αυτή, καθώς η διάγνωση γίνεται σε προχωρημένο στάδιο.

Η πρόληψη του καρκίνου είναι δυνατή. Για το 50% των καρκίνων γνωρίζουμε τις αιτίες που τους προκαλούν, όπως συνήθειες και τρόποι ζωής, περιβαλλοντικοί παράγοντες, διατροφή, κοινωνικές και πολιτιστικές πρακτικές. Η πρώιμη διάγνωση είναι σημαντική, γι' αυτό και η αποφυγή όλων των παραγόντων κινδύνου αποτελεί την πρωτογενή πρόληψη. Η πρόληψη λοιπόν, η ενημέρωση, η έγκαιρη αναγνώριση και διάγνωση και τα οργανωμένα προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου είναι τα μόνα όπλα των ατόμων έναντι του καρκίνου.

Αν θέλαμε να μιλήσουμε για τους βασικότερους τρόπους με τους οποίους θα μπορούσαμε να αποφύγουμε τις περισσότερες μορφές καρκίνου θα συστήναμε ως ένα πρώτο μέτρο την διακοπή του καπνίσματος. Εκτιμάται ότι 25%-30% των περιπτώσεων καρκίνου στις αναπτυγμένες χώρες σχετίζονται με το κάπνισμα. Τα οφέλη από την διακοπή του καπνίσματος είναι εμφανή σε 5 έτη και γίνονται εμφανέστερα με το πέρασμα του χρόνου. Η αποχή από το ενεργητικό και παθητικό κάπνισμα είναι σημαντική για την πρόληψη των καρκίνων του πνεύμονα, της κεφαλής, του τραχήλου, του ανωτέρω πεπτικού συστήματος και ουροδόχου κύστεως.

Ένα επόμενο βήμα είναι η πρόληψη της παχυσαρκίας και η άσκηση. Η παχυσαρκία είναι ο 2^{ος} σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για χρόνιες νόσους στις δυτικές

κοινωνίες και παρουσιάζει σχέση με τον καρκίνο του παχέος εντέρου, του μαστού (σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες), του νεφρού, του οισοφάγου και του ενδομητρίου.

Αρκετές ενδείξεις υπάρχουν και συνδέουν την παχυσαρκία με την ανάπτυξη καρκίνου της χοληδόχου κύστεως, του παγκρέατος, του τραχήλου, της μήτρας, του θυροειδούς, των ωοθηκών, του πολλαπλού μυελώματος, του μεμφώματος, Hodgkin και του επιθητικού καρκίνου του προστάτη.

Υπάρχουν επίσης στοιχεία που δείχνουν ότι η τακτική σωματική άσκηση μειώνει τον κίνδυνο για την εκδήλωση καρκίνου του παχέος εντέρου. Φαίνεται επίσης ότι συμβάλλει στην μείωση του κινδύνου για καρκίνο του μαστού, του ενδομητρίου και του προστάτη. Η τακτική σωματική άσκηση είναι απαραίτητη για την διατήρηση του φυσιολογικού βάρους, αλλά σε ορισμένους τύπους καρκίνου, φαίνεται ότι η προστατευτική της δράση είναι ανεξάρτητη από τον έλεγχο του βάρους.

Σημαντικοί επίσης παράγοντες πρόληψης του καρκίνου αποτελούν η υγιεινή διατροφή και ο περιορισμός της κατανάλωσης αλκοόλ.

Η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών απομακρύνει τον κίνδυνο ανάπτυξης διαφόρων τύπων καρκίνου και δη του παχέος εντέρου, του ορθού, του οισοφάγου, του στομάχου και του παγκρέατος. Συνιστάται μειωμένη κατανάλωση ζωικών λιπών και κρέατος και αυξημένη κατανάλωση ψαριών, ελαιολάδου, λαχανικών, φρούτων και δημητριακών.

Σύμφωνα με επιδημιολογικά δεδομένα η κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο για την ανάπτυξη καρκίνου της στοματικής κοιλότητας, του φάρυγγα, του λάρυγγα, του οισοφάγου, από πλακώδες επιθήλιο. Σχετίζεται με κίνδυνο για πρωτοπαθή καρκίνο του ήπατος, ενώ έχει παρατηρηθεί συσχετισμός του με τον ορθοκολικό καρκίνο, του μαστού και του παχέος εντέρου. Οι άνδρες δεν πρέπει να υπερβαίνουν τα 20 γραμμάρια την ημέρα (περίπου 2 ποτά) και οι γυναίκες τα 10 γραμμάρια την ημέρα.

Στην πρόληψη των διαφόρων μορφών καρκίνου συμβάλλει και η αποφυγή έκθεσης στον ήλιο και σε καρκινογόνους παράγοντες του περιβάλλοντος.

Ο ήλιος και δη οι υπεριώδεις ακτινοβολίες αποτελούν το κύριο αίτιο καρκίνου του δέρματος. Τα άτομα με ανοιχτόχρωμο δέρμα κινδυνεύουν περισσότερο, ιδίως όσοι έχουν κόκκινα μαλλιά, φακίδες και τάση να καίγονται εύκολα

από τον ήλιο. Η καλύτερη πρόληψη είναι η αποφυγή έκθεσης στον ήλιο από τις 11 π.μ. έως τις 15 μ.μ. Απαραίτητη είναι και η χρήση αντηλιακού, η οποία δεν πρέπει ωστόσο να οδηγεί σε παράταση της ηλιοθεραπείας.

Ιδιαίτερη σημασία έχει η προφύλαξη από τον ήλιο των νηπίων και των παιδιών, καθώς το έγκαυμα σε αυτές τις ηλικίες διπλασιάζει τον κίνδυνο προσβολής από μελάνωμα στην ενήλικη ζωή, όπως και η διαλείπουσα οξεία έκθεση και η ηλιακή βλάβη.

Με την αύξηση των διαφόρων τύπων καρκίνου έχουν συνδεθεί η ρύπανση της ατμόσφαιρας, τα κατάλοιπα των φυτοφαρμάκων στο πόσιμο νερό ή τις τροφές, οι διοξίνες και τα χημικά απόβλητα. Ο Ευρωπαϊκός Κώδικας κατά του καρκίνου συνιστά να εφαρμόζονται αυστηρά οι οδηγίες για την αποφυγή έκθεσης σε γνωστές καρκινογόνες ουσίες και να ακολουθούνται οι οδηγίες υγιεινής και ασφάλειας για ουσίες που είναι δυνητικά καρκινογόνες.

Τέλος σημαντική βοήθεια στην αποφυγή ανάπτυξης καρκίνου παρέχουν ο εμβολιασμός κατά ιών που προκαλούν τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και η προσεκτική παρατήρηση.

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο 2^{ος} σε συχνότητα καρκίνος που πλήττει τις γυναίκες ηλικίας 15-44 ετών στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Το κύριο αίτιο είναι η επίμονη λοίμωξη του γεννητικού συστήματος από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV). Στην Ευρώπη έχουν εγκριθεί 2 προληπτικά εμβόλια κατά τον ενλόγω ιού. Η χρήση εμβολίου συνιστάται σε όλα τα κορίτσια 12 έως 26 ετών.

Κάθε χρόνο στην Ευρωπαϊκή Ένωση καταγράφονται περίπου 30.000 περιστατικά ήπατος για την πλειονότητα των οποίων ευθύνεται η χρόνια λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας Β (HBV) και C (HCV). Την τελευταία 20ετία υπάρχει αποτελεσματικό εμβόλιο κατά του HBV αλλά τα ποσοστά κάλυψης ποικίλουν από χώρα σε χώρα. Δεδομένου ότι ο εκλεκτικός εμβολιασμός μόνο των ομάδων υψηλού κινδύνου δεν φαίνεται να αποδίδει, απαιτείται καθολικός εμβολιασμός όλων των παιδιών έναντι του HBV.

Όπως ήδη αναφέρθηκε θα πρέπει να υπάρχει προσεκτική παρατήρηση του δέρματος, του στόματος, ψηλάφηση του σώματος και οπωσδήποτε οι γυναίκες το στήθος τους, να μην γίνεται χρήση ορμονών χωρίς σαφή ιατρική ένδειξη και άριστη ιατρική παρακολούθηση καθώς και ετήσια ιατρική τακτική προληπτική εξέταση. Οι συνήθεις ανιχνευτικοί πάντως έλεγχοι είναι η εξέταση των κοπράνων, το test Παπανικολάου, η

ηλιακά εγκαύματα, πρέπει να χρησιμοποιούν προστατευτικά μέτρα σε όλη την ζωή τους.

- Εφαρμόστε αυστηρά τις οδηγίες για αποφυγή έκθεσης σε γνωστές καρκινογόνες ουσίες. Ακολουθήστε όλες τις οδηγίες υγιεινής και ασφάλειας για ουσίες που είναι δυνητικά καρκινογόνες. Ακολουθήστε τις επίσημες κρατικές οδηγίες για την προστασία από τις ακτινοβολίες. Υπάρχουν προγράμματα δημόσιας υγείας που μπορούν να αποτρέψουν την εμφάνιση καρκίνου ή να αυξήσουν τις πιθανότητες θεραπείας του.
- Οι γυναίκες από την ηλικία των 25 ετών πρέπει να υποβάλλονται σε έλεγχο για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Αυτό πρέπει να γίνεται μέσα σε προγράμματα με διαδικασίες ποιοτικού ελέγχου σύμφωνα με τις ευρωπαϊκές οδηγίες για την διασφάλιση ποιότητας στον έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.
- Οι γυναίκες από την ηλικία των 50 ετών πρέπει να υποβάλλονται σε έλεγχο για καρκίνο του μαστού. Αυτό πρέπει να γίνεται μέσα από προγράμματα με διαδικασίες

ποιοτικού ελέγχου σύμφωνα με τις ευρωπαϊκές οδηγίες για την διασφάλιση ποιότητας στον έλεγχο με μαστογραφία.

- Άνδρες και γυναίκες από την ηλικία των 50 ετών πρέπει να υποβάλλονται σε έλεγχο για καρκίνο του παχέος εντέρου. Αυτό πρέπει να γίνεται μέσα από προγράμματα με ενσωματωμένες διαδικασίες διασφάλισης ποιότητας.
- Συμμετέχετε σε προγράμματα εμβολιασμού κατά του ιού της ηπατίτιδας Β.

ΕΡΕΥΝΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

Τα περισσότερα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης ενδιαφέρονται για την έρευνα για τον καρκίνο, κάτι άλλωστε που καταδεικνύεται και από μια έρευνα που έκανε το ευρωβαρόμετρο για λογαριασμό της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, όπου και επιβεβαιώνεται το ζητηρό ενδιαφέρον που υπάρχει στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης για την έρευνα στην υγεία, την επιστήμη και την τεχνολογία. Αυτό που τραβά την προσοχή των πολιτών είναι κατά κύριο λόγο τα αποτελέσματα της ιατρικής έρευνας και οι νέες ανακαλύψεις που αφορούν

τις σημαντικότερες παθήσεις, μέσα στις οποίες είναι και ο καρκίνος.

Η ανάπτυξη της ογκολογικής αγοράς χαρακτηρίζεται από την είσοδο καινοτόμων βιοτεχνολογικών και στοχευμένων θεραπειών. Η φαρμακευτική βιομηχανία δαπανά περίπου το 15% του συνόλου του προϋπολογισμού της έρευνάς της σε έρευνα για τον καρκίνο. Το 27% του συνόλου των ερευνητικών προγραμμάτων αναφέρουν και τον καρκίνο ως θεραπευτικό τους στόχο. Υπολογίζεται ότι απαιτούνται 1,2 δισεκατομμύρια μέχρι την κυκλοφορία του βιοτεχνολογικού φαρμάκου.

Μεταξύ των ετών 1987-2004 το 8,1% του συνόλου των νέων σκευασμάτων που κυκλοφόρησαν ήταν αντικαρκινικά. Τα αντικαρκινικά σκευάσματα αντιπροσωπεύουν το 3,5% των συνολικών φαρμακευτικών πωλήσεων. Η αύξηση του αριθμού των διαθέσιμων σκευασμάτων ευθύνεται για το 50%-60% της αύξησης της επιβίωσης στα πρώτα 6 έτη μετά την διάγνωση, με αποτέλεσμα τα ποσοστά θνησιμότητας να μειώνονται σε διεθνές επίπεδο.

Η αντικαρκινική έρευνα από πλευράς βιομηχανίας είναι διπλάσια του ποσοστού των νέων αντικαρκινικών σκευασμάτων που φτάνουν στην ευρωπαϊκή αγορά και είναι 2

έως 4 φορές μεγαλύτερη της συμμετοχής των αντικαρκινικών φαρμάκων στις συνολικές φαρμακευτικές πωλήσεις.

Το Oslo Cancer Cluster πρόκειται να καταστεί ένα από τα σημαντικότερα ευρωπαϊκά κέντρα για την έρευνα του καρκίνου, ενώ σημαντικότερο επίσης κέντρο αποτελεί και η Ευρωπαϊκή Τράπεζα καρκινικών πόρων.

Στην Ευρώπη αντίστοιχα κέντρα έρευνας για τον καρκίνο υπάρχουν στην Γερμανία το Cancer Research Center, Heidelberg, στην Γαλλία και συγκεκριμένα στην Λυών το διεθνές κέντρο έρευνας για τον καρκίνο, στην Ιταλία το εθνικό ιταλικό ινστιτούτο για την έρευνα του καρκίνου, το ιταλικό ινστιτούτο για την έρευνα του καρκίνου, στην Γένοβα της Ιταλίας το εθνικό ινστιτούτο για έρευνα του καρκίνου και το ιταλικό ινστιτούτο έρευνας καρκίνου, Telescan (τηλεματικές υπηρεσίες για την έρευνα, επεξεργασία, εκπαίδευση) και η ευρωπαϊκή οργάνωση για έρευνα και θεραπεία του καρκίνου.

Υπάρχουν ακόμη η UICC διεθνής ένωση κατά του καρκίνου (Πανεπιστήμιο Βόννης), η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και ο διεθνής οργανισμός ερευνών για τον καρκίνο (IARC).

Στην Ευρώπη διατίθενται κεντρικές εγκαταστάσεις που συμβάλλουν ώστε οι ερευνητές του καρκίνου να αξιοποιούν

πλήρως τον χρόνο και τα χρήματα που τους διατίθενται. Στο κέντρο δεδομένων του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την έρευνα και την θεραπεία του καρκίνου (EORTC) 1978, που ενισχύεται από την Επιτροπή, εστιάζονται οι δραστηριότητες των ομάδων που δοκιμάζουν νέες θεραπείες για την αντιμετώπιση του καρκίνου.

ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

Σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση υπάρχουν έντονες ανισότητες στην πρόσβαση των ασθενών σε θεραπείες καρκίνου. Στην Αυστρία, Ισπανία και Ελβετία η πρόσβαση σε νέα φάρμακα είναι άμεση, ενώ στην Αγγλία περιμένουν.

Μόνο το 5% του ευρωπαϊκού συνόλου δαπανών υγείας πηγαίνει για τον καρκίνο. Τα ογκολογικά φάρμακα συμμετέχουν σε πολύ μικρό ποσοστό στη συνολική δαπάνη υγείας (0,5 της συνολικής δαπάνης), τα ογκολογικά σκευάσματα απορροφούν μόλις το 3,5% της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Η δαπάνη για ογκολογικά σκευάσματα αναλογεί μόλις στο 9% της συνολικής δαπάνης υγείας για τον καρκίνο.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Χάρη στην πρόοδο της ιατρικής σήμερα σχεδόν οι μισοί διαγνωσθέντες καρκίνοι θεραπεύονται. Για αρκετούς μάλιστα τύπους και περιπτώσεις μπορεί να μιλάμε πλέον για οριστική θεραπεία χωρίς την πιθανότητα υποτροπών. Σε αρκετές όμως περιπτώσεις ο καρκίνος δεν είναι πλήρως ιάσιμος. Για πλήρη αποθεραπεία ή επιτυχή αντιμετώπιση θα πρέπει η θεραπεία να αρχίσει το συντομότερο δυνατό μετά την διάγνωση (επιβίωση πάνω από 5 έτη στους ενήλικες από την διάγνωση και πάνω από 2 έτη στα παιδιά).

Για πολλά χρόνια οι τρεις βασικές μέθοδοι για την αντιμετώπιση του καρκίνου είναι η χειρουργική θεραπεία, η χημειοθεραπεία και οι ακτινοβολίες. Πρόσφατες μέθοδοι είναι η βιολογική θεραπεία και η ορμονοθεραπεία.

Οι στρατηγικές για την ήττα του καρκίνου προχωρούν. Η υπόθεση των ογκογονιδίων, η ανακάλυψη των ογκοκατασταλτικών και η εφαρμογή της τεχνολογίας του ανασυνδυασμένου DNA είναι μερικές από τις προόδους που προκαλούν επανάσταση στην κατανόηση και θεραπεία του καρκίνου. Το μέλλον υπόσχεται πολλά για την εφαρμογή αυτών των νέων πληροφοριών στη διάγνωση, τη θεραπεία και την πρόληψη αυτής της νόσου.

— Η θεραπεία του καρκίνου σήμερα χαρακτηρίζεται από πολλαπλότητα στις επιλογές και την ανάγκη συνεργασίας μεταξύ περισσότερων λειτουργικών ομάδων. Η πρόοδος στην μοριακή ιατρική επέτρεψε την ανάπτυξη νέων θεραπευτικών παραγόντων με ηπιότερες ανεπιθύμητες ενέργειες που στοχεύουν σε συγκεκριμένους μηχανισμούς της ασθένειας.

Η περαιτέρω βελτίωση των διαγνωστικών μεθόδων και προγραμμάτων ενίσχυσε τον έγκαιρο εντοπισμό των όγκων, την αύξηση των ποσοστών ίασης και την καλύτερη πρόγνωση. Η εισαγωγή αριθμού νέων θεραπευτικών εκδόχων και υποστηρικτικών θεραπειών βελτίωσε σημαντικά την ποιότητα της ζωής των ασθενών, παρατείνοντας σημαντικά την επιβίωσή τους, ανατρέποντας τελικά την πορεία της νόσου. Ενώ τέλος με την gene/protein expression analyses των όγκων αναμένεται βελτίωση της καταλληλότητας της προσφερόμενης θεραπείας για κάθε συγκεκριμένο ασθενή.

ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΕΥΡΩΠΑΙΩΝ
ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας έως το 2015, 15.000.000 άτομα θα πάσχουν από καρκίνο εκ των οποίων το 30%-40% θα υποφέρει από πόνο στα αρχικά στάδια της νόσου και 80%-90% στα τελικά στάδια. 1 στους 5 παγκοσμίως 40-60 ετών υποφέρει σήμερα από μέτριο έως έντονο χρόνιο πόνο, 1 στους 3 είναι ανίκανος λόγω του πόνου να ζήσει ανεξάρτητη ζωή, 1 στους 4 έχει διαταραγμένη ή κατεστραμμένη σχέση με συγγενείς και φίλους λόγω του πόνου.

Για την ανακούφιση λοιπόν από τον πόνο το 1/3 των ευρωπαϊκών καρκινοπαθών χρησιμοποιεί συμπληρωματικές ή εναλλακτικές θεραπείες, σύμφωνα με μελέτη που δημοσιεύεται στο επιστημονικό έντυπο European Oncology Nursing Society.

Ερευνητική ομάδα του Πανεπιστημίου του Μάντσεστερ με επικεφαλής τον Δρ. Άλεξ Μολασσιότη σε συνεργασία με ευρωπαίους ειδικούς από 14 χώρες συγκέντρωσε στοιχεία για σχεδόν 1000 καρκινοπαθείς όπου και διαπιστώθηκε ότι τα βότανα ήταν η πιο δημοφιλής εναλλακτική θεραπεία και μετά ακολουθούσαν η ομοιοπαθητική και τα συμπληρώματα βιταμινών και μετάλλων. Συνολικά καταγράφηκαν 58 διαφορετικά εναλλακτικά και συμπληρωματικά σκευάσματα.

Στο Ισραήλ, τη Δανία, την Ιταλία την Ισπανία, την Ελλάδα και την Ισλανδία οι ασθενείς χρησιμοποιούσαν και θεραπείες με εκκλησιαστικό υπόβαθρο.

Οι εναλλακτικές θεραπείες ήταν περισσότερο δημοφιλείς μεταξύ των πασχόντων από καρκίνο του παγκρέατος, του ήπατος, των οστών και του εγκεφάλου.

Οι καρκινοπαθείς χρησιμοποιούσαν τις εναλλακτικές μορφές θεραπείας κατά μέσο όρο 27 μήνες για την βελτίωση της σωματικής και συναισθηματικής τους κατάστασης και την ενίσχυση της ικανότητάς τους να καταπολεμήσουν την ασθένεια. Οι ασθενείς έκαναν συνδυασμό περισσότερων από μια θεραπείας, όπως για παράδειγμα βοτανοθεραπεία με ομοιοπαθητική ή τεχνικές χαλάρωσης.

ΕΥΡΩΠΑΙΚΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

Σε ευρωπαϊκό αλλά και σε διεθνές επίπεδο έχει σταδιακά δημιουργηθεί ένα κίνημα ασθενών με καρκίνο για την διεκδίκηση των δικαιωμάτων τους.

Δικαιώματα που αφορούν στην έγκαιρη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλο τον πληθυσμό, στην πληροφόρηση

με σωστό τρόπο για την διάγνωση του καρκίνου, στην ολιστική υποστήριξη από διεπιστημονική ομάδα για την συμμετοχή στις αποφάσεις για τις θεραπευτικές επιλογές, την συμμετοχή στην χάραξη πολιτικών για τον καρκίνο, στην εξασφάλιση της πρόσβασης όλων στην έγκαιρη και κατάλληλη θεραπεία, την πρόσβαση στην πληροφορία για ερευνητικά πρωτόκολλα και πλήθος άλλων.

Οι διεκδικήσεις αυτές άλλες φορές καλύπτονται από την ομπρέλλα του είδους του καρκίνου η Eurora Donna για τον καρκίνο του μαστού, η Eurora Uomo για τον καρκίνο του προστάτη, ενώ κάποιες άλλες όπως European Cancer Patient Coalition (ECPC) πιέζουν σε πολιτικό επίπεδο για αλλαγή και δημιουργία πολιτικών για τον καρκίνο συνολικά σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο. Οι διεκδικήσεις των ασθενών με καρκίνο εκφράζονται μέσω των οργανώσεών τους.

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο οι διεκδικήσεις των ασθενών με καρκίνο παρουσιάζονται από πανευρωπαϊκές οργανώσεις που αναφέρονται στο είδος, όπως ήδη ειπώθηκε, του καρκίνου (Eurora donna, Eurora uomo, European myeloma platform, Global Lung Cancer Coalition για τον καρκίνο του πνεύμονα, International Brain Tumour Alliance για τους όγκους του εγκεφάλου ή από οργανώσεις που εκπροσωπούν ασθενείς και σχετικά θέματα για όλες τις μορφές καρκίνου ή όλες τις

ασθένειες (ECPC- European Cancer Patient Coalition, EPF European patients forum, ELF European Lung foundation, ECL European Cancer leagues, IAPO (international association of patient organizations) που λειτουργούν περισσότερο σε πολιτικό επίπεδο για αλλαγή υπαρχουσών και δημιουργία νέων πολιτικών για τον καρκίνο συνολικά σε εθνικό μέσω των οργανώσεων μελών τους και σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

Η Europa Donna (Ευρωπαϊκή Συνομοσπονδία για τον καρκίνο του μαστού) ιδρύθηκε στο Μιλάνο το 1993 με 40 χώρες μέλη, όπου όλες οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι μέλη της.

Το Myeloma euronet είναι μια διεθνής μη κερδοσκοπική οργάνωση ασθενών με πολλαπλό μυέλωμα, που ιδρύθηκε κατά την διάρκεια του 10^{ου} Συμποσίου της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Αιματολογίας στις 3-6-2005 στην Στοκχόλμη με έδρα το Βέλγιο.

Επίσης υπάρχουν και οι: OECI που είναι οργάνωση των Ευρωπαϊκών Αντικαρκινικών Ινστιτούτων για την μείωση του επιπολασμού του καρκίνου και της θνησιμότητας και για την υποστήριξη των ασθενών με καρκίνο, ELLA- European Cervical Cancer Association για τον συντονισμό του ευρωπαϊκού εκπαιδευτικού προγράμματος για την δημόσια υγεία με σκοπό

την ευαισθητοποίηση σχετικά με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και τους τρόπους πρόληψής του, ESO- European School of oncology, η σύμπραξη κατά του καπνίσματος, HEAL- Health and Environment Alliance, HFE- Health First Europe.

Τέλος στην κατεύθυνση των πρωτοβουλιών για τον καρκίνο υπάρχει και το cancerworld, όπου είναι επιστημονικό περιοδικό που δημοσιεύει η Ευρωπαϊκή Σχολή Ογκολογίας με σκοπό την μείωση του αριθμού των θανάτων από καρκίνο, ενώ έχουν δημιουργηθεί και πλήθος ιστοσελίδων σχετικά με τον καρκίνο.

ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Τα θεσμικά όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης και όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη δείχνουν ολοένα και μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τα δικαιώματα των ασθενών, όπως προκύπτει από την νέα οδηγία για τα δικαιώματα των ασθενών και την διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη και από την καμπάνια 'Η Ευρώπη για τους Ασθενείς'.

Το 2002 το Δίκτυο Citizenship Network (ACN) μαζί με άλλες 12 ευρωπαϊκές οργανώσεις πολιτών, συνέταξαν την Ευρωπαϊκή Χάρτα των Δικαιωμάτων των Ασθενών, η οποία και

διακηρύσσει 14 δικαιώματα για τους ασθενείς και τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, που έχουν στο σύνολό τους ως στόχο την εγγύηση ενός υψηλού επιπέδου προστασίας της ανθρώπινης υγείας και την εξασφάλιση υψηλής ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται από τους διάφορους εθνικούς φορείς υγείας στην Ευρώπη.

Τα δικαιώματα αυτά που βασίζονται στον Χάρτη των θεμελιωδών δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (άρθρο 35) έχουν ιδιαίτερη θέση στις σχέσεις των ευρωπαϊών πολιτών με το σύστημα υγείας αν και το επίπεδο των δικαιωμάτων διαφέρει πολύ από χώρα σε χώρα.

Τα περισσότερα από αυτά περιλαμβάνονται επίσης στα συμπεράσματα του Συμβουλίου για τις κοινές αξίες και αρχές στα συστήματα υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ιούνιος 2006). Για να ενισχυθούν αυτά τα δικαιώματα απαιτείται η συνεργασία και η δέσμευση όλων των ενδιαφερομένων μερών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης σε κάθε κράτος μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Τα 14 δικαιώματα αποτελούν την βάση των θεμελιωδών δικαιωμάτων που θα πρέπει να αναγνωρίζονται και να είναι σεβαστά σε κάθε χώρα. Σχετίζονται με υποχρεώσεις και

υπευθυνότητες που θα πρέπει να αναλάβουν οι πολίτες αλλά και όλοι οι εμπλεκόμενοι στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

Η Χάρτα εφαρμόζεται σε όλα τα άτομα, αναγνωρίζοντας το γεγονός ότι διαφορές όπως η ηλικία, το φύλο, η θρησκεία, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, μπορούν να επηρεάσουν τις ατομικές ανάγκες των υπηρεσιών υγείας.

Αναφέρουμε αναλυτικά τα 14 δικαιώματα των ασθενών στην Ευρώπη:

- ❖ Δικαίωμα της πρόληψης. Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να απολαμβάνει την παροχή των κατάλληλων υπηρεσιών προκειμένου να εμποδίσει την εμφάνιση ασθενειών.
- ❖ Δικαίωμα της πρόσβασης. Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας που απαιτεί η κατάσταση της υγείας του. Οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να εξασφαλίζουν ισότιμη πρόσβαση σε όλους χωρίς διακρίσεις ως προς την οικονομική κατάσταση, τον τόπο κατοικίας, το είδος της ασθένειας ή τον χρόνο πρόσβασης στις υπηρεσίες.
- ❖ Δικαίωμα της πληροφόρησης. Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα πρόσβασης σε κάθε είδους

πληροφόρηση σχετικά με την κατάσταση της υγείας του, τις υπηρεσίες υγείας και τον τρόπο να τις χρησιμοποιεί καθώς επίσης και σε κάθε διαθέσιμη επιστημονική έρευνα και τεχνολογική καινοτομία.

- ❖ Δικαίωμα της συγκατάθεσης. Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα της πρόσβασης σε κάθε είδους πληροφορία που μπορεί να τον βοηθήσει να συμμετέχει ενεργά στην λήψη αποφάσεων που αφορούν την υγεία του. Η πληροφόρηση αυτή αποτελεί προϋπόθεση για κάθε θεραπευτική πράξη και διαδικασία, συμπεριλαμβανομένης της συμμετοχής σε κλινικές δοκιμές.
- ❖ Δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής. Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής μεταξύ των διαφόρων θεραπευτικών διαδικασιών και παροχών υπηρεσιών υγείας κατόπιν επαρκούς πληροφόρησης.
- ❖ Δικαίωμα της εχεμύθειας και της εμπιστευτικότητας. Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να παραμένουν εμπιστευτικά τα προσωπικά του δεδομένα, συμπεριλαμβανομένων των δεδομένων που αφορούν την κατάσταση της υγείας του και δυνητικές διαγνωστικές ή

θεραπευτικές διαδικασίες καθώς επίσης και να προστατεύεται η ιδιωτικότητά του κατά την εκτέλεση διαγνωστικών εξετάσεων, επισκέψεων σε ιατρούς ειδικότητας και γενικά ιατρικών και χειρουργικών πράξεων.

- ❖ Δικαίωμα του σεβασμού του χρόνου του ασθενούς. Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να λαμβάνει την απαιτούμενη θεραπευτική αγωγή σε σύντομο και προκαθορισμένο χρόνο. Το δικαίωμα αυτό ισχύει για κάθε φάση της θεραπείας.
- ❖ Δικαίωμα της τήρησης των προδιαγραφών ποιότητας. Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας βάσει προδιαγραφών και τήρησης συγκεκριμένων προτύπων.
- ❖ Δικαίωμα της ασφάλειας. Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα απαλλαγής από βλάβη που προκαλείται από την πλημμελή λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, τα ιατρικά σφάλματα και λάθη και το δικαίωμα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και θεραπείες που πληρούν αυστηρά πρότυπα ασφάλειας.
- ❖ Δικαίωμα της καινοτομίας. Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα πρόσβασης σε καινοτόμες διαδικασίες,

συμπεριλαμβανομένων των διαγνωστικών διαδικασιών, σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα και ανεξάρτητα από οικονομικούς παράγοντες.

- ❖ Δικαίωμα της αποφυγής περιττής ταλαιπωρίας και πόνου. Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να αποφύγει όσο μπορεί την ταλαιπωρία και τον πόνο σε κάθε φάση της ασθένειάς του.
- ❖ Δικαίωμα της εξατομικευμένης θεραπείας. Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα σε διαγνωστικές ή θεραπευτικές μεθόδους σχεδιασμένες κατά το δυνατό στις ατομικές του ανάγκες.
- ❖ Δικαίωμα της έκφρασης παραπόνων. Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να εκφράσει παράπονα, οποτεδήποτε έχει υποστεί ζημία και το δικαίωμα να λάβει απάντηση ή άλλη ενημέρωση.
- ❖ Δικαίωμα της αποζημίωσης. Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να λάβει επαρκή αποζημίωση εντός λογικά σύντομου χρονικού διαστήματος, οποτεδήποτε έχει υποστεί φυσική ή ηθική και ψυχολογική ζημία από ιατρική πράξη που παρείχε μια υπηρεσία υγείας.

Τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότερο η Ευρωπαϊκή Ένωση και τα κράτη μέλη της ασχολούνται με

τα δικαιώματα των πολιτών που προσφεύγουν στις διάφορες υπηρεσίες υγείας, συντάσσοντας χάρτες ή θεσπίζοντας νόμους για την καλύτερη κατοχύρωση των δικαιωμάτων τους, τα οποία και εξαρτώνται από την ποιότητα του συστήματος υγείας και την οργάνωση της περίθαλψης αλλά και από την συμπεριφορά και συνεργασία των επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς.

Στις 14 Ιουλίου 2005, η Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή κατά το άρθρο 29 παρ. 2 του εσωτερικού Κανονισμού της, αποφάσισε να εκπονήσει γνωμοδότηση πρωτοβουλίας με θέμα τα δικαιώματα των ασθενών, που βάσει του ορισμού του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας είναι τα άτομα που προσφεύγουν στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είτε αυτά είναι υγιή είτε πάσχοντα.

Η προετοιμασία των εργασιών της εν λόγω Επιτροπής ανατέθηκε στο ειδικευμένο τμήμα 'απασχόληση, κοινωνικές υποθέσεις και δικαιώματα του πολίτη' το οποίο και υιοθέτησε την ανωτέρω γνωμοδότηση στις 17 Ιουλίου 2007 κατά την εισηγητική έκθεση του κ. Bouis. Κατά την συνεδρίαση της 26 Σεπτεμβρίου 2007, στις Βρυξέλλες, η Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή υιοθέτησε με 108

ψήφους υπέρ, καμία κατά και 2 αποχές την γνωμοδότηση που αναφέραμε παραπάνω.

Η Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή καλεί την Ευρωπαϊκή Επιτροπή να αναλάβει πρωτοβουλίες γύρω από την εφαρμογή πολιτικών υγείας που θα σέβονται τα δικαιώματα των ασθενών.

Συγκεκριμένα η Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή απαιτεί την συλλογή και συγκριτική ανάλυση των κανονιστικών και δεοντολογικών υποχρεώσεων που ισχύουν σε κάθε χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, την διατύπωση μεταθετού τρόπου κοινοτικής συμπεριφοράς, την προγραμματισμένη αξιολόγηση της εφαρμογής των κειμένων που προωθούνται και των πολιτικών που αποφασίζονται, την διάδοση των συμπερασμάτων των εργασιών στους εθνικούς φορείς, στους εκπροσώπους των κοινωνικο-επαγγελματικών κατηγοριών και των διαφόρων χρηστών και τέλος την θέσπιση ευρωπαϊκής ημέρας των δικαιωμάτων των ασθενών.

Η κατοχύρωση των δικαιωμάτων των ασθενών εντάσσεται στα δικαιώματα του ατόμου τα οποία συχνά αλληλεπικαλύπτονται. Η Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή προσυπογράφει και αναγνωρίζει τον Ευρωπαϊκό Χάρτη των δικαιωμάτων των ασθενών που

συντάχτηκε από το Active Citizenship Network το 2002, θεσπίζοντας 14 δικαιώματα. Η Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή θεωρεί ότι 3 από τα δικαιώματα εμφανίζουν εγκάρσιο χαρακτήρα ή αποτελούν προϋπόθεση για άλλα δικαιώματα.

Θα αναφερθούμε πρωτίστως στο σημαντικότερο ίσως δικαίωμα, αυτό της ενημέρωσης του ασθενούς για την κατάσταση της υγείας του και τη θεραπεία που θα ακολουθηθεί.

Κάθε πολίτης έχει αναφαίρετο δικαίωμα να ενημερώνεται από τον ιατρό του για το πρόβλημα της υγείας του, τη σοβαρότητα της κατάστασης και το είδος της θεραπείας που θα ακολουθηθεί.

Στην ιατρική υπάρχουν 2 σχολές σκέψης και δράσης γύρω από το εάν ο ιατρός θα αποκαλύψει όλη την αλήθεια ή θα αποκρύψει κάποια στοιχεία της διάγνωσης.

Κατά την αγγλική ο ιατρός πρέπει να λέει κατάμουτρα στον ασθενή τι συμβαίνει με την υγεία του, ενώ κατά την αμερικανική σχολή ο ιατρός πρέπει να ψυχολογεί τον ασθενή και να του αποκαλύπτει μόνο όσα είναι σε θέση να κατανοήσει και να αντέξει, και τα οποία δεν θα του προκαλέσουν σοβαρή βλάβη στην πνευματική του ή φυσική του υγεία.

Ο ιατρός μπορεί να αποκρύψει κάποια στοιχεία της διάγνωσης που μπορεί να επιδράσουν αρνητικά την ψυχολογία του ασθενούς, καθιστώντας τον έτσι ανήμπορο να αγωνιστεί για την επιβίωσή του. Εάν ο ασθενής δεν είναι αρκετά δυνατός και ψύχραιμος ο ιατρός θα πρέπει να βρει τον κατάλληλο τρόπο να τον ενημερώσει, χωρίς να του προκαλέσει πανικό και ανασφάλεια.

Οφείλει γενικώς ο ιατρός να πει την διάγνωση στον ίδιο τον ασθενή που εάν όμως δεν αντέχει να την ακούσει, σε πρόσωπα του οικογενειακού ή φιλικού περιβάλλοντος του ασθενούς, χωρίς να υπογράψει την καταδίκη του. Οφείλει επίσης να πει και την προτεινόμενη θεραπεία, διότι πάντα υπάρχει ο κίνδυνος εμφάνισης επιπλοκών και είναι πιθανόν ο ιατρός να βρεθεί κατηγορούμενος.

Θα πρέπει λοιπόν η ενημέρωση να είναι σαφής και πλήρης, εξατομικευμένη, ολοκληρωμένη, λεπτομερής και εμπειριστατωμένη, ειδική, αξιόπιστη και τεκμηριωμένη. Συναντώνται επίσης και περιπτώσεις που χωρούν εξαιρέσεις από την εν λόγω αρχή (λόγοι κατεπείγοντος, αδυναμία αντίληψης), ενώ όσον αφορά τον εν ζωή δότη πα πρέπει να ενημερώνεται με ιδιαίτερη προσοχή για τους κινδύνους που απορρέουν από την δωρεά οργάνων.

Κατά το κείμενο της Ευρωπαϊκής Οικονομικής και Κοινωνικής Επιτροπής η ενημέρωση θα πρέπει να αφορά την ασθένεια, την πιθανή της εξέλιξη, τις δυνατές θεραπευτικές αγωγές με τα πλεονεκτήματά τους και τους πιθανούς κινδύνους τους, τα χαρακτηριστικά των υποδομών ή των επαγγελματιών που παρέχουν τις φροντίδες, τις συνέπειες της ασθένειας και των θεραπευτικών αγωγών στη ζωή του ασθενούς.

Η ιατρική πληροφόρηση σε γενικές γραμμές λοιπόν πρέπει να περιλαμβάνει: 1) την διάγνωση της ιατρικής κατάστασης του ασθενούς και πρόγνωση αυτής, εάν τούτο είναι εφικτό, 2) την περιγραφή του σκοπού, του επιδιωκόμενου οφέλους και της πιθανότητας επιτυχίας της προτεινόμενης θεραπείας, 3) τους κινδύνους της προτεινόμενης θεραπείας (παρενέργειες, πόνοι, δυσφορία), 4) την πιθανότητα επιτυχίας και τους κινδύνους των διαφόρων μορφών θεραπείας ή μη θεραπείας.

Ουσιαστικής σημασίας είναι η προφορική ενημέρωση. Ο ιατρός σε τακτά χρονικά διαστήματα θα πρέπει να βεβαιώνεται ότι ο ασθενής κατανόησε και ικανοποιήθηκε βεβαίως από την ενημέρωση. Οι πληροφορίες να δίνονται με τρόπο ώστε να είναι κατανοητές με όσο το δυνατόν λιγότερο τεχνική

ορολογία για να αποφασίζει ελεύθερα και ανεπηρέαστα και ο διάλογος να γίνεται σε καλή πίστη.

Κατά την ενημέρωση του ασθενούς ο ιατρός οφείλει να είναι ιδιαίτερα προσεχτικός, αποφεύγοντας απόλυτες κρίσεις και υπερβολές, όπου λαμβάνονται υπόψιν μόνο το συμφέρον και η ευεξία του ασθενούς.

Κάθε ασθενής πρέπει να ενημερώνεται στην γλώσσα του και να λαμβάνονται υπόψιν οι ιδιαίτερες αναπηρίες του, το περιβάλλον. Το επίπεδο πληροφόρησης του περιβάλλοντος εξαρτάται από την κατάσταση της υγείας του ασθενούς και από την ικανότητά του να λαμβάνει τις αποφάσεις που τον αφορούν.

Το δικαίωμα της ενημέρωσης του ασθενούς συνεπάγεται την πρόσβασή του στον ιατρικό του φάκελο όπου περιέχονται στοιχεία γύρω από την κατάσταση της υγείας του, τις διαγνωστικές εξετάσεις, τις θεραπείες που εφαρμόστηκαν και τα αποτελέσματά τους είτε άμεσα είτε μέσω ενός ιατρού της επιλογής του ανάλογα με την επιθυμία του από τον οποίο και μπορεί να εφοδιάζεται με αντίγραφο του ιατρικού του αρχείου.

Ο ιατρικός φάκελος θα πρέπει να είναι προσιτός, πλήρης και σαφής. Θα πρέπει επίσης να υπάρχει η διασφάλιση ότι τα ιατρικά δεδομένα που

συγκεντρώνονται δεν θα χρησιμοποιηθούν για άλλους σκοπούς πέραν των επιδιωκόμενων. Και αυτό θα επιτευχθεί με το κατάλληλο θεσμικό πλαίσιο.

Συνιστάται επίσης να αναπτυχθούν εκστρατείες ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης με την παράλληλη οικοδόμηση εγκαταστάσεων για την διεξαγωγή εξετάσεων και την παροχή της κατάλληλης περίθαλψης.

Εξίσου σημαντικοί είναι οι όροι παροχής της ενημέρωσης μεταξύ των οποίων το Διαδίκτυο και τα τηλέφωνα των διαφόρων ενώσεων όπου ο ασθενής θα επικοινωνεί με πολλούς επαγγελματίες με το δικό του ρόλο ο καθένας να διαδραματίζει.

Μεγάλη σημασία έχει και να υπάρχει γενικότερα ενημέρωση για το σύστημα υγείας με τρόπο ώστε να γίνει πιο κατανοητό και διαφανές από τον ασθενή.

Μπορεί λοιπόν ο ασθενής να ενημερώνεται για την ταυτότητα και την επαγγελματική θέση όσων του παρέχουν φροντίδα υγείας, για τους κανονισμούς που αφορούν όρους και διαδικασίες παραμονής και παροχής φροντίδας υγείας. Μπορεί επίσης να λαμβάνει γραπτή έκθεση για την διάγνωση, την θεραπευτική αγωγή, και την κατάσταση της υγείας του κατά την απόλυσή του από το ιατρικό ίδρυμα, ενώ μπορεί να ζητήσει και να λάβει και δεύτερη ιατρική γνώμатеυση.

Σήμερα στις περισσότερες χώρες της Κεντρικής και Βόρειας Ευρώπης (Αγγλία, Γαλλία, Γερμανία, Βέλγιο, Ολλανδία, Σκανδιναβικές χώρες) η πλήρης ενημέρωση αποτελεί τον κανόνα. Στις κοινωνίες της Ανατολικής Ευρώπης η απόκρυψη της οδυνηρής αλήθειας εξακολουθεί να είναι αποδεκτή τόσο από την ιατρική κοινότητα όσο και από την οικογένεια του ασθενούς.

Τα ποσοστά των ενημερωμένων ασθενών είναι λιγότερα από ότι θα αναμένονταν και επιπλέον ποικίλουν από πολιτισμό σε πολιτισμό, από ένα γεωγραφικό διαμέρισμα σε άλλο, από νοσοκομείο σε νοσοκομείο, αλλά και από τμήμα σε τμήμα του ίδιου νοσοκομείου.

Στην Ιταλία σε μια έρευνα ασθενών φάνηκε ότι το 37% ήταν πλήρως ενημερωμένοι για την διάγνωση και τους θεραπευτικούς στόχους, το 35,2% ήταν μερικώς ενημερωμένοι ενώ το 27,8% δεν είχαν αντίληψη της νόσου. Παρόμοια ποσοστά βρίσκονται και στην ελληνική πραγματικότητα. Η πλήρης αποκάλυψη της αλήθειας φτάνει στο 89% στην Φιλανδία.

Η επιθυμία των ασθενών για πληροφόρηση γύρω από την διάγνωση, συχνά αποτελεί έκκληση για ψυχική υποστήριξη, παρά ως αναζήτηση επιπλέον πληροφόρησης. Ακόμη και η επιθυμία για

συμπληρωματική πληροφόρηση αυτών που ήδη γνώριζαν, δείχνει να καθρεπτίζει ένα τρόπο χειρισμού της αγωνίας και μια έκκληση για υποστήριξη.

Θα αναφερθούμε έπειτα σε ένα εξίσου σημαντικό δικαίωμα των ασθενών, αυτό της ελεύθερης και συνειδητής συγκατάθεσης.

Η συναίνεση του ασθενούς σε κάθε ιατρική πράξη θεμελιώνεται σε εθνικούς και κοινοτικούς κανόνες αλλά και σε διεθνείς συμβάσεις.

Η συγκατάθεση δεν αφορά συστηματικά όλες τις μελλοντικές ιατρικές πράξεις. Πρέπει να ανανεώνεται πριν από κάθε σημαντική ιατρική ή χειρουργική επέμβαση.

Η συμφωνία του ασθενούς που έχει προηγουμένως ενημερωθεί για την φύση και τους κινδύνους της ιατρικής πράξεως πρέπει να είναι ρητή, εκφρασμένη δηλαδή αντικειμενικά, ελεύθερη και ξεκάθαρη, κατά τρόπο σαφή και αναμφισβήτητο. Ο ενημερωμένος ασθενής μπορεί να συναινέσει ή να διαφωνήσει για την διαδικασία και την προτεινόμενη θεραπεία.

Όσον αφορά την πειραματική εφαρμογή μιας νέας θεραπευτικής αγωγής απαιτείται συμμετοχή στην ευθύνη και αμοιβαία εμπιστοσύνη. Η συμμετοχή ενός

ασθενούς σε πειραματική θεραπεία ή διαγνωστική πράξη μπορεί να γίνει μόνο μετά από συγκατάθεσή του.

Αν αποφασίσει να συμμετάσχει σε ερευνητικό πρόγραμμα θα πρέπει να το κάνει αφού ενημερωθεί πλήρως και κατανοητά για το είδος της θεραπείας και για τους πιθανούς κινδύνους. Η απόφασή του θα πρέπει να ληφθεί κάτω από συνθήκες ηρεμίας και κυρίως όχι κάτω από πνεύμα εκφοβισμού. Θα πρέπει επίσης να γνωρίζει ότι μπορεί να ζητήσει να αποχωρήσει όταν και εφόσον το επιθυμήσει για τους δικούς του λόγους. Οι κλινικές δοκιμές απαιτούν επιβεβαιωμένη βούληση συνεργασίας και να συνοδεύονται από πλήρη συγκατάθεση.

Η παροχή της φροντίδας υγείας χωρίς την συγκατάθεση του ασθενούς επιτρέπεται μόνο όταν ο πάσχων χρήζει αμέσου περιθάλψεως λόγω κατεπείγοντος χαρακτήρα, ή στην περίπτωση της απόπειρας αυτοκτονίας, όπου αδυνατεί λόγω πνευματικής ή φυσικής κατάστασης να εκφράσει την βούλησή του και έτσι η συγκατάθεση μπορεί να θεωρηθεί ότι έχει δοθεί και να επιβεβαιωθεί όταν ο ασθενής ανακτήσει τις νοητικές του λειτουργίες.

Επιτρέπεται επίσης να παρασχεθούν υπηρεσίες υγείας χωρίς την συναίνεση του ασθενούς και όταν δεν είναι εφικτό να εξασφαλιστεί έγκαιρα η συναίνεση του

προσώπου που έχει διοριστεί κατά νόμο για να παρέχει την συγκατάθεση, όπου θα πρέπει να θεωρείται τεκμαιρόμενη και μόνο κατ' εξαίρεση να δίνεται από άλλο πρόσωπο. Για τα ανήλικα πρόσωπα απαιτείται εξουσιοδότηση του γονέα ή άλλου προσώπου που έχει οριστεί ως κηδεμόνας. Ο ασθενής πρέπει να έχει την δυνατότητα να ορίσει έναν εκπρόσωπό του για την περίπτωση κατά την οποία δεν θα είναι ικανός μελλοντικά να εκφράζει τις προτιμήσεις του.

Υπάρχουν βεβαίως και οι εξαιρέσεις για το συμφέρον της ίδιας της υγείας ή της ζωής του ασθενούς ή ακόμα και για λόγους δημοσίου συμφέροντος και προστασίας της δημόσιας υγείας.

Η συγκατάθεση και η αποδοχή αποτελούν προϋποθέσεις για την ανάληψη των όποιων κινδύνων. Η ανύπαρκτη ή πλημμελής ενημέρωση καθιστά άκυρη την συναίνεση και στοιχειοθετεί την ποινική ή αστική ευθύνη του ιατρού.

Στην συνέχεια θα μας απασχολήσει ένα επίσης πολύ σημαντικό δικαίωμα στην ζωή του ατόμου, πόσο μάλλον στην διαδρομή του ασθενούς στο σύστημα υγείας, και δεν είναι άλλο από το δικαίωμα στην αξιοπρέπεια.

Το δικαίωμα στην αξιοπρέπεια αναγνωρίζεται σε πλήθος κειμένων όπως η Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του ανθρώπου (1948), η Ιδρυτική Συνθήκη της UNESCO (1946), η Ευρωπαϊκή Σύμβαση των δικαιωμάτων του ανθρώπου, η Συνθήκη της Νίκαιας.

Περιλαμβάνονται εδώ το δικαίωμα στην ιδιωτικότητα, το δικαίωμα για την ανακούφιση του πόνου, το δικαίωμα για ένα αξιοπρεπές τέλος της ζωής, η προστασία της ακεραιότητας του σώματος, ο σεβασμός του ιδιωτικού βίου και η αρχή της μη άσκησης διακρίσεων.

Εκδήλωση του σεβασμού της προσωπικότητας του ασθενούς αποτελεί ο σεβασμός του ιατρικού απορρήτου του που περιλαμβάνει όλες εκείνες τις πληροφορίες που αφορούν την κατάσταση της υγείας του, την ιατρική διάγνωση, την φύση της ασθένειας, την θεραπεία ή άλλες προσωπικές πληροφορίες και που περιέρχονται στην γνώση του ιατρικού ή άλλου υγειονομικού προσωπικού, καθώς επίσης και ο σεβασμός του ιδιωτικού του βίου κατά την διάρκεια της διεξαγωγής των εξετάσεων, των συνεδριών και των ιατρικών και χειρουργικών θεραπευτικών αγωγών.

Ο ασθενής απαιτείται να αντιμετωπίζεται με σεβασμό και χωρίς να αποτελεί αντικείμενο

περιφρονητικών σχολίων και στάσης εκ μέρους του υγειονομικού προσωπικού. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι ιδιαίτέρως προσεκτικοί και να σέβονται το άτομο που είναι ιδιαίτερα ευάλωτο λόγω της ασθένειάς του.

Η αναγνώριση της σημασίας του χρόνου που αφιερώνεται στην ιατρική επίσκεψη, στην ακρόαση του ατόμου, στις εξηγήσεις όσον αφορά την διάγνωση και την θεραπεία, τόσο στα ιατρεία όσο και στο νοσοκομείο, αποτελεί μέρος του σεβασμού των ατόμων.

Κάθε ιατρική πράξη ως ειδικότερη εκδήλωση της προστασίας της ακεραιότητας του ατόμου θα πρέπει να διέπεται από τον σεβασμό της σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας του ασθενούς. Παραβίαση της αρχής της αξιοπρέπειας συνιστά κάθε είδους απάνθρωπη και εξευτελιστική μεταχείριση κατά το άρθρο 3 της ΕΣΔΑ, Ρώμη 1950 (υπόθεση ΕΔΔΑ Simon Herald κατά Αυστρίας 1971).

Ο σεβασμός της ανθρώπινης αξιοπρέπειας επιβάλλει τον σεβασμό του ασθενούς και του ιδίου του ιατρού αλλά και του προσώπου που φροντίζει τον ασθενή, όπου με την δική του αξιοπρέπεια οφείλει να υποκαθιστά και την αξιοπρέπεια του ασθενούς.

Ο σεβασμός του ατόμου και του δικαιώματός του να πεθάνει αξιοπρεπώς εξαρτάται από την πρόσβαση όλων στην ανακουφιστική φροντίδα που σκοπό έχει να μειώσει τον πόνο και να διατηρήσει μια κάποια ποιότητα ζωής μέσα από την εξασφάλιση του δικαιώματος του ασθενούς να γίνονται σεβαστές οι επιλογές του έως το τέλος.

Η διαχείριση του πόνου με την βοήθεια πραγματικών μέσων, με την πρόσβαση σε ειδικευμένες δομές, την ενημέρωση και την κατάρτιση των επαγγελματιών της υγείας, την ενημέρωση των ασθενών και του περιβάλλοντός τους πρέπει να αναπτυχθεί διότι πρόκειται για τον σεβασμό του δικαιώματος κάθε ατόμου να του παρέχονται φροντίδες που θα καταπραύνουν τον πόνο.

Ο σεβασμός που οφείλεται στο άτομο συνεχίζει και μετά τον θάνατό του. Οφείλεται απόλυτος σεβασμός στις επιθυμίες και πεποιθήσεις του αποθανόντος.

Θα αναφερθούμε έπειτα σε ένα άλλο δικαίωμα με τεράστια σημασία για έναν ασθενή, αυτό της περίθαλψης για όλους.

Το δικαίωμα στην περίθαλψη για όλους περιλαμβάνει την ισοτιμία πρόσβασης και μεταχείρισης και την άμεση πρόσβαση στο σύνολο των υπηρεσιών

υγείας και των επαγγελματιών της υγείας χωρίς διακρίσεις λόγω της κοινωνικής ή οικονομικής κατάστασης του ατόμου.

Εξειδικεύεται περαιτέρω στην ισότητα ανάλογα με την φύση της θεραπείας και στην ισότητα ανάλογα με την κατάσταση της υγείας του ασθενούς.

Στην συνέχεια θα μας απασχολήσει ένα άλλο δικαίωμα υψίστης σημασίας, αυτό της ποιοτικής περίθαλψης.

Κάθε ασθενής δικαιούται να του παρέχονται οι κατάλληλες φροντίδες (υποστήριξη οικογενειών, αύξηση πόρων σε τοπικό επίπεδο για ασθενείς και συγγενείς και αποτελεσματική χρήση αυτών, συμπληρωματικές θεραπείες παράλληλα με την συμβατική θεραπεία, πρόσβαση σε πολύ-επαγγελματική ομάδα, σε εξειδικευμένες υπηρεσίες, στο σπίτι, υπηρεσίες βασισμένες στην κοινότητα, ιατρικές, κοινωνικές, ψυχολογικές υπηρεσίες) και να επωφελείται από τις καλύτερες θεραπείες και τα φάρμακα που προσφέρουν την βέλτιστη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας.

Το δικαίωμα στην ποιοτική περίθαλψη συνεπάγεται επίσης και το δικαίωμα στις διαγνωστικές εξετάσεις και την θεραπευτική αγωγή, όπου απαιτείται επένδυση σε μέσα και χρήματα και προϋποθέτει την διάθεση

επαρκούς και κατάλληλα εκπαιδευμένου προσωπικού (υψηλές τεχνικές προδιαγραφές, επίπεδα κλινικών κατάρτισης και κλινικές προδιαγραφές, προληπτική περίθαλψη και αποκατάσταση).

Συμπεριλαμβάνεται ακόμη εδώ το δικαίωμα του ασθενούς να επιλέγει ελεύθερα και να αλλάζει τους επαγγελματίες στον τομέα της υγείας, να αντιμετωπίζονται με σεβασμό και με τον καλύτερο τρόπο τα συμφέροντά του, σύμφωνα με τις ιατρικές αρχές και τις διαθέσιμες τεχνολογίες όπως επίσης και το δικαίωμά του να ανακουφίζεται από τον πόνο (υποστηρικτική και παρηγορητική αγωγή και του πόνου), σύμφωνα με την τρέχουσα κατάσταση γνώσεων και τέλος το δικαίωμα του ασθενούς στην ανθρώπινη τερματική περίθαλψη, να πεθάνει δηλαδή με αξιοπρέπεια.

Τελειώνοντας την σύντομη τοποθέτηση και ανάλυσή μας στα σπουδαιότερα από τα δικαιώματα των ασθενών δεν θα ήταν σωστό να παραλείψουμε να αναφερθούμε και στο δικαίωμα στην πρόληψη και στην ασφάλεια των φροντίδων.

Οι ασθενείς επιθυμούν να γνωρίζουν περισσότερα για τις θεραπευτικές αγωγές που τους προτείνονται, να συμμετέχουν τόσο στην προσωπική όσο και στην συλλογική προσπάθεια για την πρόληψη και να

εξασφαλίζουν ότι οι επιλογές της κοινωνίας, οι συμπεριφορές και η κατανάλωση δεν βλάπτουν την υγεία.

Η ασφάλεια των φροντίδων επιτυγχάνεται με την παροχή των κατάλληλων ιατρικών υπηρεσιών από τα κατάλληλα άτομα. Ο ασθενής δεν επιτρέπεται να διατρέξει κίνδυνο δυσανάλογο προς το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα.

Η ασφάλεια και η ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών εκφράζεται είτε σε ιδιωτικό είτε σε δημόσιο επίπεδο και προβλέπονται περιορισμοί σε ορισμένες ελευθερίες τόσο κατά την διάγνωση και θεραπεία όσο και κατά την πρόληψη για την εξυπηρέτηση του συμφέροντος του ασθενούς και του συστήματος υγείας.

Η υγειονομική ασφάλεια συνδέεται και με την ποιότητα του περιβάλλοντος και των τροφίμων.

ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΝΩΣΗ

Στις 3, 4 Φεβρουαρίου 2000 με πρωτοβουλία των G. Hortobagyi και D. Khayat, μια ομάδα επιστημόνων από

ολόκληρο τον κόσμο δημιούργησε ένα κείμενο θέσεων για τον καρκίνο, που αποτελείται από 10 άρθρα και το οποίο ονομάστηκε Καταστατικός Χάρτης των Παρισίων.

Το κείμενο αυτό περιέχει στόχους και δεσμεύσεις των συμβαλλομένων μερών ως ένα όπλο κατά του καρκίνου.

Θεωρήσαμε σκόπιμο να μνημονεύσουμε τα σημεία εκείνα που έχουν να κάνουν με την αναγνώριση των δικαιωμάτων των ασθενών, την διαφύλαξη της ποιότητας της ζωής τους και την απάλειψη των προκαταλήψεων και όχι να αναφέρουμε διεξοδικότερα την περιγραφή του κάθε άρθρου. Θα σταθούμε σε εκείνα τα στοιχεία που θεωρούμε περισσότερο σημαντικά όσον αφορά την ογκολογική φροντίδα.

Στο άρθρο 1 ορίζεται ότι: τα δικαιώματα των ασθενών με καρκίνο είναι ανθρώπινα δικαιώματα, αποδίδοντας έτσι την τεράστια σημασία της προστασίας της αξίας και αξιοπρέπειας των καρκινοπαθών ανά την υφήλιο.

Το άρθρο 2 μας μιλά για το στίγμα που σχετίζεται με τον καρκίνο που αποτελεί εμπόδιο στην πρόοδο και το οποίο προκαλεί σοβαρό ψυχολογικό τραύμα στους καρκινοπαθείς και τις οικογένειές τους, προκατάληψη και διάκριση στην πρόσληψη καρκινοπαθών για εργασία,

οικονομική δυσχέρεια και απώλεια παραγωγικότητας, ανεπαρκή επικοινωνία και δημόσια μόρφωση, υπέρμετρη αίσθηση μοιρολατρίας όπου οι συμβαλλόμενοι εγγυώνται την καλύτερη κατανόηση και εκκρίζωση των στιγμάτων των σχετικών με τον καρκίνο.

Στο άρθρο 3 οι συμβαλλόμενοι δεσμεύονται να δημιουργήσουν ένα περιβάλλον κατάλληλο για την ανανέωση της αντικαρκινικής έρευνας, υπόσχονται να αυξήσουν την ενημέρωση και δέσμευση για κλινικές έρευνες και να ενδυναμώσουν τις διεθνείς ερευνητικές δομές. Υπόσχονται ακόμη να προωθήσουν την διεθνή αναγνώριση της έγγραφης συγκατάθεσης (της διαδικασίας δηλαδή όπου οι ασθενείς ενημερώνονται πλήρως για τους σκοπούς, κινδύνους, οφέλη κάθε κλινικής μελέτης).

Στο άρθρο 4 του Καταστατικού Χάρτη των Παρισίων οι συμβαλλόμενοι επαναπροσδιορίζουν το άρθρο 25 της Διεθνούς Διακήρυξης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου κατά το οποίο κάθε άτομο έχει το δικαίωμα σε ένα επίπεδο ζωής κατάλληλο για την υγεία και την ευζωία του ιδίου και της οικογένειάς του, στο οποίο συμπεριλαμβάνονται η τροφή, η ένδυση, η κατοικία και η ιατρική φροντίδα. Δεσμεύονται να προωθήσουν: την ιατρική πρακτική που βασίζεται σε στοιχεία και την

ξεκάθαρη έννοια της ποιοτικής φροντίδας, σύμφωνα με όλα τα διαθέσιμα επιστημονικά στοιχεία, τη συστηματική ανάπτυξη οδηγιών που βασίζονται στις καλύτερες διαθέσιμες πληροφορίες για πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και ανακουφιστική φροντίδα. Επίσης την κατάλληλη θέσπιση προτεραιοτήτων ποιοτικής αντικαρκινικής φροντίδας σε κάθε επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας, την ενίσχυση της ογκολογικής εξειδίκευσης και την καλύτερη ενσωμάτωση της σχετικής φροντίδας μεταξύ των ιατρικών κλάδων, και τέλος την εκτεταμένη πρόσβαση των ασθενών σε υψηλής ποιότητας κλινικές μελέτες.

Στο άρθρο 5 τονίζεται η ανάγκη για ανάπτυξη δημοσίων πολιτικών στην μάχη κατά του καρκίνου με την ανάπτυξη της γνώσης και τεχνολογίας στην πρόληψη του καρκίνου με τα συμβαλλόμενα μέρη να υποστηρίζουν προγράμματα πρόληψης του καρκίνου, να ενημερώσουν το κοινό για το κάπνισμα, την διαίτα, τις μολύνσεις, το περιβάλλον και τέλος να τύχουν της υποστήριξης από την βιομηχανία και τις εκάστοτε κυβερνήσεις στην αύξηση της προσφοράς πρόληψης για τον καρκίνο μέσω της ιατρικής τεχνολογίας.

Οι συμβαλλόμενοι στο άρθρο 6 αναλαμβάνουν να επιταχύνουν την ανάπτυξη και ευρεία εφαρμογή των ήδη

αποδεδειγμένων και αυτών που θα προκύψουν τεχνολογιών πληθυσμιακού ελέγχου ώστε όλα τα άτομα που μπορεί να ωφεληθούν από τον έλεγχο να συμμετάσχουν σε αυτόν, ανεξάρτητα από την φυλή, ή την κοινωνική-οικονομική κατάστασή τους.

Κατά το άρθρο 7 οι συμβαλλόμενοι θα ισχυροποιήσουν την θέση των καρκινοπαθών ως ενεργών συνεργατών στην μάχη κατά του καρκίνου, προωθώντας τις εξής αρχές: όλοι θα πρέπει να έχουν ίση πρόσβαση στην ενημέρωση για την ασθένεια και την αντιμετώπισή της, ανοικτή και σε συνεργασία επικοινωνία καρκινοπαθών και λειτουργών και επιστημόνων υγείας, καλύτερη ποιότητα ζωής με όχι μόνο την κλινική φροντίδα αλλά και την πληροφόρηση και την ψυχοκοινωνική υποστήριξη.

Το άρθρο 8 μας αναφέρει ως πρωτεύοντα στόχο ενάντια στον καρκίνο την βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών όπου αυτό μπορεί να επιτευχθεί με βελτίωση της πλήρους φροντίδας των ατόμων με καρκίνο (υποστηρικτική και ανακουφιστική φροντίδα μέσω ειδικών θεραπευτικών χειρισμών), αναγνώριση σε κλινικό και πολιτικό επίπεδο της σημασίας της ποιότητας ζωής των ασθενών, θέση σε προτεραιότητα της ποιότητας της ζωής. Επίσης επιθετική και συνεχιζόμενη

ανάπτυξη επιστημονικών μέσων για τον υπολογισμό και την αποτίμηση της ποιότητας ζωής στα νοσηλευτικά κέντρα, εντατική εκπαίδευση των λειτουργών υγείας και των καρκινοπαθών και τέλος επιδίωξη καλύτερης κατανόησης και αλλαγής στάσεων σχετικά με τον θάνατο και την διαδικασία θανάτου.

Στην παγκόσμια συνάντηση κορυφής κατά του καρκίνου που είχε ως αποτέλεσμα την διαμόρφωση του Καταστατικού Χάρτη των Παρισίων, το διεθνές αυτό κείμενο στο άρθρο 9 του προβλέπει την συμφωνία των συμβαλλομένων μερών να υποστηρίξουν ενεργά την ιδέα του σχεδιασμού εθνικών αντικαρκινικών στρατηγικών και πολιτικών σύμφωνα με τις τοπικές ανάγκες τους και πόρους τους και την υπόσχεση των μερών να προσκαλέσουν όλες τις κοινωνίες στον αγώνα κατά του καρκίνου.

Τελειώνοντας, το σημαντικό αυτό κείμενο αποτελεί το πιο πολύτιμο εργαλείο για πρωτοποριακά παγκόσμια δίκτυα και συμμαχίες προκειμένου να εδραιωθεί μια νέα μέθοδος συνεργασίας στην προσέγγιση της έρευνας, της συνηγορίας, της πρόληψης και της αντιμετώπισης.

Η Ευρωπαϊκή Χάρτα των Δικαιωμάτων των ασθενών διακηρύσσει 14 δικαιώματα στα οποία και αναφερθήκαμε

διεξοδικότερα σε προηγούμενη ανάλυσή μας. Σε μερικά από τα δικαιώματα που αναφέρει η εν λόγω Χάρτα χρειάστηκε να γίνουν ορισμένες τροποποιήσεις που κρίνονται απαραίτητες γιατί αναφέρονται σε συγκεκριμένες ανάγκες των ασθενών με καρκίνο.

Πρώτα από όλα θα μιλήσουμε για το δικαίωμα στην πρόληψη που περιλαμβάνει και την έγκαιρη διάγνωση.

Κάθε άτομο πρέπει να έχει το δικαίωμα όχι μόνο στην πρόληψη των ασθενειών, αλλά επίσης και το δικαίωμα της πρόσβασης στην έγκαιρη διάγνωση, καθώς οι κοινές μορφές καρκίνου μπορούν να θεραπευτούν σε αρχικό στάδιο.

Έπειτα σημαντική θέση κατέχει και το δικαίωμα της κατάργησης των διακρίσεων και λόγω ηλικίας, φυλής και οικονομικής κατάστασης.

Επιπλέον της κατάργησης των διακρίσεων λόγω οικονομικής κατάστασης, κατοικίας, είδους ασθένειας και χρόνου πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, θα πρέπει να καταργηθούν οι διακρίσεις λόγω ηλικίας, φυλής και γένους σε σχέση με τις πλέον σύγχρονες θεραπείες του καρκίνου.

Το δικαίωμα της επιστροφής στην εργασία ή της παροχής επιδόματος είναι μια πρόβλεψη-ρύθμιση με τεράστιο όφελος για τον ασθενή που πάσχει από καρκίνο.

— Οι ασθενείς με καρκίνο πρέπει να έχουν το δικαίωμα να επιστρέψουν στην εργασία τους ή αν δεν είναι σε θέση να εργαστούν, να λαμβάνουν επίδομα κοινωνικής πρόνοιας.

Η Ευρωπαϊκή Χάρτα των Δικαιωμάτων των ασθενών προβλέπει και το δικαίωμα στην θεραπεία από διεπιστημονική ομάδα ογκολόγων και στην δεύτερη γνώμη.

Κάθε άτομο πρέπει να έχει το δικαίωμα σε άριστες υπηρεσίες υγείας. Λόγω του ότι ο καρκίνος είναι συστημική ασθένεια, οι ιατρικές υπηρεσίες θα πρέπει να παρέχονται από διεπιστημονική ομάδα ιατρών και νοσηλευτών των κατάλληλων ογκολογικών ειδικοτήτων. Οι ασθενείς πρέπει να έχουν το δικαίωμα και σε δεύτερη γνώμη.

Θα μας απασχολήσει στην συνέχεια άλλο ένα δικαίωμα της Χάρτας και δεν είναι άλλο από το δικαίωμα στην ελεύθερη διακίνηση των ασθενών.

Επειδή οι εξειδικευμένοι ιατροί για ορισμένες μορφές καρκίνου βρίσκονται αρκετές φορές πολύ μακριά από τον τόπο κατοικίας τους, οι ασθενείς πρέπει να έχουν το δικαίωμα στην ελεύθερη επιλογή το τόπου όπου παρέχεται η καλύτερη δυνατή θεραπεία. Επειδή η μετακίνηση δημιουργεί πρόσθετο οικονομικό βάρος, οι ασθενείς θα πρέπει να λαμβάνουν επίδομα μετακίνησης.

**Η Ευρωπαϊκή Χάρτα των Δικαιωμάτων των ασθενών
προέβλεψε σχετικά και το δικαίωμα σε ποιοτικές υπηρεσίες
υγείας που βασίζονται στις οδηγίες των ειδικών.**

Πέραν και πλέον του δικαιώματος σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας που βασίζονται σε επίσημα εγκεκριμένα πρωτόκολλα, οι ασθενείς με καρκίνο θα πρέπει να έχουν το δικαίωμα να διαγιγνώσκονται και να θεραπεύονται βάσει των εθνικά και διεθνώς αποδεκτών οδηγιών εξειδικευμένων ογκολόγων ιατρών.

**Ενώ τέλος η Χάρτα δεν παρέλειψε να κάνει μνεία και
στο δικαίωμα της εκπροσώπησης.**

Οι οργανώσεις ασθενών εμπυχώνουν τους ασθενείς για να συμμετέχουν ισότιμα στην θεραπεία του καρκίνου, βελτιστοποιώντας την θεραπεία και τα αποτελέσματα σε όλους τους τομείς που αφορούν την υγεία τους. Θα πρέπει να υποστηρίζεται το δικαίωμα των ασθενών να ορίζουν εξουσιοδοτημένους εκπροσώπους και να εκπροσωπούνται σε όλα τα κέντρα λήψης αποφάσεων για τις πολιτικές υγείας.

**Αναφερθήκαμε ανωτέρω στην ενότητα για τα
δικαιώματα των ασθενών στο δικαίωμα της ενημέρωσης.
Ειδικότερα όσον αφορά την ενημέρωση του καρκινοπαθούς
μπορούμε να πούμε τα εξής:**

Σε πρώτη φάση όταν ο άρρωστος μαθαίνει για την ασθένειά του, εμφανίζει αόριστη ανησυχία που μπορεί να φτάσει μέχρι τον πανικό. Σε δεύτερη φάση όταν το άτομο έχει συνειδητοποιήσει την ασθένειά του και οργανώσει τις ψυχολογικές του άμυνες, παρουσιάζονται αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις όπως άγχος, φόβος θανάτου, άρνησης της ασθένειας. Σε τρίτη φάση επέρχεται θετική προσαρμογή στην πραγματικότητα ή παρουσία ψυχιατρικών επιπλοκών.

Για το λόγο αυτό κατά την ενημέρωση ενός ασθενούς με καρκίνο θα πρέπει να ακολουθείται από τον ιατρό του ένας από τους κάτωθι 3 τρόπους ενημέρωσής του ανάλογα με την κρινόμενη κάθε φορά περίπτωση.

- 1) Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να γνωστοποιείται στον καρκινοπαθή η ασθένειά του. Οι πληροφορίες που δίνονται στον ασθενή για την διάγνωση της νόσου, την θεραπεία και την πρόγνωσή του, πρέπει να μην ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα.
- 2) Όλοι οι καρκινοπαθείς χωρίς καμία εξαίρεση, πρέπει να γνωρίζουν επακριβώς την ασθένειά τους και κάθε λεπτομέρεια που σχετίζεται με αυτήν.
- 3) Η έκταση της ενημέρωσης και ο τρόπος με τον οποίο γίνεται η ενημέρωση του καρκινοπαθούς για την

ασθένειά του, πρέπει να εξατομικεύεται στον κάθε ασθενή.

Ο ιατρός στην αρχή δίνει λίγες πληροφορίες στον ασθενή και τον ενθαρρύνει να ξαναρωτήσει, ώστε να του διαλευκανθεί οποιαδήποτε σχετική απορία. Κατ' αυτόν τον τρόπο αφήνει στον ασθενή την πρωτοβουλία να του αποκαλύψει εκείνος μέχρι ποιού σημείου θέλει να φτάσει η ενημέρωσή του.

Πολύ σπάνια η ενημέρωση του ασθενούς ολοκληρώνεται κατά την πρώτη συνάντησή του με τον ιατρό του, όπου κρίνεται σκόπιμο να μην αποκαλύπτεται στον ασθενή ολόκληρη η αλήθεια εφάπαξ, αλλά μέρος μόνο της αλήθειας.

Όταν ο ασθενής υποβάλλει ερωτήσεις, ο ιατρός δεν πρέπει να δυσανασχετεί, αλλά απεναντίας να τον ενθαρρύνει να συνεχίσει τις ερωτήσεις. Δεν πρέπει να θεωρεί την ενημέρωση του ασθενούς απώλεια χρόνου ή αγγαρεία αλλά καθήκον και μάλιστα ιερό.

Κατά την ενημέρωση του καρκινοπαθούς ο ιατρός θα πρέπει να είναι ήρεμος και να αποφεύγει εκφράσεις που δημιουργούν το αίσθημα του αδιεξόδου. Θα πρέπει να βρίσκει τον τρόπο να ανοίγει ένα παράθυρο ελπίδας

με τις τεράστιες προόδους που συντελούνται στην έρευνα και την θεραπεία του καρκίνου.

Η αποστολή του ιατρού δεν πρέπει να τελειώνει με την πρώτη ενημέρωση ή αφαίρεση του κακοήθους όγκου. Ο ασθενής έχει ανάγκη της συμπαράστασης του ιατρού του από την στιγμή της διάγνωσης της νόσου μέχρι την αποθεραπεία του ή μέχρι τον θάνατό του.

Σχετικά τώρα με κάποιες άλλες ευνοϊκές ρυθμίσεις για τους ασθενείς με καρκίνο θα μπορούσαμε να τις συνοψίσουμε στις γραμμές που ακολουθούν.

Υπάρχει η πρόβλεψη της ψυχολογικής υποστήριξης για τους ασθενείς και τους συγγενείς τους σε κάθε στάδιο της νόσου από ειδικούς με την κατάλληλη κατάρτιση. Προβλέπονται: διαθεσιμότητα ψυχολόγων, ο ρόλος των ενώσεων καρκίνου στα νοσοκομεία και την κοινότητα, οι ομάδες υποστήριξης, οι τεχνολογίες για την δικτύωση των ευκαιριών, η ανταλλαγή εμπειριών με πρώην ασθενείς, πρόσβαση σε τηλεφωνικές γραμμές.

Σχετικές προβλέψεις έχουν υπάρξει και για την κοινωνική και οικονομική υποστήριξη για την αποφυγή της πρόσθετης οικονομικής και κοινωνικής επιβάρυνσης (συμβουλές για διαθεσιμότητα χρηματοδοτικής

βοήθειας, αναρρωτική άδεια, μειωμένο ωράριο εργασίας, βοήθεια για ευάλωτες ομάδες όπως οι μετανάστες και οι άνεργοι και τα άτομα με ειδικές ανάγκες, εκπαίδευση και κατάρτιση, ευκαιρίες απασχόλησης και πρακτική υποστήριξη, επανένταξη σε χώρο εργασίας, πρόσβαση σε τραπεζικά δάνεια για σπίτι.

Σχετικά τέλος με την αποκατάσταση οι προσπάθειες που έχουν καταβληθεί επικεντρώνονται σε ολοκληρωμένη προσέγγιση, ασθενοκεντρικό πρόγραμμα, προγράμματα εκπαίδευσης για θεραπείες και ανεπιθύμητες ενέργειες των θεραπειών, θέματα επιζώντων όπως κατάθλιψη, αναπλαστική χειρουργική, πρόληψη για στιγματισμό και επιφύλαξη και ασφάλιση.

ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Οι περισσότεροι από τους ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο επιθυμούν τον τερματισμό της ζωής τους λόγω την αβάσταχτων και αφόρητων πόνων που βιώνουν. Είναι όμως επιτρεπτή η ευθανασία από τα Δίκαια των διαφόρων κρατών μελών της Ευρωπαϊκής

Ένωσης; Περισσότεροι είναι οι πολέμοί της ή οι υπερασπιστές της και για ποιο λόγο θα προκύψει από την ανάλυση που ακολουθεί.

Ο όρος ευθανασία γεννήθηκε τον 17^ο αιώνα από τον άγγλο πολιτικό και φιλόσοφο Francis Bacon. Ευθανασία λοιπόν είναι ο υποβοηθούμενος θάνατος ώστε ένας ασθενής να πεθάνει γαλήνια για να μην βασανίζεται από την ανίατη ασθένεια που πάσχει.

Έγραψε σχετικά ότι το έργο της ιατρικής είναι η αποκατάσταση της υγείας και η καταπράϋνση των πόνων, όχι μόνο όταν η καταπράϋνση αυτή μπορεί να οδηγήσει στην θεραπεία, αλλά και όταν μπορεί να εξασφαλίσει έναν εύκολο και γαλήνιο θάνατο.

Αρκετά χρόνια μετά και οι σύγχρονες κοινωνίες δεν είναι ακόμη σε θέση να αποδεχτούν τη θέση αυτή. Λίγες μόνο χώρες και μάλιστα μετά από προστριβές και διαμάχες ετών και κατόπιν αιτημάτων πολιτών τους να πεθάνουν με αξιοπρέπεια έχουν προχωρήσει στην υπό όρους ευθανασία.

Άλλες χώρες έδωσαν δικαίωμα στους ιατρούς για τερματισμό της θεραπείας με αποτέλεσμα τον θάνατο όταν το ζητήσει ο ασθενής. Στην Ελβετία μάλιστα

λειτουργεί και η κλινική Dignitas όπου ένας πολίτης από οποιαδήποτε χώρα μπορεί να κάνει ευθανασία.

Η θέση της Εκκλησίας απέναντι στην ευθανασία είναι δεδομένη και δεν αφήνει περιθώρια νέων θέσεων, στάσεων και προτάσεων. Η Εκκλησία πιστεύει πως ουδείς μπορεί να αφαιρέσει ζωή, πλην του Θεού. Ο πόνος άλλωστε έχει την σημασία του στην σωτηρία της ψυχής.

Οι απόψεις όσον αφορά την νομιμοποίηση ή μη της ευθανασίας δίστανται και ανάμεσα στον επιστημονικό κόσμο.

Στην Ευρώπη απαντά κανείς αρκετά διαφορετικές νομοθεσίες σχετικά με την ευθανασία με την σημαντική πλειοψηφία των κρατών να εφαρμόζει καθεστώς απαγόρευσης.

Η Ολλανδία πρώτη προέβη στην νομιμοποίηση το 2002 της ευθανασίας στην βάση κριτηρίων που θα πρέπει να ισχύουν ώστε ο ιατρός να βοηθήσει τον ασθενή να πεθάνει.

Συγκεκριμένα απαιτούνται: το άτομο να πάσχει από ανίατη ασθένεια, να είναι ενήλικος, να βιώνει φρικτούς πόνους χωρίς περιθώρια βελτίωσης και να έχει πλήρη

γνώση της κατάστασής του και της επιθυμίας του να πεθάνει, ενώ θα πρέπει και να έχει ο ίδιος γραπτή αίτηση ευθανασίας και την κατάστασή του να έχουν βεβαιώσει 3 ιατροί. Προβλέπεται επιπλέον και επιτροπή από ιατρό, δικηγόρο και ειδικό ιατρικής δεοντολογίας που θα εξετάζει κάθε περίπτωση και θα μπορεί να απευθύνεται στις εισαγγελικές αρχές εάν υπάρχει αμφισβήτηση. Μελέτες αναφέρουν ότι μόνο μέσα στο 2000 οι Ολλανδοί ιατροί έχουν κάνει χρήση ευθανασίας σε 2123 ανθρώπους στην πλειοψηφία τους καρκινοπαθείς.

Στην χώρα αυτή μπορούν να καταφύγουν άτομα από όλο τον κόσμο που θέλουν να πεθάνουν με αξιοπρέπεια και που στην χώρα τους η νομοθεσία δεν επιτρέπει την ευθανασία. Ο ιατρός που θα αναλάβει να κάνει ευθανασία είναι ο άμεσα υπεύθυνος για την σωστή έκβαση της διαδικασίας.

Ακολούθησε το Βέλγιο το 2002 επίσης με παρόμοιες προϋποθέσεις. Επιπλέον το αίτημα του ασθενούς εξετάζεται από επιτροπή. Η νομοθεσία καλύπτει μόνο όσους είναι Βέλγοι οπότε η διαδικασία δεν μπορεί να γίνει για πολίτες άλλων χωρών.

Πρόσφατα θεσμοθετήθηκε η δυνατότητα να γίνεται ευθανασία και σε ανηλίκους. Ο ασθενής χρειάζεται να δηλώνει γραπτώς την επιθυμία του. Πανεπιστημιακή μελέτη αποκάλυψε ότι κατά την διάρκεια της τελευταίας διαιτίας έγινε ευθανασία σε έναν μεγάλο αριθμό ανηλίκων στην χώρα, 76 συνολικά, παρά τους αυστηρούς όρους.

Στην νομιμοποίηση προχώρησε το Λουξεμβούργο, ανεβάζοντας στις 3 τον αριθμό των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης που επιτρέπουν την ευθανασία.

Στην Ελβετία νομικά δεν επιτρέπεται, αλλά σε περίπτωση που μπορεί να αποδειχθεί ότι όποιος βοήθησε ασθενή με ανίατη ασθένεια να τερματίσει την ζωή του δεν το έκανε βάσει εγωιστικών κινήτρων, τότε αυτός δεν έχει να αντιμετωπίσει ποινικές κυρώσεις.

Στην Γαλλία το 2004 ψηφίστηκε νόμος με τον οποίο επιτράπη τερματισμός θεραπείας ασθενούς που υπέφερε από αβάσταχτους πόνους, ακόμη και αν η συγκεκριμένη θεραπεία ήταν αυτή που τον κρατούσε στην ζωή. Βεβαίως για να γίνει αυτό χρειάστηκε ο ίδιος ο ασθενής να το ζητήσει έντονα. Πρέπει να υπάρξει έγγραφη συναίνεσή του.

Σε παρόμοια ρύθμιση προχώρησε και η Ιταλία.

Σε 2 Σκανδιναβικές χώρες, την Νορβηγία και την Σουηδία, ένεκα του υψηλού κόστους που έχουν οι μονάδες εντατικής θεραπείας για να διατηρούν στην ζωή ασθενείς, οι οποίοι δε έχουν καμία ελπίδα, ρύθμισαν νομοθετικά το θέμα.

Στην Μεγάλη Βρετανία όπως αναφέρεται σε βρετανικό νόμο του 1961, σχετικά με την αυτοκτονία, όταν κάποιος βοηθά, ενθαρρύνει σε κάποιον αυτοκτονία, διαπράττει αυτόματο ποινικό αδίκημα και αντιμετωπίζει ποινή φυλάκισης που φτάνει τα 14 χρόνια κάθειρξης. Και τούτο επειδή ο νόμος θεωρεί την ευθανασία υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Ο νόμος δεν παραλείπει να αναφέρει και το αυτονόητο ότι η αυτοκτονία χωρίς την συνδρομή άλλου ατόμου θεωρείται νόμιμη.

Το ζήτημα της ευθανασίας έχει επανέλθει ωστόσο στο προσκήνιο, έπειτα από περιπτώσεις βρετανών πολιτών, με ανίατες ασθένειες, που επέλεξαν να ταξιδέψουν εκτός των συνόρων, σε χώρες όπου η ευθανασία δεν είναι παράνομη, για να τερματίσουν την ζωή τους. Αυτή την περίοδο η Βουλή των Λόρδων συζητά το ενδεχόμενο να εγκρίνει νομοσχέδιο για να επιτραπεί

υπό αυστηρούς όρους και προϋποθέσεις η ευθανασία (νομοσχέδιο assisted dying for the terminally – υποβοηθούμενος θάνατος για τους ασθενείς τελικού σταδίου προτάθηκε προς ψήφιση το 2004).

Την περίπτωση της Ολλανδίας υποδέχτηκαν με έκδηλη ικανοποίηση οι οπαδοί της ευθανασίας σε ολόκληρη την Ευρώπη, υποστηρίζοντας ότι το κάθε άτομο έχει δικαίωμα σε έναν αξιοπρεπή θάνατο και δεν μπορεί να είναι υποχρεωμένο να υπομένει μια παρατεταμένη κατάσταση αφόρητων πόνων ή πλήρους ανημπόριας, χωρίς προοπτική ανάκαμψης.

Τα πράγματα όμως δεν είναι μονοσήμαντα καθώς υπάρχουν και εντονότερες αντιδράσεις που δεν περιορίζονται στους θρησκευτικούς ή συντηρητικούς κύκλους. Οι εκκλησίες βέβαια είναι φανατικά αντίθετες αλλά οι πιο σημαντικές αντιδράσεις προέρχονται από τον ιατρικό κόσμο. Ο Παγκόσμιος Ιατρικός Σύλλογος θεωρεί ότι οποιαδήποτε μορφή ευθανασίας αντίκειται στην ιατρική ηθική, ενώ καταδίκασε σχεδόν ομόφωνα την ολλανδική πρωτοβουλία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η προστασία της υγείας αποτελεί προτεραιότητα των εθνικών πολιτικών και των πολιτικών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Προς την κατεύθυνση αυτή έχουν καταβληθεί πολλές προσπάθειες στο πέρασμα του χρόνου από τις κυβερνήσεις των διαφόρων κρατών αλλά και από τα κοινοτικά όργανα σε επίπεδο Ευρώπης.

Για να μπορέσουμε όμως να πούμε πως η προστασία της υγείας είναι σε ένα πολύ ικανοποιητικό επίπεδο, ιδίως δε στην περίπτωση του καρκίνου, απαιτείται να γίνουν πολλά ακόμα.

Θα πρέπει να επιτευχθεί όσο το δυνατόν καλύτερα και γρηγορότερα η εναρμόνιση των εθνικών Δικαίων με το Δίκαιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, έτσι ώστε να τύχουν εφαρμογής ρυθμίσεις του κοινοτικού Δικαίου περί των δικαιωμάτων των ασθενών γενικότερα και ειδικότερα των ασθενών με καρκίνο στο έδαφος κάθε κράτους μέλους.

Οι καρκινοπαθείς είναι μια ιδιαίτερη κατηγορία ασθενών, γι' αυτό και οι προκλήσεις ενός συστήματος υγείας είναι πολλές.

Οι διάφορες ρυθμίσεις που υπάρχουν και αυτές που θα υπάρξουν στο μέλλον θα πρέπει να έχουν στο κέντρο τους τον άνθρωπο-ασθενή με καρκίνο. Έτσι και καλύτερη αντιμετώπιση θα έχει ο ασθενής και οι διάφορες θεσμοθετήσεις θα κινούνται στην σωστή κατεύθυνση.

Απαιτείται λοιπόν ένα σύστημα υγείας με επίκεντρο τον άνθρωπο που πάσχει από καρκίνο με ότι αυτό συνεπάγεται για την ψυχολογία του και την αντιμετώπιση αυτής της τόσο δύσκολης κατάστασης που μπορεί να τον οδηγήσει ακόμη και στον θάνατο μετά από φρικτούς και βασανιστικούς πόνους, και όχι ένα σύστημα αδιάφορο χωρίς να εμπνέει ελπίδα και όραμα.

Η σωστή και άριστη συνεργασία του συστήματος υγείας, των επαγγελματιών της υγείας, η πρόβλεψη διατάξεων και ρυθμίσεων για τους ασθενείς με καρκίνο αλλά και οι ίδιοι οι καρκινοπαθείς είναι τα βασικά συστατικά για την επιτυχημένη και ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του προβλήματος του καρκίνου.

Η καθολική συνεργασία με συγκεκριμένες και στοχευμένες πρωτοβουλίες και δραστηριότητες των εθνικών κυβερνήσεων και των κυβερνήσεων των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ίσως καταφέρουν να δώσουν ένα μεγάλο χτύπημα στον καρκίνο γιατί όχι και να τον νικήσουν, σώζοντας εκατομμύρια ανθρώπινες ζωές και ανακουφίζοντας από τον πόνο άλλους τόσους.

Η νίκη κατά του καρκίνου εξαρτάται από όλους εμάς! Εξαρτάται από την βούλησή μας, την αποφασιστικότητά μας, το θάρρος μας, τις πολιτικές μας, τις δράσεις μας και τις στρατηγικές μας!

Ο καρκίνος μπορεί να νικηθεί! Αρκεί όλοι εμείς να το πιστέψουμε!

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Βενιέρης Δ. 'Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης-Η Κοινωνική Πολιτική του Συμβουλίου της Ευρώπης', Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2002.
- Μαραβέγιας Ν., Σακελλαρόπουλος Θ. 'Ευρωπαϊκή Ολοκλήρωση και Ελλάδα-Οικονομία, Κοινωνία, Πολιτικές', Διόνικος, Αθήνα, 2006.
- Μαραβέγιας Ν., Τσινισιζελής Μ., 'Η Ολοκλήρωση της Ευρωπαϊκής Ένωσης-Θεσμικές, Πολιτικές και Οικονομικές Πτυχές', Θεμέλιο, Αθήνα, 1999.
- Οικονόμου Χ. 'Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και στις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες', Διόνικος, Αθήνα, 2004.
- Παραράς Π. 'Σύνταγμα και Ευρωπαϊκή Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου', Σάκκουλας, Αθήνα-Κομοτηνή, 2001.
- Τσαντίλας Π. 'Ευρωπαϊκό και Εθνικό Δίκαιο της Υγείας', Σάκκουλας, Αθήνα-Κομοτηνή, 2008.

- Διαμαντόπουλος Θ., Ευρωπαϊκή Ενοποίηση και Προστασία της υγείας. Ο ευρωκοινοτικός οργανισμός και η κυοφορία μιας κοινής πολιτικής της υγείας', (1952-1989), Παπαζήση.
- Αλεξιάδης Α.-Δ., Εισαγωγή στο Δίκαιο της υγείας, Νομοθεσία-Ερμηνεία-Νομολογία', Θεσσαλονίκη, εκδ. Δημόπουλου, 1999.
- Ανδρουλικάκη-Δημητριάδη Α., 'Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς', Αθήνα, 1993.
- Νικολακοπούλου-Στεφάνου Η., 'Η Ευρωπαϊκή κοινωνική πολιτική, στο Γ. Δημόπουλος, Ν. Μπαλτάς, Ι. Χασσίδ (επίμ.), Εισαγωγή στις Ευρωπαϊκές Σπουδές, τόμος Β' Οικονομική Ολοκλήρωση και Πολιτικές', εκδ. Ι. Σιδέρης, 2001.
- Σκουρής Β., 'Ερμηνεία Συνθηκών για την Ευρωπαϊκή Ένωση και την Ευρωπαϊκή Κοινότητα, στο Σ. Μεγγλίδου, Κ. Μπουγιούκα, Ε. Μουαμελετζή, Κ. Γώγος, (επιμ.), Κέντρο Διεθνούς και

Ευρωπαϊκού Δικαίου, εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, 2003.

- Τσαντίλας Π. 'Δίκαιο της υγείας', Σημειώσεις εισηγήσεων στην Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Αθήνα, 2006.
- Βλαχόπουλος Σ., 'Το δικαίωμα στην υγεία στο πλαίσιο της προστασίας των θεμελιωδών δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης', 2004.
- Καφετζής Γ., 'Ευρωπαϊκό Θεσμικό Πλαίσιο και Πολιτικές Υγείας', Ελληνική Επιθεώρηση Ευρωπαϊκού Δικαίου, τόμος 26, τεύχος 1, 2006.
- Κοντιάδης Ξ., Κοινωνικά δικαιώματα και κοινωνική αλληλεγγύη στο Ευρωπαϊκό Σύνταγμα', ΕΔΚΑ, 2003.
- Μαυρίδης Π., Υγειονομική περιθαλψη χωρίς σύνορα στην Ευρώπη-Μια πρώτη διάγνωση μετά τις αποφάσεις Kohll και Decker, ΕΔΚΑ, 1999, σελ 249 επ., 2003.
- Τσαντίλας Π., 'Η Συνταγματική κατοχύρωση της προστασίας της υγείας

μέσω των Ευρωπαϊκών Συνθηκών,
ΕΔΚΑ, τόμος 6, 2006.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΟΙ ΤΟΠΟΙ

- www.cancer.gr
- www.cms.hhs.gov
- www.nlm.nih.gov
- www.mohaw.gr
- www.bestrong.org.gr
- www.pisti.gr
- www.floga.org.gr
- www.mednet.gr
- www.dramahospital.gr
- www.elpida.org
- www.ah.org
- www.hinaids.gr
- www.hcqualitycommision.gov
- www.enet.gr
- www.perizitito.gr
- www.oncology.gr
- www.agapan.gr
- www.who.int

- www.pharmanel.gr
- www.onar-paidi.gr
- www.sfgonk.gr
- www.merimna.org
- www.anticancerath.gr
- www.makeawish.gr
- www.oekk.gr
- www.agaliazo.gr
- www.mastologia.gr
- www.cancer-society.gr
- www.grpalliative.org
- www.oraloncology.gr
- www.jkf.gr
- www.iatronet.gr
- www.physics4u.gr
- www.ygeia.pblogs.gr
- www.sigmalive.com
- www.lungcancer.gr
- www.health.in.gr
- www.encephalos.gr
- www.politis-news.com
- www.news.kathimerini.gr
- www.hesmo.gr
- www.europadonnahellas.gr

- www.eurocharity.org
- www.europa.eu
- www.europarl.europa.eu
- www.myeloma-euronet.org
- www.ecpc-online.org
- www.cancercode.org
- www.el.wikipedia.org
- www.3lyk-polichn.thess.sch.gr
- www.heathierworld.gr
- www.olafree.com
- www.socialistgroup.org