
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΔΡΟΜΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ
ΙΣΟΤΙΜΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ
ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Μεργιάς Κωνσταντίνος Παναγιώτης

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2026

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**Διερεύνηση της διαδρομής και του βαθμού ισότιμης πρόσβασης
των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα στο Ελληνικό Σύστημα
Υγείας**

Μεργιάς Κωνσταντίνος Παναγιώτης, Α.Μ.: ΟΔΥ/2418

Επιβλέπουσα: Σίσκου Όλγα / Επίκουρη Καθηγήτρια / Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2026

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Economics and Management

**Investigating the care pathways and the degree of equitable access
of lung cancer patients in the Greek Health System**

Mergias Konstantinos Panagiotis

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management

Piraeus, Greece, 2026

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

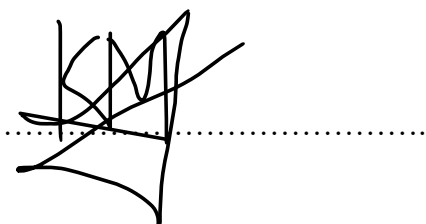
«Δηλώνω υπεύθυνα ότι το έργο που εκπονήθηκε και παρουσιάζεται στην υποβαλλόμενη διπλωματική εργασία, έχει γραφτεί από εμένα αποκλειστικά στο σύνολό της. Δεν έχει υποβληθεί ούτε έχει εγκριθεί στο πλαίσιο κάποιου άλλου μεταπτυχιακού προγράμματος ή προπτυχιακού τίτλου σπουδών, ούτε είναι εργασία ή τμήμα εργασίας ακαδημαϊκού ή επαγγελματικού χαρακτήρα.

Δηλώνω επίσης ότι αναφέρονται καταλλήλως στο σύνολό τους οι πηγές στις οποίες ανέτρεξα για την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Ονοματεπώνυμο

Μεργιάς Κωνσταντίνος Παναγιώτης

Υπογραφή Μεταπτυχιακού Φοιτητή

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized, overlapping letters, positioned above a horizontal dotted line.

Ευχαριστίες

Θα ήθελα αρχικά να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες προς την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, Όλγα Σίσκου, για την καθοδήγηση, την επιστημονική της υποστήριξη και τις ουσιαστικές παρατηρήσεις της καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας εργασίας. Η συμβολή της υπήρξε καθοριστική τόσο στη διαμόρφωση της ερευνητικής προσέγγισης όσο και στη συνολική ολοκλήρωση της μελέτης.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω επίσης στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Γραφείο Ελλάδας) για την παραχώρηση της δυνατότητας αξιοποίησης των δεδομένων, καθώς και για τη συνεργασία στο πλαίσιο της υλοποίησης της έρευνας. Η υποστήριξη αυτή συνέβαλε ουσιαστικά στην ανάπτυξη και τεκμηρίωση της παρούσας εργασίας.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για τη διαρκή στήριξη, την κατανόηση και την ενθάρρυνση που μου προσέφεραν καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου. Η συμβολή τους υπήρξε ανεκτίμητη και καθοριστική για την ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειας.

Περιεχόμενα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Επιδημιολογικά δεδομένα και κοινωνικο-οικονομικές συνέπειες του καρκίνου του πνεύμονα	6
1.1. Ιστολογία καρκίνου του πνεύμονα	6
1.2. Επιδημιολογική επισκόπηση του καρκίνου του πνεύμονα Διεθνώς.....	7
1.2.1. Η επίπτωση του καρκίνου του πνεύμονα σε διεθνές επίπεδο	7
1.2.2. Η θνησιμότητα από καρκίνο του πνεύμονα σε διεθνές επίπεδο	10
1.2.3. Δημογραφικές διαφοροποιήσεις στην επιδημιολογία του καρκίνου του πνεύμονα παγκοσμίως	13
1.2.4. Προγνωστικές εκτιμήσεις και επιδημιολογικές τάσεις του καρκίνου του πνεύμονα παγκοσμίως	14
1.3. Επιδημιολογική επισκόπηση του καρκίνου του πνεύμονα στην Ευρώπη	15
1.3.1. Η επίπτωση του καρκίνου του πνεύμονα στην Ευρώπη.....	15
1.3.2. Η θνησιμότητα από καρκίνο του πνεύμονα στην Ευρώπη	19
1.3.3. Δημογραφικές διαφοροποιήσεις στην επιδημιολογία του καρκίνου του πνεύμονα στην Ευρώπη	21
1.3.4. Προγνωστικές εκτιμήσεις και επιδημιολογικές τάσεις του καρκίνου του πνεύμονα στην Ευρώπη	22
1.4. Επιδημιολογική επισκόπηση του καρκίνου του πνεύμονα στην Ελλάδα.....	25
1.5. Κοινωνικοοικονομικές συνέπειες του καρκίνου του πνεύμονα	27
1.6. Εθνικές στρατηγικές και προκλήσεις στην οργάνωση της ογκολογικής φροντίδας στην Ελλάδα.....	33
1.6.1. Στρατηγικές πρωτογενούς πρόληψης στην Ελλάδα	33
1.6.2. Στρατηγικές δευτερογενούς πρόληψης στην Ελλάδα.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Ανάλυση Πορείας Ασθενή: Διεθνής εμπειρία και Ελληνική πραγματικότητα	36
2.1. Επισκόπηση διεθνών κατευθυντήριων οδηγιών για τη διαχείριση του καρκίνου του πνεύμονα	36
2.1.1. Πρόληψη και έγκαιρη ανίχνευση.....	37
2.1.2. Αρχική διερεύνηση	39
2.1.3. Διάγνωση, σταδιοποίηση και σχεδιασμός θεραπείας	41
2.1.4. Θεραπεία	43
2.1.5. Παρακολούθηση μετά την οξεία φάση και αποκατάσταση.....	45

2.1.6. Ανακουφιστική και φροντίδα τελικού σταδίου	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Σκοπός & Μεθοδολογία	50
3.1. Σκοπός.....	50
3.2. Μεθοδολογία.....	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Αποτελέσματα	56
4.1. Κατανομή κλινικών υπηρεσιών και υποδομών	56
4.2. Αποτελέσματα από την ανάλυση του Focus group: Ομάδα ασθενών	61
4.2.1. Διαγνωστική Καθυστέρηση λόγω Λανθασμένης Απόδοσης Συμπτωμάτων και «Λανθασμένων Σημείων Εισόδου» στο Σύστημα	61
4.2.2. Μεταβλητότητα στην Ερμηνεία και Αναφορά Απεικονιστικών Εξετάσεων ..	63
4.2.3. Απουσία Δομημένης και Καθοδηγούμενης Διαδρομής Παραπομπής.....	65
4.2.4. Καθυστερήσεις, Μεταβλητότητα και Οικονομικά Εμπόδια στον Μοριακό Έλεγχο και την Εξατομικευμένη Θεραπεία.....	65
4.2.5. Κατακερματισμένη προσέγγιση μετά τη διάγνωση: απουσία διεπιστημονικής, υποστηρικτικής και ανακουφιστικής φροντίδας.....	67
4.2.6. Περιορισμοί στην επικοινωνία: σύντομες ιατρικές επισκέψεις, έλλειψη υποστήριξης στη λήψη κοινών αποφάσεων, ασυμφωνία μεταξύ κλινικών ιατρών	69
4.2.7. Γεωγραφικές ανισότητες: συγκέντρωση των ογκολογικών υπηρεσιών και περιφερειακές ανισότητες στην πρόσβαση.....	70
4.2.8. Οικονομική επιβάρυνση και διοικητικό βάρος.....	71
4.2.9. Ανισότητες που σχετίζονται με την υγειονομική και ψηφιακή εγγραμματοσύνη και την κοινωνική υποστήριξη	72
4.2.10. Κενά ποιότητας και λογοδοσίας στη διαδρομή φροντίδας.....	73
4.3. Αποτελέσματα από την ανάλυση του Focus group: Ομάδα επαγγελματιών υγείας	76
4.3.1. Απουσία τυποποιημένου μονοπατιού φροντίδας και μετακύλιση του βάρους συντονισμού σε άτυπα δίκτυα και στον ίδιο τον ασθενή.....	76
4.3.2. Πολυεπίπεδες Καθυστερήσεις από το Πρώτο Σύμπτωμα έως τη Διάγνωση...	78
4.3.3. Γεωγραφικές Ανισότητες, Ελλείψεις Δυναμικότητας και Εξάρτηση από Κέντρα Αναφοράς.....	80
4.3.4. Μεταβλητότητα στην Οργάνωση της Έναρξης Θεραπείας και Εμπόδια στην Εξατομικευμένη Ογκολογία	81
4.3.5. Περιορισμένη και μη συστηματική εφαρμογή της διεπιστημονικής φροντίδας στη διαχείριση του καρκίνου του πνεύμονα	82
4.3.6. Ανεπαρκής Καθοδήγηση στην Πρόσβαση και Νέα Εμπόδια από τις Τυπικά «Ανοικτές» Διαδικασίες Ραντεβού	83

4.3.7. Περιορισμένος Ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και Ανάγκη Επανενεργοποίησής της ως Σημείου Πρώτης Αναγνώρισης και Συντονισμού.....	84
4.3.8. Καθυστερημένη και Περιθωριακή Ένταξη της Υποστηρικτικής και Ανακουφιστικής Φροντίδας.....	85
4.3.9. Ψυχοκοινωνική, Κοινωνική και Οικονομική Επιβάρυνση των Ασθενών και των Οικογενειών	86
4.3.10. Συμμετοχή του Ασθενούς στη Λήψη Αποφάσεων και Ανάγκη για Ουσιαστικά Ασθενοκεντρική Φροντίδα	87
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Συζήτηση – Συμπεράσματα	91
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 Περιορισμοί	106
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 Προτάσεις	108
7.1. Ανάπτυξη τυποποιημένης διαδρομής φροντίδας και μηχανισμών πλοήγησης ασθενών.....	108
7.2. Ενίσχυση της διασύνδεσης μεταξύ πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής φροντίδας	109
7.3. Μείωση γεωγραφικών ανισοτήτων και ενίσχυση περιφερειακών δικτύων φροντίδας	109
7.4. Βελτίωση της πρόσβασης στον μοριακό έλεγχο και στην εξατομικευμένη ογκολογία	109
7.5. Ενίσχυση της διεπιστημονικής, υποστηρικτικής και ανακουφιστικής φροντίδας.	110
7.6. Ενίσχυση της ασθενοκεντρικής φροντίδας και της συμμετοχής των ασθενών	110
7.7. Ενίσχυση της πρόληψης και της έγκαιρης ανίχνευσης.....	110

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1. Κατανομή ορισμένων κλινικών υπηρεσιών και υποδομών που σχετίζονται με τον καρκίνο του πνεύμονα.	60
Πίνακας 3. Σύνοψη των βασικών συμπερασμάτων.	103
Πίνακας 4. Κύρια συμπεράσματα από την ανάλυση της συζήτησης των ασθενών & φροντιστών του focus group.	122
Πίνακας 5. Κύρια συμπεράσματα από την ανάλυση της συζήτησης των επαγγελματιών υγείας του focus group.	126

Κατάλογος Εικόνων

Εικόνα 1. Ηλικιακά τυποποιημένος δείκτης επίπτωσης (ASR, παγκόσμιο πρότυπο) του καρκίνου της τραχείας, των βρόγχων και του πνεύμονα ανά 100.000 πληθυσμού, και για τα δύο φύλα, παγκοσμίως το 2022. Η εικόνα προέρχεται από επεξεργασία δεδομένων της βάσης Cancer Today, WHO.	9
Εικόνα 2. Ηλικιακά τυποποιημένος δείκτης θνησιμότητας (ASR, παγκόσμιο πρότυπο) του καρκίνου της τραχείας, των βρόγχων και του πνεύμονα ανά 100.000 πληθυσμού, και για τα δύο φύλα, παγκοσμίως το 2022. Η εικόνα προέρχεται από επεξεργασία δεδομένων της βάσης Cancer Today, WHO.	12
Εικόνα 3. Ηλικιακά τυποποιημένοι δείκτες επίπτωσης και θνησιμότητας (ASR, παγκόσμιο πρότυπο) του καρκίνου της τραχείας, των βρόγχων και του πνεύμονα ανά 100.000 πληθυσμού, σε παγκόσμιο επίπεδο, με διαχωρισμό ανά φύλο, 2022. Η εικόνα προέρχεται από επεξεργασία δεδομένων της βάσης Cancer Today, WHO.	14
Εικόνα 4. Ηλικιακά τυποποιημένος δείκτης επίπτωσης (ASR, παγκόσμιο πρότυπο) του καρκίνου της τραχείας, των βρόγχων και του πνεύμονα ανά 100.000 πληθυσμού, και για τα δύο φύλα, ευρωπαϊκά το 2022. Η εικόνα προέρχεται από επεξεργασία δεδομένων της βάσης Cancer Today, WHO.	18
Εικόνα 5. Ηλικιακά τυποποιημένος δείκτης θνησιμότητας (ASR, παγκόσμιο πρότυπο) του καρκίνου της τραχείας, των βρόγχων και του πνεύμονα ανά 100.000 πληθυσμού, και για τα δύο φύλα, ευρωπαϊκά το 2022. Η εικόνα προέρχεται από επεξεργασία δεδομένων της βάσης Cancer Today, WHO.	20
Εικόνα 6. Ηλικιακά τυποποιημένοι δείκτες επίπτωσης και θνησιμότητας (ASR, World, ανά 100.000 πληθυσμού) για τους 15 συχνότερους καρκίνους στην Ευρώπη, κατά φύλο, 2022. Η εικόνα προέρχεται από επεξεργασία δεδομένων της βάσης Cancer Today, WHO.	22
Εικόνα 7. Προβλεπόμενος αριθμός νέων περιστατικών καρκίνου τραχείας, βρόγχων και πνεύμονα στην Ευρώπη (EU27+EFTA) για το 2040 σε σύγκριση με το 2022, χωρίς ενσωμάτωση μεταναστευτικών ροών. Η εικόνα προέρχεται από επεξεργασία δεδομένων της βάσης OECD Data Explorer.	24
Εικόνα 8. Προβλεπόμενος αριθμός νέων περιστατικών καρκίνου τραχείας, βρόγχων και πνεύμονα στην Ευρώπη (EU27+EFTA) για το 2040 σε σύγκριση με το 2022, με βασικό	

δημογραφικό σενάριο που περιλαμβάνει μετανάστευση. Η εικόνα προέρχεται από επεξεργασία δεδομένων της βάσης OECD Data Explorer.	25
Εικόνα 9. Σύνοψη βασικών στοιχείων για τον καρκίνο του πνεύμονα σε επίπεδο Ελλάδας αλλά και σε παγκόσμια κλίμακα.....	32
Εικόνα 10. Σύνοψη βασικών συμπερασμάτων από την ανάλυση της συζήτησης των ασθενών & φροντιστών του focus group.....	75
Εικόνα 11. Σύνοψη βασικών συμπερασμάτων από την ανάλυση της συζήτησης των επαγγελματιών υγείας του focus group.	90
Εικόνα 12. Γραπτή συναίνεση από τον ΠΟΥ για την αξιοποίηση των δεδομένων στα πλαίσια της μεταπτυχιακής εργασίας.	121

Διερεύνηση της διαδρομής και του βαθμού ισότιμης πρόσβασης των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας

Λέξεις-κλειδιά: μονοπάτι ασθενή, καρκίνος του πνεύμονα, ισότιμη πρόσβαση, ποιοτική έρευνα, θεματική ανάλυση, ομάδα εστίασης, Ελλάδα

Περίληψη

Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί μία από τις κύριες αιτίες θνησιμότητας διεθνώς και σημαντική πρόκληση για το ελληνικό σύστημα υγείας, λόγω καθυστερήσεων στη διάγνωση, ανισοτήτων στην πρόσβαση και κατακερματισμού της φροντίδας. Η κατανόηση της διαδρομής των ασθενών (patient pathway) είναι κρίσιμη για τον εντοπισμό των σημείων δυσλειτουργίας και τη βελτίωση της ογκολογικής φροντίδας. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της διαδρομής φροντίδας των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα στην Ελλάδα, με έμφαση στα εμπόδια, τις καθυστερήσεις και τις ανισότητες. Η μεθοδολογία περιλάμβανε βιβλιογραφική ανασκόπηση και ποιοτική έρευνα μέσω focus group με ασθενείς, φροντιστές και επαγγελματίες υγείας, ενώ τα δεδομένα αναλύθηκαν θεματικά. Τα ευρήματα ανέδειξαν έντονο κατακερματισμό της φροντίδας, απουσία τυποποιημένων διαδρομών και περιορισμένο συντονισμό μεταξύ υπηρεσιών. Οι καθυστερήσεις εμφανίζονται ως συσσωρευτικό φαινόμενο σε όλα τα στάδια, από την αναγνώριση των συμπτωμάτων έως την έναρξη της θεραπείας. Παράλληλα, εντοπίστηκαν σημαντικές γεωγραφικές ανισότητες και περιορισμένη πρόσβαση σε εξειδικευμένες υπηρεσίες εκτός μεγάλων αστικών κέντρων. Καταγράφηκε χάσμα μεταξύ της εξατομικευμένης ογκολογικής προσέγγισης και της εφαρμογής της στην πράξη, καθώς και μη συστηματική λειτουργία της διεπιστημονικής φροντίδας. Η υποστηρικτική, ψυχοκοινωνική και ανακουφιστική φροντίδα αναδείχθηκε ως μη πλήρως ενταγμένη, με την οικογένεια να καλύπτει συχνά κρίσιμα κενά. Η μελέτη παρέχει τεκμηριωμένη βάση για τον σχεδιασμό παρεμβάσεων πολιτικής υγείας με στόχο τη βελτίωση της συνέχειας, της ισότητας και της ποιότητας της ογκολογικής φροντίδας στην Ελλάδα.

Investigating the care pathways and the degree of equitable access of lung cancer patients in the Greek Health System

Keywords: patient pathway, lung cancer, equal access, qualitative research, thematic analysis, focus group, Greece

Abstract

Lung cancer is one of the leading causes of mortality worldwide and represents a significant challenge for the Greek healthcare system, due to delays in diagnosis, inequalities in access, and fragmentation of care. Understanding the patient pathway is critical for identifying system inefficiencies and improving oncology care delivery. The aim of this study is to investigate the care pathway of lung cancer patients in Greece, with a focus on barriers, delays, and inequalities. The methodology included a literature review and qualitative research through focus groups with patients, caregivers, and healthcare professionals, while the data were analyzed thematically. The findings highlighted significant fragmentation of care, absence of standardized pathways, and limited coordination between services. Delays were identified as a cumulative phenomenon across all stages, from symptom recognition to treatment initiation. At the same time, considerable geographical inequalities and limited access to specialized services outside major urban centers were observed. A gap was also identified between the advances of personalized oncology and their implementation in clinical practice, along with inconsistent functioning of multidisciplinary care. Supportive, psychosocial, and palliative care were found to be under-integrated, with families often filling critical gaps. Overall, the study provides an evidence-based foundation for the design of health policy interventions aimed at improving continuity, equity, and quality of oncology care in Greece.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΥΠΕ	Υγειονομική Περιφέρεια
ΕΛΛΟΚ	Ελληνική Ομοσπονδία Καρκίνου
DALYs	Disability Adjusted Life Years
LDCT	Low Dose Computed Tomography
MDT	Multidisciplinary team
NSCLC	Non-Small Cell Lung Cancer
SCLC	Small Cell Lung Cancer
SES	Socio-Economic Status

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί μία από τις σημαντικότερες προκλήσεις για τα συστήματα υγείας παγκοσμίως, τόσο λόγω της υψηλής επίπτωσης όσο και λόγω της ιδιαίτερα αυξημένης θνησιμότητας που τον χαρακτηρίζει. Σύμφωνα με τα πλέον πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα, παραμένει κύρια αιτία θανάτου από κακοήθεια, αντιπροσωπεύοντας περίπου το 18–19% του συνόλου των θανάτων από καρκίνο, ενώ καταγράφονται ετησίως περισσότερα από 2,2 εκατομμύρια νέα περιστατικά (1–3). Ιδιαίτερη ανησυχία προκαλούν οι αυξητικές τάσεις τόσο στην επίπτωση όσο και στη θνησιμότητα της νόσου σε πολλές χώρες, γεγονός που αντανakλά τη συνεχιζόμενη έκθεση σε παράγοντες κινδύνου, με κυριότερο το κάπνισμα, αλλά και τις αδυναμίες των συστημάτων υγείας στην έγκαιρη διάγνωση και αποτελεσματική διαχείριση.

Οι τάσεις αυτές αναδεικνύουν την ανάγκη ενίσχυσης των πολιτικών πρόληψης, ιδίως στον τομέα του ελέγχου του καπνίσματος, καθώς και της έγκαιρης διάγνωσης, προκειμένου να περιοριστεί το μελλοντικό επιδημιολογικό και κοινωνικοοικονομικό βάρος του καρκίνου του πνεύμονα. Παράλληλα, η διεθνής εμπειρία καταδεικνύει ότι η εφαρμογή οργανωμένων προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου μπορεί να συμβάλει σημαντικά στη μείωση της θνησιμότητας, εφόσον συνοδεύεται από επαρκή διασύνδεση με υπηρεσίες διάγνωσης και θεραπείας (4).

Στην Ευρώπη, ο καρκίνος του πνεύμονα συγκαταλέγεται σταθερά μεταξύ των πρώτων αιτιών πρόωρης θνησιμότητας, με σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ χωρών ως προς την έγκαιρη διάγνωση, την πρόσβαση σε καινοτόμες θεραπείες και την οργάνωση της φροντίδας (5). Στην Ελλάδα, παρά την πρόοδο που έχει σημειωθεί σε επίπεδο θεραπευτικών επιλογών και εξειδικευμένης κλινικής γνώσης, εξακολουθούν να παρατηρούνται σημαντικές προκλήσεις, που σχετίζονται τόσο με δομικές αδυναμίες του συστήματος υγείας όσο και με γεωγραφικές ανισότητες.

Ειδικότερα, σημαντικές γεωγραφικές ανισότητες εξακολουθούν να καταγράφονται σε εθνικό επίπεδο. Τα ποσοστά επίπτωσης και θνησιμότητας εμφανίζονται υψηλότερα σε μεγάλες αστικές περιφέρειες, όπως η Αττική και η Κεντρική Μακεδονία, όπου συγκεντρώνονται οι κύριες διαγνωστικές και ογκολογικές υποδομές. Ωστόσο, οι καθυστερήσεις και τα εμπόδια πρόσβασης είναι εντονότερα σε νησιωτικές και αγροτικές περιοχές, όπου η διαθεσιμότητα προηγμένων απεικονιστικών μεθόδων και υπηρεσιών ακτινοθεραπείας παραμένει

περιορισμένη. Οι ανισότητες αυτές συμβάλλουν στην καθυστερημένη διάγνωση και στην καθυστέρηση έναρξης της θεραπείας, επιδεινώνοντας τα κλινικά αποτελέσματα και ενισχύοντας τις ανισότητες υγείας (6,7).

Η διαχείριση του καρκίνου του πνεύμονα δεν περιορίζεται στην παροχή μεμονωμένων ιατρικών υπηρεσιών, αλλά προϋποθέτει τον συντονισμό ενός σύνθετου φάσματος παρεμβάσεων που εκτείνονται από την πρόληψη και την έγκαιρη ανίχνευση έως τη διάγνωση, τη θεραπεία, την παρακολούθηση και την ανακουφιστική φροντίδα. Στο πλαίσιο αυτό, η έννοια της «διαδρομής ασθενούς» (patient pathway) αναδεικνύεται ως κρίσιμο αναλυτικό εργαλείο για την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι ασθενείς αλληλεπιδρούν με το σύστημα υγείας, καθώς και για τον εντοπισμό σημείων καθυστέρησης, κατακερματισμού και ανισοτήτων.

Η διεθνής βιβλιογραφία (8–10) υπογραμμίζει ότι τα προβλήματα στη διαδρομή φροντίδας των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα είναι πολυπαραγοντικά και διατρέχουν όλα τα στάδια της φροντίδας. Μεταξύ των σημαντικότερων καταγράφονται η καθυστερημένη αναζήτηση φροντίδας λόγω μη ειδικών συμπτωμάτων, η πολυπλοκότητα των διαγνωστικών διαδικασιών, η ανεπαρκής διασύνδεση μεταξύ επιπέδων φροντίδας και ειδικοτήτων, καθώς και τα εμπόδια πρόσβασης σε εξειδικευμένα κέντρα. Επιπλέον, η έλλειψη συντονισμένων μηχανισμών παραπομπής και η περιορισμένη διαλειτουργικότητα των πληροφοριακών συστημάτων εντείνουν τον κατακερματισμό της φροντίδας.

Παρά τα παραπάνω, η υφιστάμενη βιβλιογραφία παρουσιάζει σημαντικά κενά ως προς τη συνολική και συστηματική αποτύπωση της διαδρομής φροντίδας των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα, ιδίως στο ελληνικό πλαίσιο. Οι περισσότερες μελέτες εστιάζουν σε επιμέρους στάδια της φροντίδας, όπως καθυστερήσεις στη διάγνωση ή εμπόδια στην πρόσβαση σε συγκεκριμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις, χωρίς να εξετάζουν ολιστικά τη διαδρομή του ασθενούς από την εμφάνιση των συμπτωμάτων έως την ολοκληρωμένη διαχείριση της νόσου. Επιπλέον, είναι περιορισμένη η ταυτόχρονη διερεύνηση των εμπειριών των ασθενών, των φροντιστών και των επαγγελματιών υγείας, γεγονός που περιορίζει την κατανόηση των μηχανισμών που παράγουν καθυστερήσεις, κατακερματισμό και ανισότητες. Το κενό αυτό καθιστά αναγκαία την ανάπτυξη μελετών που προσεγγίζουν τη διαδρομή φροντίδας με ολοκληρωμένο και πολυεπίπεδο τρόπο.

Στο ελληνικό σύστημα υγείας, τα παραπάνω ζητήματα αποκτούν ιδιαίτερη σημασία λόγω δομικών χαρακτηριστικών, όπως η έντονη νοσοκομειοκεντρική οργάνωση, η μη πλήρης

ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η απουσία τυποποιημένων διαδρομών φροντίδας. Παράλληλα, η περιορισμένη θεσμοθέτηση ρόλων συντονισμού της φροντίδας, σε συνδυασμό με διοικητικά και οργανωτικά εμπόδια, οδηγεί συχνά σε αυξημένη επιβάρυνση για τους ασθενείς και τους φροντιστές.

Για την επίτευξη των στόχων της μελέτης, ακολουθήθηκε συνδυαστική μεθοδολογική προσέγγιση, η οποία περιλάμβανε βιβλιογραφική ανασκόπηση και πρωτογενή ποιοτική έρευνα. Η εμπειρική διερεύνηση πραγματοποιήθηκε μέσω ομάδων εστίασης (focus groups) με τη συμμετοχή ασθενών, φροντιστών και επαγγελματιών υγείας, ενώ τα δεδομένα που προέκυψαν αναλύθηκαν με τη μέθοδο της θεματικής ανάλυσης. Η προσέγγιση αυτή επέτρεψε την εις βάθος κατανόηση των εμπειριών, των αντιλήψεων και των λειτουργικών προκλήσεων που χαρακτηρίζουν τη διαδρομή φροντίδας.

Με βάση τα παραπάνω, αντικείμενο της παρούσας μελέτης αποτελεί η διερεύνηση της διαδρομής φροντίδας των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα στην Ελλάδα, με έμφαση στον εντοπισμό αναγκών, εμποδίων, καθυστερήσεων και σημείων κατακερματισμού. Η ανάλυση εστιάζει τόσο στις εμπειρίες των ασθενών και των φροντιστών όσο και στις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας, επιδιώκοντας την πολυδιάστατη κατανόηση των μηχανισμών λειτουργίας του συστήματος.

Στο πλαίσιο αυτό, η μελέτη επιχειρεί να απαντήσει στα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

- Ποιες είναι οι βασικές ανάγκες των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα καθόλη τη διαδρομή της φροντίδας;
- Ποια είναι τα κυριότερα εμπόδια και σημεία καθυστέρησης που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς και οι φροντιστές;
- Με ποιους τρόπους εκδηλώνεται ο κατακερματισμός του συστήματος υγείας στη διαδρομή της φροντίδας;
- Πώς αντιλαμβάνονται οι επαγγελματίες υγείας τις οργανωτικές και λειτουργικές προκλήσεις στη διαχείριση της νόσου;
- Ποιες ανισότητες αναδύονται ως προς την πρόσβαση σε υπηρεσίες και θεραπείες;

Η αναμενόμενη συμβολή της μελέτης είναι διττή. Σε επιστημονικό επίπεδο, αναμένεται να συμπληρώσει ένα σημαντικό τη βιβλιογραφία, παρέχοντας εμπειρικά τεκμηριωμένη και συστηματική αποτύπωση της διαδρομής φροντίδας των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα στην ελληνική πραγματικότητα. Σε επίπεδο πολιτικής υγείας, τα ευρήματα δύνανται να

υποστηρίζουν τον σχεδιασμό στοχευμένων παρεμβάσεων για τη βελτίωση της συνέχειας και του συντονισμού της φροντίδας, τη μείωση των ανισοτήτων και την ενίσχυση ενός περισσότερο ολοκληρωμένου και ασθενοκεντρικού συστήματος υγείας.

Συνολικά, μέσω της παρούσας μελέτης επιχειρείται η μετάβαση από μια αποσπασματική σε μια πιο ολοκληρωμένη και συστηματική κατανόηση της φροντίδας στον καρκίνο του πνεύμονα, αναδεικνύοντας την ανάγκη για οργανωτικές και θεσμικές μεταρρυθμίσεις που θα ενισχύσουν τον ασθενοκεντρικό προσανατολισμό του συστήματος υγείας.

Η εργασία οργανώνεται σε επιμέρους ενότητες. Στο πρώτο μέρος παρουσιάζεται το θεωρητικό και βιβλιογραφικό υπόβαθρο σχετικά με τον καρκίνο του πνεύμονα και τη διαδρομή φροντίδας των ασθενών. Στη συνέχεια περιγράφεται η μεθοδολογία της έρευνας, συμπεριλαμβανομένου του σχεδιασμού, της διαδικασίας συλλογής και της ανάλυσης των δεδομένων. Ακολουθεί η παρουσίαση των αποτελεσμάτων από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και την ποιοτική έρευνα, ενώ στο επόμενο μέρος πραγματοποιείται η σύνθεση και συζήτηση των ευρημάτων σε συνάρτηση με τη διεθνή βιβλιογραφία. Τέλος, διατυπώνονται τα συμπεράσματα της μελέτης, οι προτάσεις πολιτικής υγείας και οι κατευθύνσεις για περαιτέρω έρευνα.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Επιδημιολογικά δεδομένα και κοινωνικο-οικονομικές συνέπειες του καρκίνου του πνεύμονα

1.1. Ιστολογία καρκίνου του πνεύμονα

Ο καρκίνος του πνεύμονα διακρίνεται ιστολογικά σε δύο κύριες κατηγορίες: ο μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα (small cell lung carcinoma, SCLC) και ο μη μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα (non-small cell lung carcinoma, NSCLC). Ο NSCLC αποτελεί τη συχνότερη μορφή, αντιπροσωπεύοντας περίπου το 80% των περιπτώσεων, ενώ ο SCLC αντιστοιχεί στο υπόλοιπο 20%. Οι δύο αυτές κατηγορίες παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές ως προς τη βιολογική τους συμπεριφορά και τη θεραπευτική προσέγγιση: ο SCLC χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερα επιθετική κλινική πορεία και, στις περισσότερες περιπτώσεις, αντιμετωπίζεται με μη χειρουργικές μεθόδους, κυρίως συστηματική θεραπεία και ακτινοθεραπεία, ενώ ο NSCLC αντιμετωπίζεται συνήθως με συνδυασμό χειρουργικής επέμβασης και επικουρικών θεραπειών (11).

Ο NSCLC περιλαμβάνει τρεις βασικούς ιστολογικούς υποτύπους: το αδενοκαρκίνωμα, το πλακώδες καρκίνωμα και το μεγαλοκυτταρικό καρκίνωμα, τα οποία αντιπροσωπεύουν περίπου το 40%, 25% και 10% των περιπτώσεων αντίστοιχα (12). Η αναγνώριση της σημαντικής ιστολογικής και βιολογικής ετερογένειας του NSCLC οδήγησε στην περαιτέρω υποταξινόμησή του, όπως αυτή αποτυπώθηκε στις ταξινομήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) το 2004 και το 2015. Στο πλαίσιο αυτό, δίνεται έμφαση στον ακριβή προσδιορισμό του ιστολογικού υποτύπου, καθώς ο γενικός όρος «μη μικροκυτταρικό καρκίνωμα» διατηρείται κυρίως σε περιπτώσεις μικρών βιοψιών ή κυτταρολογικών δειγμάτων, όπου δεν είναι εφικτή η ασφαλής περαιτέρω διαφοροποίηση (11).

Το αδενοκαρκίνωμα εμφανίζει υψηλό βαθμό ιστολογικής ετερογένειας, με πολλαπλές μορφολογικές παραλλαγές, γεγονός που αντανακλά τη σύνθετη βιολογική του συμπεριφορά. Το πλακώδες καρκίνωμα εντοπίζεται συχνότερα κεντρικά, στους μεγάλους βρόγχους, ενώ το

μεγαλοκυτταρικό καρκίνωμα αποτελεί έναν αδιαφοροποίητο τύπο νεοπλάσματος, ο οποίος στερείται των χαρακτηριστικών κυτταρολογικών γνωρισμάτων των άλλων δύο υποτύπων (1).

Η σύγχρονη ιστολογική ταξινόμηση του καρκίνου του πνεύμονα έχει καθοριστική σημασία για τη διαγνωστική ακρίβεια, την επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής στρατηγικής και την πρόγνωση των ασθενών, καθώς οι διαφορετικοί ιστολογικοί υποτύποι συνδέονται με διακριτά κλινικά, μοριακά και θεραπευτικά χαρακτηριστικά (1,11).

1.2. Επιδημιολογική επισκόπηση του καρκίνου του πνεύμονα Διεθνώς

Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα δημόσιας υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο, καθώς συγκαταλέγεται στα συχνότερα και φονικότερα νεοπλάσματα. Σε διεθνή κλίμακα, ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί τη δεύτερη συχνότερη αιτία νέων διαγνώσεων καρκίνου, με περισσότερα από 2 έως 2,2 εκατομμύρια νέα περιστατικά ετησίως, ενώ ευθύνεται για περίπου 1,8 εκατομμύρια θανάτους παγκοσμίως κάθε χρόνο, γεγονός που τον καθιστά την πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο (1–3). Τα δεδομένα αυτά αναδεικνύουν το ιδιαίτερα υψηλό φορτίο της νόσου, τόσο σε όρους επίπτωσης όσο και θνησιμότητας.

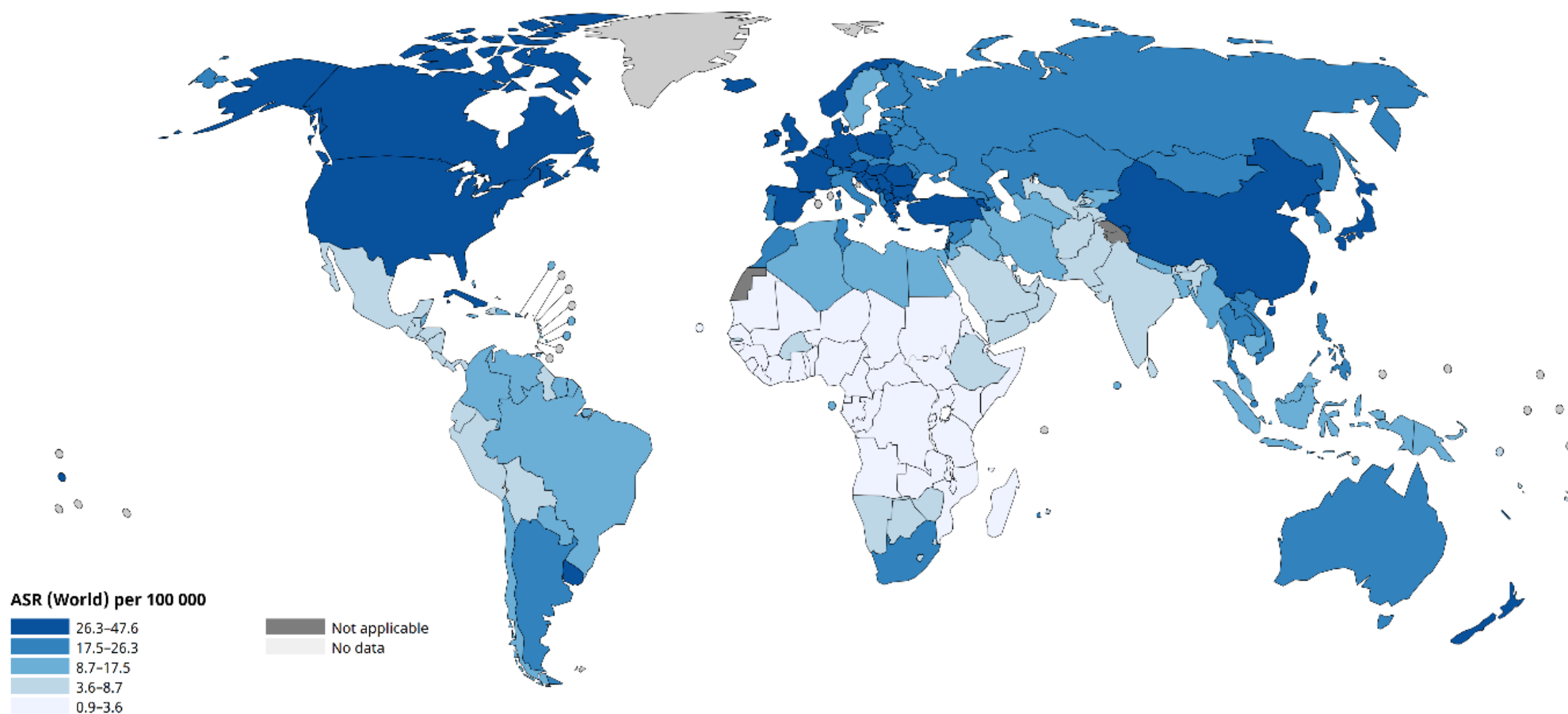
1.2.1. Η επίπτωση του καρκίνου του πνεύμονα σε διεθνές επίπεδο

Σε παγκόσμιο επίπεδο, παρατηρείται διακύμανση μεγαλύτερη από 20 φορές στα ποσοστά επίπτωσης μεταξύ διαφορετικών περιοχών, γεγονός που αντανακλά διαφοροποιήσεις στις συνήθειες καπνίσματος, στην περιβαλλοντική έκθεση και στις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες (2).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, παρατηρείται έντονη γεωγραφική ετερογένεια στην επίπτωση του καρκίνου του πνεύμονα, όπως αποτυπώνεται από τη διαβάθμιση των χρωμάτων στον χάρτη στην Εικόνα 1. Οι υψηλότεροι δείκτες επίπτωσης καταγράφονται κυρίως σε χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, της Κεντρικής και Ανατολικής Ασίας, της Ρωσίας, της Κίνας, καθώς και σε ορισμένες ανεπτυγμένες χώρες της Βόρειας Αμερικής και της Ωκεανίας, όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες, ο Καναδάς, η Αυστραλία και η Νέα Ζηλανδία. Ειδικά η Κίνα καταγράφει τον μεγαλύτερο απόλυτο αριθμό νέων περιστατικών, λόγω του μεγάλου πληθυσμού καπνιστών, της επιβάρυνσης από την ατμοσφαιρική ρύπανση και των δημογραφικών αλλαγών (13).

Οι περιοχές αυτές χαρακτηρίζονται ιστορικά από υψηλά ποσοστά κατανάλωσης καπνού, γεγονός που εξηγεί σε μεγάλο βαθμό το αυξημένο επιδημιολογικό φορτίο (2,3). Το κάπνισμα εξακολουθεί να αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα κινδύνου, καθώς εκτιμάται ότι ευθύνεται για έως και το 90% των περιπτώσεων καρκίνου του πνεύμονα (2).

Αντίθετα, χαμηλότερα ποσοστά παρατηρούνται σε μεγάλο μέρος της Υποσαχάριας Αφρικής, σε χώρες της Νότιας Ασίας και σε ορισμένες περιοχές της Λατινικής Αμερικής [Εικόνα 1]. Οι χαμηλότεροι αυτοί δείκτες ενδέχεται να αντικατοπτρίζουν τόσο πραγματικές διαφορές στην έκθεση σε παράγοντες κινδύνου, όπως το κάπνισμα, όσο και ζητήματα υποκαταγραφής, περιορισμένης πρόσβασης σε διαγνωστικές υπηρεσίες και λιγότερο ανεπτυγμένα συστήματα καταγραφής καρκίνου.



Εικόνα 1. Ηλικιακά τυποποιημένος δείκτης επίπτωσης (ASR, παγκόσμιο πρότυπο) του καρκίνου της τραχείας, των βρόγχων και του πνεύμονα ανά 100.000 πληθυσμού, και για τα δύο φύλα, παγκοσμίως το 2022. Η εικόνα προέρχεται από επεξεργασία δεδομένων της βάσης [Cancer Today, WHO](#).

1.2.2. Η θνησιμότητα από καρκίνο του πνεύμονα σε διεθνές επίπεδο

Σε παγκόσμιο επίπεδο, ο καρκίνος του πνεύμονα ευθύνεται για περίπου 1,59 εκατομμύρια θανάτους, αντιπροσωπεύοντας το 19,4% του συνόλου των θανάτων από καρκίνο, γεγονός που τον κατατάσσει στην πρώτη θέση μεταξύ των ογκολογικών αιτιών θανάτου (14). Το στοιχείο αυτό αναδεικνύει τη σταθερά υψηλή του συμβολή στη συνολική θνησιμότητα, λόγω κακοηθών νεοπλασιών.

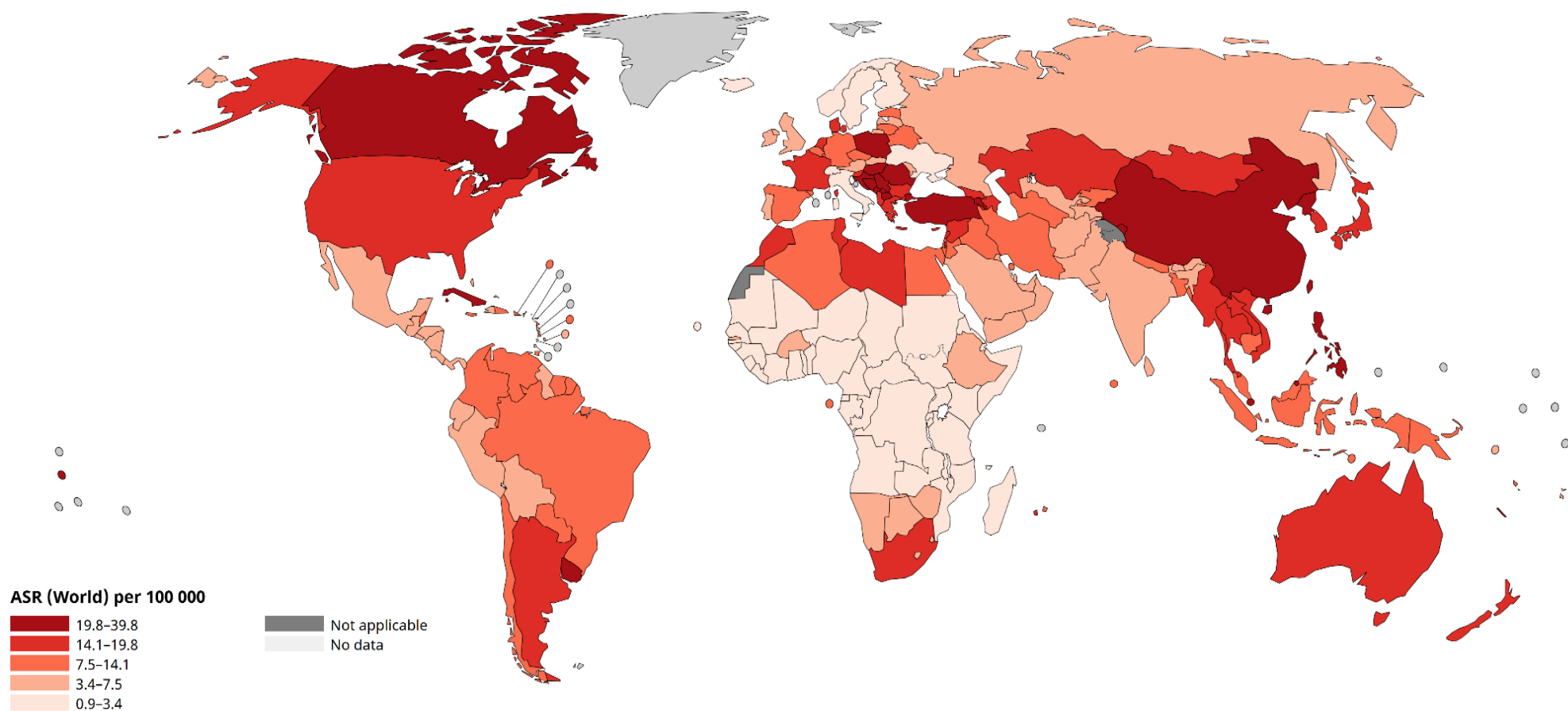
Η γεωγραφική κατανομή της θνησιμότητας παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις. Σε επίπεδο περιφερειών του ΠΟΥ, η περιοχή του Δυτικού Ειρηνικού (WPRO) εμφανίζει τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας, ακολουθούμενη από την Ευρωπαϊκή Περιφέρεια (EURO), ενώ οι Περιφέρειες Αφρικής (AFRO) και Ανατολικής Μεσογείου (EMRO) παρουσιάζουν τις ταχύτερα αυξανόμενες τάσεις. Ιδιαίτερα ανησυχητική είναι η προβλεπόμενη ταχεία αύξηση των θανάτων στις δύο τελευταίες περιοχές, γεγονός που συνδέεται με την εξάπλωση της καπνιστικής συνήθειας και τις δημογραφικές μεταβολές (15).

Όπως φαίνεται και στην Εικόνα 2, τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας εντοπίζονται κυρίως στην Ανατολική Ασία (ιδίως στην Κίνα), σε χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης, καθώς και στη Βόρεια Αμερική. Υψηλά επίπεδα καταγράφονται επίσης στην Αυστραλία και σε ορισμένες χώρες της Νοτιοανατολικής Ασίας. Αντίθετα, οι χαμηλότεροι δείκτες παρατηρούνται σε μεγάλο μέρος της Υποσαχάριας Αφρικής.

Η Ευρώπη συνολικά εμφανίζει σχετικά αυξημένα ποσοστά, με ιδιαίτερη επιβάρυνση στις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης, γεγονός που συνάδει με τα υψηλά επίπεδα καπνιστικής συνήθειας που καταγράφηκαν ιστορικά στις περιοχές αυτές. Στην Ασία, η σημαντική επιβάρυνση της Ανατολικής Ασίας αντανακλά τόσο τη μεγάλη πληθυσμιακή βάση όσο και την εκτεταμένη έκθεση σε παράγοντες κινδύνου, όπως το κάπνισμα και η ατμοσφαιρική ρύπανση. Αντιθέτως, σε πολλές αφρικανικές χώρες τα χαμηλότερα καταγεγραμμένα ποσοστά ενδέχεται να αντανακλούν όχι μόνο διαφορετικά πρότυπα έκθεσης, αλλά και περιορισμούς στα συστήματα καταγραφής και επιδημιολογικής επιτήρησης.

Συνολικά, η πλειονότητα των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα καταγράφεται σε λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες (63% στους άνδρες και 57% στις γυναίκες), γεγονός που αντανακλά ανισότητες στην έκθεση σε παράγοντες κινδύνου, στην πρόληψη και στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Στις περισσότερο ανεπτυγμένες χώρες, η αύξηση του απόλυτου αριθμού θανάτων αποδίδεται κυρίως στη γήρανση του πληθυσμού, ενώ στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες σχετίζεται κυρίως με την εξέλιξη της επιδημίας του καπνίσματος. Σε αρκετές

αφρικανικές χώρες, αλλά και στην Αραβική Χερσόνησο, το κάπνισμα καθίσταται ολοένα και πιο διαδεδομένο στους άνδρες, όπως παρατηρείται χαρακτηριστικά στην Αίγυπτο και στη Σαουδική Αραβία. Σε παγκόσμια κλίμακα, η αυξανόμενη κατανάλωση καπνού ακολουθείται από αντίστοιχη αύξηση της θνησιμότητας από καρκίνο του πνεύμονα, ιδίως στις αναπτυσσόμενες χώρες (15).



Εικόνα 2. Ηλικιακά τυποποιημένος δείκτης θνησιμότητας (ASR, παγκόσμιο πρότυπο) του καρκίνου της τραχείας, των βρόγχων και του πνεύμονα ανά 100.000 πληθυσμού, και για τα δύο φύλα, παγκοσμίως το 2022. Η εικόνα προέρχεται από επεξεργασία δεδομένων της βάσης [Cancer Today, WHO](#).

1.2.3. Δημογραφικές διαφοροποιήσεις στην επιδημιολογία του καρκίνου του πνεύμονα παγκοσμίως

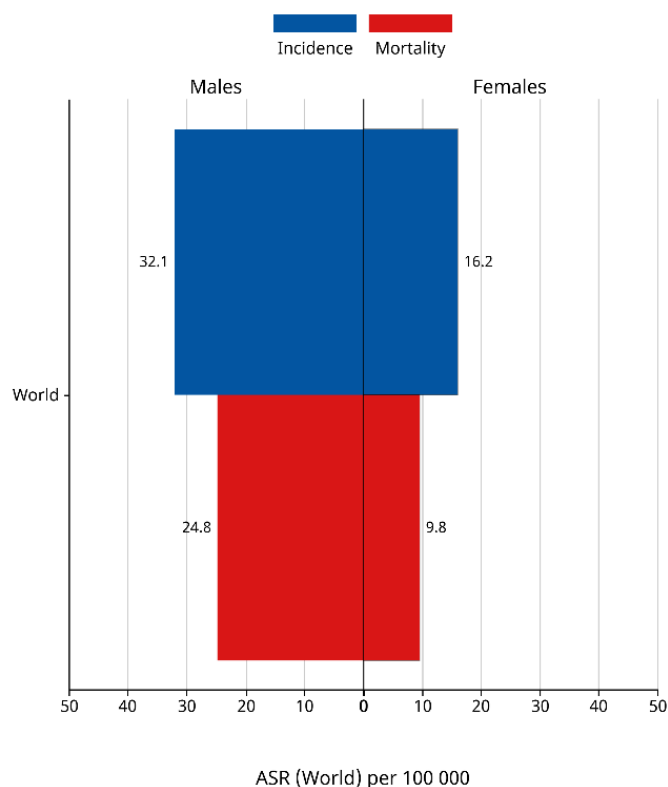
Όσον αφορά τις δημογραφικές παραμέτρους, η επίπτωση του καρκίνου του πνεύμονα είναι σταθερά υψηλότερη στους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες, με τα παγκόσμια ποσοστά να ανέρχονται σε 31,5 ανά 100.000 πληθυσμού για τους άνδρες και 14,6 ανά 100.000 για τις γυναίκες το 2020 (3). Βάσει των δεδομένων του ΠΟΥ για τον καρκίνο της τραχείας, των βρόγχων και του καρκίνου του πνεύμονα για το 2022, τα ποσοστά αυτά ανέρχονται σε 32.1 ανά 100.000 για τους άνδρες και 16.2 ανά 100.000 για τις γυναίκες, όπως φαίνεται στην Εικόνα 3. Τα ποσοστά θνησιμότητα για την ίδια χρονιά διαμορφώνονται σε 24.8 ανά 100.000 στους άνδρες και σε 9.8 ανά 100.000 στις γυναίκες.

Σε επίπεδο συχνότητας μεταξύ των κακοηθειών, ο καρκίνος του πνεύμονα κατατάσσεται ως ο δεύτερος συχνότερος καρκίνος τόσο στους άνδρες, μετά τον καρκίνο του προστάτη, όσο και στις γυναίκες, μετά τον καρκίνο του μαστού (2).

Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι συχνότερος στους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες, με περίπου διπλάσια ποσοστά θνησιμότητας (15). Οι υψηλότεροι δείκτες θνησιμότητας στους άνδρες καταγράφονται στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη (47,6 ανά 100.000) και στην Ανατολική Ασία (44,8 ανά 100.000), ενώ στις γυναίκες τα υψηλότερα ποσοστά παρατηρούνται στη Βόρεια Κορέα (30,7), στη Δανία (28,4), στην Ουγγαρία (26,6) και στον Καναδά (25,1) (14).

Ειδικότερα, ο ηλικιακά τυποποιημένος δείκτης θνησιμότητας μειώθηκε σταθερά την περίοδο 2000–2017, με μέση ετήσια ποσοστιαία μεταβολή -1,5%. Η μείωση ήταν εντονότερη στους άνδρες (μέση ετήσια μεταβολή -2,3%), ενώ στις γυναίκες η μείωση ήταν οριακή (-0,3%) (16). Σε ορισμένες περισσότερο ανεπτυγμένες χώρες, όπου η επιδημία του καπνίσματος κορυφώθηκε ήδη από τα μέσα του 20ού αιώνα, η επίπτωση και η θνησιμότητα στους άνδρες έχουν πλέον σταθεροποιηθεί ή παρουσιάζουν πτωτική τάση (15).

Τα ανωτέρω ευρήματα επιβεβαιώνονται και από μακροχρόνιες επιδημιολογικές αναλύσεις βάσει της βάσης δεδομένων Global Burden of Disease, οι οποίες εξετάζουν την εξέλιξη της θνησιμότητας από καρκίνο του πνεύμονα σε ορίζοντα 30 ετών, αναδεικνύοντας τόσο τις περιφερειακές ανισότητες όσο και τις δημογραφικές και επιδημιολογικές μεταβολές που επηρεάζουν τη νόσο (17).



Εικόνα 3. Ηλικιακά τυποποιημένοι δείκτες επίπτωσης και θνησιμότητας (ASR, παγκόσμιο πρότυπο) του καρκίνου της τραχείας, των βρόγχων και του πνεύμονα ανά 100.000 πληθυσμού, σε παγκόσμιο επίπεδο, με διαχωρισμό ανά φύλο, 2022. Η εικόνα προέρχεται από επεξεργασία δεδομένων της βάσης [Cancer Today, WHO](#).

1.2.4. Προγνωστικές εκτιμήσεις και επιδημιολογικές τάσεις του καρκίνου του πνεύμονα παγκοσμίως

Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί διαχρονικά την κυριότερη αιτία θανάτου από κακοήθεια σε παγκόσμιο επίπεδο, με ιδιαίτερα δυσμενείς προοπτικές για τις επόμενες δεκαετίες. Αναφορικά με τις μελλοντικές τάσεις και προβλέψεις, τα διαθέσιμα επιδημιολογικά μοντέλα καταδεικνύουν ότι ο καρκίνος του πνεύμονα θα συνεχίσει να αποτελεί μείζονα πρόκληση για τα συστήματα υγείας.

Σύμφωνα με πρόσφατες εκτιμήσεις, οι ετήσιοι θάνατοι από καρκίνο του πνεύμονα αναμένεται να προσεγγίσουν τα 3 εκατομμύρια έως το 2035, τάση που αποδίδεται κυρίως στη συνεχιζόμενη κατανάλωση καπνού και στη γήρανση του πληθυσμού (15). Αντίστοιχα, προβλέπεται περαιτέρω αύξηση της θνησιμότητας έως το 2040, γεγονός που επιβεβαιώνει τη διαρκή επιβάρυνση των συστημάτων υγείας διεθνώς (18).

Εκτιμάται ότι ο αριθμός των νέων περιστατικών θα μπορούσε να αυξηθεί σε περίπου 3,8 εκατομμύρια ετησίως έως το 2050, γεγονός που υπογραμμίζει τη δυναμική επιδείνωση του

παγκόσμιου φορτίου της νόσου (3). Σχετικά με την επίπτωση του καρκίνου του πνεύμονα όμως, προβλέπεται ότι έως το 2035 θα μειωθεί κατά περίπου 23% στους άνδρες, αλλά θα αυξηθεί κατά 2% στις γυναίκες, ενώ συνολικά ο αριθμός των νέων περιστατικών παγκοσμίως αναμένεται να αυξηθεί κατά 65,32%, σύμφωνα με αναλύσεις που βασίζονται σε δεδομένα από 126 μητρώα καρκίνου σε 40 χώρες και στο μοντέλο NORDPRED (13).

Οι προβλέψεις αυτές συνοδεύονται από διαφοροποιήσεις ανά γεωγραφική περιοχή, με τα υψηλότερα ποσοστά επίπτωσης στους άνδρες να αναμένονται στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη και στις γυναίκες στη Βόρεια Ευρώπη, ενώ σε πολλές χώρες καταγράφεται αυξητική τάση της επίπτωσης στις γυναίκες, με αναμενόμενες κορυφώσεις μετά τη δεκαετία του 2020 σε ευρωπαϊκές, ανατολικοασιατικές και ωκεάνιες χώρες (13).

Συνοψίζοντας, ο καρκίνος του πνεύμονα παραμένει η σημαντικότερη αιτία θανάτου από κακοήθεια παγκοσμίως, με προβλεπόμενη περαιτέρω αύξηση των θανάτων τις επόμενες δεκαετίες. Η επιβάρυνση διαφοροποιείται σημαντικά μεταξύ περιφερειών και φύλων και συνδέεται στενά με την κατανάλωση καπνού και τη γήρανση των πληθυσμών.

Κύριες επισημάνσεις:

Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί μία από τις συχνότερες μορφές καρκίνου παγκοσμίως, με περισσότερα από 2 εκατομμύρια νέα περιστατικά ετησίως και σημαντικές γεωγραφικές διαφοροποιήσεις στην επίπτωση. Παράλληλα, παραμένει η κυριότερη αιτία θανάτου από κακοήθεια διεθνώς, ευθυνόμενος για περίπου 1,8 εκατομμύρια θανάτους κάθε χρόνο. Η νόσος εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες, αν και σε αρκετές χώρες καταγράφεται αυξητική τάση της επίπτωσης στις γυναίκες. Οι επιδημιολογικές προβλέψεις υποδεικνύουν περαιτέρω αύξηση του συνολικού φορτίου της νόσου τις επόμενες δεκαετίες, κυρίως λόγω της γήρανσης του πληθυσμού και της συνεχιζόμενης κατανάλωσης καπνού.

1.3. Επιδημιολογική επισκόπηση του καρκίνου του πνεύμονα στην Ευρώπη

1.3.1. Η επίπτωση του καρκίνου του πνεύμονα στην Ευρώπη

Η επίπτωση του καρκίνου του πνεύμονα στην Ευρώπη παραμένει ιδιαίτερα υψηλή, καθιστώντας τη νόσο ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα δημόσιας υγείας στην ήπειρο. Το έτος 2020 υπολογίστηκαν περίπου 320.000 νέες διαγνώσεις στις χώρες της Ευρωπαϊκής

Ένωσης μόνο (19), γεγονός που καταδεικνύει το σημαντικό βάρος της νόσου ακόμη και εντός των κρατών-μελών με ανεπτυγμένα συστήματα υγείας.

Σε επίπεδο συχνότητας, ο καρκίνος του πνεύμονα κατατάσσεται ως ο τρίτος συχνότερος καρκίνος στην Ευρώπη, μετά τον καρκίνο του μαστού και τον καρκίνο του παχέος εντέρου (20). Η συμβολή του στη συνολική ογκολογική επιβάρυνση είναι δυσανάλογα μεγάλη, δεδομένης της υψηλής θνησιμότητας που τον χαρακτηρίζει.

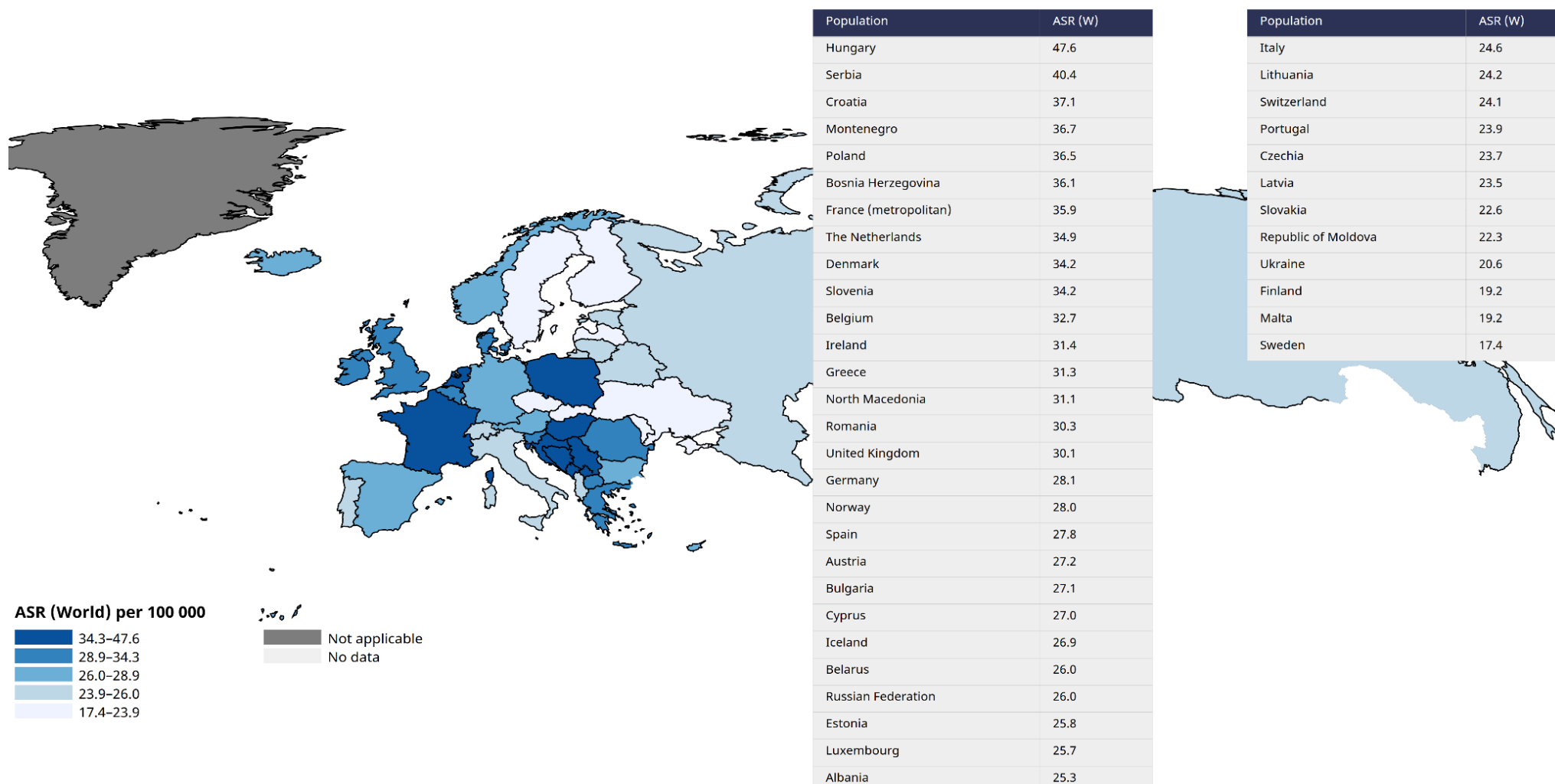
H Error! Reference source not found. αποτυπώνει τον ηλικιακά τυποποιημένο δείκτη επίπτωσης ανά 100.000 πληθυσμού για καρκίνο τραχείας, βρόγχων και πνεύμονα στην Ευρώπη για το έτος 2022, και για τα δύο φύλα. Η κατανομή παρουσιάζει σαφή γεωγραφική διαβάθμιση, με υψηλότερες τιμές να εντοπίζονται κυρίως στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη. Οι υψηλότεροι δείκτες καταγράφονται στην Ουγγαρία (47,6/100.000), στη Σερβία (40,4), στην Κροατία (37,1), στο Μαυροβούνιο (36,7) και στην Πολωνία (36,5), ενώ αυξημένες τιμές παρατηρούνται συνολικά στην περιοχή των Βαλκανίων και σε χώρες της Κεντρικής Ευρώπης. Παράλληλα, σχετικά υψηλή επίπτωση εμφανίζουν και ορισμένες χώρες της Δυτικής Ευρώπης, όπως η Γαλλία (35,9) και οι Κάτω Χώρες (34,9).

Ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά καταγράφονται στη Νότια Ευρώπη, που παρουσιάζει τις υψηλότερες τιμές επίπτωσης συγκριτικά με άλλες ευρωπαϊκές περιφέρειες (21), ενώ χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης έχουν ιδιαίτερα αυξημένους δείκτες. Οι διαφορές αυτές αντανακλούν, μεταξύ άλλων, τα ιστορικά πρότυπα κατανάλωσης καπνού, με υψηλότερη επίπτωση του καπνίσματος στις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης σε σύγκριση με τη Δυτική Ευρώπη (13).

Η Ελλάδα καταγράφει δείκτη 31,3/100.000, τοποθετούμενη σε ενδιάμεση προς υψηλή κατηγορία, συγκρίσιμη με χώρες όπως η Ιρλανδία (31,4) και η Βόρεια Μακεδονία (31,1). Αντίθετα, χαμηλότερες τιμές παρατηρούνται κυρίως στη Βόρεια Ευρώπη, όπως στη Σουηδία (17,4), στη Φινλανδία (19,2), καθώς και σε ορισμένες χώρες της Νότιας Ευρώπης, όπως η Μάλτα (19,2) και η Πορτογαλία (23,9).

H Error! Reference source not found. αναδεικνύει σημαντική ετερογένεια στην επίπτωση του καρκίνου του πνεύμονα εντός της Ευρώπης, με ιδιαίτερη επιβάρυνση στην Κεντρική–Ανατολική Ευρώπη και σχετικά χαμηλότερα επίπεδα στη Σκανδιναβία και σε ορισμένες μεσογειακές χώρες. Η χωρική αυτή κατανομή επιβεβαιώνει ότι, παρά τη γενική μείωση της θνησιμότητας σε ορισμένες περιοχές, η επίπτωση παραμένει υψηλή σε μεγάλο τμήμα της ευρωπαϊκής ηπείρου.

Συνολικά, τα διαθέσιμα δεδομένα αναδεικνύουν ότι ο καρκίνος του πνεύμονα εξακολουθεί να αποτελεί μία από τις συχνότερες και βαρύτερες κακοήθειες στην Ευρώπη, με έντονες περιφερειακές ανισότητες και προοπτική διατήρησης σημαντικού επιδημιολογικού φορτίου.



Εικόνα 4. Ηλικιακά τυποποιημένος δείκτης επίπτωσης (ASR, παγκόσμιο πρότυπο) του καρκίνου της τραχείας, των βρόγχων και του πνεύμονα ανά 100.000 πληθυσμού, και για τα δύο φύλα, ευρωπαϊκά το 2022. Η εικόνα προέρχεται από επεξεργασία δεδομένων της βάσης [Cancer Today, WHO](#).

1.3.2. Η θνησιμότητα από καρκίνο του πνεύμονα στην Ευρώπη

Στην Ευρώπη, η μέση θνησιμότητα από καρκίνο του πνεύμονα ανέρχεται σε περίπου 54,6 θανάτους ανά 100.000 άτομα, παρουσιάζοντας συνολικά πτωτική τάση τα τελευταία έτη, αλλά με σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ ανδρών και γυναικών (16).

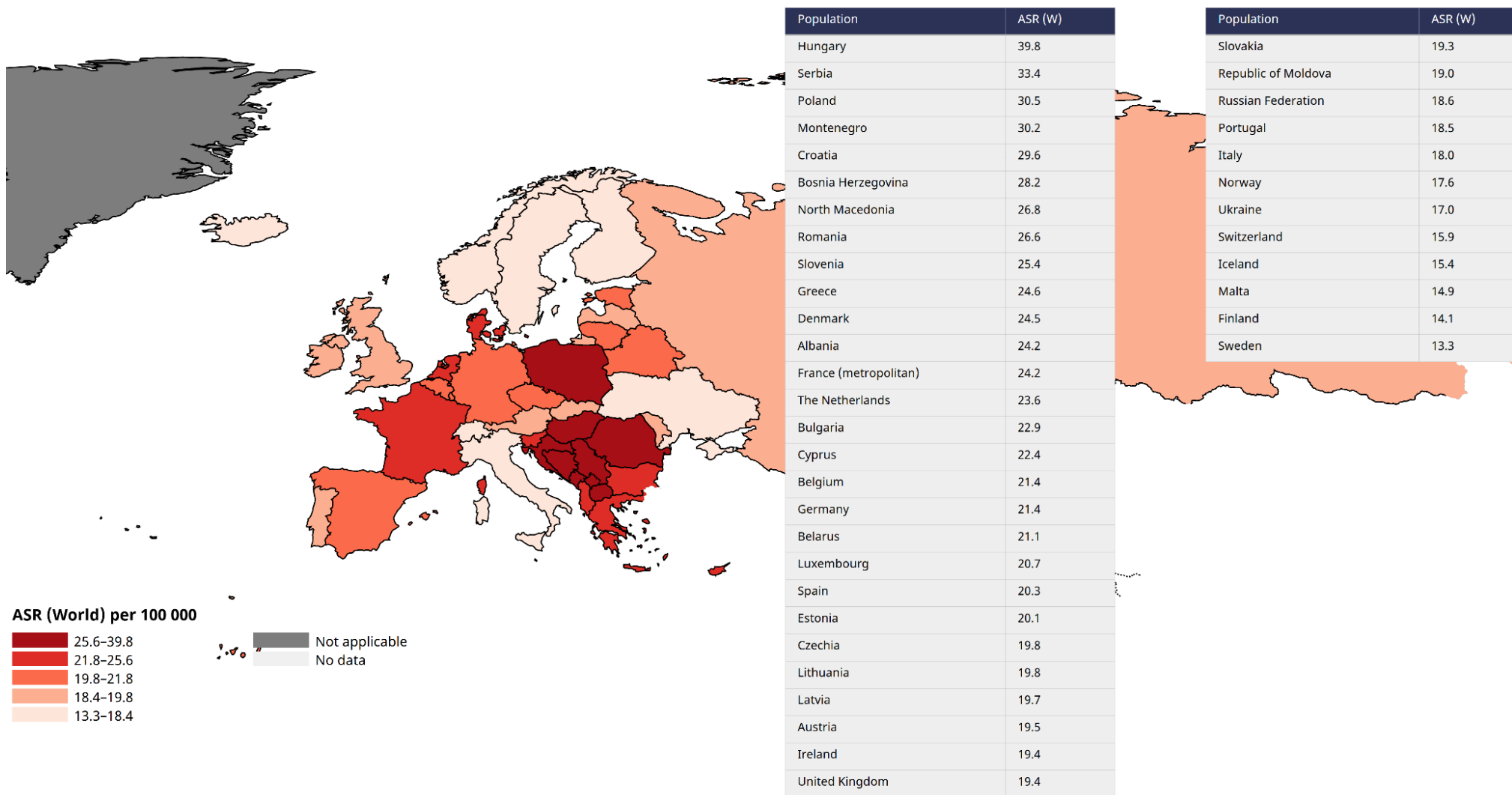
Όπως προκύπτει από τη γεωγραφική κατανομή του ηλικιακά τυποποιημένο δείκτη θνησιμότητας του καρκίνου της τραχείας, των βρόγχων και του πνεύμονα [Εικόνα 5], τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας εντοπίζονται κυρίως στην κεντροανατολική Ευρώπη, με ιδιαίτερα αυξημένες τιμές σε χώρες των Βαλκανίων και της Κεντρικής Ευρώπης, όπως Ουγγαρία (39,8), Σερβία (33,4), Πολωνία (30,5), Μαυροβούνιο (30,2) και Κροατία (29,6).

Η Ελλάδα καταγράφει τιμή 24,6/100.000, τοποθετούμενη σε σχετικά υψηλό επίπεδο συγκριτικά με τον μέσο όρο πολλών χωρών της Δυτικής και Βόρειας Ευρώπης. Η χωρική αυτή συγκέντρωση υποδηλώνει σημαντική επιβάρυνση στις πρώην σοσιαλιστικές χώρες και στις περιοχές με ιστορικά υψηλή κατανάλωση καπνού (13). Αντίθετα, τα χαμηλότερα ποσοστά παρατηρούνται κυρίως στη Βόρεια Ευρώπη (π.χ. Σουηδία, Φινλανδία), καθώς και σε κάποιες μεσογειακές χώρες στη Νότια Ευρώπη (π.χ. Ιταλία, Μάλτα), όπου οι δείκτες είναι μειωμένοι.

Συνολικά, καταδεικνύεται σαφή γεωγραφική διαβάθμιση της θνησιμότητας, με υψηλότερη επιβάρυνση στην Κεντρική–Ανατολική Ευρώπη και χαμηλότερη στη Βόρεια και σε τμήματα της Μεσογειακής Ευρώπης, στοιχείο που αντανακλά διαφοροποιήσεις στα πρότυπα καπνίσματος, στην πρόληψη και στη λειτουργία των συστημάτων υγείας.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια συνολική μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του πνεύμονα στην Ευρώπη, που κυρίως αποδίδεται στη μείωση της κατανάλωσης καπνού, καθώς και στη βελτίωση των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου και των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Ωστόσο, σε αρκετές χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης, η χαμηλότερη συμμετοχή σε προγράμματα πρόληψης και ο περιορισμένος βαθμός πρόσβασης σε καινοτόμες θεραπείες συνδέονται με δυσμενέστερα ογκολογικά αποτελέσματα (22). Αυτό αντανακλάται και στα αυξημένα ποσοστά επίπτωσης στις χώρες αυτές [Εικόνα 5].

Αν και η Ευρώπη παρουσιάζει ενδείξεις προόδου ως προς τη μείωση της θνησιμότητας στους άνδρες, η αυξανόμενη επιβάρυνση στις γυναίκες και οι επίμονες γεωγραφικές ανισότητες καταδεικνύουν ότι ο καρκίνος του πνεύμονα εξακολουθεί να αποτελεί μείζονα πρόκληση δημόσιας υγείας, με έντονες διαστάσεις ανισότητας μεταξύ φύλων και χωρών.



Εικόνα 5. Ηλικιακά τυποποιημένος δείκτης θνησιμότητας (ASR, παγκόσμιο πρότυπο) του καρκίνου της τραχείας, των βρόγχων και του πνεύμονα ανά 100.000 πληθυσμού, και για τα δύο φύλα, ευρωπαϊκά το 2022. Η εικόνα προέρχεται από επεξεργασία δεδομένων της βάσης [Cancer Today, WHO](#).

1.3.3. Δημογραφικές διαφοροποιήσεις στην επιδημιολογία του καρκίνου του πνεύμονα στην Ευρώπη

Η δημογραφική κατανομή της επίπτωσης του καρκίνου του πνεύμονα στην Ευρώπη χαρακτηρίζεται από σαφείς διαφοροποιήσεις μεταξύ των φύλων, τόσο ως προς τη συχνότητα όσο και ως προς τις διαχρονικές τάσεις.

Σε επίπεδο συχνότητας, ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί τη δεύτερη συχνότερη κακοήθεια στους άνδρες, μετά τον καρκίνο του προστάτη [Εικόνα 6]. Αντίστοιχα, στις γυναίκες κατατάσσεται τρίτος σε συχνότητα, μετά τον καρκίνο του μαστού και τον καρκίνο του παχέος εντέρου (23). Παρά το γεγονός ότι η νόσος επηρεάζει και τα δύο φύλα, η επίπτωση παραμένει υψηλότερη στους άνδρες, με λόγο επίπτωσης ανδρών προς γυναίκες που κυμαίνεται από 3:1 έως και 10:1, ανάλογα με τη χώρα και το χρονικό πλαίσιο (24). Η ευρεία αυτή διακύμανση αντανακλά εθνικές και περιφερειακές διαφοροποιήσεις στα πρότυπα έκθεσης σε παράγοντες κινδύνου.

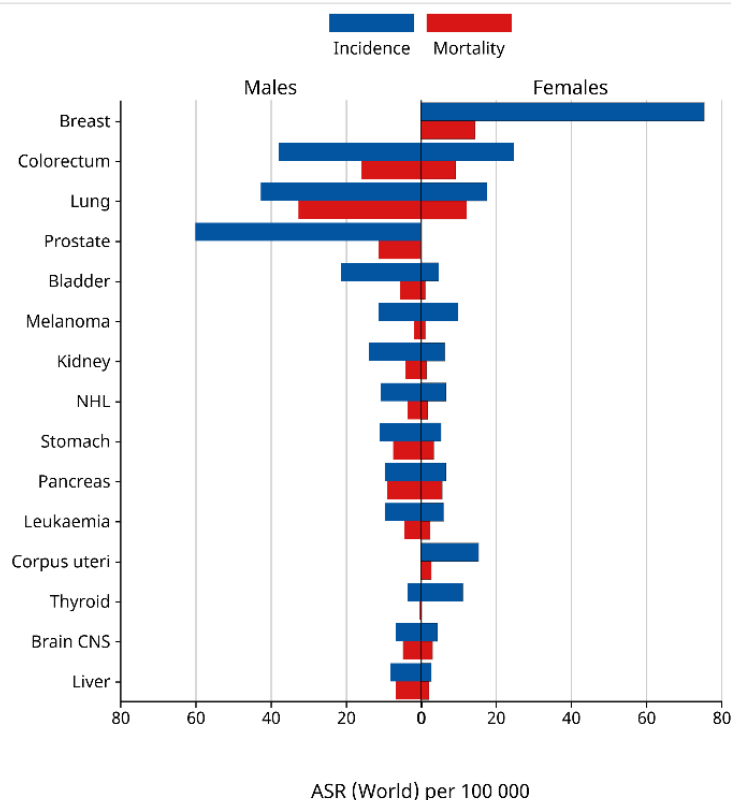
Τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας στους άνδρες καταγράφονται στις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης (47,6 ανά 100.000). Όσον αφορά τις γυναίκες, τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας έχουν καταγραφεί στη Δανία (28,4) και στην Ουγγαρία (26,6), χώρες που συγκαταλέγονται μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών με τη μεγαλύτερη επιβάρυνση (14).

Οι διαφορές μεταξύ των φύλων παραμένουν σημαντικές, με τους άνδρες να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας σε σύγκριση με τις γυναίκες. Οι μεγαλύτερες διαφορές καταγράφονται στην Ανατολική Ευρώπη, ενώ οι μικρότερες στη Βόρεια Ευρώπη. Ωστόσο, οι διαχρονικές τάσεις διαφοροποιούνται σημαντικά. Σύμφωνα με τα διαθέσιμα επιδημιολογικά δεδομένα, η συνολική τάση της επίπτωσης εμφανίζεται πτωτική στους άνδρες, ενώ αντίθετα καταγράφεται αυξητική τάση στις γυναίκες στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες (21,25).

Τα ποσοστά θνησιμότητας στον ανδρικό πληθυσμό μειώνονται στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, με εξαίρεση την Κύπρο και την Πορτογαλία, όπου δεν καταγράφεται αντίστοιχη πτωτική πορεία, ενώ στις γυναίκες τα ποσοστά αυξάνονται στις περισσότερες χώρες, σύμφωνα με δεδομένα από 26 ευρωπαϊκές χώρες και τις Ηνωμένες Πολιτείες για την περίοδο 2000–2017 (26). Αντίστοιχα, σε δυτικές χώρες καταγράφεται μείωση της θνησιμότητας στους άνδρες και αύξηση στις γυναίκες (27). Αξίζει να σημειωθεί πως ενώ ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνά εμφανιζόμενος στις γυναίκες, η θνησιμότητα από καρκίνο του πνεύμονα αρχίζει να υπερβαίνει τα τελευταία χρόνια τη θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού στα περισσότερα

κράτη-μέλη, με αυξητικές ή σταθερές τάσεις, καθιστώντας τον καρκίνο του πνεύμονα μία από τις κυριότερες αιτίες θανάτου από κακοήθεια μεταξύ των Ευρωπαίων γυναικών (28).

Συνολικά, τα δημογραφικά στοιχεία υποδεικνύουν ότι, παρά τη διατήρηση υψηλότερης επίπτωσης στους άνδρες, η δυναμική της νόσου στην Ευρώπη χαρακτηρίζεται από μεταβολή της έμφυλης κατανομής, με αυξανόμενη επιβάρυνση στον γυναικείο πληθυσμό και διαφοροποιημένες τάσεις μεταξύ των φύλων που απαιτούν συνεχή επιδημιολογική παρακολούθηση.



Εικόνα 6. Ηλικιακά τυποποιημένοι δείκτες επίπτωσης και θνησιμότητας (ASR, World, ανά 100.000 πληθυσμού) για τους 15 συχνότερους καρκίνους στην Ευρώπη, κατά φύλο, 2022. Η εικόνα προέρχεται από επεξεργασία δεδομένων της βάσης [Cancer Today, WHO](#).

1.3.4. Προγνωστικές εκτιμήσεις και επιδημιολογικές τάσεις του καρκίνου του πνεύμονα στην Ευρώπη

Οι προβλέψεις για την πορεία του καρκίνου του πνεύμονα στην Ευρώπη καταδεικνύουν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ φύλων, παρά τη γενικότερη σταθεροποίηση ή μείωση των δεικτών σε ορισμένες χώρες. Σύμφωνα με εκτιμήσεις για το 2030, τα υψηλότερα ποσοστά επίπτωσης στην Ευρώπη αναμένεται να καταγραφούν στην Κροατία για τους άνδρες (54,5/100.000) και στην Ολλανδία για τις γυναίκες (43,0/100.000). Παράλληλα, προβλέπεται

ότι τόσο η επίπτωση όσο και η θνησιμότητα θα συνεχίσουν να μειώνονται στους άνδρες στις περισσότερες χώρες, ενώ στις γυναίκες θα παρουσιάσουν αυξητική τάση σε πολλές ευρωπαϊκές περιφέρειες (29).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, εκτιμάται ότι η επίπτωση του καρκίνου του πνεύμονα θα αυξηθεί κατά περίπου 65% την περίοδο 2010–2035. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η πρόβλεψη ότι σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες – όπως η Δανία, η Ιρλανδία, η Νορβηγία, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ολλανδία – τα ποσοστά επίπτωσης στον γυναικείο πληθυσμό αναμένεται να προσεγγίσουν ή ακόμη και να υπερβούν εκείνα του ανδρικού κατά την περίοδο 2025–2035, γεγονός που υποδηλώνει μεταβολή του επιδημιολογικού προτύπου της νόσου.

Όσον αφορά τη θνησιμότητα στην Ευρωπαϊκή Ένωση (EU-27), προβλεπτικά μοντέλα που βασίζονται σε ιστορικά δεδομένα της περιόδου 1970–2018 εκτιμούν ότι η θνησιμότητα από καρκίνο του πνεύμονα στην Ευρώπη θα συνεχίσει να μειώνεται σε όλες τις ηλικιακές ομάδες των ανδρών, καθώς και στις νεότερες και μέσης ηλικίας γυναίκες. Ωστόσο, στις ηλικιωμένες γυναίκες προβλέπεται αύξηση της θνησιμότητας κατά περίπου 10%, γεγονός που υποδηλώνει μετατόπιση του επιδημιολογικού φορτίου στις μεγαλύτερες ηλικίες. Οι εκτιμήσεις αυτές βασίζονται σε μοντέλα που εφαρμόστηκαν σε ιστορικά δεδομένα του ΠΟΥ και της Eurostat, καλύπτοντας πολυετείς χρονοσειρές (30).

Επιπλέον, το μελλοντικό φορτίο της νόσου αναμένεται να επηρεαστεί σημαντικά από δημογραφικούς και επιδημιολογικούς παράγοντες. Η αυξανόμενη επιβάρυνση αποδίδεται στη δημογραφική γήρανση, στην πληθυσμιακή αύξηση και στις μεταβολές των προτύπων καπνίσματος, ιδίως στη Νότια, Δυτική και Κεντρική–Ανατολική Ευρώπη. Προβλέψεις έως το 2035 σε 40 χώρες παγκοσμίως, συμπεριλαμβανομένων ευρωπαϊκών χωρών, υποδεικνύουν ότι η επίπτωση του καρκίνου του πνεύμονα θα παραμείνει σε υψηλά επίπεδα, με διαφοροποιήσεις μεταξύ χωρών και φύλων (13).

Όπως φαίνεται στις Εικόνα 7 και Εικόνα 8, ο αριθμός των επιπτώσεων του καρκίνου του πνεύμονα, της τραχείας και των βρόγχων το 2040 προβλέπεται να είναι αυξημένος συγκριτικά με το 2022.

Η Εικόνα 7 δείχνει πως ο αριθμός των περιστατικών αυξάνεται από 319,24 χιλιάδες το 2022 σε 378,57 χιλιάδες το 2040, αντιστοιχώντας σε σχετική αύξηση 18,59%. Η μεταβολή αποδίδεται αποκλειστικά στη δημογραφική δυναμική, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη μεταναστευτικές ροές. Ενσωματώνοντας ωστόσο τις προβλεπόμενες πληθυσμιακές μεταβολές συμπεριλαμβανομένης της μετανάστευσης, τα περιστατικά εκτιμάται ότι θα αυξηθούν από

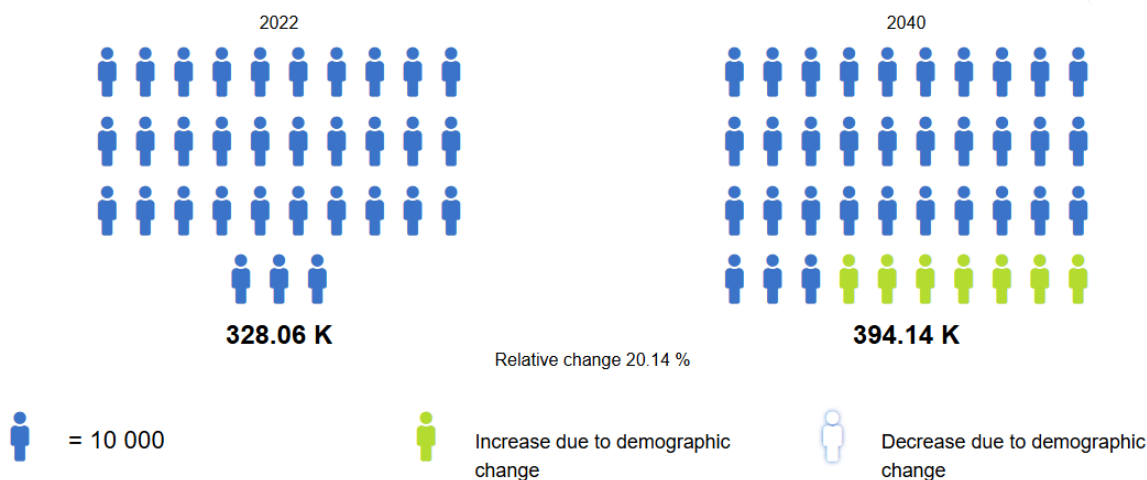
328,06 χιλιάδες το 2022 σε 394,14 χιλιάδες το 2040, με σχετική αύξηση 20,14% [Εικόνα 8]. Η ενσωμάτωση της μεταναστευτικής συνιστώσας οδηγεί σε ελαφρώς μεγαλύτερη απόλυτη και σχετική αύξηση του επιδημιολογικού φορτίου.

Συνολικά, και στα δύο σενάρια παρατηρείται σημαντικά αναμενόμενη αύξηση των νέων περιστατικών έως το 2040, ακόμη και χωρίς μεταβολή στους ηλικιακά τυποποιημένους δείκτες. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι η δημογραφική γήρανση και οι πληθυσμιακές μεταβολές από μόνες τους επαρκούν για να ενισχύσουν ουσιαστικά το συνολικό φορτίο της νόσου στην Ευρώπη τις επόμενες δεκαετίες, με τη μετανάστευση να λειτουργεί ως επιπλέον παράγοντας διαμόρφωσης του απόλυτου αριθμού περιστατικών.

Συνολικά, τα διαθέσιμα προγνωστικά μοντέλα συγκλίνουν στην εκτίμηση ότι, ενώ η επιβάρυνση στους άνδρες βαίνει μειούμενη σε μεγάλο μέρος της Ευρώπης, η αυξανόμενη επίπτωση και θνησιμότητα στις γυναίκες αναμένεται να μεταβάλει ουσιαστικά την έμφυλη κατανομή της νόσου τα επόμενα έτη.



Εικόνα 7. Προβλεπόμενος αριθμός νέων περιστατικών καρκίνου τραχείας, βρόγχων και πνεύμονα στην Ευρώπη (EU27+EFTA) για το 2040 σε σύγκριση με το 2022, χωρίς ενσωμάτωση μεταναστευτικών ροών. Η εικόνα προέρχεται από επεξεργασία δεδομένων της βάσης [OECD Data Explorer](#).



Εικόνα 8. Προβλεπόμενος αριθμός νέων περιστατικών καρκίνου τραχείας, βρόγχων και πνεύμονα στην Ευρώπη (EU27+EFTA) για το 2040 σε σύγκριση με το 2022, με βασικό δημογραφικό σενάριο που περιλαμβάνει μετανάστευση. Η εικόνα προέρχεται από επεξεργασία δεδομένων της βάσης [OECD Data Explorer](#).

Κύριες επισημάνσεις:

Στην Ευρώπη, ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί μία από τις συχνότερες κακοήθειες, με περίπου 320.000 νέα περιστατικά ετησίως και σημαντικές γεωγραφικές διαφοροποιήσεις στην επίπτωση, ιδιαίτερα αυξημένες στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη. Παράλληλα, η θνησιμότητα παρουσιάζει συνολικά πτωτική τάση, ωστόσο παραμένει υψηλότερη στις χώρες της Κεντρικής–Ανατολικής Ευρώπης και διαφοροποιείται σημαντικά μεταξύ φύλων. Δημογραφικά, η νόσος εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες, αν και σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες παρατηρείται αυξητική τάση της επίπτωσης και της θνησιμότητας στις γυναίκες. Οι επιδημιολογικές προβλέψεις δείχνουν ότι το συνολικό φορτίο της νόσου στην Ευρώπη θα αυξηθεί τις επόμενες δεκαετίες, κυρίως λόγω της γήρανσης του πληθυσμού και των μεταβολών στην καπνιστική συνήθεια.

1.4. Επιδημιολογική επισκόπηση του καρκίνου του πνεύμονα στην Ελλάδα

Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα δημόσιας υγείας στην Ελλάδα, καταλαμβάνοντας την 3^η θέση ως αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά και τα αγγειακά εγκεφαλικά νοσήματα (5). Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Σύστημα Πληροφοριών για τον Καρκίνο (European Cancer Information System), το 2022 καταγράφηκαν στην Ελλάδα περίπου 8.608 νέα περιστατικά καρκίνου του πνεύμονα και 7.170 θάνατοι. Τα στοιχεία αυτά

αντιστοιχούν στο 5,7% του συνόλου των θανάτων στη χώρα, υπογραμμίζοντας τη σημαντική επίδραση της νόσου στην υγεία του πληθυσμού και στους πόρους του συστήματος υγείας (31).

Παρά τις θεραπευτικές εξελίξεις, τα αποτελέσματα επιβίωσης παραμένουν πτωχά. Το ποσοστό πενταετούς επιβίωσης εκτιμάται σε 32% για τον NSCLC καρκίνο και σε 9% για τον SCLC καρκίνο, ποσοστά που είναι χαμηλότερα από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (32). Το χάσμα αυτό αντανακλά κυρίως τη διάγνωση της νόσου σε προχωρημένα στάδια, καθώς η πλειονότητα των ασθενών εντοπίζεται αφού έχει ήδη αναπτυχθεί μεταστατική νόσος, γεγονός που περιορίζει σημαντικά την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και τις προοπτικές επιβίωσης (33).

Το φορτίο νοσηρότητας του καρκίνου του πνεύμονα στην Ελλάδα, εκφρασμένο σε έτη ζωής προσαρμοσμένα στην αναπηρία (disability-adjusted life years – DALYs), ανήλθε σε 2.294,6 ανά 100.000 πληθυσμού το 2021 (34). Παράλληλα, η νόσος συμβάλλει ουσιαστικά στη μείωση της παραγωγικότητας και στην οικονομική επιβάρυνση των νοικοκυριών. Πρόσφατα δεδομένα δείχνουν ότι η μέση δαπάνη ανά νοικοκυριό ανέρχεται σε 4.518 € ανά ασθενή εντός έξι μηνών από τη διάγνωση, συμπεριλαμβανομένων των απωλειών εισοδήματος τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους φροντιστές τους (35).

Το επιδημιολογικό προφίλ του καρκίνου του πνεύμονα στην Ελλάδα συνδέεται στενά με την κατανάλωση καπνού, η οποία παραμένει από τις υψηλότερες στην Ευρώπη. Περίπου το 32–35% των ενηλίκων είναι ενεργοί καπνιστές, σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ που ανέρχεται στο 23% (36,37). Ο συγκεκριμένος παράγοντας κινδύνου ευθύνεται για σχεδόν το 80% των περιστατικών καρκίνου του πνεύμονα, ενώ επαγγελματικές εκθέσεις και η ατμοσφαιρική ρύπανση προσθέτουν επιπλέον κίνδυνο, ιδίως σε βιομηχανικές και αστικές περιοχές (36).

Όσον αφορά τις πληθυσμιακές υποομάδες, οι άνδρες εξακολουθούν να αντιπροσωπεύουν την πλειονότητα των περιστατικών καρκίνου του πνεύμονα, αν και η επίπτωση στις γυναίκες αυξάνεται σταθερά, αντανακλώντας τις μεταβολές στη συχνότητα του καπνίσματος. Η νόσος προσβάλλει κυρίως άτομα ηλικίας 60–74 ετών, ωστόσο παρατηρείται αυξανόμενος αριθμός περιστατικών πρώιμης έναρξης (7).

Κύριες επισημάνσεις:

Στην Ελλάδα, ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί μία από τις κυριότερες αιτίες θανάτου, με περίπου 8.600 νέα περιστατικά και πάνω από 7.000 θανάτους ετησίως, επιβαρύνοντας σημαντικά το σύστημα υγείας. Παράλληλα, τα ποσοστά επιβίωσης παραμένουν χαμηλά, κυρίως λόγω της διάγνωσης της νόσου σε προχωρημένα στάδια. Δημογραφικά, η νόσος εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες, αν και η επίπτωση στις γυναίκες αυξάνεται σταδιακά, ενώ επηρεάζει κυρίως άτομα ηλικίας 60–74 ετών. Το υψηλό επιδημιολογικό φορτίο συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με τα υψηλά ποσοστά καπνίσματος στον ελληνικό πληθυσμό, τα οποία συγκαταλέγονται μεταξύ των υψηλότερων στην Ευρώπη.

1.5. Κοινωνικοοικονομικές συνέπειες του καρκίνου του πνεύμονα

Οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες αποτελούν σημαντική διάσταση της επιδημιολογίας και της έκβασης του καρκίνου του πνεύμονα, καθώς επηρεάζουν τόσο τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου όσο και την πρόσβαση στη θεραπεία και την πρόγνωση των ασθενών. Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση (socio-economic status, SES) αποτελεί έναν πολυδιάστατο δείκτη που αντανακλά τις κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες ζωής των ατόμων και συνήθως αποτιμάται μέσω μεταβλητών όπως το επίπεδο εκπαίδευσης, το εισόδημα και η επαγγελματική κατάσταση (38).

Σημαντικός όγκος ερευνητικών δεδομένων καταδεικνύει ότι τα άτομα με χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο εμφανίζουν υψηλότερη επίπτωση και θνησιμότητα από καρκίνο του πνεύμονα, χαμηλότερα ποσοστά επιβίωσης και περιορισμένη πρόσβαση σε θεραπευτικές παρεμβάσεις. Σε ανασκόπηση οκτώ συστηματικών ανασκοπήσεων που περιλάμβανε 220 πρωτογενείς μελέτες, διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς χαμηλότερου SES έχουν σημαντικά δυσμενέστερη πορεία της νόσου και μικρότερη πιθανότητα λήψης τόσο συμβατικών όσο και νεότερων θεραπειών (38).

Συγκεκριμένα, έχει καταγραφεί ότι τα άτομα από χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα:

- έχουν περίπου 20–30% μικρότερη πιθανότητα να λάβουν παραδοσιακές αντικαρκινικές θεραπείες, όπως χειρουργική αντιμετώπιση και χημειοθεραπεία

- παρουσιάζουν περίπου 30% μικρότερη πιθανότητα πρόσβασης σε νεότερες θεραπευτικές επιλογές, όπως στοχευμένες ή εξατομικευμένες.

Επιπλέον, η χαμηλότερη επιβίωση στις ομάδες αυτές έχει συσχετιστεί με υψηλότερη συχνότητα συννοσηροτήτων και μεγαλύτερη πιθανότητα εισαγωγής στο σύστημα υγείας μέσω επειγόντων περιστατικών (38).

Παράλληλα, η κοινωνικοοικονομική ανισότητα αντανakλάται και στην επαγγελματική κατάσταση των ασθενών. Έρευνες δείχνουν ότι οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα που ανήκουν σε χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες είναι λιγότερο πιθανό να εργάζονται μετά τη διάγνωση και έχουν αυξημένη πιθανότητα λήψης επιδομάτων αναπηρίας. Σε μελέτες που αξιολόγησαν τη σχέση μεταξύ κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών, όπως το επίπεδο εκπαίδευσης, το εισόδημα, η εργασιακή κατάσταση πριν από τη διάγνωση και οι άδειες ασθενείας, και της επαγγελματικής κατάστασης τρία χρόνια μετά τη διάγνωση, διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς χαμηλότερου SES παρουσιάζουν σημαντικά μεγαλύτερη πιθανότητα μακροχρόνιας αποχώρησης από την αγορά εργασίας (39).

Η κοινωνικοοικονομική θέση επηρεάζει επίσης άμεσα την επιβίωση των ασθενών. Μελέτες έχουν δείξει ότι το χαμηλότερο ατομικό εισόδημα σχετίζεται με δυσμενέστερα αποτελέσματα επιβίωσης στον καρκίνο του πνεύμονα. Συγκεκριμένα, τα ποσοστά επιβίωσης στα 1, 3 και 5 έτη μετά τη διάγνωση παρουσιάζουν συστηματικά πτωτική τάση όσο μειώνεται το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, τόσο σε ατομικούς όσο και σε γεωγραφικούς δείκτες SES (40).

Τέλος, οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες αντικατοπτρίζονται και σε εκπαιδευτικούς και επαγγελματικούς δείκτες. Οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα εμφανίζουν, κατά μέσο όρο, χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και μεγαλύτερη πιθανότητα λήψης επιδομάτων αναπηρίας σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Παράλληλα, έχει παρατηρηθεί ότι οι ασθενείς αυτοί είναι λιγότερο πιθανό να κατέχουν ανώτερο μορφωτικό επίπεδο και περισσότερο πιθανό να βρίσκονται εκτός αγοράς εργασίας ή να λαμβάνουν σύνταξη αναπηρίας σε σχέση με αντίστοιχες ομάδες ελέγχου (41).

Οι ανισότητες αυτές υποδηλώνουν ότι κοινωνικοοικονομικές ευαλωτότητες, όπως το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο και η εργασιακή επισφάλεια, μπορούν να επηρεάσουν τόσο τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου όσο και την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, συμπεριλαμβανομένης της έγκαιρης διάγνωσης και της θεραπείας. Παράλληλα, οι παράγοντες αυτοί συχνά συνδέονται με υψηλότερη συχνότητα καπνίσματος και αυξημένη επαγγελματική

έκθεση σε καρκινογόνους παράγοντες, γεγονός που ενισχύει περαιτέρω τις κοινωνικές ανισότητες στον καρκίνο του πνεύμονα (41).

Το κοινωνικο-οικονομικό φορτίο του καρκίνου του πνεύμονα στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, ο καρκίνος του πνεύμονα συνοδεύεται από σημαντικές κοινωνικοοικονομικές ανισότητες που επηρεάζουν την επίπτωση της νόσου, τη συμμετοχή σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου, την πρόσβαση σε θεραπεία, καθώς και την επιβίωση των ασθενών. Μελέτες δείχνουν ότι το χαμηλότερο επίπεδο SES, και ιδιαίτερα το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου, γεγονός που αποδίδεται σε παράγοντες όπως υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος, ανθυγιεινές συμπεριφορές και αυξημένη έκθεση σε περιβαλλοντικούς κινδύνους. Παράλληλα, οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες επηρεάζουν σημαντικά τη συμμετοχή στον προσυμπτωματικό έλεγχο για καρκίνο του πνεύμονα, καθώς τα άτομα χαμηλότερου εισοδήματος εμφανίζουν μικρότερη πιθανότητα συμμετοχής σε εξετάσεις screening. Το φαινόμενο αυτό σχετίζεται με οικονομικά εμπόδια, δυσκολίες πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, καθώς και με πρακτικά ζητήματα, όπως το κόστος μετακίνησης προς εξειδικευμένα κέντρα ελέγχου (42).

Επιπλέον, το χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο συνδέεται με περιορισμένη πρόσβαση σε αποτελεσματικές θεραπευτικές επιλογές και με χαμηλότερα ποσοστά συνολικής επιβίωσης. Οι ασθενείς χαμηλότερου SES εμφανίζουν μικρότερη πιθανότητα να λάβουν οποιαδήποτε μορφή θεραπείας, ενώ συχνότερα διαγιγνώσκονται σε προχωρημένα στάδια της νόσου ή με πιο επιθετικές μορφές καρκίνου. Παράγοντες όπως η περιορισμένη υγειονομική παιδεία (health literacy) επηρεάζουν επίσης την κατανόηση της σημασίας της έγκαιρης διάγνωσης και των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου, συμβάλλοντας στη διεύρυνση των ανισοτήτων (42).

Παράλληλα με τις κοινωνικές ανισότητες, ο καρκίνος του πνεύμονα επιφέρει σημαντική οικονομική επιβάρυνση στο σύστημα υγείας και στην κοινωνία. Μελέτες για την περίοδο 2015–2023 δείχνουν ότι το οικονομικό βάρος της νόσου στην Ελλάδα έχει αυξηθεί σημαντικά την τελευταία δεκαετία. Το μέσο κόστος άμεσης ιατρικής δαπάνης ανά ασθενή αυξήθηκε από περίπου €16.000 το 2015 σε €58.974 το 2023, με το μεγαλύτερο μέρος του κόστους να αποδίδεται στην προμήθεια αντικαρκινικών φαρμάκων (43). Συγκεκριμένα, από τη συνολική δημόσια δαπάνη ανά ασθενή, περίπου €58.008 αφορούν το κόστος φαρμάκων, ενώ μικρότερα ποσά σχετίζονται με την παρακολούθηση των ασθενών, τη χορήγηση των θεραπειών και τη διαχείριση σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών.

Το κόστος της φροντίδας (end-of-life care) κατά τους τελευταίους έξι μήνες ζωής των ασθενών εκτιμάται ότι κυμαίνεται μεταξύ €6.786 και €7.665 ανά ασθενή, με τις φαρμακευτικές δαπάνες να αποτελούν το μεγαλύτερο μέρος του συνολικού κόστους. Παράλληλα, σημαντικό είναι και το έμμεσο οικονομικό βάρος της νόσου, το οποίο σχετίζεται με την απώλεια παραγωγικότητας. Σε σχετική μελέτη καταγράφηκαν συνολικά 28.774 χαμένες ημέρες εργασίας, εκ των οποίων το 95% αφορούσε τους ίδιους τους ασθενείς και το 5% τους φροντιστές τους (43). Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν ότι ο καρκίνος του πνεύμονα προκαλεί σημαντική οικονομική επιβάρυνση όχι μόνο για το σύστημα υγείας αλλά και για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Η διαχείριση της τελικής φροντίδας στην Ελλάδα παρουσιάζει επιπλέον προκλήσεις, καθώς δεν υπάρχει οργανωμένο σύστημα παρηγορητικής φροντίδας σε εθνικό επίπεδο και μεγάλο μέρος των σχετικών υπηρεσιών παρέχεται από εθελοντικές ή μη κερδοσκοπικές δομές (44). Στο πλαίσιο αυτό, σημαντικό ποσοστό των δαπανών της τελικής φάσης της νόσου (περίπου 42–75%) αφορά φαρμακευτικές θεραπείες, κυρίως τη συνέχιση χημειοθεραπείας ή ανοσοθεραπείας ακόμη και κατά τον τελευταίο μήνα ζωής των ασθενών. Ωστόσο, η πρακτική αυτή δεν έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει τα κλινικά αποτελέσματα ή την ποιότητα ζωής των ασθενών (45). Επιπλέον, έχει συσχετιστεί με αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση και μειωμένη ποιότητα ζωής τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους φροντιστές τους κατά την περίοδο πένθους.

Παράλληλα, το κόστος της διάγνωσης του καρκίνου του πνεύμονα έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια λόγω της ενσωμάτωσης προηγμένων διαγνωστικών τεχνολογιών. Το μέσο κόστος διάγνωσης εκτιμάται ότι ανερχόταν περίπου στα €700 ανά ασθενή, ενώ αυξήθηκε σε περίπου €1.823 μετά την ενσωμάτωση εξετάσεων όπως η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων σε συνδυασμό με αξονική τομογραφία (PET/CT) και η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου στα διαγνωστικά πρωτόκολλα (46,47). Παρά το υψηλότερο αρχικό κόστος, οι τεχνολογίες αυτές βελτιώνουν την ακρίβεια της σταδιοποίησης της νόσου, μειώνουν την ανάγκη για περιττές χειρουργικές επεμβάσεις και συμβάλλουν στη μείωση της συνολικής νοσηρότητας, που μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερη μακροπρόθεσμη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας (47).

Συνολικά, τα διαθέσιμα δεδομένα δείχνουν ότι το κοινωνικοοικονομικό φορτίο του καρκίνου του πνεύμονα στην Ελλάδα είναι ιδιαίτερα υψηλό και έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια, κυρίως λόγω της ανόδου του κόστους των φαρμακευτικών θεραπειών και της ευρύτερης υιοθέτησης νέων θεραπευτικών επιλογών. Οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες και η οικονομική

επιβάρυνση που συνεπάγεται η νόσος καθιστούν αναγκαία την ανάπτυξη πολιτικών που θα στοχεύουν τόσο στη μείωση των ανισοτήτων στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας όσο και στη βιώσιμη διαχείριση των πόρων του

Κύριες επισημάνσεις:

Ο καρκίνος του πνεύμονα συνοδεύεται από σημαντικές κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις, οι οποίες εκδηλώνονται μέσω ανισοτήτων στην επίπτωση της νόσου, στην πρόσβαση σε θεραπευτικές παρεμβάσεις και στα ποσοστά επιβίωσης. Παράλληλα, η νόσος επιφέρει σημαντικές επιβαρύνσεις στην απασχόληση, στο εισόδημα των ασθενών, στο κόστος υγειονομικής περίθαλψης και στην ευρύτερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση των ίδιων και των οικογενειών τους.

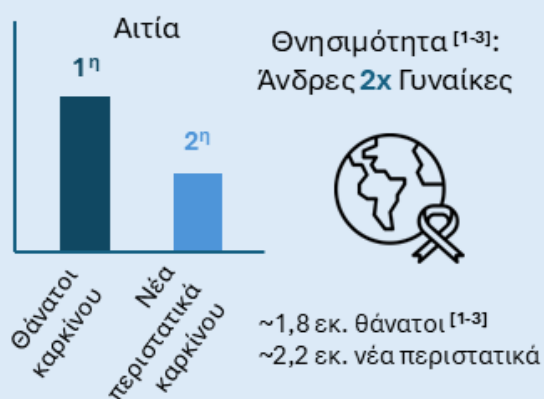


ΣΥΝΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

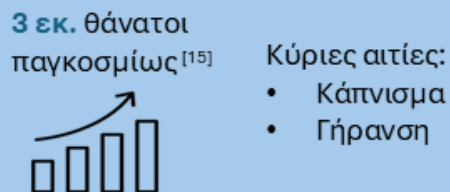


ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

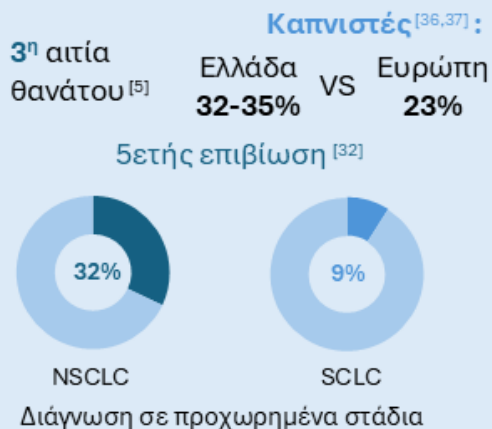
ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΚΑΤΑΤΑΞΗ



ΠΡΟΒΛΕΨΗ 2035



ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ



ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ (ΕΛΛΑΔΑ)

ΑΥΞΗΣΗ ΔΑΠΑΝΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

2015: **16,000 €**

2023: **58,974 €**

+268% αύξηση

Κυρίως λόγω κόστους **φαρμάκων** [43]

ΚΟΣΤΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

700 € → 1.823 € [46,47]

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ

Κόστος τελευταίων **6 μηνών ζωής**
6.786 € - 7.665 € [43]

ΕΜΜΕΣΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ

Κύρια αιτία: **Απώλεια παραγωγικότητας** [43]

ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ

Μέσο κόστος **4.518 €** εντός **6 μηνών** από τη διάγνωση [43]

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ

- Ασθενείς χαμηλότερο **SES** [42]:
- **20-30%** μικρότερη πιθανότητα λήψης θεραπείας
 - **~30%** μικρότερη πρόσβαση σε καινοτόμες θεραπείες

Εικόνα 9. Σύνοψη βασικών στοιχείων για τον καρκίνο του πνεύμονα σε επίπεδο Ελλάδας αλλά και σε παγκόσμια κλίμακα.

1.6. Εθνικές στρατηγικές και προκλήσεις στην οργάνωση της ογκολογικής φροντίδας στην Ελλάδα

Η Ελλάδα έχει ξεκινήσει τα τελευταία χρόνια μια σειρά από στρατηγικές πρωτοβουλίες με στόχο τον εκσυγχρονισμό του πλαισίου ελέγχου και αντιμετώπισης του καρκίνου. Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο 2024–2028 καθορίζει βασικές προτεραιότητες για την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση και την ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες υψηλής ποιότητας. Παράλληλα, δίνει ιδιαίτερη έμφαση στη δημιουργία ολοκληρωμένων διαδρομών φροντίδας (care pathways), στη λειτουργία πολυεπιστημονικών ογκολογικών συμβουλίων και στην ανάπτυξη ισχυρών συστημάτων δεδομένων για την παρακολούθηση της ποιότητας και την αξιολόγηση της απόδοσης των υπηρεσιών υγείας (48).

1.6.1. Στρατηγικές πρωτογενούς πρόληψης στην Ελλάδα

Σημαντικός πυλώνας της στρατηγικής για τον έλεγχο του καρκίνου του πνεύμονα αποτελεί η πρόληψη, δεδομένου ότι το κάπνισμα παραμένει ο σημαντικότερος τροποποιήσιμος παράγοντας κινδύνου. Μετά την κύρωση της Σύμβασης Πλαίσιο του ΠΟΥ για τον Έλεγχο του Καπνού (WHO Framework Convention on Tobacco Control – FCTC) το 2005, η Ελλάδα υιοθέτησε σειρά πολιτικών μέτρων για τον περιορισμό της κατανάλωσης καπνού (49). Η πρόοδος που έχει σημειωθεί στην εφαρμογή αυτών των μέτρων θεωρείται σημαντική και περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων (50):

- την απαγόρευση της διαφήμισης προϊόντων καπνού σε πολλαπλά μέσα επικοινωνίας, συμπεριλαμβανομένων της τηλεόρασης, του ραδιοφώνου, των έντυπων μέσων, της υπαίθριας διαφήμισης και των διεθνών χορηγιών,
- την εφαρμογή καθολικών απαγορεύσεων καπνίσματος σε δομές υγείας και εκπαίδευσης, σε δημόσιες υπηρεσίες, σε κλειστούς χώρους εργασίας, καθώς και σε χώρους εστίασης, μπαρ και μέσα μαζικής μεταφοράς,
- την εισαγωγή μικτού συστήματος ειδικού φόρου κατανάλωσης στα προϊόντα καπνού, με αναλογικό φόρο (ad valorem) που αντιστοιχεί στο 68% της λιανικής τιμής των τσιγάρων,
- την υποχρεωτική τοποθέτηση εικονογραφημένων προειδοποιήσεων υγείας που καλύπτουν το 65% της εμπρόσθιας και οπίσθιας επιφάνειας των πακέτων τσιγάρων και καπνού για στριφτό τσιγάρο,
- την υιοθέτηση του Νόμου 5216/2025, ο οποίος ενισχύει το εθνικό πλαίσιο ελέγχου του καπνού μέσω αυξημένης προστασίας των ανηλίκων από προϊόντα καπνού και αλκοόλ,

επικαιροποίησης της ρύθμισης για μη καπνικά προϊόντα και δημιουργίας ψηφιακού μητρώου για την παρακολούθηση προϊόντων καπνού, αλκοόλ και συναφών προϊόντων.

Παρά την πρόοδο αυτή, εξακολουθούν να υφίστανται σημαντικές προκλήσεις όσον αφορά την πλήρη εφαρμογή των πολιτικών ελέγχου του καπνού στην Ελλάδα (50):

- η πρόσβαση σε υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος παραμένει περιορισμένη. Αν και σε αρκετά νοσοκομεία λειτουργούν ιατρεία διακοπής καπνίσματος, η γεωγραφική τους κάλυψη είναι ανεπαρκής, το διαθέσιμο προσωπικό συχνά περιορισμένο και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών μεταβάλλεται σημαντικά. Επιπλέον, δεν υπάρχει εθνική τηλεφωνική γραμμή υποστήριξης, ενώ η δωρεάν ή επιδοτούμενη φαρμακοθεραπεία για τη διακοπή καπνίσματος είναι περιορισμένη και οι επαγγελματίες υγείας συχνά δεν διαθέτουν επαρκή εκπαίδευση στη θεραπεία της εξάρτησης από τη νικοτίνη.
- παρατηρούνται αδυναμίες στη ρυθμιστική εποπτεία της καπνοβιομηχανίας, με ελλείψεις στην εφαρμογή των κανονισμών και περιορισμένη διαφάνεια.
- απουσιάζουν μακροχρόνιες και μεγάλης κλίμακας εκστρατείες δημόσιας υγείας για την προώθηση της διακοπής καπνίσματος και την ευαισθητοποίηση σχετικά με τους κινδύνους της χρήσης καπνού.

1.6.2. Στρατηγικές δευτερογενούς πρόληψης στην Ελλάδα

Πέρα από την πρωτογενή πρόληψη, ιδιαίτερη σημασία έχει και η δευτερογενής πρόληψη του καρκίνου του πνεύμονα, η οποία αφορά την έγκαιρη ανίχνευση της νόσου μέσω προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου σε ασυμπτωματικούς πληθυσμούς υψηλού κινδύνου, με στόχο τη διάγνωση σε πρώιμο και περισσότερο θεραπεύσιμο στάδιο (51). Η Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία (American Cancer Society) συνιστά ετήσιο προσυμπτωματικό έλεγχο με αξονική τομογραφία χαμηλής δόσης (low-dose computed tomography – LDCT) σε άτομα ηλικίας 50 έως 80 ετών με ιστορικό καπνίσματος τουλάχιστον 20 πακετοετών, συμπεριλαμβανομένων των ενεργών καπνιστών και όσων έχουν διακόψει το κάπνισμα τα τελευταία 15 έτη. Παρότι η πρωτογενής πρόληψη αποτελεί τον βασικό πυλώνα ελέγχου της νόσου, η έγκαιρη διάγνωση είναι κρίσιμη, καθώς η επιβίωση μειώνεται δραματικά όσο προχωρά το στάδιο της νόσου (52).

Ωστόσο, σε όλα τα στάδια της διαδρομής φροντίδας του καρκίνου του πνεύμονα στην Ελλάδα εξακολουθούν να υφίστανται σημαντικές προκλήσεις, από την πρόληψη και την έγκαιρη ανίχνευση έως τη διάγνωση, τη θεραπεία και την παρακολούθηση των ασθενών:

- η απουσία οργανωμένου, πληθυσμιακού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου συμβάλλει σε καθυστερήσεις στη διάγνωση, με αποτέλεσμα τα περισσότερα περιστατικά να εντοπίζονται σε μεταστατικά ή προχωρημένα στάδια της νόσου, όταν οι θεραπευτικές επιλογές είναι περιορισμένες και οι πιθανότητες επιβίωσης μειώνονται σημαντικά (7,53).
- οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα εμφανίζουν σταθερά χαμηλότερους δείκτες ποιότητας ζωής σε σύγκριση τόσο με τον γενικό πληθυσμό όσο και με ασθενείς που πάσχουν από άλλες μορφές καρκίνου. Το γεγονός αυτό αποδίδεται τόσο στην ίδια τη φύση της νόσου όσο και στις ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με τις θεραπευτικές παρεμβάσεις (54).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Ανάλυση Πορείας Ασθενή: Διεθνής εμπειρία και Ελληνική πραγματικότητα

Το παρόν κεφάλαιο αναλύει τις διεθνείς βέλτιστες πρακτικές στη διαχείριση του καρκίνου του πνεύμονα και τις συγκρίνει με το υφιστάμενο πλαίσιο στην Ελλάδα. Τα συνδυασμένα αυτά ευρήματα προσφέρουν μια ολοκληρωμένη εικόνα της θέσης του ελληνικού συστήματος σε σχέση με διεθνή πρότυπα, καθώς και των τομέων στους οποίους απαιτούνται πιο άμεσα διαρθρωτικές και οργανωτικές βελτιώσεις.

Η συγκριτική αυτή ανάλυση οργανώνεται σύμφωνα με τα βασικά στάδια της πορείας του ασθενούς με καρκίνο του πνεύμονα, από την έγκαιρη ανίχνευση έως την παρακολούθηση και την ανακουφιστική φροντίδα, αναδεικνύοντας τον τρόπο με τον οποίο κάθε στάδιο οργανώνεται σε διεθνές επίπεδο και τον βαθμό στον οποίο ευθυγραμμίζεται ή αποκλίνει από την πρακτική που εφαρμόζεται στην Ελλάδα.

2.1. Επισκόπηση διεθνών κατευθυντήριων οδηγιών για τη διαχείριση του καρκίνου του πνεύμονα

Η οργάνωση της φροντίδας του καρκίνου του πνεύμονα σε διάφορες χώρες ακολουθεί μια καλά δομημένη, σταδιο-ειδική προσέγγιση που έχει σχεδιαστεί ώστε να διασφαλίζει έγκαιρη διάγνωση, συντονισμένη διεπιστημονική θεραπεία και ολιστική παρακολούθηση των ασθενών. Η διεθνής εμπειρία από χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, η Γερμανία, η Δανία και η Αυστραλία αναδεικνύει τη σημασία διαδικασιών με σαφή χρονικά όρια, τυποποιημένων διαγνωστικών διαδρομών και της έγκαιρης ενσωμάτωσης της ανακουφιστικής φροντίδας. Στην Ελλάδα, παρά την ισχυρή κλινική τεχνογνωσία, ο κατακερματισμός του συστήματος, οι καθυστερήσεις στις διαγνωστικές διαδικασίες και οι περιφερειακές ανισότητες εξακολουθούν να δυσχεραίνουν τη βέλτιστη παροχή φροντίδας.

Παρά τις επιμέρους διαφοροποιήσεις μεταξύ των εθνικών συστημάτων υγείας, τα διεθνή αυτά μοντέλα παρουσιάζουν σημαντικές ομοιότητες ως προς τους βασικούς στόχους που επιδιώκουν. Συγκεκριμένα, στοχεύουν:

- στην επιτάχυνση της έγκαιρης ανίχνευσης της νόσου μέσω στοχευμένων προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου και μηχανισμών παραπομπής βάσει συμπτωμάτων,

- στη μείωση των καθυστερήσεων στη διάγνωση και στη θεραπεία μέσω τυποποιημένων διαδικασιών,
- στην προώθηση της διεπιστημονικής λήψης αποφάσεων και της εφαρμογής τεκμηριωμένων θεραπευτικών στρατηγικών,
- στη διασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας με την έγκαιρη ενσωμάτωση υποστηρικτικών και ανακουφιστικών υπηρεσιών.

Στο πλαίσιο αυτό, η διεθνής βιβλιογραφία καταδεικνύει ότι η αποτελεσματική διαχείριση του καρκίνου του πνεύμονα οργανώνεται γύρω από συγκεκριμένα στάδια της πορείας του ασθενούς, τα οποία περιλαμβάνουν τη διερεύνηση των αρχικών συμπτωμάτων ή του κινδύνου εμφάνισης της νόσου, τη διάγνωση και τη σταδιοποίηση, τον σχεδιασμό της θεραπείας, την εφαρμογή της θεραπευτικής παρέμβασης, καθώς και την παρακολούθηση μετά τη θεραπεία και την ανακουφιστική φροντίδα. Για κάθε ένα από τα στάδια αυτά, οι διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες ορίζουν συγκεκριμένα χρονικά όρια και διαδικαστικά πρότυπα, τα οποία λειτουργούν ως σημεία αναφοράς για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Συνολικά, τα διεθνή αυτά πλαίσια συγκλίνουν γύρω από ένα σύνολο βασικών διαστάσεων ποιότητας που θεωρούνται θεμελιώδεις για την αποτελεσματική φροντίδα του καρκίνου του πνεύμονα. Οι διαστάσεις αυτές αποτελούν σημαντικό σημείο αναφοράς για την αξιολόγηση της απόδοσης των συστημάτων υγείας και για τον σχεδιασμό στρατηγικών βελτίωσης σε εθνικό επίπεδο.

2.1.1. Πρόληψη και έγκαιρη ανίχνευση

Διεθνή πρότυπα

Η πρόληψη και η έγκαιρη ανίχνευση αποτελούν το πρώτο και καθοριστικό στάδιο στη διαχείριση του καρκίνου του πνεύμονα. Σε διεθνές επίπεδο, οι στρατηγικές αυτές βασίζονται κυρίως στον έλεγχο του καπνίσματος, στην ενημέρωση του πληθυσμού και στην εφαρμογή προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου για πληθυσμούς υψηλού κινδύνου.

- **Ηνωμένο Βασίλειο:** Το National Optimal Lung Cancer Pathway συνδυάζει προγράμματα διακοπής καπνίσματος με πιλοτικά προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου με χαμηλής δόσης αξονική τομογραφία (LDCT) για άτομα υψηλού κινδύνου, ενώ παράλληλα υλοποιούνται εκστρατείες ενημέρωσης του πληθυσμού για τα πρώιμα συμπτώματα της νόσου (8,9).
- **Γερμανία:** Το εθνικό πλαίσιο προσυμπτωματικού ελέγχου με LDCT στοχεύει σε άτομα υψηλού κινδύνου με σημαντικό ιστορικό καπνίσματος, ενώ η πρόληψη

συνδέεται στενά με πολιτικές ελέγχου του καπνίσματος και με συστηματική παρακολούθηση των αποτελεσμάτων (55).

- **Ηνωμένες Πολιτείες:** Η U.S. Preventive Services Task Force συνιστά ετήσιο προσυμπτωματικό έλεγχο με LDCT για άτομα ηλικίας 50–80 ετών με ιστορικό καπνίσματος ≥ 20 πακετοέτη, αναγνωρίζοντας τον συνδυασμό προσυμπτωματικού ελέγχου και διακοπής καπνίσματος ως τον αποτελεσματικότερο τρόπο μείωσης της θνησιμότητας από καρκίνο του πνεύμονα (56,57).
- **Αυστραλία:** Το Optimal Care Pathway for People with Lung Cancer ενσωματώνει την πρόληψη σε δράσεις προαγωγής υγείας σε επίπεδο κοινότητας, με ιδιαίτερη έμφαση στη διακοπή καπνίσματος και στην ενημέρωση πληθυσμών υψηλού κινδύνου (10).

Στα διεθνή συστήματα υγείας, η πρόληψη και η έγκαιρη ανίχνευση βασίζονται στη συνδυασμένη εφαρμογή πολιτικών ελέγχου του καπνίσματος, ενημέρωσης του πληθυσμού και οργανωμένων προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου για πληθυσμούς υψηλού κινδύνου.

Ελληνική πραγματικότητα

Στην Ελλάδα, η πρόληψη και η έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου του πνεύμονα παραμένουν σε περιορισμένη ανάπτυξη, παρά το υψηλό φορτίο της νόσου και τα υψηλά ποσοστά καπνίσματος στον πληθυσμό.

Περισσότερο από το ήμισυ των ασθενών (52,7%) διαγιγνώσκεται όταν η νόσος έχει ήδη δώσει μεταστάσεις, ενώ ένα επιπλέον 28,1% παρουσιάζει τοπικά προχωρημένους όγκους κατά τη στιγμή της διάγνωσης (58). Η καθυστερημένη αυτή διάγνωση σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την (10,59):

- απουσία οργανωμένου εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου,
- χαμηλή ευαισθητοποίηση του πληθυσμού σχετικά με τα πρώιμα συμπτώματα της νόσου,
- περιορισμένη ενσωμάτωση υπηρεσιών διακοπής καπνίσματος σε οργανωμένες στρατηγικές πρόληψης,
- υψηλή επικράτηση καπνίσματος στον ενήλικο πληθυσμό, που εκτιμάται περίπου στο 32–35%,
- καθώς και τις καθυστερήσεις στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας.

Πρόσφατα έχει προταθεί η ανάπτυξη εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου με LDCT για άτομα ηλικίας 50–80 ετών με σημαντικό ιστορικό καπνίσματος, το οποίο θα συνδυάζεται με υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος. Ωστόσο, το πρόγραμμα αυτό δεν έχει ακόμη υλοποιηθεί σε εθνικό επίπεδο.

Κύριες επισημάνσεις:

Η διεθνής εμπειρία δείχνει ότι η αποτελεσματική πρόληψη και έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου του πνεύμονα βασίζεται στον συνδυασμό πολιτικών ελέγχου του καπνίσματος, ενημέρωσης του πληθυσμού και οργανωμένων προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου για πληθυσμούς υψηλού κινδύνου. Στην Ελλάδα, η απουσία εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου, η περιορισμένη ανάπτυξη δράσεων ενημέρωσης και η υψηλή επικράτηση καπνίσματος δημιουργούν σημαντικά εμπόδια για την έγκαιρη διάγνωση της νόσου και συμβάλλουν στη διάγνωση των περισσότερων περιστατικών σε προχωρημένα στάδια.

2.1.2. Αρχική διερεύνηση

Διεθνή πρότυπα

Η αρχική διερεύνηση αφορά το πρώτο σημείο εισόδου του ασθενή στο σύστημα υγείας όταν προκύπτει υποψία καρκίνου του πνεύμονα λόγω συμπτωμάτων, τυχαίων ευρημάτων ή αυξημένου κινδύνου. Στα περισσότερα συστήματα υγείας, το στάδιο αυτό ρυθμίζεται μέσω σαφώς καθορισμένων πρωτοκόλλων παραπομπής και αυστηρών χρονικών ορίων, ώστε να περιορίζονται οι καθυστερήσεις στη διάγνωση.

- **Ηνωμένο Βασίλειο:** Το National Optimal Lung Cancer Pathway επιτρέπει απευθείας παραπομπή από τον γενικό ιατρό για αξονική τομογραφία (GP-to-CT referral), ενώ οι ακτινολόγοι μπορούν να παραπέμπουν άμεσα ασθενείς σε διεπιστημονική ομάδα (MDT) για περαιτέρω διερεύνηση (8,9).
- **Γερμανία:** Οι κατευθυντήριες οδηγίες S3-Leitlinie Lungenkarzinom προβλέπουν πλήρη αρχική αξιολόγηση (κλινικό ιστορικό, εκτίμηση παραγόντων κινδύνου και απεικονιστικό έλεγχο) και επιτρέπουν άμεση παραπομπή σε εξειδικευμένα κέντρα όταν υπάρχει υποψία κακοήθειας (55).

- **Δανία:** Το Cancer Package Pathway ορίζει ότι οι ασθενείς με ύποπτα συμπτώματα ή τυχαία ευρήματα πρέπει να παραπέμπονται άμεσα είτε για αξονική τομογραφία είτε σε εξειδικευμένο πνευμονολόγο, με στόχο την ταχεία έναρξη της διαγνωστικής διαδικασίας (60).
- **Αυστραλία:** Σύμφωνα με το Optimal Care Pathway for People with Lung Cancer, ασθενείς με επίμονα αναπνευστικά συμπτώματα διάρκειας άνω των τριών εβδομάδων πρέπει να υποβάλλονται σε ακτινογραφία θώρακος και, εφόσον η υποψία παραμένει, σε αξονική τομογραφία και εξειδικευμένη αξιολόγηση (10).

Κοινό χαρακτηριστικό των διεθνών προσεγγίσεων αποτελεί η ύπαρξη σαφώς καθορισμένων μηχανισμών παραπομπής, η δυνατότητα άμεσης πρόσβασης σε απεικονιστικό έλεγχο και η ύπαρξη συγκεκριμένων χρονικών στόχων για τη διαγνωστική διερεύνηση.

Ελληνική πραγματικότητα

Η φάση της αρχικής διερεύνησης στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από σημαντική ετερογένεια και έλλειψη τυποποιημένων διαδικασιών παραπομπής. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας διαδραματίζει περιορισμένο ρόλο στην έγκαιρη αναγνώριση ύποπτων συμπτωμάτων και στον συντονισμό της διαγνωστικής πορείας, ενώ η απουσία θεσμοθετημένου συστήματος πύλης εισόδου και οργανωμένων μηχανισμών παραπομπής οδηγεί συχνά τους ασθενείς να απευθύνονται αυτόνομα σε πολλαπλούς παρόχους υγείας (59). Ως αποτέλεσμα, η πορεία μέχρι την εξειδικευμένη αξιολόγηση εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την πρωτοβουλία του ίδιου του ασθενούς, τις δυνατότητες του οικογενειακού του περιβάλλοντος ή τις επιμέρους πρακτικές των επαγγελματιών υγείας.

Η έλλειψη σαφών πρωτοκόλλων, βασισμένων σε συγκεκριμένα συμπτώματα και παράγοντες κινδύνου, περιορίζει την έγκαιρη διαγνωστική κλιμάκωση. Σε αρκετές περιπτώσεις, η περαιτέρω διερεύνηση εξαρτάται από την κλινική υποψία του εκάστοτε ιατρού, ενώ η απουσία προκαθορισμένων χρονικών ορίων επανεκτίμησης και μηχανισμών ταχείας παραπομπής μπορεί να οδηγήσει τους ασθενείς σε παρατεταμένη παραμονή σε εναλλακτικές διαγνωστικές διαδρομές πριν την παραπομπή σε εξειδικευμένο έλεγχο (61).

Παράλληλα, διοικητικά και οργανωτικά εμπόδια επιβαρύνουν περαιτέρω την αρχική διερεύνηση. Οι λίστες αναμονής για απεικονιστικές εξετάσεις και βιοψίες στα δημόσια νοσοκομεία, οι καθυστερήσεις στην έκδοση αποτελεσμάτων και η περιορισμένη διαθεσιμότητα εξειδικευμένων διαγνωστικών υπηρεσιών επηρεάζουν αρνητικά τον χρόνο έως

την οριστική διάγνωση και, κατ' επέκταση, την έγκαιρη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων (61). Σε αυτό το πλαίσιο, αρκετοί ασθενείς οδηγούνται στον ιδιωτικό τομέα προκειμένου να αποφύγουν καθυστερήσεις, αναλαμβάνοντας σημαντική οικονομική επιβάρυνση (62).

Κύριες επισημάνσεις:

Η διεθνής εμπειρία αναδεικνύει ότι η αποτελεσματική αρχική διερεύνηση του καρκίνου του πνεύμονα βασίζεται σε σαφώς καθορισμένα πρωτόκολλα παραπομπής, άμεση πρόσβαση σε απεικονιστικές εξετάσεις και συστηματική παρακολούθηση των διαγνωστικών χρονικών διαστημάτων. Σε αντίθεση με αυτά τα πρότυπα, στο ελληνικό σύστημα υγείας η απουσία τυποποιημένων μηχανισμών παραπομπής, η άνιση κατανομή διαγνωστικών υποδομών και η περιορισμένη ενσωμάτωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας στη διαγνωστική διαδικασία συμβάλλουν σε σημαντικές καθυστερήσεις και σε διάγνωση της νόσου σε προχωρημένα στάδια.

2.1.3. Διάγνωση, σταδιοποίηση και σχεδιασμός θεραπείας

Διεθνή πρότυπα

Η διάγνωση και σταδιοποίηση του καρκίνου του πνεύμονα αποτελούν κρίσιμα στάδια της κλινικής πορείας, καθώς καθορίζουν τόσο την πρόγνωση όσο και τις θεραπευτικές επιλογές. Στα περισσότερα ανεπτυγμένα συστήματα υγείας, η διαδικασία αυτή πραγματοποιείται μέσω δομημένων διαγνωστικών αλγορίθμων, με σαφή χρονικά όρια και ισχυρό πολυεπιστημονικό συντονισμό.

- **Ηνωμένο Βασίλειο:** Το National Optimal Lung Cancer Pathway προβλέπει ολοκλήρωση της διαγνωστικής διερεύνησης εντός 28 ημερών από την πρώτη κλινική παρουσίαση. Η διαδικασία περιλαμβάνει αξονική τομογραφία, PET-CT, βιοψία και ιστοπαθολογική επιβεβαίωση πριν από τη συζήτηση της περίπτωσης σε διεπιστημονική ομάδα (MDT) (9,63).
- **Γερμανία:** Οι οδηγίες S3-Leitlinie Lungenkarzinom προβλέπουν ολοκληρωμένο διαγνωστικό έλεγχο που περιλαμβάνει απεικονιστικό έλεγχο (CT, PET-CT, MRI εγκεφάλου), λήψη ιστολογικού δείγματος μέσω EBUS ή διαδερμικής βιοψίας και υποχρεωτικό μοριακό έλεγχο βιοδεικτών (EGFR, ALK, PD-L1) πριν τη λήψη θεραπευτικής απόφασης (55).

- **Δανία:** Το Cancer Package Pathway απαιτεί την ολοκλήρωση των διαγνωστικών εξετάσεων εντός περίπου μίας εβδομάδας από την παραπομπή και την άμεση παρουσίαση του περιστατικού σε MDT για τον καθορισμό της θεραπευτικής στρατηγικής (60).
- **Αυστραλία:** Το Optimal Care Pathway for People with Lung Cancer προβλέπει ολοκλήρωση της διαγνωστικής διερεύνησης εντός δύο εβδομάδων από την αρχική υποψία και έμφαση στον συντονισμό μεταξύ πνευμονολόγων, ακτινολόγων και ογκολόγων (10).

Κοινά χαρακτηριστικά των διεθνών προσεγγίσεων είναι η ύπαρξη σαφών χρονικών στόχων, η ολοκληρωμένη σταδιοποίηση με σύγχρονες απεικονιστικές και μοριακές εξετάσεις και η υποχρεωτική συζήτηση όλων των περιστατικών σε διεπιστημονική ομάδα πριν από την έναρξη θεραπείας.

Ελληνική πραγματικότητα

Η διαδικασία διάγνωσης και σταδιοποίησης χαρακτηρίζεται από σημαντική ετερογένεια μεταξύ νοσοκομείων και συχνές καθυστερήσεις, οι οποίες σχετίζονται με περιορισμένη διαθεσιμότητα εξειδικευμένων εξετάσεων και ανεπαρκή συντονισμό μεταξύ των εμπλεκόμενων υπηρεσιών.

Ταυτόχρονα, το υψηλό κόστος διαγνωστικών υπηρεσιών στον ιδιωτικό τομέα οδηγεί πολλούς ασθενείς σε σημαντικές ιδιωτικές δαπάνες προκειμένου να αποφύγουν καθυστερήσεις (62). Επιπλέον, οι ασθενείς συχνά καλούνται να διαχειριστούν μόνοι τους πολύπλοκες διοικητικές διαδικασίες, όπως ο προγραμματισμός εξετάσεων, η εξασφάλιση εγκρίσεων και η πρόσβαση σε οικονομική υποστήριξη. Οι γεωγραφικές ανισότητες στην κατανομή εξειδικευμένων υπηρεσιών εντείνουν περαιτέρω τα εμπόδια πρόσβασης, ιδιαίτερα για τους κατοίκους απομακρυσμένων ή νησιωτικών περιοχών (6).

Συνολικά, η απουσία οργανωμένης αρχικής διαδρομής διερεύνησης μπορεί να οδηγήσει σε καθυστερήσεις που υπερβαίνουν τον έναν μήνα από την αρχική υποψία έως την πραγματοποίηση διαγνωστικής απεικόνισης, με πιθανές επιπτώσεις στη σταδιοποίηση της νόσου και στις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές (6,7)).

Ως αποτέλεσμα, ο χρόνος μεταξύ αρχικής υποψίας και έναρξης θεραπείας συχνά υπερβαίνει τις έξι έως οκτώ εβδομάδες, σημαντικά μεγαλύτερος από τα διεθνώς προτεινόμενα χρονικά όρια (64,65).

Κύριες επισημάνσεις:

Η διεθνής εμπειρία δείχνει ότι η αποτελεσματική διάγνωση και σταδιοποίηση του καρκίνου του πνεύμονα βασίζεται σε δομημένα διαγνωστικά πρωτόκολλα, ολοκληρωμένη πρόσβαση σε σύγχρονες απεικονιστικές και μοριακές εξετάσεις και υποχρεωτική λήψη θεραπευτικών αποφάσεων μέσω πολυεπιστημονικών ομάδων. Στο ελληνικό σύστημα υγείας, η έλλειψη ενιαίων χρονικών στόχων, οι ανισότητες πρόσβασης σε εξειδικευμένες εξετάσεις και ο περιορισμένος θεσμικός συντονισμός της διεπιστημονικής φροντίδας συμβάλλουν σε σημαντικές καθυστερήσεις και διαφοροποιήσεις στην ποιότητα της διαγνωστικής διαδικασίας

2.1.4. Θεραπεία

Διεθνή πρότυπα

Η θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα οργανώνεται διεθνώς μέσω σαφώς καθορισμένων κλινικών πρωτοκόλλων που βασίζονται στο στάδιο της νόσου, τον ιστολογικό τύπο και το μοριακό προφίλ του όγκου. Σε προηγμένα συστήματα υγείας, η επιλογή και η αλληλουχία των θεραπευτικών παρεμβάσεων καθορίζονται από πολυεπιστημονικές ομάδες και πραγματοποιούνται εντός προκαθορισμένων χρονικών ορίων ώστε να αποφεύγονται καθυστερήσεις που μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την πρόγνωση.

- **Ηνωμένο Βασίλειο:** Το National Optimal Lung Cancer Pathway προβλέπει ότι η έναρξη θεραπείας πρέπει να πραγματοποιείται εντός 49 ημερών από την αρχική υποψία και εντός 16 ημερών από τη λήψη της θεραπευτικής απόφασης. Η επιλογή θεραπείας καθορίζεται από την MDT και μπορεί να περιλαμβάνει χειρουργική επέμβαση, συστηματική θεραπεία ή ακτινοθεραπεία (9,63).
- **Γερμανία:** Οι κατευθυντήριες οδηγίες S3-Leitlinie Lungenkarzinom δίνουν έμφαση στην εξατομικευμένη θεραπεία με βάση το μοριακό προφίλ του όγκου, ενώ προτείνουν την ενσωμάτωση προεγχειρητικής προετοιμασίας (prehabilitation) και τη διαχείριση συννοσηροτήτων πριν από την έναρξη θεραπείας (55).
- **Δανία:** Το Cancer Package Pathway ορίζει ότι η πρώτη θεραπευτική παρέμβαση πρέπει να ξεκινά εντός περίπου 14 ημερών από την απόφαση της MDT, εξασφαλίζοντας ταχεία μετάβαση από τη διάγνωση στη θεραπεία (60).

- **Αυστραλία:** Το Optimal Care Pathway for People with Lung Cancer προβλέπει έναρξη θεραπείας εντός 7–14 ημερών μετά τη λήψη της θεραπευτικής απόφασης και τονίζει τον ρόλο των συντονιστών φροντίδας (nurse navigators) για τη διασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας (10).

Στα διεθνή πρότυπα, η θεραπεία βασίζεται σε πολυεπιστημονικό σχεδιασμό, στην ευρεία χρήση μοριακών δεικτών για την επιλογή στοχευμένων θεραπειών και στην ύπαρξη σαφών χρονικών στόχων για την έναρξη θεραπείας.

Ελληνική πραγματικότητα

Η παροχή θεραπείας για τον καρκίνο του πνεύμονα χαρακτηρίζεται από σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ νοσοκομείων και περιοχών, οι οποίες σχετίζονται κυρίως με την άνιση κατανομή υποδομών και ανθρώπινου δυναμικού.

Παρότι η λειτουργία διεπιστημονικών ογκολογικών συμβουλίων προβλέπεται θεσμικά, η εφαρμογή τους δεν είναι ομοιόμορφη σε όλα τα νοσοκομεία. Η ακανόνιστη συμμετοχή επαγγελματιών υγείας, οι ασαφείς ρόλοι και οι περιορισμοί χρόνου επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα της συνεργασίας μεταξύ ειδικοτήτων (66).

Επιπλέον η ανεπαρκής διασύνδεση μεταξύ των επιπέδων φροντίδας και η περιορισμένη χρήση διαλειτουργικών ηλεκτρονικών συστημάτων υγείας δυσχεραίνουν περαιτέρω τον συντονισμό της θεραπευτικής πορείας. Ως αποτέλεσμα, οι ασθενείς συχνά αναζητούν δεύτερες ιατρικές γνώμες ή καλούνται να συντονίσουν μόνοι τους τις επαφές με διαφορετικούς επαγγελματίες υγείας.

Τέλος έχουν αναφερθεί διαφοροποιήσεις στη χρήση και τον χρονισμό των μοριακών διαγνωστικών εξετάσεων και των στοχευμένων θεραπειών, γεγονός που υποδηλώνει ασυνέπειες στην εφαρμογή των αρχών της εξατομικευμένης ογκολογίας (67).

Οι παράγοντες αυτοί οδηγούν συχνά σε καθυστερήσεις που υπερβαίνουν τις 6–8 εβδομάδες μεταξύ διάγνωσης και έναρξης θεραπείας, διάστημα σημαντικά μεγαλύτερο από τα διεθνώς προτεινόμενα πρότυπα.

Κύριες επισημάνσεις:

Τα διεθνή πρότυπα δείχνουν ότι η αποτελεσματική θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα απαιτεί σαφώς καθορισμένα χρονικά όρια για την έναρξη θεραπείας, ισχυρό πολυεπιστημονικό συντονισμό και επαρκή πρόσβαση σε εξειδικευμένες θεραπευτικές

υπηρεσίες. Στο ελληνικό σύστημα υγείας, η απουσία εθνικών θεραπευτικών στόχων, οι γεωγραφικές ανισότητες στην πρόσβαση σε υποδομές και οι καθυστερήσεις στη διαγνωστική και διοικητική διαδικασία συμβάλλουν σε σημαντικές αποκλίσεις από τα διεθνή πρότυπα και επηρεάζουν τη συνολική αποτελεσματικότητα της φροντίδας.

2.1.5. Παρακολούθηση μετά την οξεία φάση και αποκατάσταση

Διεθνή πρότυπα

Η μεταθεραπευτική παρακολούθηση αποτελεί βασικό στάδιο της πορείας του ασθενή με καρκίνο του πνεύμονα, με στόχο την έγκαιρη ανίχνευση υποτροπής, την αντιμετώπιση επιπλοκών της θεραπείας και την υποστήριξη της λειτουργικής και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Στα περισσότερα ανεπτυγμένα συστήματα υγείας, η φάση αυτή οργανώνεται μέσω δομημένων πρωτοκόλλων παρακολούθησης και ολοκληρωμένων προγραμμάτων αποκατάστασης.

- **Ηνωμένο Βασίλειο:** Το National Optimal Lung Cancer Pathway προβλέπει εξατομικευμένο πλάνο παρακολούθησης μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, το οποίο περιλαμβάνει τακτικές κλινικές επισκέψεις και απεικονιστικό έλεγχο (CT) σε προκαθορισμένα χρονικά διαστήματα, καθώς και υποστήριξη από εξειδικευμένους νοσηλευτές ογκολογίας (9).
- **Γερμανία:** Οι οδηγίες S3-Leitlinie Lungenkarzinom προτείνουν συστηματική παρακολούθηση κάθε τρεις μήνες κατά τα πρώτα δύο έτη και στη συνέχεια ανά εξάμηνο έως το πέμπτο έτος, με απεικονιστικό έλεγχο, αξιολόγηση της αναπνευστικής λειτουργίας και ψυχοκοινωνική υποστήριξη (55).
- **Δανία:** Το Cancer Package Pathway ενσωματώνει την παρακολούθηση και την αποκατάσταση στο πλαίσιο τοπικών προγραμμάτων υποστήριξης, τα οποία περιλαμβάνουν φυσικοθεραπεία, συμβουλευτική και υπηρεσίες κοινωνικής επανένταξης (60).
- **Αυστραλία:** Το Optimal Care Pathway for People with Lung Cancer προβλέπει τακτική παρακολούθηση κάθε 3–6 μήνες τα πρώτα δύο χρόνια και τονίζει τη σημασία της συνέχειας της φροντίδας μέσω συντονιστών φροντίδας και προγραμμάτων αποκατάστασης (10).

Κοινό χαρακτηριστικό των διεθνών προσεγγίσεων είναι η ύπαρξη δομημένων πρωτοκόλλων παρακολούθησης, η ενσωμάτωση υπηρεσιών αποκατάστασης και η ανάπτυξη προγραμμάτων survivorship care που υποστηρίζουν την επιστροφή των ασθενών στην καθημερινή ζωή.

Ελληνική πραγματικότητα

Η μεταθεραπευτική παρακολούθηση των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα στην Ελλάδα δεν φαίνεται να βασίζεται σε ενιαίο εθνικό πρωτόκολλο, αλλά κυρίως στις πρακτικές των επιμέρους νοσοκομείων και των θεραπόντων ιατρών. Παρότι οι ασθενείς συχνά αντιμετωπίζουν σημαντικό φορτίο συμπτωμάτων και ανεπιθύμητων ενεργειών που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους, η υποστήριξη μετά την ολοκλήρωση ή κατά τη διάρκεια της θεραπείας παραμένει περιορισμένα οργανωμένη.

Ειδικότερα, υπηρεσίες όπως η ψυχολογική υποστήριξη, η διατροφική συμβουλευτική, η πνευμονική αποκατάσταση, τα προγράμματα άσκησης και η συστηματική παρακολούθηση των ανεπιθύμητων ενεργειών δεν παρέχονται πάντα με συνεκτικό και προβλέψιμο τρόπο (66). Παράλληλα, η απουσία οργανωμένων προγραμμάτων survivorship care περιορίζει τη δυνατότητα υποστήριξης των ασθενών στην επιστροφή στην καθημερινή ζωή και, όπου είναι εφικτό, στην εργασία.

Η περιορισμένη συνεργασία μεταξύ ογκολογικών υπηρεσιών, πρωτοβάθμιας φροντίδας και υπηρεσιών αποκατάστασης επιτείνει περαιτέρω τον αποσπασματικό χαρακτήρα της μεταθεραπευτικής φροντίδας. Ως αποτέλεσμα, η παρακολούθηση εστιάζει κυρίως στον έλεγχο της νόσου, ενώ η ολιστική αποκατάσταση, η ψυχοκοινωνική υποστήριξη και η λειτουργική επανένταξη των ασθενών παραμένουν λιγότερο ανεπτυγμένες διαστάσεις της φροντίδας.

Κύριες επισημάνσεις:

Τα διεθνή πρότυπα αναδεικνύουν τη σημασία δομημένων προγραμμάτων παρακολούθησης και αποκατάστασης που διασφαλίζουν τη συνέχεια της φροντίδας και υποστηρίζουν την ολιστική αποκατάσταση των ασθενών μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Αντίθετα, στο ελληνικό σύστημα υγείας η απουσία εθνικών πρωτοκόλλων παρακολούθησης, η περιορισμένη ανάπτυξη υπηρεσιών αποκατάστασης και η ανεπαρκής ενσωμάτωση ψυχοκοινωνικής υποστήριξης οδηγούν σε αποσπασματική μεταθεραπευτική φροντίδα και περιορισμένη υποστήριξη των ασθενών κατά τη φάση της ανάρρωσης.

2.1.6. Ανακουφιστική και φροντίδα τελικού σταδίου

Διεθνή πρότυπα

Η ανακουφιστική φροντίδα αποτελεί βασικό και αναπόσπαστο μέρος της ολοκληρωμένης διαχείρισης του καρκίνου του πνεύμονα. Στα σύγχρονα συστήματα υγείας, η ανακουφιστική φροντίδα ενσωματώνεται νωρίς στην πορεία της νόσου και παρέχεται παράλληλα με την ενεργό ογκολογική θεραπεία, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, τον αποτελεσματικό έλεγχο των συμπτωμάτων και την υποστήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους.

- **Ηνωμένο Βασίλειο:** Οι κατευθυντήριες οδηγίες NICE και το National Optimal Lung Cancer Pathway προβλέπουν την έγκαιρη ενσωμάτωση της ανακουφιστικής φροντίδας ήδη από τη διάγνωση προχωρημένης νόσου. Οι υπηρεσίες παρέχονται από διεπιστημονικές ομάδες που περιλαμβάνουν ιατρούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς (9,63).
- **Γερμανία:** Οι οδηγίες S3-Leitlinie Lungenkarzinom ενσωματώνουν την αξιολόγηση ανακουφιστικών αναγκών σε όλα τα στάδια της νόσου, με έμφαση στη συνεργασία μεταξύ ογκολόγων, πνευμονολόγων και εξειδικευμένων ομάδων ανακουφιστικής φροντίδας (55).
- **Δανία:** Η ανακουφιστική φροντίδα αποτελεί οργανικό μέρος του Cancer Package Pathway. Οι υπηρεσίες παρέχονται σε τρία επίπεδα – νοσοκομειακό, κοινοτικό και σε ξενώνες – διασφαλίζοντας τη συνέχεια της φροντίδας (60).
- **Αυστραλία:** Το Optimal Care Pathway for People with Lung Cancer προωθεί την πρώιμη παραπομπή σε υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας βάσει αναγκών και όχι μόνο βάσει πρόγνωσης, με συμμετοχή διεπιστημονικών ομάδων (10).

Κοινό χαρακτηριστικό των διεθνών προσεγγίσεων είναι η έγκαιρη ενσωμάτωση της ανακουφιστικής φροντίδας, η διεπιστημονική διαχείριση των συμπτωμάτων και η ανάπτυξη υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας και ξενώνων για ασθενείς τελικού σταδίου.

Ελληνική πραγματικότητα

Στην Ελλάδα, η ανακουφιστική φροντίδα παραμένει περιορισμένα ανεπτυγμένη και δεν αποτελεί ακόμη συστηματικό ενσωματωμένο στοιχείο της ογκολογικής φροντίδας. Η περιορισμένη διαθεσιμότητα εξειδικευμένων μονάδων, οι ελλείψεις σε κοινοτικές υπηρεσίες και η ανεπαρκής εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας αποτελούν βασικά εμπόδια για την έγκαιρη ενσωμάτωση της ανακουφιστικής φροντίδας στην ογκολογική διαδρομή (66).

Βασικές προκλήσεις που έχουν καταγραφεί περιλαμβάνουν (68):

- απουσία ολοκληρωμένης εθνικής στρατηγικής ή θεσμικού πλαισίου για την ανακουφιστική φροντίδα,
- περιορισμένες δημόσιες υποδομές και υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας,
- εξάρτηση από υπηρεσίες που παρέχονται κυρίως από μη κυβερνητικούς οργανισμούς ή φιλανθρωπικούς φορείς,
- περιορισμένη ενσωμάτωση των υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας στα ογκολογικά τμήματα,
- περιορισμένη διαθεσιμότητα υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας και εξειδικευμένων ξενώνων.

Κύριες επισημάνσεις:

Η διεθνής εμπειρία αναδεικνύει ότι η έγκαιρη ενσωμάτωση της ανακουφιστικής φροντίδας βελτιώνει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών, την ικανοποίηση από τη φροντίδα και τη διαχείριση των συμπτωμάτων. Στο ελληνικό σύστημα υγείας, η περιορισμένη ανάπτυξη σχετικών υπηρεσιών, η απουσία εθνικού πλαισίου οργάνωσης και η καθυστερημένη παραπομπή των ασθενών οδηγούν σε σημαντικά κενά στην παροχή ολιστικής φροντίδας κατά τα προχωρημένα και τελικά στάδια της νόσου.

Συνοψίζοντας, η βιβλιογραφική ανασκόπηση ανέδειξε ότι η διαδρομή φροντίδας των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο αλληλένδετων οργανωτικών και συστημικών προκλήσεων, οι οποίες επηρεάζουν τη συνέχεια, την έγκαιρη πρόσβαση και την ποιότητα της φροντίδας. Μεταξύ των σημαντικότερων ζητημάτων περιλαμβάνονται οι καθυστερήσεις στη διαγνωστική διερεύνηση, η απουσία τυποποιημένων διαδρομών παραπομπής, οι γεωγραφικές ανισότητες στην πρόσβαση σε εξειδικευμένες υπηρεσίες, οι περιορισμοί στην εφαρμογή της εξατομικευμένης ογκολογίας, η ανεπαρκής ενσωμάτωση της υποστηρικτικής και ανακουφιστικής φροντίδας, καθώς και η έλλειψη συντονισμού μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων και επαγγελματιών του συστήματος υγείας. Παράλληλα, αναδείχθηκαν ελλείψεις στην ολιστική παρακολούθηση των ασθενών μετά τη

θεραπεία και περιορισμένη ανάπτυξη μηχανισμών που υποστηρίζουν τη συνέχεια της φροντίδας και την επανένταξή τους στην καθημερινή ζωή.

Παρότι τα ευρήματα αυτά τεκμηριώνονται από την υφιστάμενη βιβλιογραφία και την αποτύπωση της ελληνικής πραγματικότητας, παραμένει περιορισμένη η γνώση σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο οι παραπάνω προκλήσεις βιώνονται στην καθημερινή κλινική πρακτική από τους ίδιους τους ασθενείς, τους φροντιστές και τους επαγγελματίες υγείας. Για τον λόγο αυτό, τα ζητήματα που αναδείχθηκαν κατά τη βιβλιογραφική ανασκόπηση αποτέλεσαν το έναυσμα και το θεωρητικό υπόβαθρο για την ποιοτική διερεύνηση που ακολουθεί, με στόχο την πληρέστερη κατανόηση της διαδρομής φροντίδας, την ανάδειξη εμπειριών και αναγκών που δεν αποτυπώνονται επαρκώς στη βιβλιογραφία και την τεκμηρίωση προτάσεων για τη βελτίωση της οργάνωσης των υπηρεσιών.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Σκοπός & Μεθοδολογία

3.1. Σκοπός

Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί μία από τις κυριότερες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως, όπως και στην Ελλάδα όπου συνιστά σημαντική πρόκληση για το σύστημα υγείας, τόσο σε επίπεδο οργάνωσης των υπηρεσιών όσο και σε επίπεδο εμπειρίας των ασθενών. Η έγκαιρη διάγνωση, η πρόσβαση σε εξειδικευμένη και εξατομικευμένη θεραπεία, καθώς και η συνέχεια της φροντίδας αποτελούν κρίσιμους παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση και την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Στο πλαίσιο αυτό, η έννοια της διαδρομής φροντίδας (patient pathway) αποκτά κεντρική σημασία, καθώς επιτρέπει την ολιστική αποτύπωση της πορείας του ασθενούς από την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων έως τη διάγνωση, τη θεραπεία, την παρακολούθηση και την ανακουφιστική φροντίδα. Παρά το αυξανόμενο ενδιαφέρον για ζητήματα πρόσβασης και ανισοτήτων στο ελληνικό σύστημα υγείας, οι διαθέσιμες μελέτες που εξετάζουν συστηματικά και συνολικά τη διαδρομή φροντίδας των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα παραμένουν περιορισμένες και αποσπασματικές.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ολοκληρωμένη διερεύνηση και χαρτογράφηση της διαδρομής φροντίδας των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα στην Ελλάδα, με έμφαση στον εντοπισμό των δομικών αδυναμιών, των σημείων καθυστέρησης, των μηχανισμών ανισότητας και των οργανωτικών ελλειμμάτων που επηρεάζουν την πρόσβαση, τη συνέχεια και την ποιότητα της φροντίδας.

Ειδικότερα, μέσω της μελέτης επιδιώκεται:

- η ανάδειξη του βαθμού στον οποίο η φροντίδα οργανώνεται ως συνεκτικό μονοπάτι έναντι ενός κατακερματισμένου συνόλου υπηρεσιών,
- η διερεύνηση της φύσης και της δυναμικής των καθυστερήσεων καθόλη τη διαδρομή,
- η χαρτογράφηση της γεωγραφικής κατανομής των υπηρεσιών και η ανάδειξη τυχόν θεμάτων ανισότητας,

- η διερεύνηση τυχόν χάσματος μεταξύ της επιστημονικής προόδου (π.χ. εξατομικευμένη ογκολογική προσέγγιση) και της κλινικής εφαρμογής,
- η αξιολόγηση του βαθμού λειτουργικής ενσωμάτωσης της διεπιστημονικής φροντίδας,
- η ανάδειξη της έκτασης στην οποία η υποστηρικτική, ψυχοκοινωνική και ανακουφιστική φροντίδα εντάσσονται στη συνολική διαχείριση του ασθενούς.

Τελικός στόχος είναι η παραγωγή τεκμηριωμένης γνώσης που μπορεί να συμβάλει στον σχεδιασμό παρεμβάσεων πολιτικής υγείας, στη βελτίωση της οργάνωσης των ογκολογικών υπηρεσιών και στην ανάπτυξη πιο συνεκτικών, ασθενοκεντρικών και ισότιμων μοντέλων φροντίδας για τον καρκίνο του πνεύμονα στην Ελλάδα.

3.2. Μεθοδολογία

Η παρούσα μελέτη βασίστηκε σε συνδυασμό βιβλιογραφικής ανασκόπησης και πρωτογενούς ποιοτικής έρευνας, με στόχο την ολοκληρωμένη κατανόηση της διαδρομής φροντίδας των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα στην Ελλάδα.

Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Αρχικά πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση με σκοπό την χαρτογράφηση του συνήθους μονοπατιού φροντίδας (patient pathway) των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα. Μέσω της ανάλυσης της διαθέσιμης βιβλιογραφίας, εντοπίστηκαν αφενός βασικές προκλήσεις και εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς κατά τη διαδρομή τους στο ελληνικό σύστημα υγείας και αφετέρου οι κύριες φάσεις της φροντίδας, από την έγκαιρη ανίχνευση έως τη θεραπεία, την παρακολούθηση και την ανακουφιστική φροντίδα.

Παράλληλα, πραγματοποιήθηκε επισκόπηση διεθνών κατευθυντήριων οδηγιών, προκειμένου να αποτυπωθεί ο τρόπος οργάνωσης της φροντίδας σε διεθνές επίπεδο. Για κάθε στάδιο της διαδρομής έγινε συγκριτική αποτύπωση του τι ισχύει στο ελληνικό σύστημα υγείας, με στόχο την ανάδειξη βαθμών σύγκλισης ή απόκλισης από τις διεθνείς πρακτικές.

Τα ευρήματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης αξιοποιήθηκαν για τον σχεδιασμό της ποιοτικής έρευνας. Ειδικότερα, τα εμπόδια, τα κενά και οι προκλήσεις που εντοπίστηκαν στη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία χρησιμοποιήθηκαν ως βάση για τη διαμόρφωση του οδηγού συζήτησης για το focus group, με στόχο να διερευνηθεί κατά πόσο τα ζητήματα αυτά

αποτυπώνονται και στην εμπειρία ασθενών, φροντιστών και επαγγελματιών υγείας στο ελληνικό σύστημα υγείας, καθώς και να αναδειχθούν επιπλέον παράγοντες που δεν είχαν περιγραφεί επαρκώς στη βιβλιογραφία.

Ποιοτική έρευνα – Focus group

Πέραν της βιβλιογραφικής ανασκόπησης και της ποιοτικής έρευνας, για την αποτύπωση της υφιστάμενης οργάνωσης των υπηρεσιών φροντίδας του καρκίνου του πνεύμονα στην Ελλάδα πραγματοποιήθηκε χαρτογράφηση των διαθέσιμων υπηρεσιών ανά γεωγραφική περιοχή. Η χαρτογράφηση βασίστηκε στη συλλογή και σύνθεση στοιχείων από διοικητικές πηγές και ιστοσελίδες φορέων υγείας, με στόχο την καταγραφή της γεωγραφικής κατανομής των βασικών διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών που εμπλέκονται στη διαδρομή φροντίδας των ασθενών.

Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε ποιοτική έρευνα μέσω focus group, με στόχο την εμπειρική διερεύνηση της διαδρομής φροντίδας από την οπτική τόσο των επαγγελματιών υγείας όσο και των ασθενών και φροντιστών. Οι ομάδες εστίασης (focus groups) αποτελούν ένα σημαντικό εργαλείο ποιοτικής έρευνας στον χώρο των επιστημών υγείας, καθώς επιτρέπουν τη διερεύνηση των εμπειριών, των αντιλήψεων και των πεποιθήσεων των συμμετεχόντων (69).

Η υλοποίηση του focus group πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο συνεργασίας με το Γραφείο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) στην Ελλάδα, το οποίο παραχώρησε την άδεια αξιοποίησης του υλικού του focus group¹. Για τις ανάγκες της έρευνας αναπτύχθηκε οδηγός ημι-δομημένων συνεντεύξεων, ο οποίος χρησιμοποιήθηκε για τη διευκόλυνση της συζήτησης και την εξασφάλιση συγκρισιμότητας μεταξύ των ομάδων.

Το focus group διεξήχθη διαδικτυακά μέσω τα πλατφόρμας Zoom, διήρκεσε περίπου 3,5 ώρες και συμμετείχαν συνολικά 38 άτομα (εξαιρουμένων των μελών της ομάδας υλοποίησης). Οι συμμετέχοντες κατανεμήθηκαν σε δύο παράλληλες ομάδες συζήτησης (breakout rooms):

- **Ομάδα επαγγελματιών υγείας**, αποτελούμενη από 22 επαγγελματίες (ιατρούς² και νοσηλευτές), 2 συντονιστές και 3 σχολιαστές, με συμμετοχή και εκπροσώπων της Ελληνικής Ομοσπονδίας Καρκίνου (ΕΛΛΟΚ).

¹ Στο παράρτημα παρατίθεται η γραπτή συναίνεση του ΠΟΥ για την αξιοποίηση των δεδομένων.

² Οι ιατροί απαρτίζονταν από τις εξής ειδικότητες: παθολόγος, πνευμονολόγος, ογκολόγος, αγγειοχειρουργός, θωρακοχειρουργός.

- **Ομάδα ασθενών και φροντιστών**, αποτελούμενη από 16 άτομα (8 ασθενείς, 3 φροντιστές, 1 συντονιστής και 3 σχολιαστές).

Για την προσέλκυση των συμμετεχόντων δημιουργήθηκε ηλεκτρονική πρόσκληση συμμετοχής, η οποία περιλάμβανε πληροφορίες σχετικά με τον σκοπό, τη διαδικασία και τον τρόπο διεξαγωγής του focus group, καθώς και φόρμα ενημερωμένης συγκατάθεσης για τη συλλογή προσωπικών δεδομένων και την ηχογράφηση της συζήτησης. Η πρόσκληση διαμοιράστηκε ηλεκτρονικά μέσω των δικτύων επικοινωνίας και των μέσων κοινωνικής δικτύωσης της ΕΛΛΟΚ. Μέσω της διαδικασίας αυτής προέκυψε σημαντικό μέρος των συμμετεχόντων ασθενών και φροντιστών, καθώς και ορισμένοι επαγγελματίες υγείας, ενώ επιπλέον συμμετέχοντες εντάχθηκαν μέσω του υφιστάμενου δικτύου συνεργατών και επαφών της ΕΛΛΟΚ.

Οι συντονιστές και οι σχολιαστές ήταν μέλη της ακαδημαϊκής κοινότητας (καθηγητές και υποψήφιοι διδάκτορες) με εξειδίκευση σε θέματα υπηρεσιών υγείας και έρευνας αναγκών ασθενών.

Η διαδικασία ξεκίνησε με εισαγωγική παρουσίαση από εκπρόσωπο του ΠΟΥ σχετικά με τον σκοπό της συνάντησης. Στη συνέχεια, οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν στις δύο ομάδες συζήτησης, στις οποίες παρουσιάστηκε κοινό υλικό οργανωμένο στις εξής τέσσερις θεματικές ενότητες:

1. Έγκαιρη ανίχνευση & διάγνωση
2. Οργάνωση & έναρξη θεραπείας
3. Συντονισμός φροντίδας, υποστήριξη ασθενούς & συνέχεια διαδρομής
4. Ισότητα πρόσβασης & οικονομική επιβάρυνση

Η συζήτηση ήταν ημι-δομημένη: οι συντονιστές έθεταν ερωτήματα-ερεθίσματα για κάθε μία από τις παραπάνω ενότητες και οι συμμετέχοντες ανέπτυσαν τις εμπειρίες και απόψεις τους, οδηγώντας σε δυναμική και διαδραστική ανταλλαγή.

Ο ρόλος των συντονιστών ήταν καθοριστικός για:

- τη διασφάλιση της ομαλής ροής της συζήτησης,
- τη διατήρηση της εστίασης στα ερευνητικά ερωτήματα,
- την ισότιμη συμμετοχή όλων των μελών,

- και την τήρηση του χρονικού πλαισίου.

Μετά την ολοκλήρωση των επιμέρους ομάδων, ακολούθησε σύντομο διάλειμμα και επανασύνδεση σε ολομέλεια, όπου οι σχολιαστές παρουσίασαν συνοπτικά τα βασικά ευρήματα κάθε ομάδας. Στη συνέχεια δόθηκε η δυνατότητα στους συμμετέχοντες να σχολιάσουν και να εμπλουτίσουν τα ευρήματα σε επίπεδο ολομέλειας.

Τα ποιοτικά δεδομένα που προέκυψαν από το focus group αναλύθηκαν με τη μέθοδο της *θεματικής ανάλυσης* για τον σκοπό της συγκεκριμένης μελέτης. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε σε διακριτά στάδια:

1. **Αρχική εξοικείωση με τα δεδομένα** μέσω ανάγνωσης των απομαγνητοφωνημένων συζητήσεων.
2. **Κωδικοποίηση** των βασικών εννοιών και επαναλαμβανόμενων μοτίβων.
3. **Ομαδοποίηση των κωδίκων** σε ευρύτερες θεματικές κατηγορίες.

Η θεματική ανάλυση των δεδομένων των ασθενών οδήγησε στην ανάδειξη δέκα κύριων θεμάτων: (1) διαγνωστικές καθυστερήσεις και καθυστερημένη αναζήτηση φροντίδας, (2) κατακερματισμός της διαγνωστικής διαδρομής και ελλιπής συντονισμός, (3) εμπόδια στην πρόσβαση σε μοριακό έλεγχο και εξατομικευμένη θεραπεία, (4) δυσκολίες στη συμμετοχή σε κλινικές δοκιμές, (5) περιορισμένη πρόσβαση σε υποστηρικτικές και ανακουφιστικές υπηρεσίες, (6) ανάγκες ενημέρωσης και πληροφόρησης, (7) περιορισμοί στην επικοινωνία και στη λήψη κοινών αποφάσεων, (8) γεωγραφικές ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες, (9) οικονομική και διοικητική επιβάρυνση και (10) προτάσεις βελτίωσης της διαδρομής φροντίδας.

Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε αντίστοιχη ανάλυση για την ομάδα των επαγγελματιών υγείας, η οποία ανέδειξε τα εξής δέκα θέματα: (1) καθυστερήσεις στη διαγνωστική διαδρομή, (2) κατακερματισμός της φροντίδας και ελλιπής συντονισμός, (3) εμπόδια στην πρόσβαση σε μοριακές εξετάσεις και εξατομικευμένη θεραπεία, (4) περιορισμένη πρόσβαση σε κλινικές δοκιμές, (5) ανισότητες στην πρόσβαση και περιφερειακές ελλείψεις, (6) ελλείψεις ανθρώπινων πόρων και υποδομών, (7) διεπιστημονική συνεργασία και ογκολογικά συμβούλια, (8) υποστηρικτική και παρηγορική φροντίδα, (9) ψηφιακές υποδομές και πληροφοριακά συστήματα και (10) προτάσεις για την αναδιοργάνωση της διαδρομής φροντίδας.

Τέλος, τα ευρήματα των δύο ομάδων συγκρίθηκαν και συντέθηκαν, με στόχο την ανάδειξη τόσο των κοινών σημείων όσο και των διαφοροποιήσεων μεταξύ των δύο οπτικών. Η συνδυαστική αυτή προσέγγιση επέτρεψε την ερμηνευτική εμβάθυνση των αποτελεσμάτων και τη σύνδεσή τους με τα ευρήματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Αποτελέσματα

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μελέτης, τα οποία οργανώνονται σε δύο διακριτά αλλά συμπληρωματικά μέρη. Αρχικά, αποτυπώνεται η υφιστάμενη κατανομή των κλινικών υπηρεσιών και των υποδομών που σχετίζονται με τη φροντίδα του καρκίνου του πνεύμονα στην Ελλάδα, με στόχο την ανάδειξη της γεωγραφικής οργάνωσης και της διαθεσιμότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα ευρήματα της ποιοτικής ανάλυσης των ομάδων του focus group, τα οποία αναλύονται ξεχωριστά για την ομάδα των ασθενών και για την ομάδα των επαγγελματιών υγείας, προκειμένου να αναδειχθούν οι εμπειρίες, οι αντιλήψεις και οι προκλήσεις που χαρακτηρίζουν τη διαδρομή φροντίδας των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα.

4.1. Κατανομή κλινικών υπηρεσιών και υποδομών

Για την καλύτερη κατανόηση του τοπίου φροντίδας του καρκίνου του πνεύμονα στη χώρα, είναι απαραίτητο να εξεταστεί αρχικά ο τρόπος με τον οποίο κατανέμονται οι κλινικές υπηρεσίες και οι βασικές υποδομές εντός του εθνικού νοσοκομειακού δικτύου.

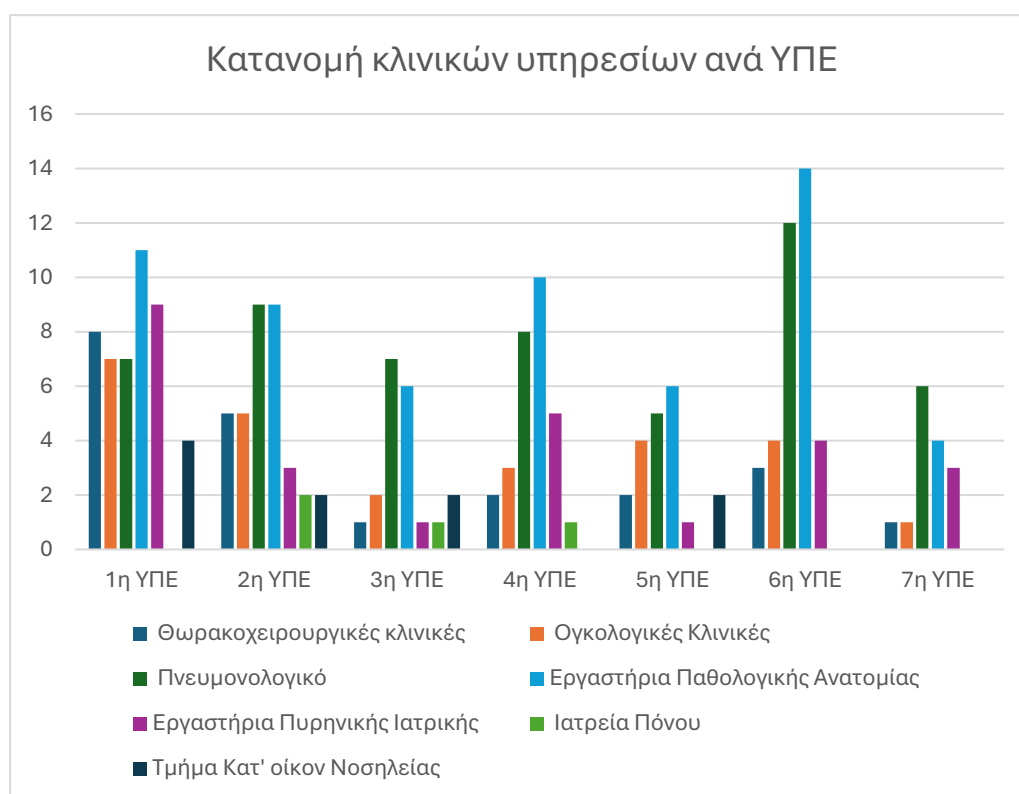
Στην Ελλάδα λειτουργούν συνολικά 127 δημόσια νοσοκομεία. Από αυτά, 11 εξαιρέθηκαν από την παρούσα ανάλυση, καθώς παρέχουν εξειδικευμένες υπηρεσίες που δεν σχετίζονται με τον καρκίνο του πνεύμονα, όπως δερματολογικά, οφθαλμολογικά, ψυχιατρικά και παιδιατρικά νοσοκομεία. Από τα υπόλοιπα νοσοκομεία, ήταν δυνατή η συλλογή δεδομένων για τα 108 καθώς 8 εξαιρέθηκαν λόγω απουσίας λειτουργικής ιστοσελίδας ή έλλειψης δημόσια διαθέσιμων πληροφοριών σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Συνεπώς, η τελική ανάλυση πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 108 νοσοκομείων.

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζεται η κατανομή των εξεταζόμενων κλινικών υπηρεσιών και υποδομών σε εθνικό επίπεδο. Αν και υπάρχουν συνολικά 24 τριτοβάθμια νοσοκομεία, τα 10 εξ αυτών βρίσκονται στην 1η ΥΠΕ (Αττική) και 9 σε άλλα μεγάλα μητροπολιτικά κέντρα, όπως ο Πειραιάς και η Θεσσαλονίκη. Κατά συνέπεια, μόνο 5 τριτοβάθμια νοσοκομεία που παρέχουν προηγμένες υπηρεσίες είναι διαθέσιμα στην υπόλοιπη χώρα, εύρημα που αναδεικνύει σημαντικά ζητήματα γεωγραφικής ανισοκατανομής που δυσχεραίνουν την πρόσβαση στη φροντίδα.

Παρόμοιο πρότυπο κατανομής παρατηρείται και για άλλες κρίσιμες υπηρεσίες, όπως οι θωρακοχειρουργικές κλινικές, τα ιατρεία πόνου, οι υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας και τα

εργαστήρια πυρηνικής ιατρικής. Για καθεμία από αυτές τις κατηγορίες υπηρεσιών, περισσότερο από το ήμισυ των μονάδων εντοπίζεται σε νοσοκομεία της 1ης και 2ης ΥΠΕ (κυρίως στον Πειραιά), καθώς και στη Θεσσαλονίκη (3η ΥΠΕ), ενώ η κάλυψη στις υπόλοιπες περιοχές είναι εμφανώς περιορισμένη.

Αντιθέτως, τα παθολογοανατομικά εργαστήρια και οι πνευμονολογικές κλινικές φαίνεται να παρουσιάζουν πιο ομοιόμορφη γεωγραφική κατανομή μεταξύ των ΥΠΕ [Γράφημα 1 **Error! Reference source not found.**]. Σχετικά ικανοποιητική είναι επίσης η χωρική κατανομή των ογκολογικών κλινικών. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι, από τα 26 νοσοκομεία που αναφέρουν την παροχή ογκολογικών υπηρεσιών, μόνο τρία δηλώνουν ρητά ότι διαθέτουν εξειδικευμένο ογκολογικό τμήμα για τον καρκίνο του πνεύμονα. Τα υπόλοιπα 23 νοσοκομεία αναφέρουν την ύπαρξη γενικού ογκολογικού τμήματος, χωρίς να προσδιορίζεται εξειδίκευση στον καρκίνο του πνεύμονα, γεγονός που ενδέχεται να επηρεάζει τη διαθεσιμότητα εξειδικευμένης φροντίδας.



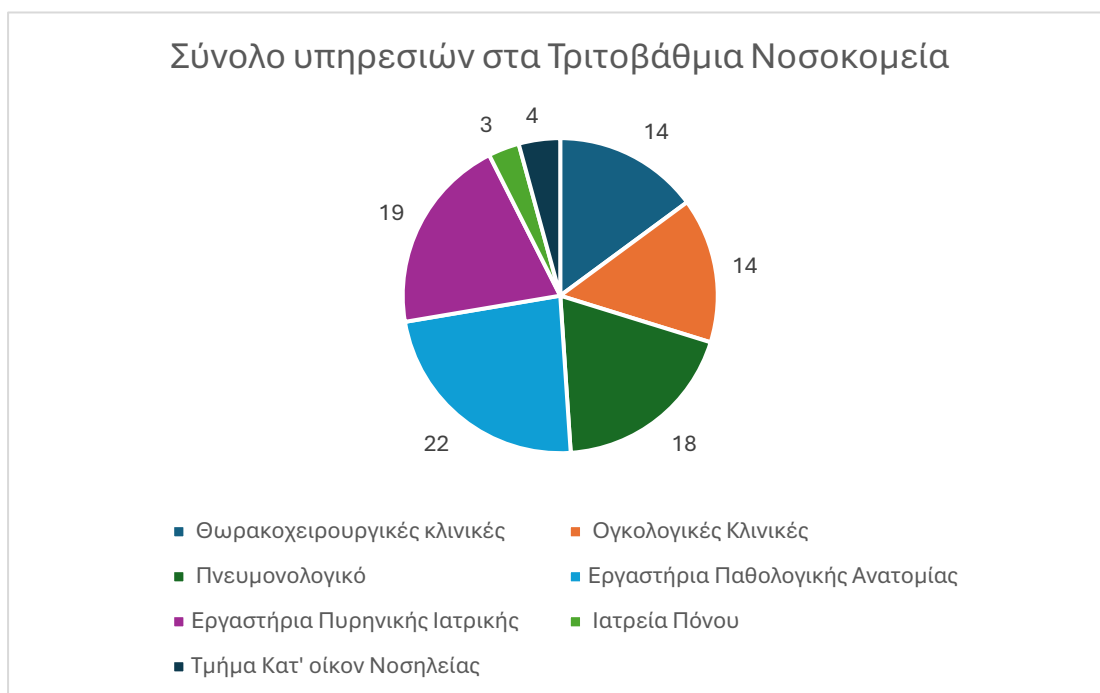
Γράφημα 1.Κατανομή κλινικών υπηρεσιών σχετιζόμενων με τον καρκίνο του πνεύμονα ανά ΥΠΕ.

3

³ Τα δεδομένα έχουν προκύψει από τις επίσημες ιστοσελίδες των νοσοκομείων και των ΥΠΕ.

Εστιάζοντας στα τριτοβάθμια νοσοκομεία [Γράφημα 2]:

- Σχεδόν όλα, με εξαίρεση δύο, διαθέτουν παθολογοανατομικά εργαστήρια, ενώ μεγάλος αριθμός αυτών φιλοξενεί επίσης πνευμονολογικές κλινικές και εργαστήρια πυρηνικής ιατρικής (18 και 19 αντίστοιχα).
- Επιπλέον, 14 από τα 20 διαθέτουν θωρακοχειρουργικές και ογκολογικές κλινικές.
- Αντίθετα, μόνο 4 τριτοβάθμια νοσοκομεία παρέχουν υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας και μόλις 3 διαθέτουν ιατρεία πόνου.



Γράφημα 2. Υπηρεσίες σχετιζόμενες με τον καρκίνο του πνεύμονα στα Τριτοβάθμια Νοσοκομεία.

4

Συνολικά, το νοσοκομειακό δίκτυο χαρακτηρίζεται από άνιση κατανομή κρίσιμων υπηρεσιών που σχετίζονται με τον καρκίνο του πνεύμονα, με σαφή συγκέντρωση στα μεγάλα αστικά κέντρα και διαχρονικά κενά στην περιφερειακή κάλυψη.

Ενώ οι βασικές διαγνωστικές και κλινικές υποδομές, όπως τα εργαστήρια παθολογικής ανατομίας, οι πνευμονολογικές κλινικές και σε έναν βαθμό οι ογκολογικές μονάδες, φαίνεται να είναι σχετικά ομοιόμορφα κατανομημένες στη χώρα, η έλλειψη προηγμένων υπηρεσιών, όπως οι θωρακοχειρουργικές μονάδες, τα ιατρεία πόνου και οι υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας,

⁴ Τα δεδομένα έχουν προκύψει από τις επίσημες ιστοσελίδες των νοσοκομείων και των ΥΠΕ.

αναδεικνύει δομικούς περιορισμούς που ενδέχεται να δυσχεραίνουν την έγκαιρη, εξειδικευμένη και ολιστική διαχείριση των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα.

Η συγκέντρωση των τριτοβάθμιων νοσοκομείων και των βασικών υποδομών στην Αττική και σε άλλα μεγάλα αστικά κέντρα ενισχύει περαιτέρω τις περιφερειακές ανισότητες επηρεάζοντας δυνητικά την ισότητα στην πρόσβαση και τη συνέχεια της φροντίδας.

Πίνακας 1. Κατανομή ορισμένων κλινικών υπηρεσιών και υποδομών που σχετίζονται με τον καρκίνο του πνεύμονα.

ΥΠΕ	Τριτοβάθμια Νοσοκομεία	Θωρακο- χειρουργικές Κλινικές	Ογκολογικές Κλινικές	Πνευμο- νολογικό	Εργαστήρια Παθολογικής Ανατομίας	Εργαστήρια Πυρηνικής Ιατρικής	Τμήμα Κατ' οίκον Νοσηλείας	Ιατρεία Πόνου
1^η ΥΠΕ	10	8	7	7	11	9	4	0
2^η ΥΠΕ	3	5	5	9	9	3	2	2
3^η ΥΠΕ	3	1	2	7	6	1	2	1
4^η ΥΠΕ	4	2	3	8	10	5	0	1
5^η ΥΠΕ	1	2	4	5	6	1	2	0
6^η ΥΠΕ	2	3	4	12	14	4	0	0
7^η ΥΠΕ	1	1	1	6	4	3	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	24	22	26	54	60	26	10	4

⁵

⁵ Τα δεδομένα έχουν προκύψει από τις επίσημες ιστοσελίδες των νοσοκομείων και των ΥΠΕ.

4.2. Αποτελέσματα από την ανάλυση του Focus group: Ομάδα ασθενών

Η θεματική ανάλυση των δεδομένων που προέκυψαν από την ομάδα εστίασης ασθενών και φροντιστών ανέδειξε ένα σύνολο επαναλαμβανόμενων εμπειριών, αναγκών και προκλήσεων καθόλη τη διαδρομή φροντίδας για τον καρκίνο του πνεύμονα. Τα ευρήματα καλύπτουν διαφορετικά στάδια της διαδρομής, από την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων και τη διαγνωστική διαδικασία έως τη θεραπεία, την παρακολούθηση και την πρόσβαση σε υποστηρικτικές υπηρεσίες. Παρά τις διαφοροποιήσεις στις ατομικές εμπειρίες, οι αφηγήσεις των συμμετεχόντων παρουσίασαν σημαντικές συγκλίσεις, οι οποίες ομαδοποιήθηκαν σε δέκα κύρια θέματα που αποτυπώνουν βασικά σημεία καθυστέρησης, κατακερματισμού και ανισοτήτων στη διαδρομή φροντίδας.

4.2.1. Διαγνωστική Καθυστέρηση λόγω Λανθασμένης Απόδοσης Συμπτωμάτων και «Λανθασμένων Σημείων Εισόδου» στο Σύστημα

Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι η διάγνωση συχνά καθυστερούσε, επειδή τα πρώτα συμπτώματα αποδίδονταν αρχικά σε λιγότερο σοβαρές αιτίες. Σε αρκετές περιπτώσεις, συμπτώματα όπως ο βήχας ή οι λοιμώξεις θεωρούνταν αναμενόμενα, ιδιαίτερα σε άτομα που κάπνιζαν και αποδίδονταν εκεί ή σε άλλες καλοήθεις καταστάσεις. Κόπωση, ζάλη, υποτροπιάζουσες λοιμώξεις, πόνο στον ώμο και επίμονο βήχα αναφέρθηκαν ως πρώιμα σημεία που δεν δημιουργούσαν άμεσα υποψία κακοήθειας.

Όπως προκύπτει από τις αφηγήσεις τους, οι ασθενείς εισέρχονται συχνά στο σύστημα υγείας μέσω ειδικοτήτων που δεν σχετίζονται άμεσα με την πνευμονολογία ή την ογκολογία (π.χ. ορθοπαιδική, ωτορινολαρυγγολογία, καρδιολογία, παθολογία), ανάλογα με το επικρατέστερο σύμπτωμα κατά την αρχική εκδήλωση. Ελλείπει δομημένων κριτηρίων κλιμάκωσης και διαδικασιών επανεκτίμησης εντός συγκεκριμένων χρονικών ορίων, τα συμπτώματα αυτά αντιμετωπίζονται συχνά για παρατεταμένα χρονικά διαστήματα εντός εναλλακτικών διαγνωστικών πλαισίων, χωρίς έγκαιρη παραπομπή σε απεικόνιση θώρακος ή αξιολόγηση από εξειδικευμένο ογκολόγο.

Ένας συμμετέχων περιέγραψε καθυστερημένη διαγνωστική κλιμάκωση παρά την παρουσία επίμονων αναπνευστικών συμπτωμάτων και γνωστών παραγόντων κινδύνου για καρκίνο του πνεύμονα.

Ο ίδιος είχε επίμονο βήχα και ισχυρό οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του πνεύμονα, ωστόσο η διάγνωση τέθηκε περίπου πέντε μήνες αργότερα. Σύμφωνα με την εκτίμησή του, η πιθανότητα κακοήθειας δεν διερευνήθηκε αρχικά, πιθανόν επειδή δεν ήταν καπνιστής.

Αντίστοιχα, φροντιστής περιέγραψε παρόμοιο μοτίβο, όπου επίμονα αναπνευστικά συμπτώματα και γνωστοί παράγοντες κινδύνου δεν οδήγησαν σε έγκαιρη διαγνωστική κλιμάκωση:

«Η μητέρα μου είχε βήχα, πυρετό, συμπτώματα σαν φαρυγγίτιδα. Πήγε στον προσωπικό της γιατρό και διαγνώστηκε με φαρυγγίτιδα. Ήταν και καπνίστρια, οπότε φαινόταν λογικό. Ο πυρετός όμως συνέχισε για πάνω από δύο μήνες και αντιμετωπιζόταν με αντιπυρετικά και μια απλή αγωγή.»

Οι αφηγήσεις αυτές υποδηλώνουν ότι δεν πρόκειται απλώς για μεμονωμένες κλινικές αστοχίες, αλλά για συστημική αποτυχία στη διαδικασία διαγνωστικής κλιμάκωσης. Η εξέλιξη της διαγνωστικής πορείας φαίνεται να εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ατομική κλινική υποψία, παρά από προκαθορισμένα όρια παραπομπής ή πρωτόκολλα με σαφή χρονικά πλαίσια. Επίμονα συμπτώματα και αναγνωρίσιμοι παράγοντες κινδύνου δεν φαίνεται να ενεργοποιούν αυτόματα μια τυποποιημένη διαδρομή προς απεικόνιση θώρακος, βιοψία και εξειδικευμένη αξιολόγηση.

Ασθενείς που εισήλθαν αρχικά στο σύστημα μέσω ειδικοτήτων που δεν σχετίζονται συνήθως με τον καρκίνο του πνεύμονα ανέφεραν σημαντικές καθυστερήσεις στη διάγνωση. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η απουσία συντονισμένης διαδρομής παραπομπής είχε ως αποτέλεσμα οι ασθενείς και οι οικογένειές τους να αναλαμβάνουν οι ίδιοι την πλοήγηση στο σύστημα υγείας, απευθυνόμενοι σε πολλαπλούς ειδικούς, χωρίς να υπάρχει ένας επαγγελματίας υγείας υπεύθυνος για τον συνολικό συντονισμό της διαγνωστικής διαδικασίας.

Όπως χαρακτηριστικά ανέφερε φροντιστής:

«Επειδή ο πατέρας μου είχε νευρολογικό ιστορικό, ξεκινήσαμε να ψάχνουμε μόνοι μας, χωρίς καθοδήγηση από κάποιον γιατρό που να βλέπει τη συνολική εικόνα. Το σύμπτωμα που είχε ήταν μια ενόχληση, που αργότερα μάθαμε ότι οφείλονταν σε οστική μετάσταση. Πήγαμε σε διάφορες ειδικότητες, νευρολόγο, καρδιολόγο, δεν θυμάμαι πού αλλού, αλλά κανείς δεν έβλεπε τη συνολική εικόνα. Ο καθένας έλεγε “δεν είναι δικός μου ασθενής”.

Αργότερα, όταν ο όγκος στον πνεύμονα προκάλεσε πνευμονία, νοσηλεύτηκε και τότε διαγνώστηκε με καρκίνο πνεύμονα σταδίου IV.»

Αντίστοιχα, ένας ασθενής ανέφερε:

«Είχα πόνο στον ώμο επειδή ο όγκος ήταν στην αριστερή πλευρά του πνεύμονα, και νόμιζαν ότι ήταν τενοντίτιδα. Πήγα αρχικά σε ορθοπεδικό γιατί πονούσε το χέρι και ο ώμος μου. Διαγνώστηκα σχεδόν έναν χρόνο μετά με οστικές μεταστάσεις, επειδή ο πόνος έγινε ανυπόφορος.»

Οι μαρτυρίες αυτές αναδεικνύουν ότι, απουσία δομημένων μηχανισμών παραπομπής και συντονισμένης κλινικής εποπτείας, η ευθύνη πλοήγησης στη διαγνωστική διαδρομή μετακυλιέται στους ασθενείς και τις οικογένειές τους, αυξάνοντας τον κίνδυνο καθυστερημένης κλιμάκωσης και κατακερματισμένης φροντίδας.

4.2.2. Μεταβλητότητα στην Ερμηνεία και Αναφορά Απεικονιστικών Εξετάσεων

Η ίδια έλλειψη συνολικής παρακολούθησης φάνηκε και στον τρόπο με τον οποίο ερμηνεύονταν οι απεικονιστικές εξετάσεις. Από τις αφηγήσεις των ασθενών προκύπτει ότι οι εξετάσεις συχνά αξιολογούνταν με βάση το αρχικό ερώτημα της παραπομπής, χωρίς να δίνεται πάντα αρκετή προσοχή σε άλλα πιθανά σημαντικά ευρήματα. Όταν δεν υπάρχουν σαφείς διαδικασίες για την καταγραφή και την παρακολούθηση τέτοιων ευρημάτων, υπάρχει κίνδυνος να μην ενεργοποιηθεί έγκαιρα περαιτέρω διαγνωστικός έλεγχος.

Όπως ανέφερε χαρακτηριστικά ένας συμμετέχων:

«Στο ίδιο διαγνωστικό κέντρο, ένας γιατρός έγραψε “βλάβη” και ένας άλλος δεν το ανέφερε καθόλου. Ο ορθοπεδικός δεν με παρέπεμψε ποτέ σε ογκολόγο, παρότι έβλεπε τις αξονικές και τις μαγνητικές.»

Η μαρτυρία αυτή δείχνει δύο βασικά προβλήματα στη διαγνωστική διαδρομή. Πρώτον, φαίνεται να υπάρχει ασυνέπεια στον τρόπο με τον οποίο καταγράφονται τα απεικονιστικά ευρήματα, ακόμη και μέσα στο ίδιο διαγνωστικό κέντρο. Αυτό σημαίνει ότι δυνητικά σημαντικά ευρήματα μπορεί να μην αναφέρονται πάντα με τον ίδιο τρόπο ή με την ίδια σαφήνεια. Δεύτερον, η ερμηνεία των απεικονιστικών εξετάσεων φαίνεται να περιορίζεται στο πλαίσιο της αρχικής ορθοπεδικής υποψίας, με αποτέλεσμα το παθολογικό εύρημα στον

πνεύμονα να μην οδηγεί σε παραπομπή για ογκολογική αξιολόγηση. Συνολικά, οι εμπειρίες αυτές υποδηλώνουν ότι η ερμηνεία και η παρακολούθηση των απεικονιστικών ευρημάτων παραμένουν στενά συνδεδεμένες με την αρχική κλινική υπόθεση, ιδιαίτερα όταν απουσιάζουν δομημένα συστήματα αναφοράς και σαφή πρωτόκολλα κλιμάκωσης για τυχαία ευρήματα.

Αντίστοιχα, φροντιστής περιέγραψε ότι, παρότι πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία εγκεφάλου μετά από επαναλαμβανόμενες πτώσεις και ζάλη - συμπτώματα που αργότερα αποδόθηκαν σε εγκεφαλικές μεταστάσεις - η αρχική ερμηνεία έγινε εντός ωτορινολαρυγγολογικού πλαισίου και τα απεικονιστικά ευρήματα δεν οδήγησαν σε περαιτέρω διερεύνηση σε εκείνο το στάδιο:

«Οι αξονικές ήταν πολύ χαρακτηριστικές, με όγκο στην παρεγκεφαλίδα, αλλά δεν το ξέραμε.»

Οι εμπειρίες αυτές δείχνουν ότι όταν μια απεικονιστική εξέταση γίνεται στο πλαίσιο διερεύνησης άλλης πάθησης, τα ευρήματα συχνά ερμηνεύονται με βάση την αρχική κλινική υποψία. Ως αποτέλεσμα, πιθανές ενδείξεις κακοήθειας μπορεί να μην οδηγούν άμεσα σε περαιτέρω έλεγχο. Όταν δεν υπάρχουν σαφείς διαδικασίες για το πότε και πώς πρέπει να γίνεται διαγνωστική κλιμάκωση, η ευθύνη για την αναγνώριση και τη διαχείριση σημαντικών ευρημάτων δεν είναι πάντα ξεκάθαρη.

Επιπλέον, μία συμμετέχουσα επισήμανε ότι η ορολογία που χρησιμοποιείται στις ακτινολογικές εκθέσεις ήταν δυσνόητη και ότι, εάν το εύρημα είχε διατυπωθεί με πιο κατανοητό τρόπο, ενδεχομένως να είχε αναζητήσει νωρίτερα περαιτέρω αξιολόγηση:

«Αυτή η λέξη δεν μας χτυπάει καμπανάκι... θα έπρεπε να το εξηγούν πιο καθαρά.»

Η παρατήρηση αυτή αναδεικνύει το βάρος που ενδέχεται να επωμίζονται οι ασθενείς όταν απουσιάζει σαφής κλινική καθοδήγηση. Οι ακτινολογικές εκθέσεις δεν προορίζονται για αυτοτελή ερμηνεία από τους ασθενείς. Το κλινικό τους νόημα οφείλει να εξηγείται από τον υπεύθυνο ιατρό, ο οποίος ενσωματώνει τα απεικονιστικά ευρήματα στη συνολική διαγνωστική εκτίμηση και συντονίζει τα επόμενα βήματα. Ωστόσο, οι εμπειρίες των συμμετεχόντων δείχνουν ότι, όταν δεν υπάρχει ένας συγκεκριμένος επαγγελματίας υγείας που να αναλαμβάνει την ερμηνεία των ευρημάτων και να καθοδηγεί τα επόμενα βήματα, οι ασθενείς και οι οικογένειές τους αναγκάζονται συχνά να οργανώσουν μόνοι τους τη συνέχεια της διαγνωστικής διερεύνησης.

4.2.3. Απουσία Δομημένης και Καθοδηγούμενης Διαδρομής Παραπομπής

Ένα επαναλαμβανόμενο και διατομεακό εύρημα που αναδείχθηκε στις ομάδες εστίασης ήταν η απουσία μιας τυποποιημένης, βασισμένης σε πρωτόκολλα διαδρομής παραπομπής, η οποία να διασφαλίζει την έγκαιρη μετάβαση από την αρχική υποψία στη φροντίδα από εξειδικευμένο ογκολογικό προσωπικό. Οι συμμετέχοντες περιέγραψαν με συνέπεια ένα σύστημα στο οποίο οι παραπομπές δεν ενεργοποιούνται αυτόματα, δεν συντονίζονται επαρκώς και δεν υπόκεινται σε σαφή χρονικά όρια. Αντίθετα, η εξέλιξη της διαγνωστικής και θεραπευτικής πορείας φαίνεται να εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ατομική πρωτοβουλία, τα άτυπα δίκτυα, τη γεωγραφική τοποθεσία και την ικανότητα των ασθενών να διαχειριστούν τη διοικητική και κλινική πολυπλοκότητα.

Αρκετοί συμμετέχοντες επισήμαναν ρητά την απουσία σαφούς πρωτοκόλλου που να διέπει τη διαδρομή παραπομπής, τονίζοντας ότι η πρόσβαση διαφοροποιείται ανάλογα με το νοσοκομείο ή την περιοχή.

Όπως ανέφερε χαρακτηριστικά ένας συμμετέχων:

«Δεν υπάρχει πρωτόκολλο... η διαδρομή δεν είναι οργανωμένη... ανάλογα με τον ταχυδρομικό κώδικα, η διαδρομή είναι διαφορετική.»

Άλλοι συμμετέχοντες υπογράμμισαν ότι το βάρος του συντονισμού μεταφέρεται στους ίδιους τους ασθενείς και τις οικογένειές τους:

«Δεν είναι δουλειά του ασθενούς να βρει παραπομπή, να επιλέξει γιατρό, να επιλέξει θεραπεία.»

Η ανάγκη για έναν σαφή μηχανισμό συντονισμού αναδείχθηκε επανειλημμένα, με τους συμμετέχοντες να προτείνουν ότι κάθε νοσοκομείο θα πρέπει να διαθέτει μια εξειδικευμένη ομάδα υπεύθυνη για τη διασύνδεση μεταξύ ειδικοτήτων και τη μείωση των καθυστερήσεων στη διαδρομή φροντίδας.

4.2.4. Καθυστερήσεις, Μεταβλητότητα και Οικονομικά Εμπόδια στον Μοριακό Έλεγχο και την Εξατομικευμένη Θεραπεία

Στο στάδιο του μοριακού ελέγχου αναδείχθηκαν σημαντικές καθυστερήσεις και ασυνέπειες, οι οποίες φαίνεται να επηρεάζουν άμεσα τη σειρά χορήγησης των θεραπειών και τη συνολική

θεραπευτική στρατηγική. Οι αφηγήσεις έδειξαν ότι η ανάλυση βιοδεικτών δεν πραγματοποιείται πάντα έγκαιρα, ενώ καταγράφονται διαφοροποιήσεις και στον τρόπο με τον οποίο οι ογκολόγοι ζητούν, αξιολογούν και ενσωματώνουν τα αποτελέσματα των μοριακών εξετάσεων στη λήψη αποφάσεων.

Ένας ασθενής ανέφερε ότι ο μοριακός έλεγχος καθυστέρησε κατά τη διαγνωστική διαδικασία:

«Ο ογκολόγος μου είπε “θα το δούμε στην πορεία”.»

Η ολοκληρωμένος μοριακός χαρακτηρισμός αποτελεί προϋπόθεση για την εφαρμογή της εξατομικευμένης ιατρικής στον καρκίνο του πνεύμονα, καθώς οι στοχευμένες θεραπείες επιλέγονται βάσει της ανίχνευσης συγκεκριμένων γονιδιακών μεταλλάξεων.

Υφίστανται βεβαίως δομικές προκλήσεις που επηρεάζουν την εφαρμογή της εξατομικευμένης ογκολογίας, όπως η περιορισμένη διαθεσιμότητα εξειδικευμένων εργαστηρίων, οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής για γονιδιακές αναλύσεις και οι ελλειπείς μηχανισμοί αποζημίωσης για μοριακές εξετάσεις. Ωστόσο, οι εμπειρίες δείχνουν ότι καθυστερήσεις ενδέχεται να προκύπτουν ήδη από πρώιμα στάδια της διαδρομής φροντίδας, όταν ο μοριακός έλεγχος δεν προτεραιοποιείται ή δεν συστήνεται έγκαιρα από τους θεράποντες ιατρούς. Ως αποτέλεσμα, θεραπευτικές αποφάσεις μπορεί να λαμβάνονται πριν ολοκληρωθεί η πλήρης μοριακή χαρτογράφηση του όγκου, γεγονός που ενδέχεται να καθυστερεί την πρόσβαση σε στοχευμένες θεραπείες.

Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε και στα οικονομικά εμπόδια που σχετίζονται με τον μοριακό έλεγχο. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι ορισμένες εξετάσεις βιοδεικτών απαιτούν ιδιωτική πληρωμή, περιγράφοντάς τες ως:

«Μη αποζημιούμενες... ακριβές εξετάσεις.»

Το στοιχείο αυτό εισάγει μια σαφή διάσταση ανισότητας, καθώς η έγκαιρη πρόσβαση στην εξατομικευμένη ογκολογία ενδέχεται να εξαρτάται όχι μόνο από την κλινική ένδειξη και την παραπομπή, αλλά και από την οικονομική δυνατότητα των ασθενών.

Επιπλέον, ένας συμμετέχων περιέγραψε ότι έλαβε επικαιροποιημένα αποτελέσματα μοριακού ελέγχου ενώ ήδη υποβαλλόταν σε χημειοθεραπεία:

«Η πρώτη βιοψία έδειξε EGFR... η δεύτερη μετά έδειξε ALK.»

Με βάση το αρχικό αποτέλεσμα, είχε ήδη λοιπόν ξεκινήσει χημειοθεραπεία και ανοσοθεραπεία. Όταν η δεύτερη βιοψία ανέδειξε μετάλλαξη ALK - η οποία συνδέεται συνήθως με διαθέσιμες στοχευμένες θεραπευτικές επιλογές - η θεραπευτική στρατηγική δεν αναθεωρήθηκε άμεσα, παρά την εμφάνιση σημαντικής τοξικότητας. Όπως ανέφερε ο ίδιος:

«“Δεν αλλάζουμε μια ομάδα που κερδίζει”, είπε ο ογκολόγος... αλλά το σώμα μου δεν το άντεχε...”»

Στη συνέχεια, ο ασθενής ανέφερε ότι αναζήτησε επιπλέον γνωματεύσεις από ιατρούς εξειδικευμένους στον καρκίνο του πνεύμονα, μετά τις οποίες η θεραπεία τροποποιήθηκε σε στοχευμένη από του στόματος αγωγή. Η εμπειρία αυτή αναδεικνύει πώς ο αργοπορημένος ή σταδιακός μοριακός έλεγχος, σε συνδυασμό με περιορισμένη ευελιξία στην αναθεώρηση των θεραπευτικών αποφάσεων μετά την έναρξη της θεραπείας, μπορεί να καθυστερήσει την πρόσβαση σε θεραπείες που είναι περισσότερο συμβατές με το μοριακό προφίλ του όγκου.

Συνολικά, οι εμπειρίες αυτές δείχνουν ότι υπάρχουν κρίσιμα κενά στη διαδικασία του μοριακού ελέγχου. Τα βασικότερα αφορούν την καθυστερημένη ή ελλιπή αρχική μοριακή διερεύνηση, την ασυνέπεια στην αναθεώρηση της θεραπείας όταν προκύπτουν νέα αποτελέσματα βιοδεικτών, καθώς και την άνιση πρόσβαση στην εξατομικευμένη ογκολογία λόγω περιορισμών στην αποζημίωση.

4.2.5. Κατακερματισμένη προσέγγιση μετά τη διάγνωση: απουσία διεπιστημονικής, υποστηρικτικής και ανακουφιστικής φροντίδας

Παρότι ορισμένοι συμμετέχοντες ανέφεραν σχετικά έγκαιρη έναρξη της ογκολογικής θεραπείας, περιγράφηκαν σημαντικά κενά στην ενσωμάτωση υπηρεσιών υποστηρικτικής, ψυχοκοινωνικής και ανακουφιστικής φροντίδας. Οι συμμετέχοντες επισήμαναν ότι η πρόσβαση σε διαχείριση πόνου, διατροφική συμβουλευτική, ψυχολογική υποστήριξη και συστηματική παρακολούθηση συμπτωμάτων δεν προσφερόταν ούτε ως συνήθης πρακτική ούτε ενσωματωνόταν αυτόματα στη διαδρομή φροντίδας. Αντιθέτως, η ενημέρωση για τις υπηρεσίες αυτές συχνά προέκυπτε αργά στην πορεία της νόσου ή τυχαία.

Η ενημέρωση για διαθέσιμες υποστηρικτικές υπηρεσίες φαίνεται ότι συχνά γινόταν καθυστερημένα, σε ορισμένες περιπτώσεις όταν είχε ήδη υπάρξει σημαντική κλινική επιδείνωση. Παράλληλα, αναδείχθηκαν κενά στις παραπομπές προς τέτοιες υπηρεσίες, ακόμη και όταν αυτές λειτουργούσαν στο ίδιο νοσοκομείο.

Ένας ασθενής εξήγησε:

«Μια νοσηλεύτρια μου ανέφερε ένα ιατρείο πόνου στον διάδρομο μια μέρα, καθώς έφευγα μετά από μία επίσκεψη. Δεν ήξερα ότι υπήρχε, παρόλο που ήταν στο ίδιο νοσοκομείο, στο ίδιο κτίριο. Όταν πήγα εκεί, με βοήθησαν και ανακούφισαν τον πόνο μου.»

Ο ίδιος συμμετέχων ανέφερε ότι, απουσία συστηματικής παραπομπής και συντονισμού της υποστηρικτικής φροντίδας, οι ασθενείς ενδέχεται να μην λαμβάνουν τακτική παρακολούθηση για ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με τη θεραπεία, συμπεριλαμβανομένης της παρακολούθησης από ειδικότητες όπως καρδιολόγοι, δερματολόγοι ή διατροφολόγοι. Όπως ανέφερε:

«Κανείς δεν μας παραπέμπει σε άλλους ειδικούς, ακόμη και μέσα στο ίδιο νοσοκομείο, οπότε πρέπει να τρέχω μόνος μου για να βρω γιατρούς.»

Αντίστοιχα, ένας φροντιστής σημείωσε:

«Μάθαμε προς το τέλος ότι υπήρχε γραφείο διατροφής και ιατρείο πόνου... δεν είχε γίνει καν αναφορά σε ψυχολόγο.»

Οι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονταν επίσης την ανακουφιστική και ολιστική φροντίδα ως σε μεγάλο βαθμό απύουσα από τη διαδρομή φροντίδας. Ένας φροντιστής περιέγραψε ότι ο ασθενής δεν έλαβε ανακουφιστική υποστήριξη σε κανένα στάδιο της νόσου:

«Καμία ανακουφιστική φροντίδα... θα έπρεπε να ξεκινά από την αρχή της διάγνωσης.»

Ένας άλλος ασθενής ανέφερε:

«Κάποια στιγμή η σύζυγός μου ρώτησε τον γιατρό αν θα έπρεπε να υπάρχει μια ομάδα να μας βοηθήσει... ψυχολόγοι, διατροφολόγοι, δερματολόγοι... γιατί είχα αρκετά δερματικά προβλήματα. Η απάντηση ήταν: “Αυτά γίνονται στο εξωτερικό. Εδώ, έχουμε την οικογένεια.”»

Οι εμπειρίες των ασθενών δείχνουν ότι η υποστηρικτική και η ανακουφιστική φροντίδα δεν αποτελούν συνήθως οργανικό μέρος της ογκολογικής διαδρομής. Η πρόσβαση σε αυτές φαίνεται να εξαρτάται συχνά από μεμονωμένες πρωτοβουλίες επαγγελματιών υγείας ή από την ενεργή αναζήτησή τους από τους ίδιους τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Παράλληλα, αναδεικνύεται μια σιωπηρή εξάρτηση από τα μέλη της οικογένειας να αναλαμβάνουν ρόλους

που, σε πιο ολοκληρωμένα συστήματα φροντίδας καρκίνου, καλύπτονται συνήθως από διεπιστημονικές ομάδες. Ελλείπει δομημένων μηχανισμών σύνδεσης της ογκολογικής, υποστηρικτικής και ανακουφιστικής φροντίδας, οι ασθενείς ενδέχεται να βιώνουν κατακερματισμένη φροντίδα και καθυστερημένη πρόσβαση στη διαχείριση συμπτωμάτων και στην ψυχοκοινωνική υποστήριξη.

4.2.6. Περιορισμοί στην επικοινωνία: σύντομες ιατρικές επισκέψεις, έλλειψη υποστήριξης στη λήψη κοινών αποφάσεων, ασυμφωνία μεταξύ κλινικών ιατρών

Η επικοινωνία κατά τις κλινικές επισκέψεις φαίνεται να επηρεάζεται σημαντικά από τον περιορισμένο διαθέσιμο χρόνο. Οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής ακολουθούνταν συχνά από πολύ σύντομες συναντήσεις με τους ιατρούς, γεγονός που δυσκόλευε τη συζήτηση, την παροχή διευκρινίσεων και την ουσιαστική συμμετοχή των ασθενών στις θεραπευτικές αποφάσεις.

Ένας συμμετέχων περιέγραψε αυτή την ανισορροπία μεταξύ χρόνου αναμονής και διάρκειας επίσκεψης:

«Τρεις ώρες αναμονή... και η σειρά μου κρατάει πέντε λεπτά.»

Ένας άλλος ανέφερε:

«Υπήρχαν ατελείωτες ώρες αναμονής έξω από τα ιατρεία. Τα ραντεβού είχαν πολύ μεγάλη απόσταση μεταξύ τους και έπρεπε να επιμένουμε, πολύ ευγενικά, μόνο και μόνο για να μας εξηγήσει ο γιατρός κάποια πράγματα. Τελικά βασιστήκαμε πολύ στο διαδίκτυο και σε τοπικές κοινότητες ασθενών για πληροφορίες.»

Γενικά αναφέρθηκε πως οι χρονικοί αυτοί περιορισμοί καθιστούσαν δύσκολη την παροχή σαφών εξηγήσεων σχετικά με τη διάγνωση, τις θεραπευτικές επιλογές και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες. Ως αποτέλεσμα, ορισμένοι ασθενείς ένιωθαν ανεπαρκώς ενημερωμένοι κατά τη λήψη σημαντικών θεραπευτικών αποφάσεων. Αρκετοί συμμετέχοντες απέδωσαν τους περιορισμούς αυτούς σε ελλείψεις προσωπικού και σε υψηλό φόρτο εργασίας στις ογκολογικές υπηρεσίες.

Όπως αναφέρθηκε:

*«Υπάρχουν πολύ λίγοι γιατροί και νοσηλευτές, ακόμη και σε μεγάλα δημόσια νοσοκομεία. Οι ασθενείς έρχονται από πολλά νησιά και περιοχές, γιατί αλλού **οι υπηρεσίες είναι περιορισμένες.**»*

Πέραν του περιορισμένου χρόνου επίσκεψης, αρκετοί ασθενείς περιέγραψαν ότι λάμβαναν αντικρουόμενες πληροφορίες από διαφορετικούς ιατρούς σχετικά με τις θεραπευτικές στρατηγικές.

Όπως σημειώθηκε:

«Οι ογκολόγοι δεν συμφωνούν... άλλοι σου λένε χημειοθεραπεία, άλλοι σου λένε ένα χάπι.»

Η μεταβλητότητα αυτή στις κλινικές συστάσεις εκλήφθηκε ως συγχυτική και συνέβαλε σε αβεβαιότητα σχετικά με την καταλληλότερη θεραπευτική επιλογή. Απουσία δομημένων μηχανισμών υποστήριξης στη λήψη αποφάσεων ή διαδικασιών διεπιστημονικής συναίνεσης, οι ασθενείς συχνά αισθάνονταν ότι έπρεπε να διαχειριστούν μόνοι τους αυτές τις διαφορές.

Όπως συνοψίζει ένας συμμετέχων την εμπειρία:

«Νιώθεις ότι προχωράς χωρίς να ξέρεις πραγματικά πού πηγαίνεις.»

Συνολικά, οι αφηγήσεις αυτές υποδηλώνουν ότι οι υψηλές πιέσεις φόρτου εργασίας και η απουσία τυποποιημένων δομών επικοινωνίας και υποστήριξης στη λήψη αποφάσεων ενδέχεται να περιορίζουν τον ουσιαστικό διάλογο μεταξύ ασθενών και κλινικών ιατρών.

4.2.7. Γεωγραφικές ανισότητες: συγκέντρωση των ογκολογικών υπηρεσιών και περιφερειακές ανισότητες στην πρόσβαση

Η πρόσβαση σε εξειδικευμένες ογκολογικές υπηρεσίες φαίνεται να επηρεάζεται σημαντικά από τον τόπο κατοικίας των ασθενών. Οι εμπειρίες που καταγράφηκαν υποδηλώνουν ότι ογκολόγοι, προηγμένες διαγνωστικές εξετάσεις και εξειδικευμένες θεραπευτικές υπηρεσίες συγκεντρώνονται κυρίως σε περιορισμένο αριθμό νοσοκομείων. Ως αποτέλεσμα, ασθενείς από αγροτικές και νησιωτικές περιοχές συχνά αναγκάζονται να ταξιδεύουν μεγάλες αποστάσεις ή ακόμη και να μετακινούνται προσωρινά προκειμένου να λάβουν την απαραίτητη φροντίδα.

Ένας φροντιστής περιέγραψε την απουσία ογκολογικών υπηρεσιών στην περιοχή του, εξηγώντας ότι η μετακίνηση ήταν απαραίτητη για την πρόσβαση σε θεραπεία:

«Δεν υπάρχει τριτοβάθμιο νοσοκομείο... δεν υπάρχουν ογκολόγοι... έπρεπε να μετακομίσει και να μείνει μαζί μου στο Ηράκλειο.»

Αντίστοιχα, ένας άλλος ασθενής ανέφερε τις δυσκολίες που σχετίζονται με τη διαμονή μακριά από εξειδικευμένες υπηρεσίες:

«Μένω στη Φλώρινα... το νοσοκομείο είναι 60 χιλιόμετρα μακριά.»

Αναφέρθηκε επίσης ότι η συγκέντρωση των υπηρεσιών σε μικρό αριθμό κέντρων δημιουργεί σημαντική πίεση στα συγκεκριμένα νοσοκομεία, ιδιαίτερα για θεραπείες όπως η ακτινοθεραπεία. Όπως εξήγησε ένας συμμετέχων:

«Όλο το Νότιο Αιγαίο έρχεται εδώ... η ακτινοθεραπεία είναι διαθέσιμη μόνο στο Ηράκλειο.»

Οι αφηγήσεις αυτές υποδηλώνουν ότι η γεωγραφική κατανομή των ογκολογικών υπηρεσιών ενδέχεται να συμβάλλει σε καθυστερήσεις και πρόσθετα βάρη για τους ασθενείς. Οι ασθενείς από αγροτικές και νησιωτικές περιοχές ενδέχεται να αντιμετωπίζουν επιπλέον προκλήσεις που σχετίζονται με τη μετακίνηση, τη διαμονή και τη συνέχεια της φροντίδας, ενώ τα τριτοβάθμια κέντρα ενδέχεται να υφίστανται αυξημένη ζήτηση που επιβαρύνει περαιτέρω τη δυναμικότητά τους. Απουσία συντονισμένων περιφερειακών δικτύων φροντίδας ή δομημένων διαδρομών παραπομπής, η γεωγραφική θέση φαίνεται να διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της πρόσβασης των ασθενών σε έγκαιρη και ολοκληρωμένη αντικαρκινική φροντίδα.

4.2.8. Οικονομική επιβάρυνση και διοικητικό βάρος

Η πλοήγηση στη διαδρομή φροντίδας φάνηκε να συνοδεύεται από σημαντικό οικονομικό και διοικητικό βάρος. Παρότι η θεραπεία παρέχεται συνήθως στο δημόσιο σύστημα υγείας, οι ασθενείς συχνά επιβαρύνονται ιδιωτικά για διαγνωστικές εξετάσεις, υποστηρικτικές υπηρεσίες και μετακινήσεις προς ιατρικά ραντεβού.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής σε δημόσιες δομές οδήγησαν τους ασθενείς να αναζητήσουν διαγνωστικές εξετάσεις στον ιδιωτικό τομέα, προκειμένου να αποφύγουν καθυστερήσεις στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων. Όπως εξήγησε ένας ασθενής:

«Τα ραντεβού για αξονική τομογραφία στο νοσοκομείο ήταν για έξι μήνες μετά... οπότε αναγκαστήκαμε να πάμε σε ιδιωτικό διαγνωστικό κέντρο.»

Οι συμμετέχοντες ανέφεραν επίσης πρόσθετη οικονομική επιβάρυνση που σχετίζεται με υπηρεσίες υποστηρικτικής φροντίδας, οι οποίες δεν ενσωματώνονται συστηματικά στη νοσοκομειακή διαδρομή. Όπως περιέγραψε ένας ασθενής:

«Πήγα σε διατροφολόγο μόνος μου και πληρώνω όλα αυτά με μια μικρή σύνταξη, γιατί δεν μπορώ να εργαστώ.»

Τα έξοδα μετακίνησης αποτέλεσαν έναν ακόμη σημαντικό παράγοντα οικονομικής πίεσης, ιδιαίτερα για ασθενείς που διαμένουν εκτός μεγάλων αστικών κέντρων. Οι μηχανισμοί αποζημίωσης θεωρήθηκαν ανεπαρκείς για να καλύψουν το πραγματικό κόστος μεταφοράς. Όπως ανέφερε ένας φροντιστής:

«Επιστρέφουν μόνο έξι ευρώ για το εισιτήριο του λεωφορείου... τα υπόλοιπα τα πληρώνεις μόνος σου.»

Πέραν των άμεσων οικονομικών δαπανών, οι συμμετέχοντες περιέγραψαν σημαντικό διοικητικό βάρος που σχετίζεται με τις διαδικασίες αποζημίωσης και την πρόσβαση σε κοινωνικές παροχές. Αρκετοί ανέφεραν επαναλαμβανόμενες επισκέψεις σε διοικητικές υπηρεσίες και πολύπλοκες απαιτήσεις τεκμηρίωσης, προκειμένου να εξασφαλίσουν επιδόματα ή επιστροφές δαπανών.

Συνολικά, οι αφηγήσεις αυτές υποδηλώνουν ότι η οικονομική επιβάρυνση της φροντίδας για τον καρκίνο του πνεύμονα εκτείνεται πέρα από το άμεσο κόστος της θεραπείας και περιλαμβάνει έξοδα μετακίνησης, ιδιωτικές διαγνωστικές υπηρεσίες, κόστος υποστηρικτικής φροντίδας και διοικητικά εμπόδια. Οι παράγοντες αυτοί ενδέχεται να επηρεάζουν δυσανάλογα ασθενείς με περιορισμένους οικονομικούς πόρους και να επιτείνουν περαιτέρω τις ήδη υπάρχουσες ανισότητες στην πρόσβαση στη φροντίδα.

4.2.9. Ανισότητες που σχετίζονται με την υγειονομική και ψηφιακή εγγραμματοσύνη και την κοινωνική υποστήριξη

Οι συμμετέχοντες τόνισαν ότι η πλοήγηση στη διαδρομή φροντίδας του καρκίνου του πνεύμονα απαιτεί υψηλό επίπεδο προσωπικής πρωτοβουλίας, ικανότητας αναζήτησης

πληροφοριών και κοινωνικής υποστήριξης. Το σύστημα φαίνεται να απαιτεί από τους ασθενείς υψηλό βαθμό προσωπικής πρωτοβουλίας: να αναζητούν μόνοι τους πληροφορίες, να συντονίζουν ραντεβού και να διεκδικούν ενεργά τη φροντίδα τους όταν εμφανίζονται εμπόδια. Ως αποτέλεσμα, η επιτυχής πλοήγηση στη διαδρομή φροντίδας φαίνεται να εξαρτάται όχι μόνο από κλινικούς παράγοντες, αλλά και από το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών, την ψηφιακή εγγραμματοσύνη, τους οικονομικούς τους πόρους και τη διαθεσιμότητα οικογενειακών φροντιστών.

Έντονη σημειώθηκε η ανησυχία πως άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, περιορισμένο εισόδημα ή περιορισμένη πρόσβαση σε ψηφιακά μέσα ενδέχεται να αντιμετωπίζουν πρόσθετα εμπόδια στην κατανόηση της νόσου τους, στην πρόσβαση σε πληροφορίες και στη συμμετοχή στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων.

Ένας φροντιστής περιέγραψε την κατάσταση σε αγροτικές περιοχές:

«Στην επαρχία... χαμηλό εισόδημα... αναλφάβητοι... χωρίς ίντερνετ... βλέπουν τον γιατρό σαν θεό.»

Ένας άλλος συμμετέχων σημείωσε ότι, απουσία δομημένης καθοδήγησης, οι ασθενείς συχνά αναμένεται να αναλάβουν οι ίδιοι την ευθύνη για τον συντονισμό της φροντίδας τους:

«Χωρίς καθοδήγηση... ο ασθενής πρέπει να γίνει ο συντονιστής της ίδιας του της ζωής και της φροντίδας του.»

Οι αφηγήσεις αυτές υποδηλώνουν ότι η τρέχουσα οργάνωση της διαδρομής φροντίδας ενδέχεται να θέτει σε μειονεκτική θέση άτομα με χαμηλότερο βαθμό υγειονομικής εγγραμματοσύνης ή περιορισμένη κοινωνική υποστήριξη. Όταν το σύστημα βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στην πρωτοβουλία των ασθενών και σε άτυπα δίκτυα για την πλοήγηση στις διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες, οι υφιστάμενες κοινωνικές ανισότητες ενδέχεται να μεταφράζονται σε άνιση πρόσβαση σε έγκαιρη και κατάλληλη φροντίδα.

4.2.10. Κενά ποιότητας και λογοδοσίας στη διαδρομή φροντίδας

Οι συμμετέχοντες περιέγραψαν επίσης ανησυχίες που σχετίζονται με αντιλαμβανόμενα σφάλματα, παραλείψεις στις διαγνωστικές διαδικασίες και καθυστερημένες κλινικές αποφάσεις. Παρότι τέτοιες εμπειρίες δεν ερμηνεύονταν πάντοτε ως εσκεμμένη κακή πρακτική, οι συμμετέχοντες εξέφρασαν απογοήτευση, καθώς φαινόταν να μην υπάρχουν σαφείς ή

προσβάσιμοι μηχανισμοί για την αναφορά προβλημάτων, την αναζήτηση διευκρινίσεων ή τη συμβολή στη βελτίωση των διαδικασιών φροντίδας.

Ένας ασθενής περιέγραψε μια περίπτωση κατά την οποία δεν είχε ζητηθεί μια συνήθης εργαστηριακή εξέταση:

«Ένα λάθος, απλώς είπαν “συγγνώμη”...»

Άλλοι έθεσαν το ερώτημα κατά πόσο θα έπρεπε να υπάρχουν θεσμοθετημένοι μηχανισμοί που να επιτρέπουν στους ασθενείς να αναφέρουν προβλήματα ή να παρέχουν ανατροφοδότηση χωρίς να καταφεύγουν σε νομικές ενέργειες:

«Δεν θα έπρεπε να υπάρχει ένα τμήμα όπου μπορούμε να υποβάλλουμε παράπονα;»

Οι εμπειρίες που περιγράφηκαν δείχνουν ότι οι ασθενείς συχνά δεν γνωρίζουν ή δεν έχουν εύκολη πρόσβαση σε μηχανισμούς αναφοράς προβλημάτων και υποβολής ανατροφοδότησης. Χωρίς την ύπαρξη δομημένων διαύλων για την αναφορά και την αντιμετώπιση προβλημάτων, οι ασθενείς μπορεί να αισθάνονται ότι τα σφάλματα ή οι καθυστερήσεις δεν εξετάζονται επαρκώς και ότι χάνονται ευκαιρίες για μάθηση και βελτίωση του συστήματος.

Βασικά Ευρήματα από το Focus Group

Ανάλυση Εμπειριών Ασθενών

1. Καθυστερήση στη διάγνωση

- Λανθασμένη απόδοση συμπτωμάτων (π.χ. κάπνισμα, λοιμώξεις)
- Είσοδος μέσω μη σχετικών ειδικοτήτων
- Ανάγκη αυτό-πλοήγησης στο σύστημα

6. Περιορισμοί σε επικοινωνία & λήψη αποφάσεων

- Σύντομες επισκέψεις μετά από μεγάλες αναμονές
- Ανεπαρκής ενημέρωση για επιλογές θεραπείας
- Αντικρουόμενες ιατρικές γνώμες

2. Μεταβλητότητα στην ερμηνεία απεικονιστικών εξετάσεων

- Ασυνέπεια στις ακτινολογικές αναφορές
- Ερμηνεία βάσει περιορισμένου κλινικού πλαισίου
- Έλλειψη σαφούς καθοδήγησης προς στον ασθενή

7. Γεωγραφικές ανισότητες στην πρόσβαση

- Συγκέντρωση υπηρεσιών σε λίγα κέντρα
- Ανάγκη μετακίνησης ή μετεγκατάστασης
- Επιβάρυνση από απόσταση και καθυστερήσεις

3. Απουσία δομημένης διαδρομής παραπομπής

- Έλλειψη τυποποιημένων μηχανισμών παραπομπής
- Εξάρτηση από την πρωτοβουλία του ασθενούς
- Διαφοροποίηση πρόσβασης ανά περιοχή

8. Οικονομική επιβάρυνση & διοικητικό βάρος

- Ιδιωτικές πληρωμές για εξετάσεις και υπηρεσίες
- Υψηλό κόστος μετακινήσεων
- Πολύπλοκες διαδικασίες αποζημίωσης

4. Εμπόδια στον μοριακό έλεγχο & την εξατομικευμένη θεραπεία

- Καθυστερήσεις στον μοριακό έλεγχο
- Έναρξη θεραπείας πριν την πλήρη χαρτογράφηση
- Οικονομικά εμπόδια (ιδιωτικές πληρωμές)

9. Ανισότητες λόγω υγειονομικού & ψηφιακού γραμματισμού

- Απαίτηση υψηλής προσωπικής πρωτοβουλίας
- Δυσκολία κατανόησης και αναζήτησης πληροφορίας
- Εξάρτηση από οικογενειακή υποστήριξη

5. Κατακερματισμένη υποστηρικτική & ανακουφιστική φροντίδα

- Περιορισμένες και μη συστηματικές παραπομπές
- Καθυστερημένη ή τυχαία πρόσβαση σε υπηρεσίες
- Η οικογένεια καλύπτει κρίσιμα κενά φροντίδας

10. Κενά ποιότητας & λογοδοσίας

- Περιορισμένοι μηχανισμοί αναφοράς προβλημάτων
- Έλλειψη διαφάνειας και ανατροφοδότησης
- Αίσθηση μη αξιοποίησης λαθών για βελτίωση



ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΜΗΝΥΜΑ

Οι ασθενείς αντιμετωπίζουν καθυστερήσεις, κατακερματισμένη φροντίδα και ψυχολογική επιβάρυνση. Χρειάζονται ένα πιο συντονισμένο, ανθρωποκεντρικό και έγκαιρο σύστημα φροντίδας

Εικόνα 10. Σύνοψη βασικών συμπερασμάτων από την ανάλυση της συζήτησης των ασθενών & φροντιστών του focus group.

4.3. Αποτελέσματα από την ανάλυση του Focus group: Ομάδα επαγγελματιών υγείας

Στην ομάδα των επαγγελματιών υγείας, η συζήτηση επικεντρώθηκε κυρίως στον τρόπο με τον οποίο οργανώνεται και λειτουργεί στην πράξη η φροντίδα των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα. Οι συμμετέχοντες περιέγραψαν δυσκολίες που εμφανίζονται σε διαφορετικά στάδια της διαδρομής, από την αρχική υποψία και τη διάγνωση έως την έναρξη θεραπείας και τη συνέχεια της φροντίδας. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε σε ζητήματα συντονισμού, διαθεσιμότητας υπηρεσιών, γεωγραφικών ανισοτήτων, διεπιστημονικής συνεργασίας και υποστηρικτικής φροντίδας. Τα βασικά σημεία που αναδείχθηκαν παρουσιάζονται στις ακόλουθες θεματικές ενότητες.

4.3.1. Απουσία τυποποιημένου μονοπατιού φροντίδας και μετακύλιση του βάρους συντονισμού σε άτυπα δίκτυα και στον ίδιο τον ασθενή

Ένα από τα κεντρικότερα ευρήματα που αναδύθηκαν από τη συζήτηση των επαγγελματιών υγείας ήταν η απουσία ενός σαφώς ορισμένου, τυποποιημένου και θεσμικά κατοχυρωμένου μονοπατιού φροντίδας για τους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα. Οι συμμετέχοντες περιέγραψαν μια διαδρομή η οποία δε διέπεται από ενιαία πρωτόκολλα, αλλά εξελίσσεται αποσπασματικά, με σημαντική εξάρτηση από το εκάστοτε νοσοκομείο, τη γεωγραφική περιοχή, τη διαθεσιμότητα ειδικοτήτων και την ατομική πρωτοβουλία επαγγελματιών υγείας ή των ίδιων των ασθενών.

Όπως αναφέρθηκε χαρακτηριστικά:

«Δεν υπάρχει ακριβώς ένα πρωτόκολλο που ακολουθούμε τι γίνεται από το σύμπτωμα μέχρι παρακάτω.»

Η παρατήρηση αυτή συνοψίζει την αντίληψη ότι η διαδρομή από την πρώτη υποψία έως τη διάγνωση και την έναρξη θεραπείας δεν είναι προσχεδιασμένη και προβλέψιμη, αλλά παραμένει ευάλωτη σε καθυστερήσεις, ασυνέχειες και τοπικές διαφοροποιήσεις. Οι επαγγελματίες περιέγραψαν ένα σύστημα στο οποίο η μετάβαση του ασθενούς από το ένα στάδιο στο άλλο δεν ενεργοποιείται αυτόματα, αλλά απαιτεί αλληπάλληλες επιμέρους αποφάσεις, παραπομπές και συνεννοήσεις.

Στην ίδια κατεύθυνση, άλλος ιατρός επισήμανε:

«Το κύριο πρόβλημα είναι ακριβώς το διασπασμένο σύστημα. Πνευμονολόγος, ακτινολόγος, ογκολόγος, είτε όλα σε διαφορετικά κέντρα, είτε ακόμα όταν είναι στο ίδιο κέντρο μέσα... ο ασθενής πρέπει να βρει μόνος του πού θα πάει μετά. Δεν υπάρχει κάποιος να τον καθοδηγήσει.»

Φαίνεται λοιπόν πως ο κατακερματισμός δεν αφορά μόνο τη γεωγραφική διασπορά υπηρεσιών μεταξύ διαφορετικών νοσοκομείων, αλλά μπορεί να αναπαράγεται και εντός του ίδιου οργανισμού, όταν απουσιάζουν μηχανισμοί συντονισμού και διασύνδεσης μεταξύ ειδικοτήτων. Ως αποτέλεσμα, η συνέχεια της φροντίδας δεν διασφαλίζεται θεσμικά, αλλά εξαρτάται συχνά από άτυπες πρακτικές και προσωπικές πρωτοβουλίες.

Πράγματι, ένα ιδιαίτερα ισχυρό εύρημα της συζήτησης ήταν ότι, ελλείπει θεσμοθετημένων μηχανισμών πλοήγησης, ο συντονισμός της φροντίδας συχνά επιτυγχάνεται μέσα από άτυπα δίκτυα, προσωπικές σχέσεις και αυτοσχεδιασμό. Οι συμμετέχοντες περιέγραψαν επανειλημμένα μια πραγματικότητα στην οποία το σύστημα λειτουργεί όχι με βάση προβλέψιμες διαδικασίες, αλλά μέσω ανεπίσημων διαμεσολαβήσεων.

Όπως ανέφερε χαρακτηριστικά ένας συμμετέχων:

«Όλα υποκαθίστανται από τις προσωπικές σχέσεις και προσωπικές επαφές... Παίρνω εγώ ένα τηλέφωνο... να το κάνουμε έτσι.»

Η φράση αυτή δείχνει έναν κρίσιμο μηχανισμό αντιστάθμισης των θεσμικών ελλειμμάτων. Οι προσωπικές γνωριμίες και η επαγγελματική δικτύωση λειτουργούν ως πρακτικά εργαλεία επίλυσης προβλημάτων, επιτρέποντας στους κλινικούς να ξεπερνούν εμπόδια του συστήματος. Ωστόσο, η ίδια πρακτική συνεπάγεται και σημαντικούς κινδύνους ανισότητας, καθώς η πρόσβαση γίνεται άνιση και εξαρτάται από το ποιος γνωρίζει ποιον ή από το ποιος θα αναλάβει επιπλέον προσωπική προσπάθεια.

Το ίδιο μοτίβο αναδείχθηκε και από την πλευρά της εμπειρίας των ασθενών, όπως περιγράφηκε από επαγγελματίες που τους παρακολουθούν:

«Μπορεί να είναι ένα χειρουργικό περιστατικό και μετά να ψάχνουν ογκολόγο, τον οποίο πρέπει κάπως να τον βρούνε μόνοι τους.»

Η εμπειρία αυτή υποδηλώνει ότι η μετάβαση από μία φάση φροντίδας σε άλλη δεν οργανώνεται συστηματικά από το σύστημα, αλλά επαφίεται στη δυνατότητα του ίδιου του

ασθενούς ή του περιβάλλοντός του να αναζητήσει το επόμενο βήμα. Η διαδρομή, επομένως, δεν είναι μόνο κατακερματισμένη αλλά και ουσιαστικά μετακυλισμένη προς τον ασθενή.

Ιδιαίτερα εύγλωττη ήταν και η παρατήρηση ότι:

«Ο ασθενής κυκλοφορεί με σακούλες εργαστηριακών εξετάσεων από τη μία ειδικότητα στην άλλη άναρχα.»

Η εικόνα αυτή συμπυκνώνει την απουσία ενιαίας καθοδήγησης, λειτουργικού διαμοιρασμού πληροφορίας και σαφούς ανάληψης ευθύνης για τον συντονισμό της φροντίδας. Όταν ο φάκελος, η πληροφορία και η ευθύνη πλοήγησης παραμένουν κυριολεκτικά στα χέρια του ασθενούς, το σύστημα αποτυγχάνει να λειτουργήσει ως συνεκτική δομή φροντίδας και μεταφέρει δυσανάλογο οργανωτικό και ψυχολογικό βάρος στον ίδιο και στην οικογένειά του.

Συνολικά, οι αφηγήσεις των επαγγελματιών υγείας υποδηλώνουν ότι η φροντίδα του καρκίνου του πνεύμονα εξακολουθεί να οργανώνεται μέσα από ένα πλέγμα αποσπασματικών διαδρομών και όχι μέσα από ένα συνεκτικό ογκολογικό μονοπάτι. Η απουσία τυποποιημένων διαδικασιών και θεσμοθετημένων μηχανισμών πλοήγησης φαίνεται να οδηγεί σε καθυστερήσεις, ανισότητες στην πρόσβαση και εξάρτηση από άτυπες διαμεσολαβήσεις, ενώ ταυτόχρονα μετακυλίζει το βάρος του συντονισμού στον ίδιο τον ασθενή και το περιβάλλον του.

4.3.2. Πολυεπίπεδες Καθυστερήσεις από το Πρώτο Σύμπτωμα έως τη Διάγνωση

Ένα δεύτερο βασικό θέμα που αναδείχθηκε ήταν ότι οι καθυστερήσεις στη διαδρομή του ασθενούς δεν εντοπίζονται σε ένα μόνο σημείο, αλλά διατρέχουν ολόκληρη τη φάση από το πρώτο σύμπτωμα έως την οριστική διάγνωση. Οι επαγγελματίες περιέγραψαν πολλαπλά διαδοχικά σημεία καθυστέρησης:

- καθυστερημένη αναζήτηση φροντίδας από τον ασθενή,
- αρχική υποεκτίμηση των συμπτωμάτων,
- καθυστέρηση στην πρωτοβάθμια φροντίδα,
- καθυστερήσεις στην απεικόνιση, στη βιοψία, στην ιστολογική τεκμηρίωση και τελικά στον μοριακό έλεγχο.

Όπως επισημάνθηκε από έναν ιατρό:

«Από το πρώτο σύμπτωμα μέχρι την πρώτη ιατρική επίσκεψη ... συχνά είναι η μεγαλύτερη καθυστέρηση.»

Η τοποθέτηση αυτή αναγνωρίζει τον ρόλο της ίδιας της συμπεριφοράς αναζήτησης φροντίδας, αλλά δεν την απομονώνει από το κοινωνικό και οργανωτικό της πλαίσιο. Οι συμμετέχοντες συνέδεσαν την καθυστέρηση των ασθενών με τη χαμηλή εγρήγορση απέναντι σε μη ειδικά συμπτώματα, το στίγμα που περιβάλλει τον καρκίνο του πνεύμονα, αλλά και την έλλειψη επαρκούς ενημέρωσης.

Στη συνέχεια, οι καθυστερήσεις εμφανίζονται να αναπαράγονται και εντός του συστήματος. Όπως ανέφερε συμμετέχων:

«Συχνά δίνεται αντιβίωση για πνευμονία. Επαναξιολόγηση δύο-τρεις εβδομάδες. Δεν γίνεται αμέσως αξονική. Είναι κλασικό σημείο καθυστέρησης.»

Η μαρτυρία αυτή αποτυπώνει την κλινική αβεβαιότητα που περιβάλλει τα πρώιμα συμπτώματα του καρκίνου του πνεύμονα, ιδίως όταν αυτά μιμούνται συχνότερες και καλοήθειες καταστάσεις. Ωστόσο, οι επαγγελματίες υποδηλώνουν ότι, ελλείψει σαφών διαγνωστικών αλγορίθμων και εγρήγορσης για ομάδες υψηλού κινδύνου, αυτή η αβεβαιότητα μπορεί να μεταφράζεται σε σημαντική διαγνωστική καθυστέρηση.

Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε και στο διάστημα μεταξύ ύποπτου ευρήματος και επιβεβαίωσης της διάγνωσης:

«Από την ύποπτη βλάβη στην αξονική μέχρι τη βιοψία. Μέχρι το μοριακό έλεγχο. Ραντεβού για βιοψία. Αναμονή ιστολογίας. Αναμονή NGS.»

Η περιγραφή αυτή καταδεικνύει ότι η διάγνωση δεν αποτελεί ένα στιγμιαίο γεγονός αλλά μια πολυσταδιακή διαδικασία, μέσα στην οποία κάθε βήμα μπορεί να προσθέτει νέα αναμονή. Οι επαγγελματίες δεν περιέγραψαν μόνο τη διάρκεια αυτών των καθυστερήσεων, αλλά και το γεγονός ότι συχνά σωρεύονται, με αποτέλεσμα η συνολική διαδρομή να καθίσταται ιδιαίτερα παρατεταμένη.

Συνολικά, οι αφηγήσεις αναδεικνύουν ότι οι καθυστερήσεις δεν είναι τυχαία ή μεμονωμένα συμβάντα, αλλά δομικό χαρακτηριστικό μιας διαδρομής χωρίς σαφή χρονικά όρια, χωρίς τυποποίηση και χωρίς ενιαίο συντονισμό.

4.3.3. Γεωγραφικές Ανισότητες, Ελλείψεις Δυναμικότητας και Εξάρτηση από Κέντρα Αναφοράς

Οι επαγγελματίες υγείας ανέδειξαν με ιδιαίτερη σαφήνεια ότι η γεωγραφική θέση του ασθενούς επηρεάζει ουσιαστικά τη διαδρομή του μέσα στο σύστημα υγείας. Οι ανισότητες αυτές δεν περιορίζονται στην απόσταση από μεγάλα αστικά κέντρα, αλλά συνδέονται με άνιση κατανομή ειδικοτήτων, τεχνολογικού εξοπλισμού και οργανωμένων ογκολογικών υπηρεσιών.

Ιδιαίτερα χαρακτηριστική ήταν η περιγραφή από δευτεροβάθμιο νοσοκομείο της περιφέρειας:

«Δεν υπάρχει ειδικότητα σε ό,τι αφορά τον πνευμονολόγο και τον ογκολόγο... θα χαθεί πάρα πολύς χρόνος, ούτως ή άλλως, εξ αρχής.»

Η δήλωση αυτή αποτυπώνει ότι σε ορισμένες περιοχές η φροντίδα ξεκινά μέσα από δομές που δεν διαθέτουν κρίσιμες ειδικότητες για τη διαχείριση του καρκίνου του πνεύμονα. Σε τέτοια περιβάλλοντα, ακόμη και όταν υπάρχει κλινική υποψία, η επιβεβαίωση της διάγνωσης και η θεραπευτική πορεία εξαρτώνται από μεταφορά ή παραπομπή σε τριτοβάθμια κέντρα, με πρόσθετο χρόνο, οργανωτική επιβάρυνση και αβεβαιότητα.

Διευκρινίστηκε πως η παραπομπή σε μεγάλο νοσοκομείο συχνά δεν γίνεται μέσω ενός θεσμοθετημένου δικτύου, αλλά μέσω ad hoc αναζήτησης διαθέσιμης λύσης:

«Δεν υπάρχει η διασύνδεση, ούτε στην ΥΠΕ ούτε στα νοσοκομεία... αρχίζει η κλινική και οι θεράποντες να βρουν όσο πιο γρήγορα γίνεται διαθεσιμότητα για να γίνει η παραπομπή.»

Η εμπειρία αυτή αναδεικνύει ότι η μετάβαση από τη δευτεροβάθμια στην τριτοβάθμια φροντίδα δεν υποστηρίζεται επαρκώς από σταθερές θεσμικές διαδρομές. Αντί να υπάρχει εκ των προτέρων προσδιορισμένη περιφερειακή διασύνδεση, η πρόσβαση διαμορφώνεται μέσα από διαπραγμάτευση, τηλεφωνήματα και αναζήτηση κατά περίπτωση.

Η γεωγραφική ανισότητα συνδέθηκε επίσης με την έννοια του «ταχυδρομικού κώδικα» ως παράγοντα διαφοροποίησης της πρόσβασης. Οι επαγγελματίες υποδήλωσαν ότι ο τόπος κατοικίας μπορεί να καθορίζει όχι μόνο τον χρόνο διάγνωσης, αλλά και τη δυνατότητα πρόσβασης σε ογκολογικά συμβούλια, ακτινοθεραπεία, μοριακό έλεγχο ή ανακουφιστική φροντίδα.

Συνολικά, προκύπτει ότι η γεωγραφική κατανομή των πόρων και η απουσία θεσμικά οργανωμένων δικτύων παραπομπής παράγουν ουσιαστικές ανισότητες στην πρόσβαση, με

ιδιαίτερη επιβάρυνση για ασθενείς που διαμένουν σε περιφερειακές, νησιωτικές ή υποστελεχωμένες περιοχές.

4.3.4. Μεταβλητότητα στην Οργάνωση της Έναρξης Θεραπείας και Εμπόδια στην Εξατομικευμένη Ογκολογία

Αν και ορισμένοι επαγγελματίες τόνισαν ότι η έναρξη χημειοθεραπείας μπορεί να οργανώνεται σχετικά γρήγορα όταν η διάγνωση έχει ολοκληρωθεί, η συζήτηση ανέδειξε σημαντική μεταβλητότητα ως προς τη συνολική θεραπευτική οργάνωση, ιδιαίτερα όταν απαιτείται πλήρης μοριακός χαρακτηρισμός, συνδυασμός θεραπευτικών παρεμβάσεων ή διαχείριση διοικητικών και οικονομικών εμποδίων.

Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στις καθυστερήσεις που αφορούν τον μοριακό έλεγχο:

«Το NGS... είναι ένας μήνας.»

Η καθυστέρηση αυτή δεν παρουσιάστηκε μόνο ως τεχνικό ζήτημα χρόνου, αλλά ως καθοριστικός παράγοντας που επηρεάζει τη δυνατότητα έγκαιρης πρόσβασης σε εξατομικευμένη θεραπεία. Οι συμμετέχοντες εξήγησαν ότι, ενώ ορισμένοι βασικοί βιοδείκτες μπορεί να είναι διαθέσιμοι ταχύτερα, ο πλήρης μοριακός έλεγχος καθυστερεί είτε λόγω περιορισμένης εργαστηριακής δυναμικότητας είτε επειδή απαιτείται συγκέντρωση δειγμάτων.

Ταυτόχρονα, η οικονομική διάσταση του μοριακού ελέγχου αναδείχθηκε ως σαφής πηγή ανισότητας:

«Δεν μπορούν όλοι οι ασθενείς να επωμιστούν το κόστος.»

Η αναφορά αυτή υποδηλώνει ότι ακόμη και όταν η κλινική ανάγκη για βιοδείκτες είναι σαφής, η πραγματική πρόσβαση στην εξατομικευμένη ογκολογία δεν εξαρτάται μόνο από την ένδειξη αλλά και από τη δυνατότητα χρηματοδότησης ή αποζημίωσης της εξέτασης.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσίασε η αναφορά σε πρακτικές «προσαρμογής» των ιατρών απέναντι στα εμπόδια του συστήματος:

«Οι περισσότεροι από εμάς... ξεκινάμε με μια στάνταρ θεραπεία των ασθενών και περιμένουμε μετά τα αποτελέσματα για να προσθέσουμε την ανοσοθεραπεία ή να δώσουμε στοχευμένη θεραπεία... αλλά δεν είναι αυτός ο τρόπος προσέγγισης.»

Η παραδοχή αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική, διότι καταδεικνύει ότι οι κλινικοί αναγκάζονται να αυτοσχεδιάζουν προκειμένου να μην καθυστερήσουν πλήρως την έναρξη θεραπείας, ακόμη και όταν αυτό σημαίνει ότι η αρχική θεραπεία δεν είναι η βέλτιστα προσαρμοσμένη στο μοριακό προφίλ του όγκου. Με άλλα λόγια, οι επαγγελματίες αναγνώρισαν ρητά ένα χάσμα μεταξύ της επιστημονικά επιθυμητής πρακτικής και της πραγματικής καθημερινής κλινικής εφαρμογής.

Πέρα από τα ζητήματα των βιοδεικτών, αναδείχθηκαν και άλλες πρακτικές δυσκολίες στην έναρξη θεραπείας, όπως η πρόσβαση σε ακτινοθεραπεία και η ανάγκη συντονισμού πολλαπλών ειδικοτήτων. Όπως χαρακτηριστικά ειπώθηκε:

«Οτιδήποτε απολύτως, που θα έπρεπε να γίνεται αυτόματα... τίποτα από αυτά δεν γίνεται έτσι. Όλα χρειάζονται άπειρη κατανάλωση προσωπικού χρόνου, προσωπικών σχέσεων, τηλεφωνημάτων.»

Η έναρξη θεραπείας δεν καθυστερεί απαραίτητα μόνο εξαιτίας της διαθεσιμότητας φαρμάκων, αλλά κυρίως εξαιτίας διοικητικών, οργανωτικών, οικονομικών και διατομεακών εμποδίων που επιβαρύνουν την υλοποίηση μιας έγκαιρης και πραγματικά εξατομικευμένης θεραπευτικής στρατηγικής.

4.3.5. Περιορισμένη και μη συστηματική εφαρμογή της διεπιστημονικής φροντίδας στη διαχείριση του καρκίνου του πνεύμονα

Η αντιμετώπιση του καρκίνου του πνεύμονα απαιτεί διεπιστημονική προσέγγιση, ιδίως λόγω της πολυπλοκότητας των θεραπευτικών επιλογών και της ανάγκης συνδυασμού χειρουργικής, συστηματικής θεραπείας, ακτινοθεραπείας, υποστηρικτικής και ανακουφιστικής φροντίδας. Ωστόσο, παρά τη θεωρητική αποδοχή αυτής της αρχής, οι επαγγελματίες περιέγραψαν μια πραγματικότητα στην οποία η διεπιστημονικότητα εφαρμόζεται αποσπασματικά, άνισα και συχνά εξαρτάται από τοπικές συνθήκες ή πρόσωπα.

Όπως σημειώθηκε:

«Διεπιστημονικότητα γίνεται σε μεμονωμένα νοσοκομεία και σε μικρό βαθμό.»

Η διεπιστημονική λήψη αποφάσεων δεν αποτελεί σταθερά ενσωματωμένη πρακτική σε όλο το σύστημα. Αντίθετα, φαίνεται να εξαρτάται από το κατά πόσο ένα νοσοκομείο διαθέτει τις

σχετικές ειδικότητες, κουλτούρα συνεργασίας και διαθέσιμο χρόνο για ουσιαστική συνεδρίαση ογκολογικών συμβουλίων.

Παράλληλα, τέθηκαν υπό αμφισβήτηση όχι μόνο η καθολικότητα αλλά και η ουδετερότητα της διεπιστημονικής διαδικασίας. Επισημάνθηκε ότι ενδέχεται να υπάρχουν και κίνητρα ή επαγγελματικές επιδιώξεις που επηρεάζουν τη σειρά και τον τρόπο παρέμβασης:

«Δεν είναι πάντα θετική η έκβαση ενός συμβουλίου. Μερικές φορές μπορούμε να βρεθούμε σε περιπτώσεις που κάποιος λέει να πάρω τον ασθενή εγώ πρώτα.»

Η παρατήρηση αυτή είναι ιδιαίτερα κρίσιμη, καθώς αναδεικνύει ότι η διεπιστημονικότητα δεν αποτελεί από μόνη της εγγύηση βέλτιστης φροντίδας. Όταν δεν συνοδεύεται από διαφανείς κανόνες, κοινά πρωτόκολλα και ασθενοκεντρική κουλτούρα, μπορεί να επηρεάζεται από ανταγωνισμούς, επαγγελματικές προτεραιότητες ή τοπικές ισορροπίες ισχύος.

Παρά τα παραπάνω, οι επαγγελματίες επανέλαβαν ότι η οργανωμένη διεπιστημονική συνάντηση παραμένει απαραίτητη, ιδίως για τη λήψη έγκαιρων και ολιστικών αποφάσεων. Η έμφαση που δόθηκε στη συμμετοχή διαφορετικών ειδικοτήτων αλλά και στην πρόληψη των επιπλοκών υποδηλώνει ότι η ανάγκη για διεπιστημονική φροντίδα αναγνωρίζεται έντονα, ακόμη και αν η εφαρμογή της υστερεί.

Συνολικά, οι συζητήσεις υποδηλώνουν ότι το ζήτημα δεν είναι απλώς η τυπική ύπαρξη ογκολογικών συμβουλίων, αλλά η πραγματική λειτουργικότητά τους, η συστηματική ένταξή τους στην πορεία του ασθενούς και η διασφάλιση ότι οι αποφάσεις τους λαμβάνονται με γνώμονα τη συνολική κλινική και ψυχοκοινωνική ανάγκη του ασθενούς.

4.3.6. Ανεπαρκής Καθοδήγηση στην Πρόσβαση και Νέα Εμπόδια από τις Τυπικά «Ανοικτές» Διαδικασίες Ραντεβού

Ένα επιμέρους αλλά πολύ σημαντικό ζήτημα που τονίστηκε ήταν ότι η τυπική «διευκόλυνση» της πρόσβασης μέσω ανοικτών συστημάτων ραντεβού δεν συνεπάγεται απαραίτητα ορθολογική ή δίκαιη διαχείριση των ογκολογικών αναγκών. Αντίθετα, οι συμμετέχοντες υποστήριξαν ότι όταν απουσιάζουν φίλτρα ιεράρχησης και διαλογής, η πρόσβαση γίνεται άναρχη και ενδέχεται να επιτείνει τις ανισότητες.

Όπως ανέφερε συμμετέχων:

«Δεν υπάρχει κάποιο κριτήριο επιλογής ποιος είναι νεοδιαγνωσμένος, ποιος είναι για follow-up, ποιος είναι για απλή συνταγογράφηση.»

Το σύστημα λοιπόν δεν διαφοροποιεί επαρκώς ανάμεσα σε ασθενείς με επείγουσα ανάγκη αρχικής ογκολογικής αξιολόγησης και σε ασθενείς με πιο τακτικές ή διοικητικές ανάγκες. Ως αποτέλεσμα, ένα νεοδιαγνωσμένο περιστατικό μπορεί να ανταγωνίζεται για το ίδιο ραντεβού με έναν ασθενή που χρειάζεται απλή συνταγογράφηση.

Στην ίδια λογική, άλλος ειπώθηκε:

«Όποιος του καπνίζει, κλείνει ραντεβού με όποιον του καπνίζει στο σύστημα υγείας.»

Παρότι η διατύπωση είναι έντονα προφορική, αποτυπώνει γλαφυρά την αίσθηση πλήρους απουσίας ελεγχόμενης διαδρομής πρόσβασης. Οι επαγγελματίες αντιλαμβάνονται ότι η τυπική ψηφιοποίηση της διαδικασίας ραντεβού, χωρίς κλινική ιεράρχηση, δεν επιλύει το πρόβλημα της πλοήγησης αλλά μπορεί να το μετασχηματίζει σε μια νέα μορφή διοικητικού χάους.

Η βελτίωση της πρόσβασης συνεπώς δεν μπορεί να εξαντλείται στην τεχνική δυνατότητα κλεισίματος ραντεβού. Απαιτείται μηχανισμός κλινικής διαλογής, προτεραιοποίησης και καθοδήγησης, ιδίως για ογκολογικά περιστατικά όπου ο χρόνος και η ορθή ακολουθία των βημάτων έχουν καθοριστική σημασία.

4.3.7. Περιορισμένος Ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και Ανάγκη Επανενεργοποίησής της ως Σημείου Πρώτης Αναγνώρισης και Συντονισμού

Οι επαγγελματίες υγείας ανέδειξαν τον δυνητικά κρίσιμο ρόλο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τόσο στην πρώιμη αναγνώριση των συμπτωμάτων όσο και στον συντονισμό της διαδρομής των ασθενών. Ωστόσο, υπογράμμισαν ότι ο ρόλος αυτός παραμένει υποαξιοποιημένος, ανεπαρκώς οργανωμένος και χωρίς τα αναγκαία εργαλεία και διασυνδέσεις.

Όπως σημειώθηκε χαρακτηριστικά:

«Ξεκινάει με αντιβίωση και καθυστερεί να φτάσει σε εμάς... και όταν έρθει είναι ήδη προχωρημένο.»

Τα πρώιμα και συχνά μη ειδικά συμπτώματα του καρκίνου του πνεύμονα μπορεί αρχικά να αποδίδονται σε άλλες, συχνότερες παθήσεις, γεγονός που καθυστερεί την περαιτέρω διερεύνηση. Στο πλαίσιο αυτό, η ΠΦΥ θα μπορούσε να έχει πιο ενεργό ρόλο, εφόσον ενισχυθεί

με κατάλληλη εκπαίδευση, σαφή σύνδεση με τα νοσοκομεία και πρακτικά εργαλεία παραπομπής.

Όπως σημειώθηκε:

«Τα κέντρα υγείας... να μπορούν να είναι σε θέση έγκαιρα να στείλουν τον ασθενή στο αντίστοιχο ογκολογικό τμήμα.»

Η επισημάνση αυτή αποδίδει στην πρωτοβάθμια φροντίδα έναν ρόλο έγκαιρης αναγνώρισης, παραπομπής και ενδεχομένως αρχικού προσανατολισμού του ασθενούς. Ιδιαίτερα σε περιοχές εκτός μεγάλων αστικών κέντρων, η πρωτοβάθμια θα μπορούσε να αποτελέσει κρίσιμο σημείο απορρόφησης της πρώτης αβεβαιότητας και μείωσης της καθυστέρησης.

Ωστόσο, οι συμμετέχοντες τόνισαν ότι αυτή η δυνατότητα δεν είναι δεδομένη. Η εφαρμογή του προσωπικού ιατρού δεν φαίνεται, κατά τη γνώμη ορισμένων, να έχει ακόμη καταφέρει να οργανώσει ουσιαστικά το μονοπάτι των ογκολογικών ασθενών. Παράλληλα, υπονοήθηκε ότι λείπουν τόσο η εκπαίδευση όσο και οι διαδρομές διασύνδεσης με τα νοσοκομεία.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα φαίνεται, επομένως, να αποτελεί έναν σημαντικό αλλά όχι πλήρως αξιοποιημένο κρίκο στη διαδρομή φροντίδας. Οι επαγγελματίες αναγνωρίζουν ότι, χωρίς επαρκή εκπαίδευση, πρόσβαση σε πληροφορίες, ηλεκτρονικό φάκελο και οργανωμένες διαδικασίες παραπομπής, δεν μπορεί να αναλάβει αποτελεσματικά τον συντονιστικό ρόλο που θα μπορούσε θεωρητικά να έχει.

4.3.8. Καθυστερημένη και Περιθωριακή Ένταξη της Υποστηρικτικής και Ανακουφιστικής Φροντίδας

Ένα από τα πιο συνεκτικά και επαναλαμβανόμενα θέματα της συζήτησης ήταν η διαπίστωση ότι η υποστηρικτική και ανακουφιστική φροντίδα εξακολουθεί να αντιμετωπίζεται στο σύστημα ως δευτερεύουσα, καθυστερημένη ή συνδεδεμένη αποκλειστικά με το τελικό στάδιο της νόσου. Οι συμμετέχοντες υπογράμμισαν ότι αυτή η αντίληψη είναι λανθασμένη και επιβλαβής, καθώς η ανακουφιστική φροντίδα θα έπρεπε να εντάσσεται από την αρχή της διαδρομής.

Όπως τονίστηκε επανειλημμένα:

«Η ανακουφιστική φροντίδα θα έπρεπε να ξεκινάει από την πρώτη μέρα, από την αρχή. Δεν είναι φροντίδα τέλους ζωής.»

Η τοποθέτηση αυτή μετατοπίζει ριζικά την έννοια της ανακουφιστικής φροντίδας από μια τελική, “παθητική” διαχείριση σε ένα ενεργό και διαχρονικό πλαίσιο υποστήριξης, το οποίο αφορά συμπτώματα, ψυχοκοινωνικές ανάγκες, επικοινωνία, λήψη αποφάσεων και υποστήριξη οικογένειας.

Οι συμμετέχοντες περιέγραψαν μάλιστα τις επιπτώσεις της διάγνωσης όχι μόνο στον ασθενή αλλά και στο οικογενειακό του σύστημα:

«Με τη διάγνωση ενός καρκίνου του πνεύμονα αναποδογυρίζει όλη η οικογένεια.»

Η κλινική πορεία του ασθενούς, λοιπόν, δεν μπορεί να αποσυνδεθεί από τις ψυχολογικές, κοινωνικές και λειτουργικές συνέπειες που προκαλεί στο οικογενειακό περιβάλλον. Παρ’ όλα αυτά, οι επαγγελματίες εκτίμησαν ότι αυτές οι ανάγκες συχνά μένουν ακάλυπτες, ενώ το σχετικό κενό επιχειρούν εν μέρει να καλύψουν σύλλογοι ασθενών ή οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών.

Παράλληλα, υπογραμμίστηκε ότι η ανακουφιστική φροντίδα δεν ταυτίζεται ούτε με τα hospice, ούτε μόνο με το ιατρείο πόνου. Απαιτείται εξειδικευμένη, διεπιστημονική ομάδα με ιατρό, νοσηλεύτη, κοινωνικό λειτουργό και ψυχολόγο, η οποία να συνοδεύει τον ασθενή διαχρονικά και να λειτουργεί ως γέφυρα μεταξύ δομών και βαθμίδων φροντίδας.

4.3.9. Ψυχοκοινωνική, Κοινωνική και Οικονομική Επιβάρυνση των Ασθενών και των Οικογενειών

Πέρα από τα καθαρά διαγνωστικά και θεραπευτικά ζητήματα, οι επαγγελματίες ανέδειξαν ότι η διαδρομή του ασθενούς με καρκίνο του πνεύμονα συνοδεύεται από σημαντική ψυχοκοινωνική, κοινωνική και οικονομική επιβάρυνση, η οποία δεν αντιμετωπίζεται συστηματικά από το σύστημα υγείας. Οι επιβαρύνσεις αυτές αφορούν τόσο το άμεσο κόστος της φροντίδας όσο και το ευρύτερο φορτίο μετακινήσεων, απώλειας εισοδήματος, κοινωνικής απορρύθμισης και συναισθηματικής επιβάρυνσης.

Ιδιαίτερα εύγλωττη ήταν η αναφορά στην «οικονομική τοξικότητα» της νόσου, με αναφορά σε:

«Υψηλά ιδιωτικά έξοδα, μετακινήσεις, διαμονή, υποστηρικτική φαρμακευτική αγωγή, απώλεια εισοδήματος λόγω αδυναμίας εργασίας.»

Η περιγραφή αυτή δείχνει ότι το οικονομικό βάρος της νόσου υπερβαίνει κατά πολύ την τυπική ιατρική πράξη και διαχέεται σε πολλαπλές διαστάσεις της ζωής του ασθενούς και της οικογένειας. Η γεωγραφική απόσταση από τα κέντρα φροντίδας ενισχύει αυτή την επιβάρυνση, ιδίως για ασθενείς εκτός μεγάλων πόλεων.

Ταυτόχρονα, αναδείχθηκε η απουσία επαρκούς ενημέρωσης για κοινωνικά δικαιώματα, επιδόματα ή διαθέσιμους μηχανισμούς υποστήριξης. Η ύπαρξη κοινωνικών υπηρεσιών εντός νοσοκομείων δεν φαίνεται να μεταφράζεται αυτόματα σε ουσιαστική ενεργοποίησή τους υπέρ των ασθενών.

Επιπλέον, η συζήτηση συνέδεσε το ψυχοκοινωνικό φορτίο με το στίγμα του καρκίνου του πνεύμονα, την αίσθηση απώλειας ελέγχου και μια διαδικασία που ένας συμμετέχων περιέγραψε ως «συνθήκη θυματοποίησης». Η έννοια αυτή υποδηλώνει ότι ο ασθενής κινδυνεύει να χάσει όχι μόνο τη φυσική του ασφάλεια αλλά και τη θέση του ως ενεργό υποκείμενο αποφάσεων.

Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι η ψυχοκοινωνική υποστήριξη δεν παρέχεται συστηματικά στο πλαίσιο της ογκολογικής φροντίδας. Η έλλειψη ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών περιορίζει τη δυνατότητα κάλυψης των αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους.

Όπως σημείωσε ένας ιατρός:

«Δεν υπάρχει χρόνος ούτε προσωπικό για να ασχοληθεί με αυτά τα θέματα.»

Η απουσία αυτή φαίνεται να οδηγεί σε αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση και δυσκολία. Συνολικά, οι επαγγελματίες περιέγραψαν τη νόσο όχι μόνο ως βιοϊατρικό γεγονός αλλά ως πολυδιάστατη κοινωνική κρίση για τον ασθενή και το περιβάλλον του, η οποία παραμένει σε μεγάλο βαθμό υποαναγνωρισμένη από την επίσημη οργάνωση της φροντίδας.

4.3.10. Συμμετοχή του Ασθενούς στη Λήψη Αποφάσεων και Ανάγκη για Ουσιαστικά Ασθενοκεντρική Φροντίδα

Ένα ακόμη σημαντικό θέμα που αναδείχθηκε στη συζήτηση ήταν η περιορισμένη ουσιαστική συμμετοχή του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων που αφορούν τη φροντίδα του, καθώς και η ευρύτερη ανάγκη μετάβασης από ένα κυρίως βιοϊατρικό σε ένα περισσότερο ασθενοκεντρικό μοντέλο φροντίδας. Οι συμμετέχοντες υποστήριξαν ότι, παρά τη συχνή ρητορική αναφορά στην ασθενοκεντρικότητα, στην πράξη ο ασθενής συχνά παραμένει παθητικός αποδέκτης

αποφάσεων, χωρίς επαρκή πληροφόρηση, καθοδήγηση και προετοιμασία για την πορεία της νόσου και τις συνέπειές της.

«Θα πρέπει να σταθείς δίπλα στον ασθενή και την οικογένεια, να ξέρει τι του συμβαίνει και να έχει και τη δυνατότητα επιλογής κάποιων πραγμάτων.»

Η παραπάνω τοποθέτηση αναδεικνύει ότι η συμμετοχή του ασθενούς δεν μπορεί να περιορίζεται σε μια τυπική συναίνεση απέναντι σε προ-διαμορφωμένες ιατρικές αποφάσεις. Αντίθετα, προϋποθέτει ουσιαστική κατανόηση της διάγνωσης, ενημέρωση για τις διαθέσιμες επιλογές, προετοιμασία για τις επιπτώσεις της θεραπείας και υποστήριξη ώστε ο ασθενής να μπορεί να συμμετέχει ενεργά στις αποφάσεις που αφορούν την πορεία του. Στο πλαίσιο αυτό, η συμμετοχική λήψη αποφάσεων αναδείχθηκε ως βασικό στοιχείο μιας ποιοτικής και αξιοπρεπούς φροντίδας.

Παράλληλα, επισημάνθηκε ότι η εμπειρία του καρκίνου του πνεύμονα δεν περιορίζεται μόνο στην ιατρική διαχείριση της νόσου, αλλά επηρεάζει ευρύτερα την καθημερινότητα, τον τρόπο ζωής και τη σχέση του ατόμου με το σύστημα υγείας. Ειδικότερα, τέθηκε το ζήτημα της μετάβασης του ατόμου «από τη θέση του πολίτη στη θέση του ασθενούς», με ό,τι αυτό συνεπάγεται για την αυτοαντίληψη, την αξιοπρέπεια και την αίσθηση ελέγχου. Όταν το σύστημα παραμένει κατακερματισμένο, δυσνόητο και δύσκολα πλοηγήσιμο, ο ασθενής δεν χάνει μόνο χρόνο, αλλά και τη δυνατότητα να λειτουργήσει ως ενεργό υποκείμενο στη φροντίδα του.

Η συζήτηση συνέδεσε άμεσα το ζήτημα αυτό και με το κυρίαρχο μοντέλο εκπαίδευσης και άσκησης των επαγγελματιών υγείας. Οι συμμετέχοντες υποστήριξαν ότι το υφιστάμενο πρότυπο παραμένει σε μεγάλο βαθμό προσανατολισμένο στη βιοϊατρική διάσταση της νόσου, με περιορισμένη έμφαση στις ψυχοκοινωνικές ανάγκες, στην επικοινωνία και στην ολιστική προσέγγιση του ασθενούς. Όπως ανέφερε χαρακτηριστικά ένας συμμετέχων:

«Εστιάζουμε στη θεραπεία της νόσου, αλλά όχι πάντα στον ασθενή ως σύνολο.»

Η ασθενοκεντρική φροντίδα δεν αποτελεί μόνο οργανωτικό ή ηθικό ζητούμενο, αλλά και εκπαιδευτική πρόκληση. Η ενίσχυση της συμμετοχής των ασθενών στη λήψη αποφάσεων προϋποθέτει επαγγελματίες υγείας εκπαιδευμένους όχι μόνο στη θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου, αλλά και στην επικοινωνία, στη διαχείριση αβεβαιότητας, στην αναγνώριση των ψυχοκοινωνικών αναγκών και στη συνεργασία με τον ασθενή και την οικογένειά του.

Συνολικά, τα ευρήματα αναδεικνύουν ότι η ασθενοκεντρική φροντίδα δεν μπορεί να εξαντλείται σε διακηρυκτικό επίπεδο. Απαιτεί σαφή και κατανοητή πληροφόρηση, συντονισμένη και διεπιστημονική υποστήριξη, ουσιαστική συμμετοχή του ασθενούς και της οικογένειάς του στις αποφάσεις και μια ευρύτερη μετατόπιση της κουλτούρας φροντίδας από την αποκλειστική εστίαση στη νόσο προς την ολιστική αντιμετώπιση του ασθενούς ως προσώπου.

Βασικά Ευρήματα από το Focus Group

Ανάλυση Εμπειριών Επαγγελματιών Υγείας

1. Απουσία τυποποιημένου μονοπατιού φροντίδας

- Έλλειψη ενιαίων πρωτοκόλλων από το σύμπτωμα έως τη θεραπεία
- Συντονισμός μέσω άτυπων δικτύων και προσωπικών επαφών
- Μετακύλιση της ευθύνης πλοήγησης στον ασθενή

6. Ανεπαρκής καθοδήγηση στην πρόσβαση

- Απουσία κλινικής ιεράρχησης στα ραντεβού
- Άναρχη πρόσβαση μέσω «ανοικτών» συστημάτων
- Ανάγκη για μηχανισμούς διαλογής και προτεραιοποίησης

2. Πολυεπίπεδες καθυστερήσεις έως τη διάγνωση

- Καθυστερήσεις από το πρώτο σύμπτωμα έως την πρώτη επίσκεψη
- Υποεκτίμηση μη ειδικών συμπτωμάτων και αρχική λάθος διαχείριση
- Συσσώρευση αναμονών σε απεικόνιση, βιοψία, ιστολογία και μοριακό έλεγχο

7. Περιορισμένος ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας

- Καθυστερημένη αναγνώριση και παραπομπή
- Ελλιπής διασύνδεση ΠΦΥ με ογκολογικές υπηρεσίες
- Ανάγκη εκπαίδευσης και λειτουργικών εργαλείων παραπομπής

3. Γεωγραφικές ανισότητες και εξάρτηση από κέντρα αναφοράς

- Ελλείψεις ειδικοτήτων και εξοπλισμού στην περιφέρεια
- Παραπομπές σε τριτοβάθμια κέντρα χωρίς θεσμική διασύνδεση
- Ο τόπος κατοικίας επηρεάζει χρόνο διάγνωσης και πρόσβαση σε υπηρεσίες

8. Καθυστερημένη ένταξη ανακουφιστικής φροντίδας

- Καθυστερημένη ένταξη παρηγορικής φροντίδας
- Περιορισμένη ενσωμάτωση ψυχοκοινωνικής υποστήριξης
- Ανάγκη για διεπιστημονικές ομάδες υποστηρικτικής φροντίδας

4. Εμπόδια στην εξατομικευμένη ογκολογία

- Καθυστερήσεις στον πλήρη μοριακό χαρακτηρισμό
- Οικονομικά και οργανωτικά εμπόδια στον μοριακό έλεγχο
- Έναρξη θεραπείας με αυτοσχεδιασμούς πριν τα πλήρη αποτελέσματα

9. Ψυχοκοινωνική και οικονομική επιβάρυνση

- Υψηλό οικονομικό και κοινωνικό φορτίο για ασθενείς και οικογένειες
- Περιορισμένη πρόσβαση σε ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη
- Υποαναγνώριση της «οικονομικής τοξικότητας» της νόσου

5. Περιορισμένη εφαρμογή διεπιστημονικής φροντίδας

- Αποσπασματική εφαρμογή διεπιστημονικής φροντίδας
- Μεταβλητή λειτουργία των ογκολογικών συμβουλίων
- Έλλειψη συστηματικής ενσωμάτωσης των MDTs στη φροντίδα

10. Ανάγκη για ουσιαστικά ασθενοκεντρική φροντίδα

- Περιορισμένη συμμετοχή των ασθενών στις αποφάσεις
- Κυριαρχία βιοϊατρικού μοντέλου φροντίδας
- Ανάγκη ενίσχυσης επικοινωνίας και συμμετοχικής λήψης αποφάσεων



ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΜΗΝΥΜΑ

Οι επαγγελματίες υγείας περιγράφουν ένα κατακερματισμένο σύστημα με καθυστερήσεις, ανισότητες και ελλιπή συντονισμό, αναδεικνύοντας την ανάγκη για πιο οργανωμένη, διεπιστημονική και ασθενοκεντρική φροντίδα.

Εικόνα 11. Σύνοψη βασικών συμπερασμάτων από την ανάλυση της συζήτησης των επαγγελματιών υγείας του focus group.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Συζήτηση – Συμπεράσματα

Η μελέτη ανέδειξε με ιδιαίτερη σαφήνεια ότι η εμπειρία φροντίδας των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα στην Ελλάδα δεν διαμορφώνεται πρωτίστως από ένα ενιαίο, οργανωμένο και θεσμικά κατοχυρωμένο μονοπάτι φροντίδας, αλλά από μια αλληλουχία αποσπασματικών σταδίων, τα οποία συχνά συνδέονται μεταξύ τους με δυσκολία, ασυνέχεια και υψηλό βαθμό αβεβαιότητας.

Τόσο οι ασθενείς όσο και οι επαγγελματίες υγείας, μολονότι προσέγγισαν το ζήτημα από διαφορετικές θέσεις μέσα στο σύστημα, περιέγραψαν μια αξιοσημείωτα συγκλίνουσα πραγματικότητα: τη λειτουργία ενός συστήματος στο οποίο η μετάβαση από το πρώτο σύμπτωμα έως τη διάγνωση, από τη διάγνωση έως την έναρξη θεραπείας, και από τη θεραπεία έως την υποστηρικτική και ανακουφιστική φροντίδα δεν διασφαλίζεται από τυποποιημένες διαδρομές, αλλά εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη γεωγραφική θέση, τη διαθεσιμότητα πόρων, την ατομική πρωτοβουλία, τις προσωπικές σχέσεις και την ικανότητα του ίδιου του ασθενούς ή της οικογένειάς του να πλοηγηθούν σε ένα σύνθετο και κατακερματισμένο πεδίο.

Το κεντρικότερο ίσως συμπέρασμα της μελέτης είναι ότι το βασικό πρόβλημα δεν αφορά μόνο την ύπαρξη επιμέρους ελλείψεων ή καθυστερήσεων σε συγκεκριμένα στάδια της διαδρομής φροντίδας, αλλά την απουσία συνολικής αρχιτεκτονικής του συστήματος για τον καρκίνο του πνεύμονα. Με άλλα λόγια, τα ευρήματα δεν περιγράφουν απλώς ένα σύστημα με κάποιες δυσλειτουργίες· περιγράφουν ένα σύστημα στο οποίο η ίδια η διαδρομή του ασθενούς παραμένει ανεπαρκώς σχεδιασμένη, θεσμοθετημένη και συντονισμένη. Η διαπίστωση αυτή έχει ιδιαίτερη σημασία, διότι μετατοπίζει την ερμηνεία από το επίπεδο των μεμονωμένων προβλημάτων στο επίπεδο της συστημικής οργάνωσης. Οι καθυστερήσεις, οι ανισότητες, οι αποκλίσεις στην ποιότητα της φροντίδας, η αδυναμία έγκαιρης παραπομπής και η εξάρτηση από άτυπα δίκτυα δεν προκύπτουν ως απομονωμένες παρεκκλίσεις, αλλά ως προβλέψιμες συνέπειες ενός κατακερματισμένου μοντέλου φροντίδας.

Τα αποτελέσματα που ανέδειξε η συγκεκριμένη εργασία μπορούν να συνοψιστούν σε έξι βασικούς πυλώνες:

Ο κατακερματισμός της διαδρομής φροντίδας ως κεντρικό συστημικό πρόβλημα

Ένα από τα πιο συνεκτικά ευρήματα που αναδόθηκαν τόσο από την ομάδα των ασθενών όσο και από την ομάδα των επαγγελματιών υγείας είναι ότι η φροντίδα του καρκίνου του πνεύμονα στην Ελλάδα εξακολουθεί να οργανώνεται περισσότερο ως άθροισμα επιμέρους επαφών με

διαφορετικές υπηρεσίες και λιγότερο ως συνεκτική, διαδοχική και θεραπευτικά προσανατολισμένη πορεία.

Οι επαγγελματίες τόνισαν με έντονο τρόπο την απουσία σαφούς πρωτοκόλλου που να προσδιορίζει τι πρέπει να συμβαίνει από το πρώτο σύμπτωμα έως την ολοκλήρωση της διαγνωστικής διερεύνησης και την έναρξη θεραπείας. Από την άλλη πλευρά, οι ασθενείς περιέγραψαν ακριβώς τις πρακτικές συνέπειες αυτής της απουσίας: επαναλαμβανόμενες μετακινήσεις μεταξύ ειδικοτήτων, ασυντόνιστες παραπομπές, απουσία υπεύθυνου επαγγελματία για τη συνολική εικόνα, ανάγκη αυτοσχέδιας αναζήτησης πληροφοριών και αίσθηση ότι η διαδρομή τους δεν είναι προβλέψιμη.

Η σύγκλιση αυτή μεταξύ των δύο ομάδων ενισχύει την ερμηνευτική ισχύ του ευρήματος. Δεν πρόκειται δηλαδή μόνο για μια αίσθηση δυσκολίας από την πλευρά των ασθενών ούτε μόνο για μια επαγγελματική κριτική στο σύστημα από την πλευρά των κλινικών. Πρόκειται για κοινή αναγνώριση ενός δομικού ελλείμματος: της απουσίας θεσμικά οργανωμένου care pathway. Αυτό σημαίνει ότι η συνέχεια της φροντίδας δεν αποτελεί εγγενές χαρακτηριστικό του συστήματος, αλλά αποτέλεσμα επιμέρους προσπαθειών. Σε αυτό το πλαίσιο, η συνέχεια της φροντίδας δεν αποτελεί εγγενές χαρακτηριστικό του συστήματος, αλλά προκύπτει αποσπασματικά μέσα από επιμέρους πρωτοβουλίες, προσωπικές σχέσεις και ανεπίσημες πρακτικές.

Η απουσία αυτή συνδέεται άμεσα με την ανεπαρκή συντονισμένη λειτουργία μεταξύ επιπέδων φροντίδας και μεταξύ διαφορετικών ειδικοτήτων. Από τις εμπειρίες που περιγράφηκαν προκύπτει ότι η συνύπαρξη διαφορετικών υπηρεσιών στον ίδιο οργανισμό δεν διασφαλίζει απαραίτητα και τον αποτελεσματικό συντονισμό τους. Συχνά απουσιάζει ένας σαφής μηχανισμός που να αναλαμβάνει τη συνολική παρακολούθηση και καθοδήγηση του ασθενούς, με αποτέλεσμα η φροντίδα να παρέχεται αποσπασματικά. Η κατάσταση αυτή μπορεί να οδηγήσει σε καθυστερήσεις, επαναλήψεις εξετάσεων και δυσκολίες στη συνέχεια της φροντίδας, επιβαρύνοντας τόσο τους ασθενείς όσο και τη λειτουργία του συστήματος.

Το συγκεκριμένο εύρημα είναι ίσως το πιο σημαντικό της μελέτης, επειδή λειτουργεί ως «ερμηνευτικός κόμβος» για σχεδόν όλα τα υπόλοιπα. Οι διαγνωστικές καθυστερήσεις, οι ανισότητες ανά περιοχή, η αποσπασματική διεπιστημονικότητα, η αργοπορημένη ενσωμάτωση της ανακουφιστικής φροντίδας, ακόμη και η περιορισμένη συμμετοχή του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων, φαίνεται να συνδέονται με την απουσία ενός οργανωμένου και θεσμοθετημένου πλαισίου πορείας. Όταν δεν υπάρχει κοινός σχεδιασμός της διαδρομής,

κάθε στάδιο λειτουργεί σχεδόν αυτόνομα, χωρίς να είναι επαρκώς ενταγμένο σε ένα συνολικό κλινικό και οργανωτικό σχέδιο.

Τα παραπάνω φαίνεται να ευθυγραμμίζονται με υφιστάμενες περιγραφές του ελληνικού συστήματος υγείας στη διεθνή και εγχώρια βιβλιογραφία. Συγκεκριμένα, έχει επισημανθεί ότι η Ελλάδα δεν διαθέτει θεσμοθετημένο σύστημα ελέγχου πρόσβασης (gatekeeping), με αποτέλεσμα οι ασθενείς να μπορούν να αυτό-παραπέμπονται ή να απευθύνονται απευθείας σε ειδικούς, χωρίς την ύπαρξη ενός κεντρικού μηχανισμού συντονισμού της διαδρομής τους (61,70).

Η απουσία αυτή συνδέεται άμεσα με την έλλειψη τυποποιημένων διαδρομών φροντίδας για τον καρκίνο του πνεύμονα. Όπως έχει καταγραφεί, το ελληνικό μοντέλο φροντίδας χαρακτηρίζεται από κατακερματισμό μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, απουσία σαφών πρωτοκόλλων και έλλειψη οργανωμένων διαδικασιών παραπομπής (61). Επιπλέον, αν και η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας θεωρητικά αποτελεί το βασικό σημείο εισόδου, στην πράξη παρακάμπτεται συχνά, με αποτέλεσμα πολλοί ασθενείς να απευθύνονται απευθείας στη δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια φροντίδα (71).

Η ανάγκη λοιπόν για patient navigation δεν είναι μόνο θεωρητική ή διοικητική, αλλά βιωμένη τόσο υπό το πρίσμα των ασθενών όσο και των επαγγελματιών υγείας. Η διαθέσιμη βιβλιογραφία υποδεικνύει ότι η αυξημένη χρήση δομημένων διαδρομών πρώιμης παραπομπής βάσει εκτίμησης κινδύνου για ύποπτο καρκίνο σχετίζεται με διάγνωση σε προωμότερα στάδια και μειωμένη θνησιμότητα (72). Συστήματα υγείας που εφαρμόζουν σαφή κριτήρια «κόκκινων σημαιών» (red flags) και υποχρεωτικά χρονικά όρια παραπομπής περιορίζουν τη μεταβλητότητα στη λήψη κλινικών αποφάσεων και μειώνουν το φαινόμενο της διαγνωστικής επισκίασης. Οι εμπειρίες που καταγράφηκαν υποδηλώνουν ότι τέτοιοι μηχανισμοί είτε απουσιάζουν, είτε εφαρμόζονται ασυνεπώς, είτε δεν είναι επαρκώς θεσμοθετημένοι στο ελληνικό πλαίσιο.

Πέραν της διαγνωστικής φάσης, η διεθνής εμπειρία υπογραμμίζει ότι τα οργανωμένα ογκολογικά μονοπάτια φροντίδας (integrated cancer care pathways) και τα μοντέλα συντονισμένης φροντίδας συμβάλλουν στη βελτίωση της συνέχειας της φροντίδας, στη μείωση των άσκοπων καθυστερήσεων και στη βελτιστοποίηση της χρήσης των διαθέσιμων πόρων (73). Παράλληλα, η εισαγωγή ρόλων πλοήγησης ασθενών (patient navigators) έχει συσχετιστεί με βελτιωμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες, αυξημένη συμμόρφωση με τα θεραπευτικά πρωτόκολλα και μείωση των ανισοτήτων, ιδιαίτερα σε ευάλωτους πληθυσμούς.

Συνολικά, όσα εντοπίστηκαν μέσω της συγκεκριμένης μελέτης ενισχύουν τη διεθνή τεκμηρίωση, υποδεικνύοντας ότι η έλλειψη θεσμοθετημένων διαδρομών φροντίδας και μηχανισμών πλοήγησης δεν αποτελεί απλώς οργανωτικό έλλειμμα, αλλά κρίσιμο παράγοντα που επηρεάζει την έγκαιρη διάγνωση, τη συνέχεια της φροντίδας και, τελικά, την ισότητα στην πρόσβαση στις ογκολογικές υπηρεσίες.

Οι καθυστερήσεις δεν είναι μεμονωμένα επεισόδια αλλά συσσωρευτικό φαινόμενο

Τα αποτελέσματα της εργασίας δείχνουν ότι η διαγνωστική καθυστέρηση στον καρκίνο του πνεύμονα δεν μπορεί να νοηθεί ως ένα μεμονωμένο γεγονός, αλλά ως αθροιστική διαδικασία που παράγεται από πολλαπλά σημεία τριβής. Οι επαγγελματίες υγείας αναφέρθηκαν σε καθυστερήσεις από το πρώτο σύμπτωμα μέχρι την πρώτη ιατρική επίσκεψη, στην αρχική υποεκτίμηση των συμπτωμάτων, στις καθυστερήσεις εντός της πρωτοβάθμιας φροντίδας, στις αναμονές για απεικόνιση, βιοψία, ιστολογική επιβεβαίωση και μοριακό έλεγχο. Οι ασθενείς, αντίστοιχα, περιέγραψαν ζωντανά πώς επίμονα συμπτώματα αποδίδονταν σε άλλες παθολογίες, πώς εισέρχονταν στο σύστημα από «λάθος» σημεία, όπως ορθοπεδικά ή ωτορινολαρυγγολογικά ιατρεία, και πώς η απουσία κλινικής επαγρύπνησης και μηχανισμών επανεκτίμησης οδηγούσε σε σημαντική χρονική υστέρηση πριν την τελική διάγνωση.

Η σημασία αυτού του ευρήματος είναι διπλή. Πρώτον, υποδηλώνει ότι οι καθυστερήσεις δεν είναι απλώς αποτέλεσμα περιορισμένων πόρων, αλλά και αποτέλεσμα του τρόπου με τον οποίο αναγνωρίζονται και επεξεργάζονται τα πρώιμα, μη ειδικά συμπτώματα εντός του συστήματος. Δεύτερον, αναδεικνύει ότι η διάγνωση εξαρτάται συχνά από το κατά πόσο ένας συγκεκριμένος επαγγελματίας θα σκεφτεί έγκαιρα το ενδεχόμενο κακοήθειας. Όταν όμως η διαγνωστική κλιμάκωση εξαρτάται κυρίως από την ατομική κλινική υποψία και όχι από τυποποιημένα κριτήρια ή διαδρομές, τότε η μεταβλητότητα καθίσταται αναπόφευκτη.

Η εικόνα που προκύπτει είναι αυτή ενός συστήματος στο οποίο η αβεβαιότητα των πρώιμων συμπτωμάτων δεν «αντισταθμίζεται» επαρκώς από οργανωμένους μηχανισμούς παραπομπής και διαγνωστικής κλιμάκωσης. Έτσι, η μη ειδικότητα των συμπτωμάτων δεν αποτελεί μόνο κλινική πρόκληση, αλλά μετατρέπεται σε συστημικό παράγοντα καθυστέρησης. Το εύρημα αυτό είναι ιδιαίτερα κρίσιμο στον καρκίνο του πνεύμονα, όπου το στάδιο διάγνωσης καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τις θεραπευτικές επιλογές και την πρόγνωση.

Προς αυτή την κατεύθυνση, αναδεικνύεται η σημασία της ενίσχυσης της κλινικής εγρήγορσης και εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στην αναγνώριση των πρώιμων και συχνά μη

ειδικών συμπτωμάτων του καρκίνου του πνεύμονα. Τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι η διαγνωστική καθυστέρηση σχετίζεται εν μέρει με την υποεκτίμηση των συμπτωμάτων τόσο από τους ασθενείς όσο και από τους ιατρούς. Η έγκαιρη αναγνώριση της πιθανότητας κακοήθειας και η ταχύτερη παραπομπή μπορούν να συμβάλουν σε διάγνωση σε πρωιμότερα στάδια, βελτιώνοντας την πρόγνωση και την ποιότητα ζωής των ασθενών (71).

Πέραν της αρχικής φάσης, οι καθυστερήσεις φαίνεται να συνεχίζονται και να ενισχύονται κατά τη διάρκεια της διαγνωστικής διερεύνησης. Η διαδρομή από την ύποπτη απεικονιστική βλάβη έως τη βιοψία, την ιστολογική τεκμηρίωση και τον μοριακό έλεγχο περιγράφηκε ως μια αλληλουχία διαδοχικών αναμονών, όπου κάθε στάδιο προσθέτει επιπλέον χρόνο. Η διάγνωση, συνεπώς, δεν αποτελεί ένα στιγμιαίο γεγονός αλλά μια πολυσταδιακή διαδικασία, στην οποία οι καθυστερήσεις συσσωρεύονται και αλληλοενισχύονται.

Η συσσωρευτική αυτή δυναμική επεκτείνεται και στη θεραπευτική φάση. Οι καθυστερήσεις στον μοριακό έλεγχο και στη διαγνωστική ολοκλήρωση ενδέχεται να μεταθέτουν την έναρξη της κατάλληλης θεραπείας ή να οδηγούν σε έναρξη θεραπευτικών σχημάτων πριν από την πλήρη μοριακή χαρτογράφηση του όγκου. Αυτό δημιουργεί ένα πρόσθετο επίπεδο αβεβαιότητας και δυνητικής υπο-βελτιστοποίησης της θεραπευτικής στρατηγικής, ιδιαίτερα σε ένα πεδίο όπως η σύγχρονη ογκολογία, όπου η χρονική αλληλουχία των αποφάσεων είναι κρίσιμη.

Η ερμηνεία της καθυστέρησης ως συσσωρευτικού φαινομένου ενισχύεται περαιτέρω από διαθέσιμα ποσοτικά δεδομένα στον ελληνικό χώρο. Σύμφωνα με δεδομένα από ελληνικό νοσοκομειακό μητρώο, ο διάμεσος χρόνος από την έναρξη των συμπτωμάτων έως τη διάγνωση ανέρχεται σε 52 ημέρες, ενώ από τη διάγνωση έως την έναρξη της θεραπείας σε 23 ημέρες, με συνολικό διάμεσο χρόνο από την έναρξη των συμπτωμάτων έως τη θεραπεία τις 81 ημέρες (74). Το χρονικό αυτό διάστημα θεωρείται σημαντικά παρατεταμένο, ιδίως για έναν καρκίνο με ταχεία εξέλιξη όπως ο καρκίνος του πνεύμονα, και υποδηλώνει την ύπαρξη διαδοχικών καθυστερήσεων σε πολλαπλά στάδια της διαδρομής φροντίδας.

Αντίστοιχα, έχει αναφερθεί ότι ο μέσος χρόνος αναμονής από το πρώτο ραντεβού σε κλινική έως την έκδοση της παθολογοανατομικής έκθεσης ανέρχεται σε 75,8 ημέρες, με στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του χρόνου αναμονής και της ιδιωτικής ασφαλιστικής κάλυψης (75). Το εύρημα αυτό αναδεικνύει όχι μόνο τη χρονική επιβάρυνση της διαγνωστικής διαδικασίας, αλλά και την πιθανή επίδραση κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στη διάρκεια των καθυστερήσεων, ενισχύοντας τη διάσταση της ανισότητας στην πρόσβαση.

Η καθυστέρηση λοιπόν στη διαδρομή φροντίδας του καρκίνου του πνεύμονα δεν μπορεί να αποδοθεί σε ένα μεμονωμένο «σημείο συμφόρησης», αλλά συνιστά ένα συστημικό μοτίβο που διαμορφώνεται από τη διαδοχική αλληλεπίδραση πολλαπλών παραγόντων. Η προσέγγιση αυτή ευθυγραμμίζεται με τα εννοιολογικά μοντέλα της διεθνούς βιβλιογραφίας, τα οποία περιγράφουν τη διαγνωστική πορεία ως μια σειρά αλληλοσυνδεόμενων χρονικών διαστημάτων (intervals), όπου καθυστερήσεις σε ένα στάδιο επηρεάζουν σωρευτικά τα επόμενα (76).

Η γεωγραφία ως μηχανισμός ανισότητας

Ένα ιδιαίτερα ισχυρό και συνεκτικό εύρημα της μελέτης αφορά τον καθοριστικό ρόλο της γεωγραφικής θέσης στη διαμόρφωση της πρόσβασης στη φροντίδα για τον καρκίνο του πνεύμονα. Τόσο οι επαγγελματίες υγείας όσο και οι ασθενείς συγκλίνουν στην αναγνώριση ότι η πρόσβαση στις υπηρεσίες δεν κατανέμεται ισότιμα στον χώρο, αλλά επηρεάζεται ουσιαστικά από τον τόπο κατοικίας. Οι επαγγελματίες ανέφεραν την εξάρτηση από περιορισμένο αριθμό τριτοβάθμιων κέντρων, τις ελλείψεις κρίσιμων ειδικοτήτων στην περιφέρεια και το φαινόμενο της «ιατρικής του ταχυδρομικού κώδικα». Αντίστοιχα, οι ασθενείς περιέγραψαν βιωματικά τις συνέπειες αυτής της ανισοκατανομής, αναφερόμενοι σε ανάγκη μετακινήσεων, μεγάλες αποστάσεις, ακόμη και προσωρινή μετεγκατάσταση προκειμένου να έχουν πρόσβαση σε εξειδικευμένη φροντίδα.

Τα σημεία αυτά ερμηνεύονται υπό το πρίσμα μιας άνισης γεωγραφικής κατανομής των εξειδικευμένων υπηρεσιών, με σαφή συγκέντρωση σε μεγάλα αστικά κέντρα, κυρίως στην Αθήνα και σε μικρότερο βαθμό στη Θεσσαλονίκη. Παρά τη σταδιακή ανάπτυξη προηγμένων υγειονομικών υποδομών τα τελευταία χρόνια, όπως οι μονάδες ακτινοθεραπείας, εξακολουθούν να υφίστανται σημαντικές περιφερειακές ανισότητες. Οι κρίσιμες υπηρεσίες για τον καρκίνο του πνεύμονα – συμπεριλαμβανομένων των θωρακοχειρουργικών μονάδων, της ακτινοθεραπευτικής ογκολογίας και των εξειδικευμένων διαγνωστικών εργαστηρίων – παρουσιάζουν έντονη συγκέντρωση σε λίγα τριτοβάθμια νοσοκομεία στα μεγάλα αστικά κέντρα της Ελλάδας. Οι ασθενείς εκτός μεγάλων πόλεων συχνά αξιολογούνται σε τμήματα επείγοντων ή παθολογικές κλινικές αντί από εξειδικευμένους ιατρούς (6). Οι δυσκολίες αυτές εντείνονται από την έντονη γεωγραφική ανισοκατανομή των ογκολόγων, η οποία κυμαίνεται από 53 ανά 1.000.000 κατοίκους στην Αττική έως μόλις 5,6 στην Πελοπόννησο (44).

Ως αποτέλεσμα, οι ασθενείς που διαμένουν σε λιγότερο εξοπλισμένες περιοχές, ιδίως σε νησιωτικές και αγροτικές περιοχές, αναγκάζονται να μετακινούνται προς τα μεγάλα αστικά

κέντρα για διάγνωση και θεραπεία, δημιουργώντας σημαντικές διαπεριφερειακές ροές ασθενών. Αυτή η αστικοκεντρική κατανομή συμβάλλει άμεσα σε ανισότητες ως προς την έγκαιρη διάγνωση και την πρόσβαση στη βέλτιστη φροντίδα (77).

Η εικόνα αυτή παραπέμπει σε ένα μοντέλο «hub-and-spoke», όπου οι προηγμένες διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες συγκεντρώνονται σε λίγους κόμβους (hubs), ενώ οι υπόλοιπες περιοχές λειτουργούν ως περιφερειακές μονάδες παραπομπής (spokes). Αν και ένα τέτοιο μοντέλο μπορεί να είναι λειτουργικό από άποψη συγκέντρωσης εξειδίκευσης, στην ελληνική περίπτωση φαίνεται να συνοδεύεται από περιορισμένη θεσμική διασύνδεση και ανεπαρκείς μηχανισμούς συντονισμού, με αποτέλεσμα η μετακίνηση των ασθενών να μην υποστηρίζεται από οργανωμένες διαδρομές φροντίδας.

Οι γεωγραφικοί περιορισμοί δεν επηρεάζουν μόνο τη φυσική πρόσβαση στις υπηρεσίες, αλλά και τη χρονικότητα της διαγνωστικής και θεραπευτικής διαδικασίας. Η περιορισμένη διαθεσιμότητα εξειδικευμένων εργαστηρίων και προηγμένου εξοπλισμού στην περιφέρεια οδηγεί σε αυξημένους χρόνους αναμονής και σε μειωμένη αξιοποίηση κρίσιμων διαγνωστικών εργαλείων, όπως η μοριακή ανάλυση, γεγονός που αναδεικνύει ότι η γεωγραφική ανισότητα δεν είναι μόνο θέμα απόστασης, αλλά και διαθεσιμότητας πόρων (58). Αυτό μπορεί να προκαλέσει καθυστερήσεις στην επιβεβαίωση της διάγνωσης και στην έναρξη της κατάλληλης θεραπείας, με δυνητικές επιπτώσεις στα κλινικά αποτελέσματα.

Το χάσμα μεταξύ εξατομικευμένης ογκολογίας και κλινικής πραγματικότητας

Ένα ιδιαίτερα σημαντικό σημείο που αναδείχθηκε μέσω της εργασίας, αφορά την απόσταση μεταξύ των δυνατοτήτων που προσφέρει η σύγχρονη εξατομικευμένη ογκολογία και της πραγματικής εφαρμογής της στο ελληνικό σύστημα υγείας. Παρά τη σημαντική επιστημονική πρόοδο στον καρκίνο του πνεύμονα, ιδίως μέσω της ανάπτυξης στοχευμένων θεραπειών και ανοσοθεραπειάς, τα δεδομένα της παρούσας μελέτης υποδηλώνουν ότι η πρόσβαση σε αυτές τις δυνατότητες δεν είναι ούτε έγκαιρη ούτε ισότιμη.

Κεντρικό στοιχείο αυτού του χάσματος αποτελεί ο ρόλος του μοριακού ελέγχου, ο οποίος αναδείχθηκε ως κρίσιμο αλλά ταυτόχρονα προβληματικό στάδιο της διαδρομής φροντίδας. Οι συμμετέχοντες περιέγραψαν σημαντικές καθυστερήσεις στην πραγματοποίηση και ολοκλήρωση των εξετάσεων βιοδεικτών, οι οποίες σε ορισμένες περιπτώσεις εκτείνονταν σε αρκετές εβδομάδες. Οι καθυστερήσεις αυτές συνδέονται τόσο με περιορισμούς στη διαθεσιμότητα εξειδικευμένων εργαστηρίων όσο και με οργανωτικές αδυναμίες στη διαδικασία παραπομπής και διαχείρισης των δειγμάτων. Οι καθυστερήσεις όμως στη διεθνή

βιβλιογραφία έχουν συσχετιστεί με χειρότερα κλινικά αποτελέσματα λόγω αργοπορημένης έναρξης στοχευμένων θεραπειών (58).

Παράλληλα, υπάρχει σημαντική μεταβλητότητα στην κλινική πρακτική ως προς την ένταξη του μοριακού ελέγχου στη διαγνωστική και θεραπευτική διαδικασία. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο μοριακός χαρακτηρισμός δεν προτεραιοποιείται ή καθυστερεί να ζητηθεί, ενώ σε άλλες η θεραπευτική απόφαση λαμβάνεται πριν την ολοκλήρωση του πλήρους μοριακού προφίλ του όγκου. Η βιβλιογραφία συμφωνεί αναφέροντας πως σημαντικό ποσοστό ασθενών δεν υποβάλλεται εγκαίρως σε πλήρη μοριακή διερεύνηση πριν την έναρξη της θεραπείας (78,79). Η πρακτική αυτή, αν και συχνά υπαγορεύεται από την ανάγκη αποφυγής περαιτέρω καθυστερήσεων, ενδέχεται να οδηγεί σε θεραπευτικές επιλογές που δεν είναι βέλτιστα προσαρμοσμένες στα βιολογικά χαρακτηριστικά της νόσου, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να μη λάβουν το βέλτιστο και αποτελεσματικότερο θεραπευτικό για αυτούς σχήμα.

Ιδιαίτερη σημασία έχει επίσης η ανάδειξη οικονομικών εμποδίων στην πρόσβαση σε μοριακές εξετάσεις. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι ορισμένοι βιοδείκτες δεν αποζημιώνονται πλήρως, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να καλούνται να καλύψουν ιδιωτικά το κόστος. Το στοιχείο αυτό εισάγει μια σαφή διάσταση ανισότητας, καθώς η πρόσβαση στην εξατομικευμένη θεραπεία δεν εξαρτάται αποκλειστικά από την κλινική ένδειξη, αλλά και από την οικονομική δυνατότητα του ασθενούς. Το γεγονός αυτό έρχεται να επιβεβαιώσει η βιβλιογραφία που αναφέρει ότι άτομα χαμηλότερου SES έχουν μικρότερες πιθανότητες πρόσβασης και λήψεις καινοτόμων διαγνωστικών μεθόδων όπως ο μοριακός έλεγχος (42).

Πέραν της αρχικής επιλογής θεραπείας, τα ευρήματα ανέδειξαν και περιορισμούς στην ευελιξία της θεραπευτικής αναθεώρησης. Σε περιπτώσεις όπου νέα μοριακά δεδομένα προκύπτουν μετά την έναρξη θεραπείας, η τροποποίηση της θεραπευτικής στρατηγικής δεν φαίνεται να γίνεται πάντα έγκαιρα ή συστηματικά. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι η ενσωμάτωση των νέων δεδομένων στη λήψη αποφάσεων παραμένει ανομοιογενής και ενδεχομένως επηρεάζεται από οργανωτικούς ή πολιτισμικούς παράγοντες της κλινικής πρακτικής.

Συνολικά, η εξατομικευμένη ογκολογία, παρά την επιστημονική της ωρίμανση, δεν έχει ενσωματωθεί πλήρως ως λειτουργικό και ισότιμο προσβάσιμο στοιχείο της καθημερινής κλινικής πράξης. Το χάσμα αυτό φαίνεται να προκύπτει από τον συνδυασμό τεχνολογικών, οργανωτικών και οικονομικών περιορισμών, οι οποίοι επηρεάζουν τόσο τη χρονικότητα όσο και την ποιότητα της θεραπευτικής απόφασης.

Η διεθνής βιβλιογραφία υπογραμμίζει ότι η έγκαιρη και καθολική εφαρμογή του μοριακού ελέγχου αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη βελτιστοποίηση των θεραπευτικών εκβάσεων στον καρκίνο του πνεύμονα, καθώς οι στοχευμένες θεραπείες σχετίζονται με σημαντική αύξηση της επιβίωσης και καλύτερο προφίλ ανεπιθύμητων ενεργειών. Η εξατομικευμένη ογκολογία έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει τα κλινικά αποτελέσματα σε σύγκριση με τις συμβατικές θεραπευτικές προσεγγίσεις που δεν ενσωματώνουν συστηματικό γονιδιακό έλεγχο (76).

Φαίνεται συνεπώς μια κρίσιμη πρόκληση για τα σύγχρονα συστήματα υγείας: η επιστημονική πρόοδος δεν μεταφράζεται αυτόματα σε ισότιμη κλινική πρακτική. Η γεφύρωση αυτού του χάσματος απαιτεί όχι μόνο τεχνολογική επάρκεια, αλλά και θεσμική οργάνωση, επαρκή χρηματοδότηση και τυποποιημένες διαδικασίες που να διασφαλίζουν ότι κάθε ασθενής έχει πρόσβαση στην κατάλληλη θεραπεία, στον κατάλληλο χρόνο.

Περιορισμένη λειτουργική διεπιστημονικότητα

Η διεπιστημονική φροντίδα αποτελεί επίσης κεντρικό ζήτημα στη διαχείριση του καρκίνου του πνεύμονα. Παρότι αναγνωρίζεται ευρέως ως βασική προϋπόθεση για την ολοκληρωμένη φροντίδα, στην πράξη φαίνεται να εφαρμόζεται με περιορισμένο, ασυνεπή και συχνά αποσπασματικό τρόπο. Τόσο οι επαγγελματίες υγείας όσο και οι ασθενείς περιέγραψαν ένα σύστημα στο οποίο η διεπιστημονικότητα δεν αποτελεί σταθερό και ενσωματωμένο χαρακτηριστικό της διαδρομής φροντίδας, αλλά εξαρτάται από τοπικές συνθήκες, οργανωτικές δυνατότητες και, σε ορισμένες περιπτώσεις, από την προσωπική πρωτοβουλία των εμπλεκόμενων επαγγελματιών.

Οι επαγγελματίες υγείας ανέδειξαν ότι, παρότι η ανάγκη για διεπιστημονική προσέγγιση είναι ευρέως αποδεκτή, η εφαρμογή της περιορίζεται σε συγκεκριμένα νοσοκομεία και δεν αποτελεί καθολική πρακτική. Η ύπαρξη ογκολογικών συμβουλίων (tumor boards) δεν φαίνεται να διασφαλίζει από μόνη της την ουσιαστική διεπιστημονική λήψη αποφάσεων, καθώς η λειτουργία τους παρουσιάζει σημαντική μεταβλητότητα ως προς τη συχνότητα, τη συμμετοχή ειδικοτήτων και τη βαρύτητα των αποφάσεων που λαμβάνονται. Επιπλέον, αναδείχθηκε ότι οι αποφάσεις δεν είναι πάντα αποτέλεσμα συλλογικής συναίνεσης βασισμένης σε τυποποιημένα κριτήρια, αλλά ενδέχεται να επηρεάζονται από επιμέρους επαγγελματικές προτεραιότητες ή τοπικές δυναμικές. Η διεθνής βιβλιογραφία επιβεβαιώνει ότι η αποτελεσματικότητα των MDTs δεν εξαρτάται μόνο από την τυπική ύπαρξή τους, αλλά από τη λειτουργική τους

ενσωμάτωση στη ροή της φροντίδας, τη συστηματική συμμετοχή όλων των κρίσιμων ειδικοτήτων και την ύπαρξη σαφών διαδικασιών λήψης αποφάσεων (80).

Η εμπειρία των ασθενών επιβεβαιώνει τη λειτουργική αυτή ασυνέχεια. Πολλοί συμμετέχοντες περιέγραψαν μια διαδρομή φροντίδας στην οποία η επαφή με διαφορετικές ειδικότητες δεν εντασσόταν σε ένα συντονισμένο και συνεκτικό σχέδιο, αλλά πραγματοποιούνταν αποσπασματικά, χωρίς σαφή διασύνδεση και χωρίς κοινό θεραπευτικό προσανατολισμό. Η απουσία ενός μηχανισμού που να ενοποιεί τις επιμέρους κλινικές εκτιμήσεις οδηγεί σε κατακερματισμένη εμπειρία φροντίδας και σε αυξημένη αβεβαιότητα για τον ασθενή.

Ένα κρίσιμο στοιχείο που αναδείχθηκε είναι ότι η διεπιστημονικότητα, όπως εφαρμόζεται, περιορίζεται συχνά στη συζήτηση της κύριας αντικαρκινικής θεραπείας (χειρουργείο, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία), χωρίς να ενσωματώνει συστηματικά άλλες διαστάσεις της φροντίδας, όπως την υποστηρικτική, ψυχοκοινωνική και ανακουφιστική φροντίδα. Αυτό υποδηλώνει ότι η διεπιστημονική προσέγγιση παραμένει εν μέρει «βιοϊατρικά περιορισμένη», εστιάζοντας κυρίως στη θεραπεία της νόσου και λιγότερο στη συνολική διαχείριση του ασθενούς ως προσώπου. Η παρατήρηση αυτή συνάδει με ευρήματα της βιβλιογραφίας που δείχνουν ότι πολλές MDTs λειτουργούν με “treatment-centric” προσανατολισμό, χωρίς να ενσωματώνουν πλήρως την ολιστική προσέγγιση της φροντίδας (81).

Παράλληλα, η λειτουργική εφαρμογή της διεπιστημονικότητας φαίνεται να εξαρτάται σημαντικά από το οργανωτικό πλαίσιο και τη διαθεσιμότητα πόρων. Νοσοκομεία με μεγαλύτερη συγκέντρωση ειδικοτήτων και καλύτερη υποδομή εμφανίζουν μεγαλύτερη δυνατότητα ανάπτυξης συνεργατικών πρακτικών, ενώ σε περιφερειακές ή υποστελεχωμένες δομές η διεπιστημονικότητα περιορίζεται ή απουσιάζει. Το εύρημα αυτό συνδέεται άμεσα με τις γεωγραφικές ανισότητες που αναδείχθηκαν στην προηγούμενη ενότητα.

Υπάρχει ένα σαφές χάσμα μεταξύ της θεωρητικής αρχής της διεπιστημονικής φροντίδας και της πραγματικής εφαρμογής της στην καθημερινή κλινική πράξη. Η διεπιστημονικότητα φαίνεται να λειτουργεί περισσότερο ως επιθυμητό πρότυπο παρά ως θεσμικά κατοχυρωμένη και συστηματικά εφαρμοζόμενη πρακτική.

Η διεθνής βιβλιογραφία έχει δείξει ότι η αποτελεσματική λειτουργία των MDTs συνδέεται με βελτιωμένα κλινικά αποτελέσματα, μεγαλύτερη συνολική επιβίωση, καλύτερο συντονισμό και καλύτερη ποιότητα φροντίδας και αυξημένη ικανοποίηση των ασθενών. Ωστόσο, η απλή ύπαρξη τέτοιων δομών δεν επαρκεί. Απαιτείται σαφής οργάνωση, τυποποιημένες διαδικασίες,

διαφανείς ρόλοι και κουλτούρα συνεργασίας. Σε διαφορετική περίπτωση, η διεπιστημονικότητα κινδυνεύει να παραμείνει τυπική και όχι ουσιαστική (82,83).

Υποστηρικτική, ψυχοκοινωνική και ανακουφιστική φροντίδα ως “τυφλό σημείο” του συστήματος

Ένα από τα πιο συνεκτικά και ταυτόχρονα υποεκτιμημένα ευρήματα της μελέτης αφορά την περιορισμένη και μη συστηματική ενσωμάτωση της υποστηρικτικής, ψυχοκοινωνικής και ανακουφιστικής φροντίδας στη διαδρομή των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα. Παρά τη σαφή ανάγκη για ολιστική προσέγγιση, τα δεδομένα υποδηλώνουν ότι οι υπηρεσίες αυτές δεν αποτελούν ενσωματωμένο και προβλέψιμο τμήμα της φροντίδας, αλλά παρέχονται αποσπασματικά, καθυστερημένα ή κατόπιν ατομικής πρωτοβουλίας.

Οι ασθενείς και οι φροντιστές περιέγραψαν ότι η πρόσβαση σε υπηρεσίες όπως τα ιατρεία πόνου, η ψυχολογική υποστήριξη, η διατροφική καθοδήγηση και η κοινωνική φροντίδα δεν ενεργοποιείται συστηματικά μέσω παραπομπών, αλλά συχνά προκύπτει τυχαία ή σε προχωρημένα στάδια της νόσου. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι ασθενείς πληροφορήθηκαν την ύπαρξη τέτοιων υπηρεσιών μόνο μετά από σημαντική επιδείνωση της κατάστασής τους ή μέσω ανεπίσημων διαύλων, γεγονός που υποδηλώνει έλλειψη θεσμοθετημένης ενσωμάτωσης.

Ιδιαίτερη σημασία έχει η περιορισμένη ενσωμάτωση της ανακουφιστικής φροντίδας, η οποία συχνά εξακολουθεί να ταυτίζεται με τη φροντίδα τελικού σταδίου. Οι αφηγήσεις τόσο των ασθενών όσο και των επαγγελματιών υγείας ανέδειξαν ότι η ανακουφιστική φροντίδα δεν εισάγεται έγκαιρα στη διαδρομή, αλλά ενεργοποιείται καθυστερημένα, όταν οι θεραπευτικές επιλογές έχουν ήδη περιοριστεί. Η αντίληψη αυτή έρχεται σε αντίθεση με τη σύγχρονη διεθνή προσέγγιση, σύμφωνα με την οποία η ανακουφιστική φροντίδα θα πρέπει να ενσωματώνεται από την αρχή της διάγνωσης, παράλληλα με την αντικαρκινική θεραπεία.

Ένα ακόμη κρίσιμο στοιχείο που τονίστηκε είναι ότι, ελλείψει δομημένων υπηρεσιών, η οικογένεια λειτουργεί ως άτυπος μηχανισμός υποκατάστασης της υποστηρικτικής φροντίδας. Οι φροντιστές αναλαμβάνουν ρόλους που σε πιο ολοκληρωμένα συστήματα καλύπτονται από διεπιστημονικές ομάδες, όπως η διαχείριση συμπτωμάτων, η ψυχολογική υποστήριξη και ο συντονισμός της φροντίδας. Η πρακτική αυτή, αν και συχνά αναγκαία, μεταφέρει σημαντικό φορτίο στους φροντιστές και ενδέχεται να οδηγήσει σε άниση κάλυψη αναγκών, ανάλογα με το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς.

Τα αποτελέσματα αυτά υποδηλώνουν ότι το σύστημα υγείας παραμένει σε μεγάλο βαθμό προσανατολισμένο στη βιοϊατρική διάσταση της νόσου, με έμφαση στη διάγνωση και τη

θεραπεία, ενώ η διαχείριση των συμπτωμάτων, η ψυχοκοινωνική υποστήριξη και η ποιότητα ζωής δεν ενσωματώνονται επαρκώς ως ισότιμα στοιχεία της φροντίδας (84). Η υποστηρικτική και ανακουφιστική φροντίδα εμφανίζεται, συνεπώς, ως ένα «τυφλό σημείο» του συστήματος, το οποίο καλύπτεται αποσπασματικά και χωρίς σαφή στρατηγική.

Η βιβλιογραφία έχει τεκμηριώσει ότι η έγκαιρη ενσωμάτωση της ανακουφιστικής φροντίδας στον καρκίνο του πνεύμονα συνδέεται με βελτίωση της ποιότητας ζωής, καλύτερο έλεγχο των συμπτωμάτων και, σε ορισμένες περιπτώσεις, ακόμη και με αύξηση της επιβίωσης. Παράλληλα, η συστηματική παροχή ψυχοκοινωνικής και υποστηρικτικής φροντίδας συμβάλλει στη μείωση της επιβάρυνσης των ασθενών και των οικογενειών τους και ενισχύει τη συμμόρφωση στη θεραπεία (85,86).

Η ενσωμάτωση της υποστηρικτικής και ανακουφιστικής φροντίδας δεν αποτελεί συμπληρωματική παρέμβαση, αλλά βασικό πυλώνα μιας ποιοτικής και ασθενοκεντρικής ογκολογικής φροντίδας. Η μετάβαση από ένα στενά βιοϊατρικό σε ένα ολιστικό μοντέλο φροντίδας προϋποθέτει θεσμική αναγνώριση, διεπιστημονική οργάνωση και ενεργή ενσωμάτωση αυτών των υπηρεσιών σε όλα τα στάδια της διαδρομής του ασθενούς.

Πίνακας 2. Σύνοψη των βασικών συμπερασμάτων.

Ενότητα	Κεντρικό συμπέρασμα
1. Ο κατακερματισμός της διαδρομής φροντίδας ως κεντρικό συστημικό πρόβλημα	Η φροντίδα οργανώνεται ως αποσπασματικό σύνολο επαφών και όχι ως συνεκτικό care pathway, με αποτέλεσμα η συνέχεια της φροντίδας να εξαρτάται από άτυπες πρακτικές, προσωπικές σχέσεις και την ικανότητα του ίδιου του ασθενούς να πλοηγηθεί στο σύστημα.
2. Οι καθυστερήσεις δεν είναι μεμονωμένα επεισόδια αλλά συσσωρευτικό φαινόμενο	Οι διαγνωστικές και θεραπευτικές καθυστερήσεις δεν προκύπτουν από ένα σημείο συμφόρησης αλλά από τη σωρευτική αλληλεπίδραση πολλαπλών σταδίων, αντανακλώντας δομικές αδυναμίες στη διαγνωστική κλιμάκωση και στην οργάνωση της διαδρομής.
3. Η γεωγραφία ως μηχανισμός ανισότητας	Η γεωγραφική θέση λειτουργεί ως καθοριστικός παράγοντας πρόσβασης, με συγκέντρωση υπηρεσιών σε λίγα κέντρα και απουσία λειτουργικών δικτύων, οδηγώντας σε άνιση και καθυστερημένη φροντίδα για ασθενείς εκτός αστικών περιοχών.
4. Το χάσμα μεταξύ εξατομικευμένης ογκολογίας και κλινικής πραγματικότητας	Παρά την επιστημονική πρόοδο, η εξατομικευμένη ογκολογία δεν εφαρμόζεται έγκαιρα και ισότιμα, λόγω καθυστερήσεων στον μοριακό έλεγχο, οικονομικών εμποδίων και οργανωτικών περιορισμών που επηρεάζουν την ποιότητα των θεραπευτικών αποφάσεων.
5. Περιορισμένη λειτουργική διεπιστημονικότητα	Η διεπιστημονική φροντίδα παραμένει περισσότερο θεωρητική αρχή παρά συστηματική πρακτική, με μεταβλητή λειτουργία MDTs, χωρίς πλήρη ενσωμάτωση ολιστικών αναγκών του ασθενούς.
6. Υποστηρικτική, ψυχοκοινωνική και ανακουφιστική φροντίδα ως “τυφλό σημείο” του συστήματος	Η υποστηρικτική, ψυχοκοινωνική και ανακουφιστική φροντίδα δεν ενσωματώνεται συστηματικά, παρέχεται καθυστερημένα και συχνά υποκαθίσταται από την οικογένεια, αναδεικνύοντας τον βιοϊατρικό προσανατολισμό και τα κενά ολιστικής φροντίδας του συστήματος.

Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα και υποθέσεις εργασίας

Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης αναδεικνύουν ένα σύνολο κρίσιμων ζητημάτων που δεν εξαντλούνται στο παρόν ερευνητικό πλαίσιο, αλλά ανοίγουν σημαντικά πεδία για περαιτέρω διερεύνηση. Η ποιοτική προσέγγιση επέτρεψε την εις βάθος κατανόηση των εμπειριών και των μηχανισμών που διαμορφώνουν τη διαδρομή φροντίδας, ωστόσο καθιστά αναγκαία τη συμπληρωματική ποσοτική τεκμηρίωση και τη διερεύνηση αιτιωδών συσχετίσεων.

Μια πρώτη κατεύθυνση αφορά τη συστηματική και ποσοτική αποτύπωση των χρονικών καθυστερήσεων στη διαδρομή του ασθενούς. Τα ευρήματα υποστηρίζουν την υπόθεση ότι οι καθυστερήσεις δεν είναι μεμονωμένα γεγονότα αλλά συσσωρευτικό φαινόμενο. Συνεπώς, θα είχε ιδιαίτερη αξία να διερευνηθεί σε ποια στάδια (π.χ. προ-διαγνωστικό, απεικονιστικό, ιστολογικό, μοριακό) εντοπίζονται οι μεγαλύτερες χρονικές υστερήσεις και κατά πόσο αυτές διαφοροποιούνται ανάλογα με τη γεωγραφική περιοχή, το επίπεδο του νοσοκομείου, το ασφαλιστικό καθεστώς ή το κοινωνικοοικονομικό προφίλ των ασθενών.

***Υπόθεση 1:** Σε ποιο βαθμό οι καθυστερήσεις στα επιμέρους στάδια της διαδρομής συσσωρεύονται και ποια στάδια συμβάλλουν δυσανάλογα στη συνολική καθυστέρηση μέχρι την έναρξη θεραπείας;*

Μια δεύτερη σημαντική κατεύθυνση αφορά τον ρόλο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η περιορισμένη λειτουργική ενσωμάτωση της ΠΦΥ φαίνεται να αποτελεί πιθανό παράγοντα διαγνωστικής καθυστέρησης και «λανθασμένης» εισόδου των ασθενών στο σύστημα. Μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να διερευνήσουν κατά πόσο η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας, μέσω εκπαίδευσης, χρήσης κριτηρίων έγκαιρης παραπομπής και ψηφιακής διασύνδεσης με εξειδικευμένες μονάδες, μπορεί να μειώσει την προ-διαγνωστική καθυστέρηση και να βελτιώσει τη συνέχεια της φροντίδας.

***Υπόθεση 2:** Σε ποιο βαθμό η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορεί να μειώσει την προ-διαγνωστική καθυστέρηση και να περιορίσει τις λανθασμένες διαδρομές εισόδου των ασθενών στο σύστημα;*

Ιδιαίτερη σημασία έχει επίσης η περαιτέρω διερεύνηση της εφαρμογής της εξατομικευμένης ογκολογίας. Οι καθυστερήσεις ή οι περιορισμοί στην πρόσβαση στον μοριακό έλεγχο - είτε οργανωτικής είτε οικονομικής φύσης - φαίνεται να μπορούν να επηρεάσουν τη συμμόρφωση με τις κατευθυντήριες οδηγίες και να οδηγήσουν σε λιγότερο βέλτιστες θεραπευτικές επιλογές.

Για τον λόγο αυτό, μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να διερευνήσουν εάν η έγκαιρη ολοκλήρωση του μοριακού χαρακτηρισμού σχετίζεται με την επιλογή θεραπείας και τις κλινικές εκβάσεις.

Υπόθεση 3: Σε ποιο βαθμό οι καθυστερήσεις ή οι περιορισμοί στην πρόσβαση στον μοριακό έλεγχο επηρεάζουν την επιλογή θεραπείας και τις κλινικές εκβάσεις;

Παράλληλα, προκύπτει η ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση της λειτουργίας της διεπιστημονικής φροντίδας. Μια σχετική υπόθεση είναι ότι η συστηματική, τυποποιημένη και λειτουργικά ενσωματωμένη εφαρμογή των MDTs συνδέεται με καλύτερο συντονισμό, μεγαλύτερη συμμόρφωση στις κατευθυντήριες οδηγίες και βελτιωμένα κλινικά αποτελέσματα, σε αντίθεση με τα αποσπασματικά ή «τυπικά» σχήματα διεπιστημονικότητας.

Υπόθεση 4: Σε ποιο βαθμό η συστηματική και λειτουργικά ενσωματωμένη διεπιστημονική φροντίδα βελτιώνει τον συντονισμό της φροντίδας και τα κλινικά αποτελέσματα;

Τέλος, αναδείχθηκε η ανάγκη για βαθύτερη μελέτη της εμπειρίας των ασθενών ως προς την επικοινωνία, τη συμμετοχική λήψη αποφάσεων και την ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η διερεύνηση του κατά πόσο η εισαγωγή μηχανισμών patient navigation ή εξειδικευμένων ρόλων συντονισμού (π.χ. oncology nurse navigators) μπορεί να βελτιώσει την κατανόηση της νόσου, την ικανοποίηση των ασθενών, την αίσθηση ελέγχου και τη συνέχεια της φροντίδας.

Υπόθεση 5: Σε ποιο βαθμό η εφαρμογή μηχανισμών patient navigation βελτιώνει την εμπειρία, τη συμμετοχή και τη συνέχεια της φροντίδας των ασθενών;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Περιορισμοί

Η παρούσα μελέτη, παρά τη συστηματική της προσέγγιση και τον συνδυασμό βιβλιογραφικής ανασκόπησης και πρωτογενούς ποιοτικής έρευνας, υπόκειται σε ορισμένους περιορισμούς που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία των ευρημάτων.

Καταρχάς, η ποιοτική φύση της έρευνας, μέσω focus group, δεν επιτρέπει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων στο σύνολο του πληθυσμού των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα ή των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα. Τα ευρήματα αποτυπώνουν αντιλήψεις, εμπειρίες και ερμηνείες των συμμετεχόντων, οι οποίες, αν και ιδιαίτερα πολύτιμες για την κατανόηση των μηχανισμών λειτουργίας του συστήματος, δεν μπορούν να θεωρηθούν αντιπροσωπευτικές με στατιστικούς όρους.

Ένας επιπλέον περιορισμός αφορά τον τρόπο συμμετοχής στο focus group. Οι συμμετέχοντες εκδήλωσαν ενδιαφέρον απαντώντας σε διαδικτυακή πρόσκληση, γεγονός που ενδέχεται να επηρεάζει τη σύνθεση του δείγματος, καθώς πιθανόν συμμετείχαν άτομα με μεγαλύτερη πρόσβαση σε ψηφιακά μέσα ή μεγαλύτερο ενδιαφέρον για ζητήματα οργάνωσης της φροντίδας. Παρότι έγινε προσπάθεια να συμπεριληφθούν άτομα από διαφορετικές περιοχές της Ελλάδας, τόσο νησιωτικές όσο και ηπειρωτικές, η γεωγραφική κάλυψη δεν ήταν πλήρης. Συνεπώς, εμπειρίες ασθενών από ορισμένες περιοχές, ιδίως από νησιά ή πιο απομακρυσμένες περιοχές, ενδέχεται να μην αποτυπώθηκαν επαρκώς.

Επιπλέον, η χρήση της μεθόδου του focus group μπορεί να επηρεάζεται από τη δυναμική της ομάδας, όπως η μεγαλύτερη συμμετοχή ορισμένων ατόμων ή η πιθανή αποσιώπηση μειοψηφικών απόψεων. Παρά τον ρόλο των συντονιστών στη διατήρηση της ομαλής ροής της συζήτησης και στην ενθάρρυνση της συμμετοχής, η επίδραση αυτή δεν μπορεί να αποκλειστεί πλήρως.

Ένας ακόμη περιορισμός αφορά το γεγονός ότι δεν πραγματοποιήθηκε συμπληρωματική έρευνα μέσω ερωτηματολογίου, η οποία θα μπορούσε να συλλέξει δεδομένα από μεγαλύτερο αριθμό ασθενών, φροντιστών και επαγγελματιών υγείας, καθώς και από περισσότερες γεωγραφικές περιοχές. Μια τέτοια προσέγγιση θα επέτρεπε την ποσοτική αποτύπωση της συχνότητας και της έντασης των προβλημάτων που αναδείχθηκαν ποιοτικά, καθώς και τη διερεύνηση διαφοροποιήσεων ανά περιοχή, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο ή τύπο υπηρεσίας.

Παράλληλα, η μελέτη βασίζεται σε αυτό-αναφερόμενες εμπειρίες και αντιλήψεις, οι οποίες ενδέχεται να επηρεάζονται από υποκειμενικούς παράγοντες, όπως η μνήμη, η συναισθηματική φόρτιση ή οι προσωπικές προσδοκίες των συμμετεχόντων. Ωστόσο, η σύγκλιση πολλών ευρημάτων μεταξύ ασθενών, φροντιστών και επαγγελματιών υγείας ενισχύει την αξιοπιστία των βασικών θεματικών που αναδείχθηκαν.

Παρά τους παραπάνω περιορισμούς, η μελέτη παρέχει μια εις βάθος και πολυδιάστατη κατανόηση της διαδρομής φροντίδας στον καρκίνο του πνεύμονα στην Ελλάδα, αναδεικνύοντας κρίσιμους μηχανισμούς και δομικές αδυναμίες που δύσκολα αποτυπώνονται μέσω αποκλειστικά ποσοτικών προσεγγίσεων. Ως εκ τούτου, τα ευρήματά της μπορούν να αποτελέσουν σημαντική βάση για περαιτέρω έρευνα και για τον σχεδιασμό παρεμβάσεων πολιτικής υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Προτάσεις

Η διαδρομή φροντίδας των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα στην Ελλάδα φαίνεται να διαμορφώνεται από αλληλοεπιδρώντες οργανωτικούς, διοικητικούς και γεωγραφικούς παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν την έγκαιρη πρόσβαση, τη συνέχεια της φροντίδας και την ισότητα στην παροχή υπηρεσιών. Οι εμπειρίες των ασθενών, των φροντιστών και των επαγγελματιών υγείας υποδηλώνουν ότι πολλές από τις δυσκολίες δεν σχετίζονται αποκλειστικά με τη διαθεσιμότητα θεραπευτικών επιλογών, αλλά και με τον τρόπο οργάνωσης, συντονισμού και διασύνδεσης των υπηρεσιών υγείας κατά μήκος της διαδρομής φροντίδας.

Στο πλαίσιο αυτό, προκύπτει η ανάγκη ανάπτυξης περισσότερο συντονισμένων και ασθενοκεντρικών προσεγγίσεων στη διαχείριση του καρκίνου του πνεύμονα, με έμφαση στην έγκαιρη διάγνωση, στη βελτίωση της συνέχειας της φροντίδας, στη μείωση των γεωγραφικών και κοινωνικών ανισοτήτων και στην ενίσχυση της διεπιστημονικής συνεργασίας. Η ενότητα που ακολουθεί παρουσιάζει προτεινόμενες κατευθύνσεις πολιτικής και οργανωτικές παρεμβάσεις, βασισμένες τόσο στα ευρήματα της παρούσας μελέτης όσο και στη διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με την οργάνωση ολοκληρωμένων διαδρομών φροντίδας στον καρκίνο του πνεύμονα.

7.1. Ανάπτυξη τυποποιημένης διαδρομής φροντίδας και μηχανισμών πλοήγησης ασθενών

Ένα από τα σημαντικότερα ευρήματα της μελέτης ήταν η απουσία ενός σαφώς καθορισμένου και θεσμοθετημένου μονοπατιού φροντίδας για τον καρκίνο του πνεύμονα. Η ανάπτυξη μιας εθνικά τυποποιημένης διαδρομής φροντίδας, με σαφώς ορισμένα στάδια, υπευθυνότητες και χρονικά όρια, θα μπορούσε να συμβάλει στη μείωση των καθυστερήσεων και στη βελτίωση της συνέχειας της φροντίδας.

Ιδιαίτερη σημασία φαίνεται να έχει η ανάπτυξη μηχανισμών πλοήγησης ασθενών (patient navigation), μέσω εξειδικευμένων επαγγελματιών ή ομάδων συντονισμού, οι οποίοι θα διευκολύνουν τη μετάβαση μεταξύ διαφορετικών σταδίων και υπηρεσιών φροντίδας. Διεθνείς μελέτες έχουν δείξει ότι τα μοντέλα πλοήγησης μπορούν να μειώσουν τις καθυστερήσεις στη διάγνωση και θεραπεία, ιδιαίτερα σε ευάλωτους πληθυσμούς (87).

Παράλληλα, η ανάπτυξη ταχέων διαδρομών παραπομπής για ύποπτα περιστατικά καρκίνου του πνεύμονα θα μπορούσε να συμβάλει στην έγκαιρη διαγνωστική κλιμάκωση και στη μείωση των μεγάλων διαστημάτων αναμονής μεταξύ των επιμέρους σταδίων της διαδρομής.

7.2. Ενίσχυση της διασύνδεσης μεταξύ πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής φροντίδας

Η μελέτη ανέδειξε ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παραμένει περιορισμένα ενταγμένη στη διαδρομή φροντίδας των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα. Η ενίσχυση του ρόλου της ΠΦΥ στην έγκαιρη αναγνώριση ύποπτων συμπτωμάτων και στη συντονισμένη παραπομπή θα μπορούσε να συμβάλει στη μείωση των διαγνωστικών καθυστερήσεων (88).

Η ανάπτυξη σαφών αλγορίθμων παραπομπής, η εκπαίδευση των επαγγελματιών της ΠΦΥ σχετικά με τα πρώιμα συμπτώματα και τους παράγοντες κινδύνου και η καλύτερη διασύνδεση με εξειδικευμένα ογκολογικά κέντρα θα μπορούσαν να ενισχύσουν τον συντονιστικό ρόλο της πρωτοβάθμιας φροντίδας, ιδιαίτερα σε αγροτικές και νησιωτικές περιοχές (89).

7.3. Μείωση γεωγραφικών ανισοτήτων και ενίσχυση περιφερειακών δικτύων φροντίδας

Οι σημαντικές γεωγραφικές ανισότητες που αναδείχθηκαν τόσο από τις εμπειρίες των συμμετεχόντων όσο και από τη βιβλιογραφία υποδηλώνουν την ανάγκη ανάπτυξης περισσότερο οργανωμένων περιφερειακών δικτύων φροντίδας για τον καρκίνο του πνεύμονα.

Η θεσμοθέτηση διασυνδεδεμένων δικτύων μεταξύ τριτοβάθμιων κέντρων αναφοράς και περιφερειακών μονάδων θα μπορούσε να βελτιώσει την πρόσβαση σε εξειδικευμένες υπηρεσίες, να μειώσει την ανάγκη μετακινήσεων και να ενισχύσει τη συνέχεια της φροντίδας. Παράλληλα, η ανάπτυξη τηλεϊατρικών υπηρεσιών και η καλύτερη περιφερειακή κατανομή συγκεκριμένων διαγνωστικών και θεραπευτικών υποδομών θα μπορούσαν να περιορίσουν τις ανισότητες που σχετίζονται με τον τόπο κατοικίας (90).

7.4. Βελτίωση της πρόσβασης στον μοριακό έλεγχο και στην εξατομικευμένη ογκολογία

Στο πεδίο του μοριακού ελέγχου και των στοχευμένων θεραπειών καταγράφηκαν σημαντικές καθυστερήσεις και ανισότητες πρόσβασης. Η ενίσχυση της εργαστηριακής δυναμικότητας, η μείωση των χρόνων αναμονής και η συστηματικότερη αποζημίωση των μοριακών εξετάσεων θα μπορούσαν να διευκολύνουν την έγκαιρη εφαρμογή της εξατομικευμένης ογκολογίας (91).

Παράλληλα, η εφαρμογή περισσότερο τυποποιημένων διαδικασιών για την έγκαιρη διενέργεια βιοδεικτών και την ενσωμάτωση των αποτελεσμάτων τους στις θεραπευτικές αποφάσεις θα μπορούσε να μειώσει τη μεταβλητότητα στις κλινικές πρακτικές (92).

7.5. Ενίσχυση της διεπιστημονικής, υποστηρικτικής και ανακουφιστικής φροντίδας

Η διεπιστημονική συνεργασία και η υποστηρικτική φροντίδα εφαρμόζονται συχνά αποσπασματικά και μη συστηματικά. Η λειτουργική ενσωμάτωση διεπιστημονικών ογκολογικών συμβουλίων (MDTs) στη διαδρομή του ασθενούς θα μπορούσε να ενισχύσει τον συντονισμό των θεραπευτικών αποφάσεων και τη συνολική ποιότητα της φροντίδας (93).

Παράλληλα, η έγκαιρη ενσωμάτωση υποστηρικτικής και ανακουφιστικής φροντίδας από τα πρώτα στάδια της νόσου φαίνεται ιδιαίτερα σημαντική. Η ανάπτυξη διεπιστημονικών ομάδων που να περιλαμβάνουν ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, διατροφολόγους και επαγγελματίες ανακουφιστικής φροντίδας θα μπορούσε να συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους (94).

7.6. Ενίσχυση της ασθενοκεντρικής φροντίδας και της συμμετοχής των ασθενών

Οι συμμετέχοντες ανέδειξαν περιορισμένη συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων και δυσκολίες στην κατανόηση της διαδρομής φροντίδας. Η ανάπτυξη περισσότερο ασθενοκεντρικών μοντέλων φροντίδας προϋποθέτει σαφή και κατανοητή επικοινωνία, ενίσχυση της συμμετοχικής λήψης αποφάσεων και καλύτερη ενημέρωση των ασθενών και των οικογενειών τους (95).

Η συστηματική αξιοποίηση δεικτών εμπειρίας και αναφερόμενων αποτελεσμάτων από τους ασθενείς (PREMs και PROMs) θα μπορούσε να συμβάλει στην παρακολούθηση της ποιότητας της φροντίδας και στην ενσωμάτωση της οπτικής των ασθενών στον σχεδιασμό υπηρεσιών (96).

7.7. Ενίσχυση της πρόληψης και της έγκαιρης ανίχνευσης

Η ανάπτυξη πολιτικών πρόληψης και έγκαιρης ανίχνευσης αποτελεί κρίσιμο στοιχείο μιας ολοκληρωμένης στρατηγικής για τον καρκίνο του πνεύμονα. Η συστηματικότερη ενσωμάτωση υπηρεσιών διακοπής καπνίσματος στη διαδρομή φροντίδας θα μπορούσε να συμβάλει τόσο στην πρόληψη όσο και στη βελτίωση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων.

Παράλληλα, τα διεθνή δεδομένα υποστηρίζουν την αξία οργανωμένων προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου με αξονική τομογραφία χαμηλής δόσης (LDCT) σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου (4,97). Η πιθανή μελλοντική εφαρμογή τέτοιων προγραμμάτων στην Ελλάδα θα απαιτούσε σταδιακή ανάπτυξη υποδομών, σαφή κριτήρια επιλεξιμότητας και αποτελεσματικούς μηχανισμούς παρακολούθησης.

Συνολικά, τα παραπάνω υποδηλώνουν την ανάγκη μετάβασης από ένα κατακερματισμένο και κυρίως αντιδραστικό μοντέλο φροντίδας προς ένα περισσότερο ολοκληρωμένο, συντονισμένο και ασθενοκεντρικό σύστημα διαχείρισης του καρκίνου του πνεύμονα, το οποίο θα ενσωματώνει την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση, τη θεραπεία, την υποστηρικτική φροντίδα και τη μακροχρόνια παρακολούθηση μέσα σε ένα συνεκτικό πλαίσιο παροχής υπηρεσιών.

Συνολικά, τα επιδημιολογικά και οργανωτικά δεδομένα αναδεικνύουν την επιτακτική ανάγκη για την υιοθέτηση ολοκληρωμένων παρεμβάσεων πολιτικής υγείας, που περιλαμβάνουν:

- την ενίσχυση των πολιτικών ελέγχου του καπνού και των προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος,
- την εφαρμογή οργανωμένων προσυμπτωματικών ελέγχων σε ομάδες υψηλού κινδύνου,
- τη διασφάλιση έγκαιρης και ισότιμης πρόσβασης σε διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες σε όλες τις γεωγραφικές περιοχές της χώρας,
- καθώς και την ανάπτυξη δομημένων υπηρεσιών παρακολούθησης επιζώντων και ανακουφιστικής φροντίδας με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Βιβλιογραφία

1. Bagoury ME, Fahmy M. The Epidemiology of Lung Cancer- How Much Have We Discovered? J Pharm Res Int. 2022 Aug 27;23–33. doi:10.9734/jpri/2022/v34i48A36414
2. Thandra KC, Barsouk A, Saginala K, Aluru JS, Barsouk A. Epidemiology of lung cancer. Contemp Oncol Onkol. 2021;25(1):45–52. doi:10.5114/wo.2021.103829
3. Sharma R. Mapping of global, regional and national incidence, mortality and mortality-to-incidence ratio of lung cancer in 2020 and 2050 | International Journal of Clinical Oncology | Springer Nature Link [Internet]. 2022 [cited 2026 Feb 15]. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10147-021-02108-2>
4. de Koning HJ, van der Aalst CM, de Jong PA, Scholten ET, Nackaerts K, Heuvelmans MA, et al. Reduced Lung-Cancer Mortality with Volume CT Screening in a Randomized Trial. N Engl J Med. 2020 Feb 6;382(6):503–13. doi:10.1056/NEJMoa1911793 PubMed PMID: 31995683.
5. OECD. EU Country Cancer Profile: Greece 2023. EU Ctry Cancer Profiles. 2023 Feb 1. doi:10.1787/30b7e1f9-en
6. Antonoglou D, Rontos K. Study of Spatial Unequal Distribution of Infrastructure - Health Services in Greece for Cancer Patients. Univers J Public Health. 2024 Jun 1;12:577–93. doi:10.13189/ujph.2024.120315
7. Mountzios G, Gkiozos I, Stratakis G, Pissakas G, Charpidou A, Toukfetzian L, et al. Lung Cancer in Greece. J Thorac Oncol Off Publ Int Assoc Study Lung Cancer. 2021 Jul;16(7):1058–66. doi:10.1016/j.jtho.2020.11.024 PubMed PMID: 34154790.
8. England NHS. NHS England » Implementing a timed lung cancer diagnostic pathway [Internet]. [cited 2026 Mar 7]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/long-read/implementing-a-timed-lung-cancer-diagnostic-pathway/>
9. National Optimal Lung Cancer Pathway (NOLCP). RM Partners [Internet]. [cited 2026 Mar 7]. Available from: <https://rmpartners.nhs.uk/our-work/improving-diagnostic-treatment-pathways/tumour-specific-cancer-pathways/lung-cancer/national-optimal-lung-cancer-pathway-nolcp/>
10. Optimal care pathway for people with lung cancer. Second edition. Melbourne: Cancer Council Victoria; 2021.
11. Zheng M. Classification and Pathology of Lung Cancer. Surg Oncol Clin N Am. 2016 Jul 1;Lung Cancer25(3):447–68. doi:10.1016/j.soc.2016.02.003
12. Non-Small Cell Lung Cancer Treatment (PDQ®) - NCI [pdqCancerInfoSummary] [Internet]. 2026 [cited 2026 Feb 15]. Located at: [nciglobal.ncienterprise](https://www.cancer.gov/types/lung/hp/non-small-cell-lung-treatment-pdq). Available from: <https://www.cancer.gov/types/lung/hp/non-small-cell-lung-treatment-pdq>
13. Luo G, Zhang Y, Etxeberria J, Arnold M, Cai X, Hao Y, et al. Projections of Lung Cancer Incidence by 2035 in 40 Countries Worldwide: Population-Based Study. JMIR Public Health Surveill. 2023 Feb 17;9(1):e43651. doi:10.2196/43651

14. Islami F, Torre LA, Jemal A. Global trends of lung cancer mortality and smoking prevalence. *Transl Lung Cancer Res* [Internet]. 2015 [cited 2026 Feb 15]. Available from: <https://www.semanticscholar.org/paper/Global-trends-of-lung-cancer-mortality-and-smoking-Islami-Torre/67c8e22e1a0658e35b14a2460152a58517ff0433>
15. Didkowska J, Wojciechowska U, Mańczuk M, Łobaszewski J. Lung cancer epidemiology: contemporary and future challenges worldwide. *Ann Transl Med*. 2016 Apr;4(8):150–150. doi:10.21037/atm.2016.03.11
16. Baum P, Winter H, Eichhorn ME, Roesch RM, Taber S, Christopoulos P, et al. Trends in age- and sex-specific lung cancer mortality in Europe and Northern America: Analysis of vital registration data from the WHO Mortality Database between 2000 and 2017. *Eur J Cancer*. 2022 Aug;171:269–79. doi:10.1016/j.ejca.2022.05.011
17. Ji X, Chen J, Ye J, Xu S, Lin B, Hou K. Epidemiological Analysis of Global and Regional Lung Cancer Mortality: Based on 30-Year Data Analysis of Global Burden Disease Database. *Healthcare*. 2023 Jan;11(22):2920. doi:10.3390/healthcare11222920
18. Wéber A, Morgan E, Vignat J, Laversanne M, Pizzato M, Rungay H, et al. Lung cancer mortality in the wake of the changing smoking epidemic: a descriptive study of the global burden in 2020 and 2040. *BMJ Open*. 2023 May;13(5):e065303. doi:10.1136/bmjopen-2022-065303
19. OECD, Union E. Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle. *Health Glance Eur*. 2020 Nov 19;2020. doi:10.1787/82129230-en
20. Dyba T, Randi G, Bray F, Martos C, Giusti F, Nicholson N, et al. The European cancer burden in 2020: Incidence and mortality estimates for 40 countries and 25 major cancers. *Eur J Cancer*. 2021 Nov;157:308–47. doi:10.1016/j.ejca.2021.07.039
21. Bahabin Boroujeni M, Mehrabani K, Raeisi Shahraki H. Clustering Trend Changes of Lung Cancer Incidence in Europe via the Growth Mixture Model during 1990–2016. *J Environ Public Health*. 2021;2021(1):8854446. doi:10.1155/2021/8854446
22. Santucci C, Bertuccio P, Mignozzi S, Pizzato M, Corso G, Odone A, et al. Cancer mortality in Europe in 2020, and an overview of trends since 1990. *Eur J Cancer Prev*. 2025 Jun 26. doi:10.1097/CEJ.0000000000000981
23. OECD, European Union. Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle [Internet]. 2020 Nov 19;Health at a Glance: Europe. doi:10.1787/82129230-en
24. Dyba T, Randi G, Bray F, Martos C, Giusti F, Nicholson N, et al. The European cancer burden in 2020: Incidence and mortality estimates for 40 countries and 25 major cancers. *Eur J Cancer*. 2021 Nov;157:308–47. doi:10.1016/j.ejca.2021.07.039
25. Jani C, Marshall D, Goodall R, Singh H, Shalhoub J, Saliccioli J, et al. Persistent sex-differences in lung cancer mortality between 2001 and 2017 in the US and EU. *Ann Oncol*. 2020 Sep;31:S1036–7. doi:10.1016/j.annonc.2020.08.1549
26. Jani C, Marshall DC, Singh H, Goodall R, Shalhoub J, Al Omari O, et al. Lung cancer mortality in Europe and the USA between 2000 and 2017: an observational analysis. *ERJ*

Open Res. 2021 Dec 27;7(4):00311–2021. doi:10.1183/23120541.00311-2021 PubMed PMID: 34988220; PubMed Central PMCID: PMC8711085.

27. Liu L, Shen H, Liu L. Ambient Air Pollution and Cigarette Smoking: Co-Drivers of Increased Burden of Lung Cancer in Europe [Internet]. Preprints; 2020 [cited 2026 Feb 15]. Available from: <https://www.preprints.org/manuscript/202001.0091> doi:10.20944/preprints202001.0091.v1
28. Sulkowska U, Michałek IM, Didkowska J, Koczkodaj P. Lung cancer and breast cancer mortality trends among 45–74-year-old European women. *Nowotw J Oncol.* 2021;71(4):185–96. doi:10.5603/NJO.a2021.0036
29. George JE, George PS, Krishna JKM, Mathew A. Global trends in lung cancer incidence and mortality by age, gender and morphology and forecast: A bootstrap-based analysis. *Lung Cancer.* 2025 Jul;205:108626. doi:10.1016/j.lungcan.2025.108626 PubMed PMID: 40543421.
30. Malvezzi M, Santucci C, Boffetta P, Collatuzzo G, Levi F, La Vecchia C, et al. European cancer mortality predictions for the year 2023 with focus on lung cancer. *Ann Oncol.* 2023 Apr;34(4):410–9. doi:10.1016/j.annonc.2023.01.010
31. Data Explorer | ECIS - European Cancer Information System [Internet]. [cited 2026 Feb 9]. Available from: <https://ecis.jrc.ec.europa.eu/data-explorer/#/>
32. Lung Cancer Survival Rates | 5-Year Survival Rates for Lung Cancer [Internet]. [cited 2026 Feb 9]. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/types/lung-cancer/detection-diagnosis-staging/survival-rates.html>
33. He S, Li H, Cao M, Sun D, Yang F, Yan X, et al. Survival of 7,311 lung cancer patients by pathological stage and histological classification: a multicenter hospital-based study in China. *Transl Lung Cancer Res.* 2022 Aug;11(8):1591–605. doi:10.21037/tlcr-22-240 PubMed PMID: 36090636; PubMed Central PMCID: PMC9459622.
34. Leading causes of DALYs [Internet]. [cited 2026 Feb 9]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>
35. Prapa P, Papathanasiou IV, Bakalis V, Malli F, Papagiannis D, Fradelos EC. Quality of Life and Psychological Distress of Lung Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *World J Oncol.* 2021 Jun;12(2–3):61–6. doi:10.14740/wjon1371 PubMed PMID: 34046100; PubMed Central PMCID: PMC8139742.
36. Gangadi M, Kalpourtzi N, Gavana M, Vantarakis A, Chlouverakis G, Hadjichristodoulou C, et al. Prevalence of tobacco smoking and association with other unhealthy lifestyle risk factors in the general population of Greece: Results from the EMENO study. *Tob Prev Cessat.* 2021;7:61. doi:10.18332/tpc/140242 PubMed PMID: 34585029; PubMed Central PMCID: PMC8432411.
37. Tobacco consumption statistics - Statistics Explained - Eurostat [Internet]. [cited 2026 Feb 9]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Tobacco_consumption_statistics

38. Redondo-Sánchez D, Petrova D, Rodríguez-Barranco M, Fernández-Navarro P, Jiménez-Moleón JJ, Sánchez MJ. Socio-Economic Inequalities in Lung Cancer Outcomes: An Overview of Systematic Reviews. *Cancers*. 2022 Jan 13;14(2). doi:10.3390/cancers14020398
39. Brink E, Pilegaard MS, Nielsen CV, Pedersen P. Socioeconomic position and employment status in patients with lung cancer – a register-based study. *Acta Oncol*. 2025 Sep 18;64:1237–44. doi:10.2340/1651-226X.2025.44017
40. Finke I, Behrens G, Weisser L, Brenner H, Jansen L. Socioeconomic Differences and Lung Cancer Survival—Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Oncol*. 2018 Nov 27;8:536. doi:10.3389/fonc.2018.00536 PubMed PMID: 30542641; PubMed Central PMCID: PMC6277796.
41. Borg M, Løkke A, Henriksen M, Wen SWC, Ibsen R, Hilberg O. Educational attainment and employment status in lung cancer patients: a nationwide study. *Clin Transl Oncol*. 2026 Jan 1;28(1):176–83. doi:10.1007/s12094-025-03994-y
42. Sofianidi A, Karadimou A, Charpidou A, Syrigos KN. The Gap of Health Inequalities Amongst Lung Cancer Patients of Different Socioeconomic Status: A Brief Reference to the Greek Reality. *Cancers*. 2024 Feb 23;16(5). doi:10.3390/cancers16050906
43. Gourzoulidis G, Kastanioti C, Mavridoglou G, Kotsilieris T, Voudigaris D, Tzanetakos C. Does Real-World Evidence of the Economic Burden of Lung Cancer in Greece Exist? A Systematic Review of the Literature. *Curr Oncol*. 2025 Feb 25;32(3). doi:10.3390/curroncol32030130
44. OECD, Commission E. EU Country Cancer Profile: Greece 2025. EU Ctry Cancer Profiles. 2025 Feb 3. doi:10.1787/22087cfa-en
45. Kokkotou E, Stefanou G, Syrigos N, Gourzoulidis G, Ntalakou E, Apostolopoulou A, et al. End-of-life cost for lung cancer patients in Greece: a hospital-based retrospective study. *J Comp Eff Res*. 2021 Mar;10(4):315–24. doi:10.2217/ce-2020-0167 PubMed PMID: 33605788.
46. Gkiozos I, Kourlaba G, Kokkotou E, Stefanou G, Papaspiliou A, Syrigos K, et al. PMD115 - THE DIAGNOSTIC METHODS AND COST OF LUNG CANCER IN GREECE. *Value Health*. 2018 Oct 1;21:S262. doi:10.1016/j.jval.2018.09.1564
47. Gkogkozotou VKI, Gkiozos IC, Charpidou AG, Kotteas EA, Boura PG, Tsagouli SN, et al. PET/CT and brain MRI role in staging NSCLC: prospective assessment of the accuracy, reliability and cost-effectiveness. *Lung Cancer Manag*. 2018 Jun;7(2):LMT02. doi:10.2217/lmt-2018-0008 PubMed PMID: 30643581; PubMed Central PMCID: PMC6307538.
48. Υπουργείο Υγείας [Internet]. [cited 2026 Mar 7]. Υπογραφή Προγραμματικής Συμφωνίας για το «Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο». Available from: <https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typoy/press-releases/12781-ypografh-programmatikhs-symfwnias-gia-to-laquo-ethniko-sxedio-drashs-gia-ton-karkino-raquo>
49. WHO Framework Convention on Tobacco Control [Internet]. [cited 2026 Mar 7]. Available from: <https://fctc.who.int>

50. 4-ENSP-FACT SHEET Greece. FACT SHEET.
51. Lung cancer [Internet]. [cited 2026 Mar 7]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/lung-cancer>
52. Lung Cancer Screening Guidelines | American Cancer Society [Internet]. [cited 2026 Mar 7]. Available from: <https://www.cancer.org/health-care-professionals/american-cancer-society-prevention-early-detection-guidelines/lung-cancer-screening-guidelines.html>
53. He S, Li H, Cao M, Sun D, Yang F, Yan X, et al. Survival of 7,311 lung cancer patients by pathological stage and histological classification: a multicenter hospital-based study in China. *Transl Lung Cancer Res*. 2022 Aug;11(8):1591–605. doi:10.21037/tlcr-22-240 PubMed PMID: 36090636; PubMed Central PMCID: PMC9459622.
54. Polanski J, Jankowska-Polanska B, Rosinczuk J, Chabowski M, Szymanska-Chabowska A. Quality of life of patients with lung cancer. *OncoTargets Ther*. 2016;9:1023–8. doi:10.2147/OTT.S100685 PubMed PMID: 27013895; PubMed Central PMCID: PMC4778772.
55. Onkologie.de [Internet]. [cited 2026 Mar 7]. Leitlinien Onkologie. Available from: <https://hub.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinie/praevention-diagnostik-therapie-und-nachsorge-des-lungenkarzinoms>
56. CDC. Lung Cancer [Internet]. 2025 [cited 2026 Mar 7]. Screening for Lung Cancer. Available from: <https://www.cdc.gov/lung-cancer/screening/index.html>
57. US Preventive Services Task Force, Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, Barry MJ, Cabana M, et al. Screening for Lung Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2021 Mar 9;325(10):962–70. doi:10.1001/jama.2021.1117 PubMed PMID: 33687470.
58. Kourlaba G, Gkiozos I, Kokkotou E, Stefanou G, Papaspiliou A, Syrigos K. Lung cancer patients' journey from first symptom to treatment: Results from a Greek registry. *Cancer Epidemiol*. 2019 Jun 1;60:193–200. doi:10.1016/j.canep.2019.04.014
59. Tsiligianni I, Christodoulakis A, Monastiriotti A, Mavroudis D, Agelaki S. The journey of lung cancer patients from symptoms to diagnosis in Greece. A mixed methods approach. *Npj Prim Care Respir Med*. 2024 Apr 29;34(1):5. doi:10.1038/s41533-024-00359-w
60. Ditte Skadhede T, Jane C, Ole A, Linda Aagaard T, Torben Riis R, Niels Lyhne C. Outcomes and characteristics of Danish patients undergoing a lung cancer patient pathway without getting a lung cancer diagnosis. A retrospective cohort study. *Eur Clin Respir J*. 2021 Jan 1;8(1):1923390. doi:10.1080/20018525.2021.1923390
61. Hardavella G, Ilia I, Skordia V, Fergadis EG, Stefanidis K, Sgouros J, et al. The lung cancer patient pathway in Greece; unravelling the Minotaur's labyrinth. *Eur Respir J*. 2025 Nov 18;66(suppl 69). doi:10.1183/13993003.congress-2025.PA5017
62. Souliotis K, Agapidaki E, Papageorgiou M. Healthcare access for cancer patients in the era of economic crisis. Results from the HOPE III study. *Forum Clin Oncol*. 2015 Jan 14;6. doi:10.1515/fco-2015-0020

63. Overview | Lung cancer: diagnosis and management | Guidance | NICE [Internet]. NICE; 2019 [cited 2026 Mar 7]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng122>
64. Souliotis K, Golna C, Baka A, Ntokou A, Zavras D. Barriers in Access to Healthcare Services in Greece Post-COVID-19: Persisting Challenges for Health Policy. *Healthcare*. 2025 Jul 30;13(15). doi:10.3390/healthcare13151867
65. Kapetanakis EI, Sidiropoulou T, Koumarianou A, Kostopanagiotou K, Tomos P. Delivering quality lung cancer care in crisis-wracked Greece. *J Surg Oncol*. 2018 Mar;117(3):537–8. doi:10.1002/jso.24874 PubMed PMID: 29165818.
66. Konstantis A, Paraskeva M, Avgoustidi M, Kiagia M, Kounnis V, Rovithi M, et al. The implementation of palliative care in Greece: a position paper by the Palliative Care Working Group of the Hellenic society of Medical Oncology (HeSMO). *Forum Clin Oncol*. 2025 Jan 31;12. doi:10.2478/fco-2023-0038
67. Hardavella G, Metaxas G, Mproupi K, Karampinis I, Kainis I. ERS Taskforce harmonised standards for lung cancer (LC) registration in Europe and the current Greek screenshot; Is it a long way to Tipperary? *Eur Respir J*. 2019 Nov 21;54(suppl 63). doi:10.1183/13993003.congress-2019.PA3040
68. Υπουργείο Υγείας. Μελέτη Σκοπιμότητας για την Ανακουφιστική Φροντίδα στην Ελλάδα. 2019.
69. Moraiti A, Papadatou D. The use of focus groups in collecting qualitative data. *Nosileftiki*. 2010 Oct 1;49:347–54.
70. Ntais C, Kontodimopoulos N, Talias MA. Gatekeeping or Provider Choice for Sustainable Health Systems? A Literature Review on Their Impact on Efficiency, Access, and Quality of Services. *J Mark Access Health Policy*. 2024 Dec;12(4):378–87. doi:10.3390/jmahp12040029
71. Tsiligianni I, Christodoulakis A, Monastirioti A, Mavroudis D, Agelaki S. The journey of lung cancer patients from symptoms to diagnosis in Greece. A mixed methods approach. *Npj Prim Care Respir Med*. 2024 Apr 29;34(1):5. doi:10.1038/s41533-024-00359-w
72. Round T, Gildea C, Ashworth M, Moller H. Association between use of urgent suspected cancer referral and mortality and stage at diagnosis: A 5-year national cohort study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. 2020 Apr 20;70. doi:10.3399/bjgp20X709433
73. Taplin SH, Weaver S, Chollette V, Marks LB, Jacobs A, Schiff G, et al. Teams and teamwork during a cancer diagnosis: interdependency within and between teams. *J Oncol Pract*. 2015 Dec;11(3):231–8. doi:10.1200/JOP.2014.003376 PubMed PMID: 25873059; PubMed Central PMCID: PMC5706145.
74. Linaras M, Skampardonis K, Chantzara E, Leontopoulou V, Christodoulouopoulos G, Kotsakis A, et al. The journey of patients with lung cancer: The gap between symptom onset and treatment. *J Clin Oncol*. 2024 Jun;42(16_suppl):e23119–e23119. doi:10.1200/JCO.2024.42.16_suppl.e23119

75. Hardavella G, Ilia I, Skordia V, Fergadis EG, Stefanidis K, Sgouros J, et al. The lung cancer patient pathway in Greece; unravelling the Minotaur's labyrinth. *Eur Respir J*. 2025 Nov 18;66(suppl 69). doi:10.1183/13993003.congress-2025.PA5017
76. Neal RD, Tharmanathan P, France B, Din NU, Cotton S, Fallon-Ferguson J, et al. Is increased time to diagnosis and treatment in symptomatic cancer associated with poorer outcomes? Systematic review. *Br J Cancer*. 2015 Mar 31;112 Suppl 1(Suppl 1):S92-107. doi:10.1038/bjc.2015.48 PubMed PMID: 25734382; PubMed Central PMCID: PMC4385982.
77. Sampsonas F, Bosgana P, Psarros E, Papaioannou O, Tryfona F, Mantzouranis K, et al. Geographical Inequalities and Comorbidities in the Timely Diagnosis of NSCLC: A Real-Life Retrospective Study from a Tertiary Hospital in Western Greece. *Cancers*. 2025 Aug 19;17:2701. doi:10.3390/cancers17162701
78. Lindeman NI, Cagle PT, Aisner DL, Arcila ME, Beasley MB, Bernicker EH, et al. Updated Molecular Testing Guideline for the Selection of Lung Cancer Patients for Treatment With Targeted Tyrosine Kinase Inhibitors: Guideline From the College of American Pathologists, the International Association for the Study of Lung Cancer, and the Association for Molecular Pathology. *Arch Pathol Lab Med*. 2018 Mar;142(3):321–46. doi:10.5858/arpa.2017-0388-CP PubMed PMID: 29355391.
79. Leighl NB, Page RD, Raymond VM, Daniel DB, Divers SG, Reckamp KL, et al. Clinical Utility of Comprehensive Cell-free DNA Analysis to Identify Genomic Biomarkers in Patients with Newly Diagnosed Metastatic Non-small Cell Lung Cancer. *Clin Cancer Res Off J Am Assoc Cancer Res*. 2019 Aug 1;25(15):4691–700. doi:10.1158/1078-0432.CCR-19-0624 PubMed PMID: 30988079.
80. Soukup T, Lamb BW, Arora S, Darzi A, Sevdalis N, Green JS. Successful strategies in implementing a multidisciplinary team working in the care of patients with cancer: an overview and synthesis of the available literature. *J Multidiscip Healthc*. 2018 Jan 19;11:49–61. doi:10.2147/JMDH.S117945 PubMed PMID: 29403284; PubMed Central PMCID: PMC5783021.
81. Soukup T, Lamb BW, Sarkar S, Arora S, Shah S, Darzi A, et al. Predictors of Treatment Decisions in Multidisciplinary Oncology Meetings: A Quantitative Observational Study. *Ann Surg Oncol*. 2016 Dec;23(13):4410–7. doi:10.1245/s10434-016-5347-4 PubMed PMID: 27380047.
82. Pillay B, Wootten AC, Crowe H, Corcoran N, Tran B, Bowden P, et al. The impact of multidisciplinary team meetings on patient assessment, management and outcomes in oncology settings: A systematic review of the literature. *Cancer Treat Rev*. 2016 Jan;42:56–72. doi:10.1016/j.ctrv.2015.11.007 PubMed PMID: 26643552.
83. Castro G de, Souza FH, Lima J, Bernardi LP, Teixeira CHA, Prado GF. Does Multidisciplinary Team Management Improve Clinical Outcomes in NSCLC? A Systematic Review With Meta-Analysis. *JTO Clin Res Rep*. 2023 Dec 1;4(12). doi:10.1016/j.jtocrr.2023.100580 PubMed PMID: 38046377.
84. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, Lima LD, Bhadelia A, Kwete XJ, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal

- health coverage: the Lancet Commission report. *The Lancet*. 2018 Apr 7;391(10128):1391–454. doi:10.1016/S0140-6736(17)32513-8 PubMed PMID: 29032993.
85. Temel J, Greer J, Muzikansky A, Gallagher E, Admane S, Jackson V, et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med*. 2010 Aug 19;363:733–42. doi:10.1056/NEJMoa1000678
 86. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, et al. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2017 Jan;35(1):96–112. doi:10.1200/JCO.2016.70.1474 PubMed PMID: 28034065.
 87. Freund KM, Battaglia TA, Calhoun E, Darnell JS, Dudley DJ, Fiscella K, et al. Impact of patient navigation on timely cancer care: the Patient Navigation Research Program. *J Natl Cancer Inst*. 2014 Jun;106(6):dju115. doi:10.1093/jnci/dju115 PubMed PMID: 24938303; PubMed Central PMCID: PMC4072900.
 88. Nwafor JN, Falaiye TA, Kuye OA, Eniola SQ, Osarenkhoe-Ighodaro EA, Oguzie KE, et al. The Role of Primary Healthcare Physicians in Early Detection and Continuity of Care for Cancer Patients: A Review | International Research Journal of Oncology [Internet]. 2024 [cited 2026 May 13]. Available from: <https://journalirjo.com/index.php/IRJO/article/view/165>
 89. Saab MM, McCarthy M, O'Driscoll M, Sahm LJ, Leahy-Warren P, Noonan B, et al. A systematic review of interventions to recognise, refer and diagnose patients with lung cancer symptoms. *Npj Prim Care Respir Med*. 2022 Oct 18;32(1):42. doi:10.1038/s41533-022-00312-9
 90. Sławatyniec O, Sobieraj W, Pająk J, Kamosińska A. TELEMEDICINE AS A RESPONSE TO INEQUALITIES IN ACCESS TO HEALTH CARE. *Int J Innov Technol Soc Sci*. 2026 Mar 25;2(1(49)). doi:10.31435/ijitss.1(49).2026.5339
 91. Semenuk LJ, Kartolo BA, Feilotter HE, Lee SM, Savage CA, Boag AH, et al. Implementing Next-Generation Sequencing Process Changes to Increase Capacity and Improve Timeliness of Molecular Biomarker Profiling for Lung Cancer Patients. *J Appl Lab Med*. 2024 Mar 1;9(2):284–94. doi:10.1093/jalm/jfad105
 92. Semenuk LJ, Kartolo BA, Feilotter HE, Lee SM, Savage CA, Boag AH, et al. Implementing Next-Generation Sequencing Process Changes to Increase Capacity and Improve Timeliness of Molecular Biomarker Profiling for Lung Cancer Patients. *J Appl Lab Med*. 2024 Mar 1;9(2):284–94. doi:10.1093/jalm/jfad105
 93. Bisceglia I, Marinelli F, Morabito F, Neri A, Mangone L. Multidisciplinary approach in Oncology: enhancing patient outcomes through collaborative care. *Annals of Research in Oncology* [Internet]. 2024 Jun 29 [cited 2026 May 13]. Available from: <https://www.annals-research-oncology.com/multidisciplinary-approach-in-oncology-enhancing-patient-outcomes-through-collaborative-care/>
 94. Taberna M, Gil Moncayo F, Jané-Salas E, Antonio M, Arribas L, Vilajosana E, et al. The Multidisciplinary Team (MDT) Approach and Quality of Care. *Front Oncol*. 2020 Mar 20;10. doi:10.3389/fonc.2020.00085

95. Street R, Mazor K, Arora N. Assessing Patient-Centered Communication in Cancer Care: Measures for Surveillance of Communication Outcomes | JCO Oncology Practice [Internet]. [cited 2026 May 13]. Available from: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JOP.2016.013334>
96. Balitsky AK, Rayner D, Britto J, Lionel AC, Ginsberg L, Cho W, et al. Patient-Reported Outcome Measures in Cancer Care: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Netw Open. 2024 Aug 13;7(8):e2424793. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.24793
97. Aberle D, Adams A, Berg C, Black W, Clapp J, Fagerstrom R, et al. Reduced Lung-Cancer Mortality with Low-Dose Computed Tomographic Screening. N Engl J Med. 2011 Aug 4;365:395–409. doi:10.1056/NEJMoal102873

Παράρτημα



Athens, 15/07/2026

Data Use Authorization Letter

This letter serves to confirm that the World Health Organization (WHO) Country Office in Greece grants permission to:

Mr. Mergias Konstantinos Panagiotis,
Postgraduate student at the University of Piraeus,
Department of Economics,
M.Sc. in Health Economics and Management,

to use data derived from a lung cancer focus group conducted within the framework of the Health-IQ project by the WHO Country Office in Greece.

The data will be used exclusively for the purposes of the postgraduate thesis entitled:

"Investigating the care pathways and the degree of equitable access of lung cancer patients in the Greek Health System",

under the academic supervision of **Assistant Professor Olga Siskou.**

The use of the data is subject to the following conditions:

- The data will be used solely for academic and research purposes.
- All data will be treated confidentially and in accordance with applicable data protection regulations.
- No personal or identifiable information of participants will be disclosed.
- The World Health Organization (WHO) will be appropriately acknowledged as the source of the data in the final thesis and any related academic outputs.

This authorization is granted solely for the completion of the aforementioned academic work and does not extend to any other use without prior written consent from the WHO Country Office in Greece.

Sincerely,

Dr Christos TRIANTAFYLLOU
Project Officer, WHO Country Office in Greece

World Health Organization, Country Office in Greece

Εικόνα 12. Γραπτή συναίνεση από τον ΠΟΥ για την αξιοποίηση των δεδομένων στα πλαίσια της μεταπτυχιακής εργασίας.

Πίνακας 3. Κύρια συμπεράσματα από την ανάλυση της συζήτησης των ασθενών & φροντιστών του focus group.

Θεματική ενότητα	Κύρια θέματα / υποθέματα	Ενδεικτικά αποσπάσματα συμμετεχόντων
Διαγνωστική καθυστέρηση λόγω λανθασμένης απόδοσης συμπτωμάτων και “λανθασμένων σημείων εισόδου” στο σύστημα	Κανονικοποίηση πρώιμων συμπτωμάτων· λανθασμένη απόδοση σε καλοήθεις αιτίες· είσοδος στο σύστημα μέσω μη σχετικών ειδικοτήτων· απουσία δομημένων κριτηρίων κλιμάκωσης· μετακύλιση της πλοήγησης στους ασθενείς και φροντιστές	«Η μητέρα μου είχε βήχα, πυρετό, συμπτώματα σαν φαρυγγίτιδα... Ο πυρετός όμως συνέχισε για πάνω από δύο μήνες...» «Ο καθένας έλεγε “δεν είναι δικός μου ασθενής”.» «Είχα πόνο στον ώμο... νόμιζαν ότι ήταν τενοντίτιδα.»
Μεταβλητότητα στην ερμηνεία και αναφορά απεικονιστικών εξετάσεων	Ασυνεπής ακτινολογική αναφορά· περιορισμός της ερμηνείας στο αρχικό διαγνωστικό ερώτημα· μη ενεργοποίηση περαιτέρω διερεύνησης για τυχαία ευρήματα· δυσνόητη ιατρική ορολογία· απουσία κλινικής καθοδήγησης στην ερμηνεία	«Στο ίδιο διαγνωστικό κέντρο, ένας γιατρός έγραψε “βλάβη” και ένας άλλος δεν το ανέφερε καθόλου.» «Οι αξονικές ήταν πολύ χαρακτηριστικές, με όγκο στην παρεγκεφαλίδα, αλλά δεν το ξέραμε.» «Αυτή η λέξη δεν μας χτυπάει καμπανάκι... θα έπρεπε να το εξηγούν πιο καθαρά.»
Απουσία δομημένης και καθοδηγούμενης διαδρομής παραπομπής	Έλλειψη τυποποιημένης διαδρομής παραπομπής· μη αυτόματη ενεργοποίηση παραπομπών· απουσία σαφών χρονικών ορίων· διαφοροποιήσεις ανά περιοχή/νοσοκομείο· μεταφορά του βάρους συντονισμού στον ασθενή	«Δεν υπάρχει πρωτόκολλο... η διαδρομή δεν είναι οργανωμένη... ανάλογα με τον ταχυδρομικό κώδικα, η διαδρομή είναι διαφορετική.» «Δεν είναι δουλειά του ασθενούς να βρει παραπομπή, να επιλέξει γιατρό, να επιλέξει θεραπεία.»
Καθυστερήσεις, μεταβλητότητα και οικονομικά εμπόδια στον	Καθυστερημένος μοριακός έλεγχος· αναβολές στην ανάλυση βιοδεικτών· διαφοροποίηση πρακτικών μεταξύ ιατρών· μη αποζημιούμενες	«Ο ογκολόγος μου είπε “θα το δούμε στην πορεία”.»

μοριακό έλεγχο και την εξατομικευμένη θεραπεία	εξετάσεις· καθυστερημένη προσαρμογή θεραπειάς σε νέα μοριακά ευρήματα	«Μη αποζημιούμενες... ακριβές εξετάσεις.» «Η πρώτη βιοψία έδειξε EGFR... η δεύτερη μετά έδειξε ALK.» «“Δεν αλλάζουμε μια ομάδα που κερδίζει”, είπε ο ογκολόγος... αλλά το σώμα μου δεν το άντεχε...»
Κατακερματισμένη φροντίδα μετά τη διάγνωση: απουσία διεπιστημονικής, υποστηρικτικής και ανακουφιστικής ενσωμάτωσης	Αργοπορημένη ή τυχαία ενημέρωση για υποστηρικτικές υπηρεσίες· έλλειψη αυτόματων παραπομπών· αποσπασματική διαχείριση πόνου, διατροφής, ψυχολογικής φροντίδας· απουσία ανακουφιστικής φροντίδας από την αρχή· εξάρτηση από την οικογένεια	«Μια νοσηλεύτρια μού ανέφερε ένα ιατρείο πόνου στον διάδρομο... Δεν ήξερα ότι υπήρχε...» «Κανείς δεν μας παραπέμπει σε άλλους ειδικούς... οπότε πρέπει να τρέχω μόνος μου...» «Μάθαμε προς το τέλος ότι υπήρχε γραφείο διατροφής και ιατρείο πόνου...» «Καμία ανακουφιστική φροντίδα... θα έπρεπε να ξεκινά από την αρχή της διάγνωσης.»
Περιορισμοί στην επικοινωνία: σύντομες ιατρικές επισκέψεις, έλλειψη υποστήριξης στη λήψη κοινών αποφάσεων, ασυμφωνία μεταξύ κλινικών ιατρών	Μεγάλοι χρόνοι αναμονής και σύντομες επισκέψεις· ανεπαρκής χρόνος για εξηγήσεις και ερωτήσεις· εξάρτηση από διαδίκτυο/κοινότητες ασθενών για πληροφορίες· αντικρουόμενες ιατρικές γνώμες· περιορισμένη υποστήριξη στη λήψη αποφάσεων	«Τρεις ώρες αναμονή... και η σειρά μου κρατάει πέντε λεπτά.» «Τελικά βασιστήκαμε πολύ στο διαδίκτυο και σε τοπικές κοινότητες ασθενών για πληροφορίες.» «Οι ογκολόγοι δεν συμφωνούν... άλλοι σου λένε χημειοθεραπεία, άλλοι σου λένε ένα χάπι.» «Νιώθεις ότι προχωράς χωρίς να ξέρεις πραγματικά πού πηγαίνεις.»

Γεωγραφικές ανισότητες: συγκέντρωση των ογκολογικών υπηρεσιών και περιφερειακές ανισότητες στην πρόσβαση	Συγκέντρωση εξειδικευμένων υπηρεσιών σε λίγα κέντρα· μετακινήσεις και προσωρινή μετεγκατάσταση· μεγάλα ταξίδια για θεραπεία· επιβάρυνση τριτοβάθμιων κέντρων· απουσία περιφερειακών δικτύων φροντίδας	«Δεν υπάρχει τριτοβάθμιο νοσοκομείο... δεν υπάρχουν ογκολόγοι... έπρεπε να μετακομίσει και να μείνει μαζί μου στο Ηράκλειο.» «Μένω στη Φλώρινα... το νοσοκομείο είναι 60 χιλιόμετρα μακριά.» «Όλο το Νότιο Αιγαίο έρχεται εδώ... η ακτινοθεραπεία είναι διαθέσιμη μόνο στο Ηράκλειο.»
Οικονομική επιβάρυνση και διοικητικό βάρος	Ιδιωτικές δαπάνες για διαγνωστικές εξετάσεις λόγω αναμονών· κόστος υποστηρικτικής φροντίδας· έξοδα μετακίνησης· ανεπαρκείς μηχανισμοί αποζημίωσης· γραφειοκρατία για παροχές και επιδόματα	«Τα ραντεβού για αξονική τομογραφία στο νοσοκομείο ήταν για έξι μήνες μετά... οπότε αναγκαστήκαμε να πάμε σε ιδιωτικό διαγνωστικό κέντρο.» «Πήγα σε διατροφολόγο μόνος μου και πληρώνω όλα αυτά με μια μικρή σύνταξη...» «Επιστρέφουν μόνο έξι ευρώ για το εισιτήριο του λεωφορείου... τα υπόλοιπα τα πληρώνεις μόνος σου.»
Ανισότητες που σχετίζονται με τον υγειονομικό γραμματισμό, τον ψηφιακό γραμματισμό και την κοινωνική υποστήριξη	Απαίτηση υψηλής προσωπικής πρωτοβουλίας για πλοήγηση· επιρροή μορφωτικού επιπέδου και ψηφιακού γραμματισμού· ρόλος οικονομικών πόρων και οικογενειακής υποστήριξης· μειονεκτική θέση ασθενών με χαμηλό γραμματισμό ή χωρίς δίκτυο φροντιστών	«Στην επαρχία... χαμηλό εισόδημα... αναλφάβητοι... χωρίς ίντερνετ... βλέπουν τον γιατρό σαν θεό.» «Χωρίς καθοδήγηση... ο ασθενής πρέπει να γίνει ο συντονιστής της ίδιας του της ζωής και της φροντίδας του.»

**Κενά ποιότητας και λογοδοσίας
στη διαδρομή φροντίδας**

Αντιλαμβανόμενα σφάλματα και παραλείψεις·
απουσία σαφών μηχανισμών αναφοράς
προβλημάτων· περιορισμένη διαφάνεια και
ανατροφοδότηση· αίσθηση ότι τα λάθη δεν
οδηγούν σε μάθηση και βελτίωση

«Ένα λάθος, απλώς είπαν “συγγνώμη”...»

«Δεν θα έπρεπε να υπάρχει ένα τμήμα όπου
μπορούμε να υποβάλλουμε παράπονα;»

Πίνακας 4. Κύρια συμπεράσματα από την ανάλυση της συζήτησης των επαγγελματιών υγείας του focus group.

Θεματική ενότητα	Κύρια θέματα / υποθέματα	Ενδεικτικά αποσπάσματα συμμετεχόντων
Απουσία τυποποιημένου μονοπατιού φροντίδας και μετακύλιση του βάρους συντονισμού σε άτυπα δίκτυα και στον ίδιο τον ασθενή	Απουσία ενιαίων πρωτοκόλλων· αποσπασματική διαδρομή φροντίδας· έλλειψη θεσμοθετημένου patient navigation· εξάρτηση από προσωπικές σχέσεις και άτυπα δίκτυα· μετακύλιση της ευθύνης συντονισμού στον ασθενή και την οικογένεια	«Δεν υπάρχει ακριβώς ένα πρωτόκολλο που ακολουθούμε τι γίνεται από το σύμπτωμα μέχρι παρακάτω.» «Όλα υποκαθίστανται από τις προσωπικές σχέσεις και προσωπικές επαφές... Παίρνω εγώ ένα τηλέφωνο... να το κάνουμε έτσι.» «Ο ασθενής κυκλοφορεί με σακούλες εργαστηριακών εξετάσεων από τη μία ειδικότητα στην άλλη άναρχα.»
Πολυεπίπεδες καθυστερήσεις από το πρώτο σύμπτωμα έως τη διάγνωση	Καθυστερημένη αναζήτηση φροντίδας· υποεκτίμηση πρώιμων συμπτωμάτων· καθυστερήσεις στην ΠΦΥ· καθυστερήσεις στην απεικόνιση, βιοψία, ιστολογία και μοριακό έλεγχο· αθροιστική χρονική επιβάρυνση	«Από το πρώτο σύμπτωμα μέχρι την πρώτη ιατρική επίσκεψη ... συχνά είναι η μεγαλύτερη καθυστέρηση.» · «Συχνά δίνεται αντιβίωση για πνευμονία. Επαναξιολόγηση δύο-τρεις εβδομάδες. Δεν γίνεται αμέσως αξονική.»

		«Από την ύποπτη βλάβη στην αξονική μέχρι τη βιοψία. Μέχρι το μοριακό έλεγχο. Ραντεβού για βιοψία. Αναμονή ιστολογίας. Αναμονή NGS.»
Γεωγραφικές ανισότητες, ελλείψεις δυναμικότητας και εξάρτηση από κέντρα αναφοράς	Ανισοκατανομή ειδικοτήτων και εξοπλισμού· ελλείψεις σε περιφερειακά νοσοκομεία· εξάρτηση από παραπομπές σε τριτοβάθμια κέντρα· απουσία οργανωμένων δικτύων παραπομπής· «ταχυδρομικός κώδικας» ως παράγοντας πρόσβασης	«Δεν υπάρχει ειδικότητα σε ό,τι αφορά τον πνευμονολόγο και τον ογκολόγο... θα χαθεί πάρα πολύς χρόνος, ούτως ή άλλως, εξ αρχής.» «Δεν υπάρχει η διασύνδεση, ούτε στη ΥΠΕ ούτε στα νοσοκομεία... αρχίζει η κλινική και οι θεράποντες να βρουν όσο πιο γρήγορα γίνεται διαθεσιμότητα για να γίνει η παραπομπή.»
Μεταβλητότητα στην οργάνωση της έναρξης θεραπείας και εμπόδια στην εξατομικευμένη ογκολογία	Καθυστερήσεις στον μοριακό έλεγχο· περιορισμένη πρόσβαση σε NGS/βιοδείκτες· οικονομικά εμπόδια στην εξατομικευμένη ογκολογία· θεραπευτικός αυτοσχεδιασμός μέχρι να έρθουν αποτελέσματα· οργανωτικά εμπόδια σε port, ακτινοθεραπεία, συνδυαστικές παρεμβάσεις	«Το NGS... είναι ένας μήνας.» «Δεν μπορούν όλοι οι ασθενείς να υπομειστούν το κόστος.» «Οι περισσότεροι από εμάς... ξεκινάμε με μια στάνταρ θεραπεία των ασθενών και περιμένουμε μετά τα αποτελέσματα... αλλά δεν είναι αυτός ο τρόπος προσέγγισης.» «Όλα χρειάζονται άπειρη κατανάλωση προσωπικού χρόνου, προσωπικών σχέσεων, τηλεφωνημάτων.»

Περιορισμένη και μη συστηματική εφαρμογή της διεπιστημονικής φροντίδας στη διαχείριση του καρκίνου του πνεύμονα	Αναγνώριση της ανάγκης για MDT προσέγγιση· ασυνεπής εφαρμογή ογκολογικών συμβουλίων· εξάρτηση από τοπικές συνθήκες και πρόσωπα· προβλήματα ουδετερότητας/ανταγωνισμών· ανάγκη για λειτουργικά και όχι τυπικά συμβούλια	«Διεπιστημονικότητα γίνεται σε μεμονωμένα νοσοκομεία και σε μικρό βαθμό.» «Δεν είναι πάντα θετική η έκβαση ενός συμβουλίου. Μερικές φορές μπορούμε να βρεθούμε σε περιπτώσεις που κάποιος λέει να πάρω τον ασθενή εγώ πρώτα.»
Ανεπαρκής καθοδήγηση στην πρόσβαση και νέα εμπόδια από τις τυπικά «ανοικτές» διαδικασίες ραντεβού	Άναρχη πρόσβαση μέσω «ανοικτών» συστημάτων ραντεβού· απουσία κλινικής ιεράρχησης και διαλογής· μη διάκριση μεταξύ νεοδιαγνώσης, follow-up και διοικητικών αναγκών· διοικητικό χάος αντί ορθολογικής πρόσβασης	«Δεν υπάρχει κάποιο κριτήριο επιλογής ποιος είναι νεοδιαγνώση, ποιος είναι για follow-up, ποιος είναι για απλή συνταγογράφηση.» «Όποιος του καπνίσει, κλείνει ραντεβού με όποιον του καπνίσει στο σύστημα υγείας.»
Περιορισμένος ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας και ανάγκη επανενεργοποίησής της ως σημείου πρώτης αναγνώρισης και συντονισμού	Υποαξιοποίηση της ΠΦΥ· καθυστερημένη αναγνώριση ύποπτων συμπτωμάτων· ανεπαρκής παραπομπή· ανάγκη εκπαίδευσης, διασύνδεσης και εργαλείων παραπομπής· περιορισμένη λειτουργικότητα προσωπικού ιατρού	«Ξεκινάει με αντιβίωση και καθυστερεί να φτάσει σε εμάς... και όταν έρθει είναι ήδη προχωρημένο.» «Τα κέντρα υγείας... να μπορούν αυτοί να είναι σε θέση έγκαιρα να στείλουν τον ασθενή στο αντίστοιχο ογκολογικό τμήμα.»

Καθυστερημένη και περιθωριακή ένταξη της υποστηρικτικής και ανακουφιστικής φροντίδας	Εσφαλμένη ταύτιση της ανακουφιστικής με το τέλος ζωής· ανάγκη έγκαιρης ένταξης από τη διάγνωση· κάλυψη συμπτωμάτων, ψυχοκοινωνικών και οικογενειακών αναγκών· ανάγκη εξειδικευμένης διεπιστημονικής ομάδας	«Η ανακουφιστική φροντίδα θα έπρεπε να ξεκινάει από την πρώτη μέρα, από την αρχή. Δεν είναι φροντίδα τέλους ζωής.» «Με τη διάγνωση ενός καρκίνου του πνεύμονα αναποδογυρίζει όλη η οικογένεια.»
Ψυχοκοινωνική, κοινωνική και οικονομική επιβάρυνση των ασθενών και των οικογενειών	Οικονομική τοξικότητα της νόσου· μετακινήσεις, διαμονή, απώλεια εισοδήματος· κοινωνική απορρύθμιση και ψυχολογική επιβάρυνση· ανεπαρκής ενημέρωση για κοινωνικά δικαιώματα· έλλειψη ψυχολόγων/κοινωνικών λειτουργών· στίγμα και αίσθηση θυματοποίησης	«Υψηλά ιδιωτικά έξοδα, μετακινήσεις, διαμονή, υποστηρικτική φαρμακευτική αγωγή, απώλεια εισοδήματος λόγω αδυναμίας εργασίας.» «Δεν υπάρχει χρόνος ούτε προσωπικό για να ασχοληθεί με αυτά τα θέματα.»
Συμμετοχή του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων και ανάγκη για ουσιαστικά ασθενοκεντρική φροντίδα	Παθητικός ρόλος του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων· ανάγκη κατανοητής πληροφόρησης και προετοιμασίας· συμμετοχική λήψη αποφάσεων· μετάβαση από βιοϊατρικό σε ασθενοκεντρικό μοντέλο· ανάγκη εκπαίδευσης επαγγελματιών στην επικοινωνία και ολιστική φροντίδα	«Θα πρέπει να σταθείς δίπλα στον ασθενή και την οικογένεια, να ξέρει τι του συμβαίνει και να έχει και τη δυνατότητα επιλογής κάποιων πραγμάτων.» «Εστιάζουμε στη θεραπεία της νόσου, αλλά όχι πάντα στον ασθενή ως σύνολο.»

