



**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

## **ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ «ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

### **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**Παράπονα Κυπρίων ασθενών: Θεωρητική προσέγγιση  
και σχετικές απόψεις των διευθυντών δημόσιων  
νοσηλευτηρίων**

Παναγιώτα Ηρακλέους Παπαβαρνάβα

Επιβλέπων Καθηγητής  
Ανδρέας Παυλάκης

Λευκωσία, Ιούλιος, 2013

# Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	4
Ειδική Αφιέρωση	5
Περίληψη	6
Εισαγωγή	10

## Γενικό Μέρος

1.	Ιστορική αναδρομή δικαιωμάτων ασθενών	12
2.	Κατοχύρωση και Προστασία Δικαιωμάτων Ασθενών στην Κύπρο	21
2.1.	Ιστορικό της κατάθεσης του νομοσχεδίου στη Βουλή των Αντιπροσώπων	21
2.2.	Μηχανισμοί ελέγχου των Δικαιωμάτων Ασθενών	23
2.2.1.	Λειτουργός Δικαιωμάτων Ασθενών	23
2.2.2.	Επαρχειακή Επιτροπή Εξέτασης Παραπόνων	23
3.	Το Σύστημα Υγείας στην Κύπρο	25

## Ειδικό Μέρος

4.	Μεθοδολογία της έρευνας	26
4.1.	Σκοπός της έρευνας	26
4.2.	Ερευνητικά ερωτήματα	26
4.3.	Πληθυσμός – Δείγμα	26
4.4.	Ποσοτική Μεθοδολογία	
4.5.	Ποιοτική Μεθοδολογία	29
4.6.	Δεοντολογικά θέματα και Ηθικές προεκτάσεις	30
4.7.	Έγκριση από αρμόδιες Αρχές	
4.8.	Ανάλυση Αποτελεσμάτων	31
4.9.	Περιορισμοί της έρευνας	33
5.	Αποτελέσματα	35
5.1.	Περιγραφική ανάλυση δεδομένων	35
5.2.	Κυριότερες αιτίες υποβολής παραπόνων	42
5.2.1.	Συμπεριφορά Προσωπικού και Συμπεριφορά Ασθενή	42
5.2.2.	Οι Λίστες Αναμονής	44
5.2.3.	Ιατρικό Αρχείο	49
5.2.3.1.	Απώλεια Ιατρικού Φακέλου	49
5.2.4.	Ραντεβού	51
5.2.4.1.	Δυσκολία τηλεφωνικής διευθέτησης Ραντεβού	53
5.2.5.	Καθυστέρηση στην αποπεράτωση Ιατρικών Εκθέσεων	54
5.2.6.	Καταγγελίες εναντίον Προσωπικού	56
5.2.6.1.	Ιατρικό Προσωπικό	56
5.2.6.1.1.	Ισχυρισμός για Ιατρική Αμέλεια	58
5.2.7.	Παράπονα για τα Φαρμακεία των Δημόσιων Νοσηλευτηρίων	60
5.2.7.1.	Παράπονα για την λειτουργία των Φαρμακείων	60
5.2.7.2.	Παράπονα για την έλλειψη ή / και αντικατάσταση φαρμάκων από γενόσημα	61
5.2.8.	Παράπονα για τα Εξωτερικά Ιατρεία Ειδικοτήτων	63
5.2.9.	Χώροι Δημόσιων Νοσηλευτηρίων	67
5.2.10.	Έλλειψη αναλωσίμων υλικών ή / και εργαλείων	68

5.2.11.	Έλλειψη κλινών	69
5.3.	Ευχαριστίες ή / και Συγχαρητήρια από ασθενή	70
5.4.	Συγκεντρωτικός Πίνακας	71
5.5.	Δημογραφικά Στοιχεία	72
5.5.1.	Φύλο	72
5.5.2.	Ηλικιακή κατανομή	73
5.6.	Αλλοδαποί ασθενείς	76
5.7.	Διευθέτηση παραπόνων ασθενών	78
6.	Συζήτηση και Συμπεράσματα	82
7.	Προτάσεις	97
7.1.	Αναθεώρηση νομοθεσίας και αναβάθμισης μηχανισμών ελέγχου διαφύλαξης Δικαιωμάτων των Ασθενών	98
7.2.	Διεξαγωγή προσωπικών συνεντεύξεων από ασθενείς	98
7.3.	Προώθηση του θεσμού των Δικαιωμάτων των Ασθενών στο εσωτερικό μέτωπο	98
7.4.	Προώθηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τα Δικαιώματα των Ασθενών σε επαγγελματίες υγείας	98
7.5.	Ενιαίο τυποποιημένο έντυπο	98
7.6.	Εφαρμογή μηχανογραφημένου εντύπου	99
7.7.	Συνάντηση ασθενών με την Διεύθυνση του Νοσοκομείου	99
7.8.	Τοποθέτηση κουτιών παραπόνων	99
7.9.	Εκπαίδευση, Σεμινάρια, Διαλέξεις, Ημερίδες για ενημέρωση του κοινού σχετικά με τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους	100
7.10.	Ευαισθητοποίηση Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης	100
7.11.	Διεξαγωγή έρευνας	100
7.12.	Ιατρικό Αρχείο	101
7.13.	Υιοθέτηση Κώδικα Καλής Συμπεριφοράς και Αξιοπρεπούς Μεταχείρισης Ασθενών	101
7.14.	Λίστες Αναμονής	102
	Βιβλιογραφία	103

# Ευχαριστίες

Με τη διπλωματική διατριβή ολοκληρώνεται ο κύκλος της πανεπιστημιακής ζωής στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου με τίτλο «Διοίκηση Μονάδων Υγείας».

Εντούτοις, η παρούσα δε θα μπορούσε να υλοποιηθεί χωρίς τη συμβολή σημαντικών προσώπων, οι οποίοι υπήρξαν αρωγοί στη προσπάθεια αυτή. Είναι, λοιπόν, χρέος της συγγραφέα να εκφράσει τις θερμές ευχαριστίες στους πιο κάτω:

Στους Διευθυντές του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού, Γενικού Νοσοκομείου Λάρνακας, Γενικού Νοσοκομείου Αμμοχώστου και Γενικού Νοσοκομείου Πάφου για την θετική τους ανταπόκριση.

Στους Λειτουργούς Δικαιωμάτων Ασθενών Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού, Γενικού Νοσοκομείου Λάρνακας, Γενικού Νοσοκομείου Αμμοχώστου και Γενικού Νοσοκομείου Πάφου για τη συνεργασία τους.

Στους φίλους και συναδέλφους του Υπουργείου Υγείας, Νίκη Μανώλη, Στέλιο Χατζηγιάννη και Κούλα Μιχαήλ για την πολύτιμη βοήθειά τους.

Η συγγραφέας εκφράζει ευχαριστίες προς την οικογένεια της για τη συμπαράσταση, κατανόηση και υπομονή που επέδειξε, ώστε να μπορέσει να διεκπεραιώσει την παρούσα έρευνα.

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Ο Νόμος για την Κατοχύρωση και Προστασία των Δικαιωμάτων των Ασθενών δεν είναι μια θεωρητική προσέγγιση ούτε ένα απλό κείμενο αγαθών προθέσεων αλλά και ούτε μία γενικόλογη διακήρυξη αόριστων σχεδιασμών. Ο Νόμος για την Κατοχύρωση και Προστασία των Δικαιωμάτων των Ασθενών είναι συγκεκριμένη πράξη, με συγκεκριμένα μέτρα και με σαφείς πρόνοιες που παρέχει νομικά δικαιώματα στους ασθενείς που πιστεύουν ότι αγνοούνται ή παραβιάζονται τα δικαιώματά τους. Η νομική κατοχύρωση και η προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών αποτελεί σημαντικό εργαλείο για την προστασία της αυτονομίας των ασθενών αλλά και όλων των χρηστών των υπηρεσιών υγείας.

**Σκοπός:** Ο κύριος σκοπός της έρευνας είναι η μελέτη, ανάλυση και καταγραφή των παραπόνων των ασθενών ή συγγενικού / φιλικού τους προσώπου, τα οποία έχουν υποβληθεί στους Λειτουργούς Δικαιωμάτων Ασθενών των Νοσοκομείων με στόχο την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με την απόρροια της δυσαρέσκειας των χρηστών / ασθενών όταν οι εμπειρίες που βιώνουν κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας δεν ταυτίζονται με τις προσδοκίες τους. Η αποτύπωση του παραπόνου του ασθενή θα συμβάλει στην προσπάθεια να εντοπιστούν οι κυριότερες αιτίες υποβολής παραπόνων, η ιδιότητα των παραπονούμενων, ασθενείς ή συγγενείς / φιλικό τους πρόσωπο, ο τρόπος υποβολής του παραπόνου, τηλεφωνικός ή με επιστολή, και ο δημογραφικός χαρακτήρας του ασθενή, όπως π.χ. φύλο, ηλικιακή κατανομή. Περαιτέρω, θα διερευνηθεί ο αριθμός των παραπόνων που έχουν τύχει εξέτασης ή / και χειρισμού από τον Λειτουργό Δικαιωμάτων Ασθενών είτε έχουν παραπεμφθεί για διερεύνηση και τυχόν ενέργεια από τον Διευθυντή Γενικού Νοσοκομείου είτε για εξέταση ή και ενέργεια στην Επαρχιακή Επιτροπή Εξέτασης Παραπόνων Ασθενών. Τέλος, θα καταγραφούν οι επιμέρους ομάδες εκτός παραπόνων που αφορούν τις ευχαριστίες ή / και τα συγχαρητήρια ασθενών, διάφορες εισηγήσεις και αιτήματα τους.

**Μέθοδος:** Η έρευνα διεξήχθη σε 4 Δημόσια Νοσηλευτήρια της Κύπρου, το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας, το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου και το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου, τα οποία υπόκεινται στην εποπτεία του Τμήματος Ιατρικών Υπηρεσιών και Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 1725 έντυπα παραπόνων και αφορά τις χρονικές περιόδους από 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου 2010 μέχρι 31 Δεκεμβρίου 2010 και από 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου 2012 μέχρι και 31 Δεκεμβρίου 2012. Η ερευνητική προσέγγιση του θέματος γίνεται με ποσοτική και ποιοτική έρευνα. Η ποσοτική μεθοδολογία χρησιμοποιήθηκε για εξαγωγή βασικών περιγραφικών χαρακτηριστικών που αποτέλεσαν την αφετηρία για την μετέπειτα σε βάθος ανάλυση των ευρημάτων. Στο πλαίσιο της ποσοτικής έρευνας, η αναπαραγωγή και συλλογή των εντύπων παραπόνων ξεκίνησε τον Ιούλιο του 2012 και διεκπεραιώθηκε τον Φεβρουάριο του 2013.

Παράλληλα με την συλλογή των εντύπων έγινε συστηματική μελέτη και ανάλυση του υλικού, αναγνώριση θεμάτων και κατηγοριών, κωδικοποίηση και εισαγωγή τους στην ειδική βάση δεδομένων EXCEL 2007, ενώ η επεξεργασία των ευρημάτων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Στο πλαίσιο της ποιοτικής έρευνας και για καλύτερη επεξεργασία, έλεγχο και ερμηνεία των ευρημάτων και άντληση δεδομένων προγραμματίστηκαν επί τόπου συναντήσεις με τους Διευθυντές των Νοσοκομείων. Παράλληλα με την επίσκεψη δόθηκε σχετικό ερωτηματολόγιο στους Λειτουργούς Δικαιωμάτων Ασθενών με στόχο να αναπτύξουν τις δικές απόψεις, σχόλια και εισηγήσεις τους. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε ανοικτές ερωτήσεις με βασικούς άξονες τη περιγραφή της διαδικασίας υποβολής και διαχείρισης των παραπόνων, την αξιολόγηση του αριθμού των παραπόνων, το είδος και τη σοβαρότητα τους, τη αποτελεσματικότητα και τα οφέλη της υφιστάμενης διαδικασίας για τους ασθενείς και κατ' επέκταση τα Δημόσια Νοσηλευτήρια αλλά και πιθανές προτάσεις βελτίωσης της.

**Αποτελέσματα:** Έχουν μελετηθεί και καταγραφεί 1725 παράπονα ασθενών ή / και συγγενικού / φιλικού τους προσώπου, εκ των οποίων τα 773 παράπονα (44,85%) αντιστοιχούν στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, τα 569 παράπονα (33%) στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας, τα 227 παράπονα (13,15%) στο Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου και τα 156 παράπονα (9%) στο Γενικό Νοσοκομείο Πάφου. Επιπλέον, τα 1504 παράπονα (87,14%) έχουν υποβληθεί από τους ίδιους τους ασθενείς, τα 152 παράπονα από συγγενικό ή / και φιλικό πρόσωπο (8,8%), τα 48 παράπονα έχουν καταγραφεί τηλεφωνικά (με ποσοστό 2,78%) και για 21 παράπονα έχει σταλεί επιστολή (1,22%). Οι κύριες πηγές δυσαρέσκειας των ασθενών που οδηγούν στην υποβολή παραπόνων αποτελούν η ανάρμοστη συμπεριφορά του προσωπικού, Ιατρικού, Νοσηλευτικού ή / και Άλλου (6,14%), ο υπερβολικός χρόνος αναμονής (16,6%), το Ιατρικό Αρχείο (9,8%), του οποίου το 9,1% αφορούσε παράπονα για απώλεια ιατρικών φακέλων, καταγγελίες εναντίον ιατρικού προσωπικού (2,27%) του οποίου το 1,74% αφορούσε καταγγελίες για ισχυριζόμενη ιατρική αμέλεια, καθυστερήσεις στην αποπεράτωση ιατρικών εκθέσεων (3%), παράπονα για τα Ραντεβού (26,96%) εκ των οποίων 5,8% αφορούσε την επίσπευση του ραντεβού / Χειρουργικής Επέμβασης, το 10,14% αφορούσε την Διευθέτηση / Επαναδιευθέτηση του Ραντεβού μέσα σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα και το 6,1% τα τηλεφωνικά ραντεβού τα οποία δεν απαντούσαν. Στην πλειονότητά τους τα παράπονα έχουν τύχει σχετικής εξέτασης ή / και ενέργειας από τον Λειτουργό Δικαιωμάτων Ασθενών και ανέρχεται στα 1191 παράπονα (69,04% του συνολικού αριθμού των παραπόνων), ακολουθεί η Επαρχιακή Επιτροπή Εξέτασης Παραπόνων με 371 παράπονα (21,5% του συνολικού αριθμού των παραπόνων) και ο Διευθυντής Νοσοκομείου με 161 παράπονα (9,33% του συνολικού αριθμού των παραπόνων). Ένας πάρα πολύ μικρός αριθμός παραπόνων έχει παραπεμφθεί για τυχόν διερεύνηση ή / και ενέργεια στη Προϊστάμενη Νοσηλευτική Λειτουργό με 2 παράπονα (0,12% του συνολικού αριθμού των παραπόνων) μόνον.

**Συμπεράσματα:** Εν κατακλείδι, το σύστημα διαχείρισης παραπόνων δεν φαίνεται να λειτουργεί ούτε ως εργαλείο βελτίωσης ούτε ως μέσο αποσυμπίεσης των ασθενών και ανατροφοδότησης του συστήματος. Η διαπίστωση ότι τα ίδια παράπονα ασθενών επαναλαμβάνονται κάθε χρόνο χωρίς ουσιαστική επίλυση αποτελεί επιβεβαίωση ενός μηχανισμού που δεν σέβεται επαρκώς τους ασθενείς και δεν μαθαίνει από τα λάθη του. Η εφαρμογή αποτελεσματικού προγράμματος διαχείρισης παραπόνων ασθενών είναι δυνατό να αποδώσει με σειρά μέτρων και προτάσεων που περιλαμβάνουν την ενθάρρυνση της έκφρασης παραπόνων από ασθενείς, την εφαρμογή διορθωτικών παρεμβάσεων από αρμόδιους φορείς, τη σύσταση Επιτροπής Διαχείρισης Παραπόνων Ασθενών για προσδιορισμό των ανεπαρκειών του συστήματος φροντίδας υγείας και τρόπους επίλυσης, την ανάπτυξη μηχανογραφημένης βάσης δεδομένων παραπόνων, την ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων για ασθενείς, επαγγελματίες υγείας κ.ά.. Συνεπώς, μπορούν να γίνουν διορθωτικές κινήσεις και παρεμβάσεις με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών υγείας των Δημόσιων Νοσηλευτηρίων ως προς το συμφέρον των ασθενών.

**Λέξεις – Κλειδιά:** Παράπονα Ασθενών, Δημόσια Νοσηλευτήρια, Κύπρος, Δικαιώματα Ασθενών, Λειτουργοί Δικαιωμάτων Ασθενών, Επαρχιακή Επιτροπή Εξέτασης Παραπόνων, διαχείριση παραπόνων ασθενών, Ιατρικό Αρχείο, Νόμος για την Κατοχύρωση και Προστασία των Δικαιωμάτων των Ασθενών, Μηχανισμοί ελέγχου δικαιωμάτων ασθενών, επαγγελματίες υγείας, Διευθυντής Νοσοκομείου, Δημόσιο Νοσηλευτήριο

# Abstract

**Objective:** The law regarding the promotion and protection of patients' rights is not a theoretical approach. It is an act of specific measures and provisions through which the autonomy of patients' health services is protected. The complaints in public hospitals arise from the dissatisfaction of the patients or their relatives as a result of the perceived gap between their expectations and their experiences in the provision of health services.

**Purpose:** The main purpose of the current study is the evaluation, analysis and reporting of the patients' or their relatives' formal - written complaints submitted to the Citizen Rights Officer in public hospitals as a result of the experience not matching their expectations. Its aim is to draw conclusions regarding the main causes of patients' complaints.

**Method:** The study was conducted at 4 public hospitals in Cyprus. There have been collected 1725 letters of formal - written complaints, submitted during the period 2010 and 2012 respectively, while semi-structured interviews were conducted and recorded the views of the Directors of each Hospital as well as a questionnaire was given to the Citizen Rights Officer who handled these complaints. In terms of methodology, quantitative as much as qualitative content analysis of the formal – written complaints was carried out, and moreover, analysis of the interviews

**Results:** The complaints had been submitted by patients (87,14%), by relatives or friends of patients (2,78%), by call (2,78%) and in written (1,22%). The major sources of dissatisfaction leading to complaint submission were the inappropriate behavior of staff (6,14%), the excessive waiting time (16,6%), complaints about the medical record (9,8%), complaints regarding medical (2,27%), nursing (0,5%) and other staff (0,35%), the appointments (26,96%) about outpatients department, surgery, U/S, ECG etc, delay in the completion of medical reports (3%), lack of beds (0,12%), lack of consumables and equipment (0,17%) etc. The complaints have been taken into consideration or into action by the Citizen Rights Officer, Citizen Rights Committee and the Hospital Directors.

**Conclusions:** This particular way of complaints handling does not appear to work, neither as a tool for effective system feedback and management, nor as a means of decompression and feedback to the complainants' relief. The findings that complaints are annually repeated, it corroborates an authoritarian system which does not sufficiently respect the patients and their relatives and does not learn from its mistakes, as it fails to recognize them. Ultimately, this particular way of complaints is possible to effectively perform through a series of actions and proposals.

**Key – Words:** Patients' Complaints, Public Hospitals, Cyprus, patients' rights, medical record, Citizen Rights Officer, Hospital Directors, Citizen Rights Committee, feedback, formal – written complaints



## Εισαγωγή

Η παγκόσμια οικονομική κρίση έχει προκαλέσει σοβαρές επιπτώσεις στον τομέα της υγείας, επιβαρύνοντας σημαντικά τη λειτουργία των ήδη υπερφορτωμένων Δημόσιων Νοσηλευτηρίων, με αποτέλεσμα να βρίσκονται σήμερα σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης λόγω της αυξημένης ζήτησης και χρήσης υπηρεσιών υγείας. Ειδικοί εκτιμούν ότι, το 2012 η αύξηση της προσέλευσης ασθενών στα Δημόσια Νοσηλευτήρια αγγίζει το 30% (Λάντου, 2012) Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με την υπάρχουσα δημοσιονομική στενότητα θέτει αναπόφευκτα κάτω από μεγάλη πίεση και δοκιμασία το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας. Τα οικονομικά μέτρα που έχει λάβει η Κυπριακή Κυβέρνηση με τις σημαντικές περικοπές των κονδυλίων έχουν επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό το δημόσιο τομέα. Ταυτόχρονα, ο ιδιωτικός τομέας όχι μόνο δεν αξιοποιείται ικανοποιητικά αλλά οδηγείται σε μαρασμό. «Σε καιρούς οικονομικής κρίσης οι άνθρωποι έχουν την τάση να εγκαταλείπουν την ιδιωτική περίθαλψη και να χρησιμοποιούν περισσότερο τη δημόσια», δήλωσε η Margaret Chan προειδοποιώντας ότι «πολλοί άνθρωποι θα παραμελήσουν την υγεία τους, εάν δεν μπορούν να έχουν πρόσβαση στις βασικές υπηρεσίες που χρειάζονται» (Π.Ο.Υ. 2009). Η Κυπριακή κοινωνία και το κοινωνικό κράτος γενικότερα, βρίσκονται πλέον στα όρια της αντοχής τους, προσπαθώντας να διαχειριστούν αποτελεσματικά τα κενά που παρατηρούνται στο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας και τα οποία μεγεθύνονται απρόβλεπτα.

Το Υπουργείο Υγείας οφείλει να μεριμνήσει έγκαιρα για εντοπισμό των αδυναμιών του συστήματος και τη λήψη όλων των αναγκαίων μέτρων για διόρθωση των στρεβλώσεων και αναπλήρωση των ελλείψεων που δυνατό να προκύψουν, με σκοπό τη παροχή του υψηλότερου δυνατού βαθμού παροχής υπηρεσιών υγείας. Εκεί όπου ο κίνδυνος ελλοχεύει, οι ανεπάρκειες ή οι αδυναμίες του συστήματος θα πρέπει να διορθωθούν άμεσα και οι όποιες ενέργειες θα πρέπει να έχουν πρώτο και κύριο γνώμονα το συμφέρον των ασθενών. Η ορθή κατανομή των περιορισμένων οικονομικών πόρων τίθεται πλέον ως επιτακτική ανάγκη σε περιόδους οικονομικής ύφεσης (Κυριόπουλος και Τσιάντου, 2010).

Υπό το πρίσμα των πιο πάνω, η αναγκαιότητα απόκτησης πληροφοριών που αφορούν τις υπηρεσίες υγείας και προέρχονται από τους ίδιους τους χρήστες / ασθενείς αποκτά όλο και μεγαλύτερη σημασία και πρέπει να ληφθεί πολύ σοβαρά υπόψη. Σχόλια, προτάσεις και παράπονα από ασθενείς αποτελούν χρήσιμο εργαλείο στα πλαίσια της ομαλής και αποτελεσματικής λειτουργίας των Δημόσιων Νοσηλευτηρίων αλλά και της βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Donabedian, 1997). Η έκφραση τους αποτελεί μορφή ανατροφοδότησης (Τούντας, 2003) του συστήματος υγείας από την κοινωνία, η οποία συνδράμει στον εντοπισμό των προβλημάτων και στη λήψη διορθωτικών μέτρων

(Vuori, 1987), τα οποία να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των χρηστών / ασθενών (FordandFottler, 2000). Σύμφωνα με τον Donabedian (1987), οι ασθενείς αποτελούν πολύτιμη και ταυτόχρονα απαραίτητη πηγή πληροφόρησης στην προσπάθεια αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας. Ο Leebon (1988) υποστηρίζει ότι η δυνατότητα που παρέχεται στους ασθενείς να εκφράζουν τα παράπονά τους αντικατοπτρίζει ουσιαστικά μια δεύτερη ευκαιρία για την ορθή διεκπεραίωση των πραγμάτων. Εντούτοις, η καλύτερη αξιοποίηση τους προϋποθέτει την εξασφάλιση της λειτουργίας ενός κατάλληλου μηχανισμού υποδοχής και αποτελεσματικής διαχείρισης τους (Dagheretal, 1995).

Στα πλαίσια της αποτελεσματικής συλλογής και χρήσης παραπόνων των ασθενών έχουν αναπτυχθεί σε αρκετές χώρες νομοθετικά κατοχυρωμένοι μηχανισμοί διαχείρισης παραπόνων που ποικίλουν ανάλογα, και κυρίως την πηγή χρηματοδότησης του συστήματος υγείας σε κάθε μία από αυτές (Μινάκη, 2011). Στα Δημόσια Νοσηλευτήρια της Κύπρου, η διαχείριση τους πραγματοποιείται από τον Λειτουργό Δικαιωμάτων Ασθενών (Λ.Δ.Α.), ο οποίος επιλαμβάνεται των παραπόνων που χρήζουν κατά την κρίση του άμεσου χειρισμού, διαφορετικά τα παραπέμπει στην Επαρχιακή Επιτροπή Εξέτασης Παραπόνων (Ε.Ε.Ε.Π) για περαιτέρω χειρισμό ή / και διερεύνηση.

Σκοπός της παρούσας εργασίας, η οποία διενεργείται για πρώτη φορά στη Κύπρο, είναι η μελέτη, ανάλυση, και καταγραφή των γραπτών παραπόνων ασθενών ή συγγενικού / φιλικού τους προσώπου, με στόχο να αναδείξει τις κυριότερες αιτίες υποβολής παραπόνων, την ιδιότητα των παραπονούμενων, ασθενείς ή συγγενείς / φιλικό τους πρόσωπο, το τρόπο υποβολής του παραπόνου, τηλεφωνικώς ή με επιστολή και δημογραφικό χαρακτήρα του ασθενή, όπως π.χ. φύλο, ηλικιακή κατανομή. Περαιτέρω, θα διερευνηθεί ο αριθμός των παραπόνων που έχουν τύχει εξέτασης ή / και χειρισμού από τον Λειτουργό Δικαιωμάτων Ασθενών είτε έχουν παραπεμφθεί για διερεύνηση και τυχόν ενέργεια από τον Διευθυντή Γενικού Νοσοκομείου είτε για εξέταση ή και ενέργεια στην Επαρχιακή Επιτροπή Εξέτασης Παραπόνων Ασθενών. Πέραν των όποιων παραπόνων που υποβλήθηκαν θα καταγραφεί ο αριθμός ασθενών που αισθάνθηκαν ότι έπρεπε να ευχαριστήσουν αυτούς που τους πρόσφεραν υπηρεσίες φροντίδας υγείας, να υποβάλουν διάφορες εισηγήσεις ακόμα και κάποιες επιθυμίες τους. Προς την κατεύθυνση αυτή, έχουν συλλεχθεί τα έντυπα παραπόνων από 4 Δημόσια Νοσηλευτήρια, το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας, το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου και το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου. Η διερεύνηση των παραπόνων αφορά τις χρονικές περιόδους από 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου 2010 μέχρι 31 Δεκεμβρίου 2010 και από 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου 2012 μέχρι και 31 Δεκεμβρίου 2012. Με βάση στοιχεία από άλλες σχετικές έρευνες, τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης της Κύπρου (ηλεκτρονικό και έντυπο τύπο) και την έκθεση δράσης της Επαρχιακής Επιτροπής Εξέτασης Παραπόνων Λεμεσού (2011) τα παράπονα που υποβάλλονται από

ασθενείς αφορούν τον μεγάλο χρόνο αναμονής, την απώλεια ιατρικών φακέλων, τις ελλείψεις σε ιατρικό, νοσηλευτικό και άλλο προσωπικό, τις άσχημες συμπεριφορές, κυρίως νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού, την άνιση μεταχείριση ασθενών, τις αναβολές χειρουργικών επεμβάσεων λόγω έλλειψης αναλωσίμων, τις ανεπαρκείς κλίνες, τις καθυστερήσεις στην ετοιμασία ιατρικών εκθέσεων και τη πολύωρη αναμονή στα εξωτερικά ιατρεία, εξεταστήρια και εργαστήρια.

Στις επόμενες σελίδες, περιγράφεται το γενικό μέρος, το οποίο αποτελείται από τρία (3) κεφάλαια που πραγματεύονται το θεωρητικό υπόβαθρο. Στο Πρώτο Κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην ιστορική εξέλιξη των Δικαιωμάτων των Ασθενών. Στο Δεύτερο Κεφάλαιο παρουσιάζεται ανασκόπηση της εξέλιξης των δικαιωμάτων ασθενών στη Κύπρο και το Τρίτο Κεφάλαιο επικεντρώνεται στο Σύστημα Υγείας της Κύπρου. Ακολουθεί το ειδικό μέρος, το οποίο περιλαμβάνει το Τέταρτο Κεφάλαιο στο οποίο γίνεται αναφορά στη μεθοδολογία και ειδικότερα στο ιστορικό της έρευνας, στη μεθοδολογία προσέγγισης, στη διαδικασία υποβολής συνεντεύξεων από τους Διευθυντές Νοσοκομείων και τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τους Λειτουργούς Δικαιωμάτων Ασθενών. Το Πέμπτο Κεφάλαιο παρουσιάζει τα αποτελέσματα που έχουν προκύψει και το Έκτο Κεφάλαιο τη συζήτηση των ευρημάτων και εξαγωγή συμπερασμάτων. Η μεταπτυχιακή διατριβή κλείνει με το Έβδομο Κεφάλαιο και την υποβολή προτάσεων για περαιτέρω έρευνα ή / και πιλοτική εφαρμογή στο μέλλον.

### Ιστορική αναδρομή δικαιωμάτων ασθενών

Η αναγκαιότητα προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών δε θεωρείται επινόημα των καιρών μας, αλλά είναι ένα θέμα που βρίσκεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος όλων των σύγχρονων κοινωνιών. Τα δικαιώματα των ασθενών ανήκουν στην κατηγορία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, των ηθικών δικαιωμάτων, που ο άνθρωπος δικαιούται να κατέχει με βάση την ανθρώπινη υπόσταση του, και συνδέονται με τις έννοιες της ελευθερίας, της αυτονομίας και της ανθρώπινης φύσης, αξίας και αξιοπρέπειας. Η σχέση τους με την υγεία θεωρείται αμφίδρομη, καθώς η απόλαυση του ενός θεωρείται ως προϋπόθεση για την ικανοποίηση του άλλου (Κουλίζος και Χριστόπουλου, 2011).

Ως πρώτος «Χάρτης Δικαιωμάτων του Ασθενή» στην ιστορία της πολιτισμένης ανθρωπότητας μπορεί να θεωρηθεί ο «Όρκος του Ιπποκράτη». Ο Όρκος αναφέρει τις υποχρεώσεις των ιατρών και έμμεσα προστατεύει τα δικαιώματα των ασθενών και ιδιαίτερα το αρχαιότερο δικαίωμα της προστασίας του ιατρικού απορρήτου (Δημητρόπουλος, 2009). Όπως χαρακτηριστικά καταγράφεται στον Όρκο, «ό,τι δω ή ακούσω κατά την άσκηση του επαγγέλματός μου, ή κι εκτός, για τη ζωή των ανθρώπων, που δεν πρέπει ποτέ να κοινοποιηθεί, να σιωπήσω και να το τηρήσω μυστικό. Αν τον όρκο μου αυτό τηρήσω πιστά και δεν τον αθετήσω, είθε ν' απολαύσω για πάντα την εκτίμηση όλων των ανθρώπων για τη ζωής μου και για την τέχνη μου, αν όμως παραβώ και αθετήσω τον όρκο μου να υποστώ τα αντίθετα από αυτά». Ο «Ιπποκράτειος Όρκος» θεωρεί το ιατρικό απόρρητο ως απόλυτο καθήκον του ιατρού. Δέχθηκε όμως σφοδρή κριτική ότι είναι πατερναλιστικός και διαφορούμενος, καθώς αφήνεται στη διακριτική ευχέρεια του ιατρού να αποφασίσει εάν τα μυστικά αυτά μπορούν να ειπωθούν, όπως ο ιατρός κρίνει (PhilipsandDawson, 1985)

Τον 18<sup>ο</sup> αιώνα, ο Thomas Gisborne, θεολόγος στο επάγγελμα, στο συγγραφικό του έργο για τα καθήκοντα του πολίτη, στο κεφάλαιο για τα «καθήκοντα του ιατρού προς τον ασθενή» γίνεται για πρώτη φορά αναφορά στο ότι ο ασθενής έχει και αυτός δικαιώματα, τα οποία ο ιατρός οφείλει να σεβαστεί και να επιστρατεύσει όλες τις ικανότητες και γνώσεις του, για να τον θεραπεύσει (Γρανίτσας, 1992).

Το πρώτο ρητά καταγεγραμμένο δικαίωμα για τον ασθενή ψηφίζεται από τη Γαλλική Εθνοσυνέλευση το 1793, με το οποίο ορίζεται ότι «κάθε ασθενής δικαιούται να έχει ένα κρεβάτι, ενώ τα κρεβάτια σε χώρους παροχής υγείας πρέπει να απέχουν μεταξύ τους τουλάχιστον τρία (3) πόδια» (Fluss, 1993, Κουτούφαρης, 1997).

Το 1946, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ήταν ο πρώτος διεθνής οργανισμός που αναφέρθηκε στο δικαίωμα στην υγεία, ορίζοντας ότι «υγεία είναι η κατάσταση πλήρους φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία νόσου ή ανικανότητας» (Ιωαννίδης και συν., 1999). Ο ορισμός αναφέρεται στην έννοια του ατομικού δικαιώματος και συγχρόνως αντιμετωπίζει την υγεία ως κοινωνικό στόχο. Η κρατική μέριμνα οφείλει να αποσκοπεί στη δημιουργία τέτοιων συνθηκών, έτσι ώστε ο κάθε πολίτης να είναι όσο το δυνατό υγιέστερος. Αυτό προϋποθέτει διαθεσιμότητα υπηρεσιών υγείας, ασφαλείς εργασιακούς χώρους, ικανοποιητική στέγαση και σίτιση (Γκαράνη - Παπαδάτου, 2004).

Εντούτοις, η μορφοποίηση των δικαιωμάτων ασθενών σε κανόνες ηθικής και η νομική τους υπόσταση με διεθνείς συμβάσεις και διακηρύξεις συντελούνται μετά το τέλος του 2<sup>ου</sup> Παγκόσμιου Πολέμου (Αποστολάκης, 2010), το τέλος του οποίου αποκάλυψε εκτός από την υλικότεχνική καταστροφή της γηραιάς ηπείρου, την εξόντωση του εβραϊκού πληθυσμού και τις θηριωδίες των Ναζί σε ανθρώπινα πειραματόζωα. Το γεγονός αυτό αποτέλεσε το εφαλτήριο για την θέσπιση του «Κώδικα της Νυρεμβέργης<sup>1</sup>» το 1947 (Λασκαράτος και συν, 2009) που είναι απότοκος της Δίκης της Νυρεμβέργης.

Η Δίκη των Ναζιστών ιατρών στην Νυρεμβέργη άρχισε στις 9 Δεκεμβρίου 1946 και έληξε στις 20 Αυγούστου 1947. Όταν το Στρατιωτικό Δικαστήριο της Νυρεμβέργης εξέδωσε την απόφαση του στις 19 Αυγούστου 1947, το τελικό έγγραφο περιελάμβανε ένα δεκάλογο κανόνων. Στο δεκάλογο αυτό, οι δικαστές διατύπωσαν κάποιες αρχές, πριν ακόμα από τη γέννηση της βιοηθικής: «Η αβίαστη συγκατάθεση του ανθρώπου στον οποίο πρόκειται να εφαρμοστεί το πείραμα είναι απολύτως απαραίτητη» (Γραβάνης, 2001).

Ο «Κώδικας της Νυρεμβέργης» είναι κείμενο που απευθύνεται στην ανθρώπινη κοινωνία και στο οποίο καταγράφονται και κατοχυρώνονται τα δικαιώματα ενός ανθρώπινου υποκειμένου το οποίο συμμετέχει σε ιατρικά πειράματα (Paias, 2013). Σε αυτό το κείμενο εισάγεται για πρώτη φορά η έννοια της πληροφορημένης συναίνεσης (Informed Consent), η δυνατότητα του ασθενή να αποχωρεί από την έρευνα εάν το θελήσει, η ανάγκη διεξαγωγής της έρευνας από ειδικούς κ.ά. (Κουτούφαρης, 1997).

---

<sup>1</sup> Οι ιατροί – σύμβουλοι πολιτικής αγωγής οι οποίοι είχαν κεντρικό ρόλο στη σύνταξη του Κώδικα ήταν οι Leo Alexander, Werner Leibbrand και Andrew Ivy και οι οποίοι προσπάθησαν να συγκεράσουν την επιστημονική πρόοδο και την ανάγκη για πειραματισμό με τις βασικές αρχές της Ιπποκρατικής Ιατρικής. Οι δικαστές συνειδητοποίησαν τη σημασία του Όρκου του Ιπποκράτη στη διαφύλαξη της υγείας του ασθενούς, αλλά συμπεράναν ότι δεν ήταν αρκετός για να τον προστατεύσει από την ανεξέλεγκτη ιατρική έρευνα. Έτσι απαιτήθηκε η θέσπιση ενός κώδικα για την έρευνα που βασίζεται στα ανθρώπινα δικαιώματα

Εντύπωση προκαλεί η διαπίστωση ότι η μοναδική χώρα που ανέπτυξε κώδικα ερευνητικής ηθικής πριν την έναρξη του 2<sup>ου</sup> Παγκοσμίου Πολέμου, ήταν η Γερμανία. Επίσης, αξίζει να επισημανθεί ότι ο «Κώδικας της Νυρεμβέργης» δεν υιοθετήθηκε ποτέ επίσημα από διεθνή συνθήκη ή σύμβαση ως διεθνής Νόμος.

Το Σεπτέμβριο του 1948, ακολουθεί η «Διακήρυξη της Γενεύης» που τροποποιήθηκε και υιοθετήθηκε το 1968 από τη 2<sup>η</sup> Γενική Συνέλευση της Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης (WMA) στη Γενεύη (Paias, 2013). Η «Διακήρυξη της Γενεύης» αποτελεί τη σύγχρονη έκφραση του «Όρκου του Ιπποκράτη». Ιδιαίτερη μνεία γίνεται στη διασφάλιση του ιατρικού απορρήτου, οπότε και σημειώνεται ότι «Ο ιατρός πρέπει να διατηρεί μυστικότητα σε όλα όσα γνωρίζει για τους ασθενείς του, εξαιτίας της εχεμύθειας που διέπει τη σχέση τους ... ακόμα και μετά το θάνατο του ασθενούς» (Μεράκου και συν, 1999). Στο κείμενο της «Διακήρυξης της Γενεύης» αναφέρονται για πρώτη φορά έννοιες που εκφεύγουν των ορίων της σχέσης ασθενή – ιατρού, όπως το καλό της ανθρωπότητας, η υπεράσπιση της ανθρώπινης ζωής, ακόμα και υπό απειλή, και οι νόμοι της ανθρωπότητας (Paias, 2013). Η Διακήρυξη αποτελεί μια από τις πρώτες πράξεις από τη σύσταση της Παγκόσμιας Ιατρικής Εταιρείας μετά το 2<sup>ο</sup> Παγκόσμιο Πόλεμο.

Στις 10 Δεκεμβρίου 1948, συντάσσεται και υιοθετείται από την Γενική Συνέλευση του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών, στη Νέα Υόρκη, «Η Παγκόσμια Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου», ένα κείμενο τεράστιας σημασίας στο οποίο για πρώτη φορά καταγράφονται τα δικαιώματα των ασθενών. Η Διακήρυξη αυτή αποτελείται από τριάντα (30) άρθρα που κατοχυρώνουν τις αξίες της ελευθερίας, της ισότητας και της αξιοπρέπειας. Συγκεκριμένα, στο «άρθρο 25» κατοχυρώνεται το δικαίωμα κάθε ατόμου για ικανοποιητικό επίπεδο ζωής, ενώ παράλληλα θα πρέπει να επιτυγχάνεται η διασφάλιση της υγείας και της ευεξίας του. Η παραπάνω επιδίωξη υποστηρίζεται, τουλάχιστον σε θεωρητικό επίπεδο, από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας<sup>2</sup> στη Νέα Υόρκη, στις 22 Ιουλίου 1946, στο ιδρυτικό προοίμιο<sup>3</sup> του οποίου καταγράφεται ότι «η απόκτηση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας είναι ένα από τα θεμελιώδη δικαιώματα κάθε ανθρώπου χωρίς διάκριση ράτσας, θρησκείας, πολιτικών πεποιθήσεων, οικονομικής ή κοινωνικής θέσης και ότι οι κυβερνήσεις έχοντας την ευθύνη για την υγεία του λαού τους, οφείλουν να παρέχουν ικανοποιητικά υγειονομικά μέτρα». Το κείμενο

---

<sup>2</sup>Αξιοσημείωτη είναι η αναφερόμενη Απόφαση 23.61 / 1970 της ΠΟΥ, όπου προβάλλεται ως μακροπρόθεσμος στόχος της Οργάνωσης να συμβάλλει στην καθιέρωση αποτελεσματικών Εθνικών Συστημάτων Υγείας. Παρόμοιο προσανατολισμό έχει και η Διακήρυξη της ALMA – ATA (ΕΣΣΔ, Σεπτέμβριο 1978), με σύνθημα «Υγεία για όλους το 2000» (Βασιλοπούλου, 1986).

<sup>3</sup>«... Η απόλαυση της καλύτερης δυνατής κατάστασης της υγείας αποτελεί ένα από τα θεμελιώδη δικαιώματα κάθε ανθρώπου χωρίς διάκριση ράτσας, θρησκείας, πολιτικών πεποιθήσεων, οικονομικής ή κοινωνικής θέσης» (Βασιλοπούλου, 1986).

της Διακήρυξης δεν είχε νομική δέσμευση για τα κράτη μέλη. Για το λόγο αυτό ακολούθησαν δεσμευτικά κείμενα που κατοχυρώνουν το δικαίωμα στην υγεία:

1. Το «Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτικά Δικαιώματα<sup>4</sup>» (1966)(Διεθνής Χάρτα των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου), και
2. Το «Διεθνές Σύμφωνο για τα Αστικά και Πολιτικά Δικαιώματα<sup>5</sup>» (1966) (WHO / EUROPE, 1994, WHO / EUROPE, 1996) (Διεθνής Χάρτα των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου)

Η κατοχύρωση των δικαιωμάτων του ανθρώπου από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών το 1948, αποτέλεσε το προοίμιο της νομικής κατοχύρωσης των δικαιωμάτων του ασθενή από πολλές χώρες<sup>6</sup>.

Ένα χρόνο αργότερα, το 1949, στο «Διεθνή Κώδικα Ιατρικής Ηθικής», γίνεται λόγος για το σεβασμό του απόρρητου του ασθενή, για τα δικαιώματα των ασθενών στην ενημέρωση και τον σεβασμό της ανθρώπινης ζωής και αξιοπρέπειας. Ο «Διεθνής Κώδικας Ιατρικής Ηθικής» υιοθετήθηκε από την 3<sup>η</sup> Γενική Συνέλευση της Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης (WMA) στο Λονδίνο τον Οκτώβριο του 1949 και τροποποιήθηκε από την 22<sup>η</sup> Γενική Συνέλευση στο Σύδνεϋ της Αυστραλίας τον Αύγουστο του 1968. Η τελευταία αναθεώρηση του Κώδικα πραγματοποιήθηκε από την 35<sup>η</sup> Γενική Συνέλευση στην Βενετία τον Οκτώβριο του 1983 (Καζλάρης, 2004).

Το 1950, το Συμβούλιο της Ευρώπης εκφράζει τη βούληση του να προστατεύει τους πολίτες, αρχικά με τη «Σύμβαση για την προάσπιση των Δικαιωμάτων και των Θεμελιωδών Ελευθεριών του Ανθρώπου» (Κοντιάδης, 1997). Η αναφορά του κειμένου στην υγεία είναι έμμεση και επιτυγχάνεται με διασταλτική ερμηνεία των άρθρων, από τα οποία εκπορεύεται η προστασία της ζωής, ο σεβασμός της ιδιωτικής ζωής και της ελευθερίας των πολιτών. Στην ευρωπαϊκή «Σύμβαση Ανθρωπίνων

---

<sup>4</sup>Το «Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτικά Δικαιώματα» στο «άρθρο 12» αναγνωρίζει:

- Το δικαίωμα του κάθε ατόμου να απολαμβάνει το υψηλότερο εφικτό επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας
- Για την επίτευξη του παραπάνω δικαιώματος θα πρέπει κάθε πολιτεία να πάρει προοδευτικά μέτρα για:
- Τη μείωση της βρεφικής θνησιμότητας καθώς και την υγιή ανάπτυξη των παιδιών
- Τη βελτίωση όλων των παραμέτρων που σχετίζονται με την περιβαλλοντική βιομηχανική υγεία
- Την πρόληψη, τον έλεγχο και τη θεραπεία των επιδημιών, των ενδημιών, των επαγγελματικών και άλλων νόσων
- Τη δημιουργία όλων των παραμέτρων που εξασφαλίζουν σε όλους υγειονομικές υπηρεσίες και ιατρική φροντίδα σε περίπτωση νόσου (Χρυσοσπάθη και συν, 2009).

<sup>5</sup>Το «Διεθνές Σύμφωνο για τα Αστικά και Πολιτικά Δικαιώματα» κατοχυρώνει το αναφαίρετο δικαίωμα στη ζωή και στην ισότητα των ατόμων ως προς τη διαχείριση τους από την πολιτεία και τους νόμους (Χρυσοσπάθη και συν, 2009).

<sup>6</sup>Η σχέση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της υγείας, όπως αυτή αποτυπώνεται σε κείμενα διεθνών οργανισμών, είναι μία σχέση σαφής και αμφίδρομη, καθώς η προαγωγή και η προστασία του ενός συμβαδίζει και συμπληρώνει την προαγωγή και την προστασία του άλλου. Οι τρόποι με τους οποίους υλοποιείται αυτή η σχέση είναι πολύπλοκη και συνοψίζονται στις κάτωθι παραδοχές (Γκαράνη – Παπαδάτου, 2004):

- Οι παραβιάσεις και η έλλειψη προσοχής στα ανθρώπινα δικαιώματα μπορούν να έχουν σημαντικές συνέπειες στην υγεία.
- Η πολιτική υγείας και τα προγράμματα αγωγής υγείας μπορούν να προάγουν ή να παραβιάσουν τα ανθρώπινα δικαιώματα, ανάλογα με τον τρόπο σχεδιασμού και εφαρμογής τους
- Τα ποσοστά των ευάλωτων ατόμων και οι συνέπειες της κακής υγείας μπορούν να μειωθούν με ενέργειες που προωθούν τον σεβασμό, την προστασία και την άσκηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων

Δικαιωμάτων και Θεμελιωδών Ελευθεριών», ο ασθενής μπορεί κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες και για ορισμένα δικαιώματα να προσφύγει στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Η υπόθεσή του μπορεί να φτάσει και στο Δικαστήριο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (Πλακούλα, 1999).

Στον «Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Χάρτη», ο οποίος ψηφίστηκε το 1961 στο Τορίνο και αναθεωρήθηκε με ισχυρές προσθήκες το 1996 στο Στρασβούργο (Κρεμαλής, 1987) γίνεται ρητή αναφορά στο δικαίωμα προστασίας της υγείας, ορίζοντας ότι το εν λόγω δικαίωμα είναι αναφαίρετη υποχρέωση των συμβαλλόμενων κρατών. Προκειμένου να δοθεί ώθηση στην αποτελεσματική προστασία του, υποδεικνύονται κάποια ενδεικτικά μέτρα, όπως η πρόληψη, η δημιουργία υποδομών, η ανάπτυξη προγραμμάτων εκμάθησης υγιεινής κ.ά. Το «άρθρο 13» του Χάρτη, ιδιαίτερα καινοτόμο για την εποχή, εισάγει την υποχρέωση των κρατών για «δωρεάν παροχή της απαιτούμενης αρωγής και φροντίδας σε άτομα που στερούνται ίδιους ασφαλιστικούς πόρους». Παράλληλα θα πρέπει να διασφαλίζεται ότι τα συγκεκριμένα άτομα σε καμία περίπτωση «δε θα πρέπει να υποστούν περιορισμό των πολιτικών και κοινωνικών τους δικαιωμάτων» (Κάντζιου, 2006).

Σημαντικός σταθμός στη δεοντολογική πρακτική της κλινικής έρευνας αποτέλεσε η «Διακήρυξη του Ελσίνκι» (Krzleza – JericandLemmens, 2007) στη Φινλανδία. Τα διεθνή πρότυπα για τη διεξαγωγή των κλινικών δοκιμών τέθηκαν κατά την 18<sup>η</sup> Γενική Συνέλευση της Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης (WMA), η οποία πραγματοποιήθηκε τον Ιούνιο του 1964 και με την οποία αναπτύσσεται και υιοθετείται μια σειρά αρχών δεοντολογίας, με στόχο την παροχή «κατευθυντήριων οδηγιών» στους συμμετέχοντες ερευνητές στην κλινική έρευνα. Η «Διακήρυξη του Ελσίνκι» κινήθηκε στο πνεύμα του «Κώδικα της Νυρεμβέργης<sup>7</sup>». Στο κείμενο αυτό διαχωρίζεται η έννοια της Βιοϊατρικής Έρευνας σε ανθρώπους χωρίς θεραπευτικούς σκοπούς, η καθαρή έρευνα, από την έρευνα που πραγματοποιείται σε συνδυασμό με την ιατρική περίθαλψη, την επονομαζόμενη κλινική έρευνα. (Κάντζιου, 2006). Ο σκοπός της Διακήρυξης ήταν μέσα από τις συνεχείς αναθεωρήσεις και επαναδιατυπώσεις του κατά τις Γενικές Συνελεύσεις της WMA (World Medical Association) να αποτελεί ένα ζωντανό και σύγχρονο Κώδικα Ηθικής με μοναδικό σκοπό τη διαφύλαξη των Δικαιωμάτων, όταν ο άνθρωπος αποτελεί υποκείμενο οποιασδήποτε ιατρικής πράξης. Ο Παγκόσμιος Ιατρικός Σύλλογος πρόκειται να προβεί σε αναθεώρηση της «Διακήρυξης του Ελσίνκι» πριν από την 50<sup>η</sup> επέτειο του εγγράφου το 2014. Με την αναθεώρηση θα επιδιώξει την επίτευξη συναίνεσης μεταξύ ιατρών, που εκπροσωπούν περισσότερες από εκατόν (100) χώρες σχετικά με τις νέες κατευθυντήριες γραμμές για την προστασία των ατόμων

---

<sup>7</sup>Η βασική διαφορά της «Διακήρυξης του Ελσίνκι» από τον «Κώδικα της Νυρεμβέργης» είναι η διάκριση μεταξύ Θεραπευτικής και Μη Θεραπευτικής Έρευνας. Τα άρθρα περί Θεραπευτικής έρευνας περιέχονται στις δύο πρώτες ενότητες της Διακήρυξης και παρέχουν στον ασθενή τη δυνατότητα να συνααινέσει στην εφαρμογή μιας πειραματικής αγωγής που είναι πιθανόν να έχει ωφέλιμα αποτελέσματα, ενώ στη Τρίτη ενότητα παραθέτονται οι Κανόνες που πρέπει να διέπουν τη ΜΗ Θεραπευτική Κλινική Έρευνα (Pairas, 2013)



που συμμετέχουν σε κλινικές μελέτες. Ο Σύλλογος πραγματοποιεί συνήθως τέτοιες ενημερώσεις κάθε 5 – 6 χρόνια (Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Ελλάδας).

Κατά τη δεκαετία του 1970, οι εκστρατείες ενημέρωσης που έγιναν στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής από τα κινήματα για τα δικαιώματα του ασθενή οδήγησαν σε ριζικές αλλαγές των ηθικών κανόνων, και κατέληξαν το 1973 στην ψήφιση, από την Αμερικανική Νοσοκομειακή Εταιρεία (AmericanHospitalAssociation) του πρώτου επίσημου κειμένου, ιδιωτικής πρωτοβουλίας, για τα δικαιώματα των ασθενών. Πρόκειται για τον «Κώδικα Δικαιωμάτων του Ασθενούς» (Patients' Bill of Rights) (AmericanHospitalAssociation, 1992), ο οποίος αναγνωρίζεται διεθνώς ως ο ακρογωνιαίος λίθος πάνω στον οποίο στηρίχθηκαν πολυάριθμες μεταγενέστερες κωδικοποιήσεις και διακηρύξεις, καθώς προσέφερε πλήρη ανάπτυξη των συγκεκριμένων δικαιωμάτων. Στο κείμενο αυτό αναφέρονταν ως βασικά δικαιώματα η διακριτική και με σεβασμό μεταχείριση των ασθενών, το δικαίωμα πλήρους ενημέρωσης τους, το δικαίωμα συνέχειας της φροντίδας και το δικαίωμα άρνησης της θεραπείας (Κουτελέκος, 2013).

Στον Ευρωπαϊκό χώρο, η πρώτη διατύπωση των δικαιωμάτων των ασθενών περιεχόταν σε ένα Γαλλικό διάταγμα του 1974, ο οποίος όριζε τον «Χάρτη των Δικαιωμάτων και Υποχρεώσεων των Ασθενών» (Κατσικάρου, 1998). Την ίδια χρονιά ψηφίστηκε και ο «Ευρωπαϊκός Χάρτης για τα Δικαιώματα των Ασθενών» από τη Νοσοκομειακή Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (Μεράκου και συν, 1999).

Ακολουθεί μία πλειάδα νομικών κειμένων και διακηρύξεων, με τις οποίες τα αρχικά κείμενα, που στερούνται σαφών αναφορών στο δικαίωμα της υγείας, αλλά και στα δικαιώματα των ασθενών, εξειδικεύονται ακολουθώντας τις εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης και καθίστανται γνώμονες χάραξης των σχετιζόμενων με την υγεία πολιτικών.

Το 1979 εκδίδεται η Διακήρυξη για το «Σεβασμό του ανθρώπου κατά τη νοσοκομειακή περίθαλψη» από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, στη LaBaule. Το ίδιο έτος λαμβάνει χώρα στο Λουξεμβούργο και το ψήφισμα για το «Χάρτη του νοσηλευόμενου ασθενή» από τη Μόνιμη Νοσοκομειακή Επιτροπή της ΕΟΚ, ενώ η Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας ψηφίζει το «Νοσοκομειακό Κώδικα» (Fluss, 1993).

Το επόμενο έτος, 1980, υιοθετείται από την Επιτροπή Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης, η «Σύσταση για την ενεργό συμμετοχή του ασθενούς στη φροντίδα του» (RNo. 80 – 4 / 1980) (Κάντζιου, 2006).

Το 1981 εκδίδεται η Διακήρυξη της Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης για τα «Δικαιώματα των Ασθενών», η οποία υιοθετήθηκε από την 34<sup>η</sup> Συνέλευση της Ένωσης στη Λισσαβόνα και συμπληρώθηκε από την 47<sup>η</sup> Συνέλευση της Ένωσης, που πραγματοποιήθηκε στο Μπαλί της Ινδονησίας το 1995. Η Διακήρυξη της Παγκόσμιας Ιατρικής Εταιρείας, τροποποιήθηκε το 2005 στο Σαντιάγο της Χιλής.

Το 1987, με την «Ενιαία Ευρωπαϊκή Πράξη» αναγνωρίζεται εκτός από την οικονομική και η κοινωνική διάσταση της υγείας και το 1992 στη «Συνθήκη του Μάαστριχτ» δίνεται για πρώτη φορά νομικό περιεχόμενο στον τομέα της υγείας. Τον Οκτώβριο του 1993, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο ενέκρινε τον «Ευρωπαϊκό Χάρτη Δικαιωμάτων των Ασθενών».

Το πρώτο διεθνές γεγονός που επικέντρωσε την προσοχή του στο ζήτημα της προστασίας και προαγωγής των δικαιωμάτων των ασθενών ήταν η Ευρωπαϊκή Συνδιάσκεψη για τα δικαιώματα των ασθενών που πραγματοποιήθηκε στις 28 – 30 Μαρτίου του 1994 στο Άμστερνταμ της Ολλανδίας. Η Ευρωπαϊκή Ένωση σε συνεργασία με το Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, συγκάλεσε μία Επιτροπή εμπειρογνομόνων από τριάντα έξι (36) χώρες μέλη της, με σκοπό τον προσδιορισμό των αρχών και των στρατηγικών που χρειάζονταν προκειμένου να καθοριστούν και να προαχθούν τα δικαιώματα των ασθενών μέσα στο γενικότερο πλαίσιο αναμόρφωσης των συστημάτων υγείας που υφίσταντο εκείνη τη περίοδο στις περισσότερες χώρες. Οι μελέτες και οι έρευνες της Επιτροπής ανέδειξαν τις διαφορετικές προσεγγίσεις και απόψεις, καθώς και τις ποικίλες νομοθεσίες που υπήρχαν στα διάφορα κράτη μέλη (PievandVeinonen, 1998, WHO / EUROPE, 1994) και εκδίδουν τη «Διακήρυξη για την προαγωγή των δικαιωμάτων των Ασθενών στην Ευρώπη» (Αποστολοπούλου – Παπαοικονόμου, 1980). Το συγκεκριμένο κείμενο είναι το αρτιότερο, συγκρινόμενο με αντίστοιχα του παρελθόντος, καθώς κάνει σαφή μνεία στα δικαιώματα των ασθενών, προτείνοντας ταυτόχρονα τρόπους και στρατηγικές προαγωγής και διασφάλισης αυτών των δικαιωμάτων. Παράλληλα, το εν λόγω κείμενο λειτουργεί ως πλαίσιο δράσης και συντονισμού των πολιτικών των κρατών – μελών, αναφορικά στις αναπτυσσόμενες εθνικές πολιτικές στο χώρο της υγείας. Η διακήρυξη δεν είναι δεσμευτική από νομική άποψη, αλλά πρόκειται να έχει «ηθική ισχύ», η οποία θα «διεγείρει τις κυβερνήσεις να δράσουν» (Μπριασούλη, 1996).

Τον Νοέμβριο του 1996, η Υπουργική Επιτροπή του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου, ακολουθώντας την πρόταση Ν° 198 της Συνέλευσης του Κοινοβουλίου υιοθέτησε τη «Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική». Η Σύμβαση εκδόθηκε στο Οβιέδο της Ισπανίας στις 4 Απριλίου του 1997 και εναρμονίζει την ιατρική πρόοδο με τα θεμελιώδη δικαιώματα και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια (Ψαρούλης και Βούλτσος, 2010). Σύμφωνα με τις διατάξεις της, τα συμβαλλόμενα μέρη

δεσμεύτηκαν να προστατεύουν τα ανθρώπινα δικαιώματα και την αξιοπρέπεια του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της Βιολογίας και της Ιατρικής (Κορδιολής, 2001). Προτού κλείσει χρόνος, 22 κράτη - μέλη του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου είχαν υπογράψει την Σύμβαση και 2 την είχαν ήδη επικυρώσει. Η Σύμβαση αυτή κυρώθηκε από την Βουλή των Αντιπροσώπων των Ελλήνων με το Ν. 2619 / 1998.

Στη συνέχεια, η εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και οι καινούργιες εφαρμογές της Γενετικής και Βιοτεχνολογίας έκαναν επιβλητική τη λήψη πρόσθετων μέτρων προστασίας. Έτσι, τα κράτη - μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης κατήρτισαν και υπέγραψαν στις 12 Ιανουαρίου 1998, στο Παρίσι - Γαλλία, ένα πρόσθετο πρωτόκολλο<sup>8</sup> της «Σύμβασης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ανθρώπινου» σε σχέση με τις εφαρμογές της Βιολογίας και της Ιατρικής για την «Απαγόρευση της κλωνοποίησης του Ανθρώπου». Το πρωτόκολλο αυτό απαγορεύει ρητά «κάθε παρέμβαση που αποσκοπεί στη δημιουργία ενός ανθρώπινου όντος, γενετικά ταυτόσημου με ένα άλλο, είτε ζωντανό είτε νεκρό» (Κάντζιου, 2006). Η «Σύμβαση του Οβιέδο» έχει κυρωθεί από την Κύπρο με τον Κυρωτικό Νόμο 31(III) του 2001 «Νόμος που προνοεί για την κύρωση της σύμβασης για την προστασία των δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ανθρώπου αναφορικά με την εφαρμογή της βιολογίας και ιατρικής και για την κύρωση του πρωτοκόλλου και για διάφορα θέματα συναφή με την εφαρμογή της σύμβασης και του πρωτοκόλλου» (Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου, 2011)

Το 1998 η «Κίνηση των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων» επιτρέπει σε ασθενείς στο Ηνωμένο Βασίλειο να υποστηρίζουν τα δικαιώματά τους στα δικαστήρια και η Συνθήκη της Νίκαιας στις 7 Δεκεμβρίου 2000 με την υιοθέτηση του «Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων» από την Συνέλευση της Ευρωπαϊκής Ένωσης, συμπεριλαμβάνει την προστασία της υγείας στις πιο βασικές συνιστώσες της αλληλεγγύης, με το Ευρωπαϊκό Σύνταγμα στο «άρθρο 179» να διακηρύσσει ότι η δημόσια υγεία παραμένει αρμοδιότητα των κρατών - μελών, ενώ η Κοινότητα φέρει ρόλο υποστηρικτικό και συντονιστικό.

Το 2000 η «Κίνηση για την Ελευθερία της Πληροφορίας» διεκδικεί για τον ασθενή το δικαίωμα στην αναζήτηση πληροφοριών σε θέματα υγείας, το 2001 η δράση «Υγεία και Κοινωνική Φροντίδα» παρέχει τη δυνατότητα προστασίας των ευαίσθητων προσωπικών του δεδομένων και το 2002 το «Ενεργό Δίκτυο του Πολίτη» μαζί με άλλες δώδεκα (12) Ευρωπαϊκές Οργανώσεις συνέταξαν την «Ευρωπαϊκή Χάρτα των Ασθενών» στις Βρυξέλλες (Κουλίζος και Χριστόπουλου, 2011). Η Χάρτα

---

<sup>8</sup>Το πρόσθετο πρωτόκολλο της «Σύμβασης για την προστασία των δικαιωμάτων του ανθρώπου και της ανθρωπίνης αξιοπρέπειας» αναφορικά με την εφαρμογή της βιολογίας και της ιατρικής, και την απαγόρευση της κλωνοποίησης ανθρωπίνων όντων υπογράφηκε στο Παρίσι στις 12 Ιανουαρίου 1998

στο «άρθρο 35» (Cotturrietal, 2002) διακηρύσσει δεκατέσσερα (14), ήδη κατοχυρωμένα από διάφορους φορείς δικαιώματα ασθενών, τα οποία μπορούν να εγγυηθούν ένα υψηλό επίπεδο προστασίας της ανθρώπινης υγείας, τα οποία πρέπει να αναγνωρίζονται σε κάθε χώρα και σχετίζονται με αξιώσεις και απαιτήσεις των πολιτών και ειδικότερα των εμπλεκόμενων στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Τον Νοέμβριο του 2002 εκδόθηκε στη Ρώμη από το Δίκτυο Ενεργών Πολιτών η «Ευρωπαϊκή Χάρτα των Δικαιωμάτων των Ασθενών». Η Χάρτα υιοθετήθηκε επισήμως το Σεπτέμβριο του 2007 στις Βρυξέλλες από την Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και αποτελεί πλέον μέρος τους Ευρωπαϊκού Δικαίου (Αποστολάκης, 2010). Η Ελλάδα είναι μεταξύ των χωρών που εφαρμόζουν την «Ευρωπαϊκή Χάρτα Δικαιωμάτων Ασθενών», όπως η Αυστρία, η Δανία, η Φιλανδία, η Γαλλία, η Γερμανία, η Ιρλανδία, η Ιταλία, η Ολλανδία, η Πορτογαλία, η Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο (Κουλίζος και Χριστόπουλου, 2011). Η Ευρωπαϊκή Ημέρα Δικαιωμάτων των Ασθενών γιορτάζεται σε όλη την Ευρώπη στις 18 Απριλίου.

Οι διακηρύξεις, οι κανονισμοί, οι κώδικες, οι χάρτες και οι αποφάσεις που προαναφέρθηκαν, παρόλο που στη πλειοψηφία τους δεν έχουν δεσμευτική νομική ισχύ, είναι κείμενα εξέχουσας σημασίας τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους επαγγελματίες υγείας. Για τους ασθενείς αποτελούν νευραλγικό εργαλείο, με την γνώση και χρήση του οποίου δύνανται να στηρίζουν κάθε τους απαίτηση έναντι συμπεριφορών που απειλούν να παραβιάσουν τα έννομα συμφέροντα τους. Από την άλλη, για τους επαγγελματίες υγείας χρησιμεύουν για την διαμόρφωση ηθικής και επαγγελματικής συμπεριφοράς. Παράλληλα τα εν λόγω κείμενα αποτελούν βάση επί της οποίας οι εθνικές κυβερνήσεις μπορούν να οικοδομήσουν ένα στερεό και ολιστικό νομικό πλαίσιο, το οποίο θα προστατεύει αποτελεσματικά τους πολίτες και θα διαμορφώνει ένα λειτουργικό σύστημα παροχών υπηρεσιών υγείας.

# Κατοχύρωση και Προστασία Δικαιωμάτων Ασθενών στη Κύπρο

Η Κυπριακή Δημοκρατία, με την ένταξη της Κύπρου στην Ευρωπαϊκή Ένωση και ανταποκρινόμενη στις υποχρεώσεις της, προχώρησε στην ψήφιση τού περί της «Κατοχύρωσης και της Προστασίας των Δικαιωμάτων Ασθενών» Νόμου του 2004. Ο νόμος εκδόθηκε με δημοσίευση στην επίσημη εφημερίδα<sup>9</sup> της Δημοκρατίας στις 7 Ιανουαρίου 2005, σύμφωνα με το «άρθρο 52» του Συντάγματος και τέθηκε σε ισχύ τρεις (3) μήνες μετά, στις 7 Απριλίου 2005. Η όλη προσπάθεια έτυχε της έμπρακτης στήριξης της Κυβέρνησης και ιδιαίτερα του ίδιου του Προέδρου, αλλά και της συνεχούς ενημέρωσης και στήριξης της Κοινοβουλευτικής Επιτροπής των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων. Ο νόμος παρουσιάστηκε στις 24 Ιανουαρίου 2005 στο Προεδρικό Μέγαρο από τον Πρόεδρο της Κυπριακής Δημοκρατίας<sup>10</sup>.

## 2.1. Ιστορικό της κατάθεσης του νομοσχεδίου στη Βουλή των Αντιπροσώπων

Στις 31 Οκτωβρίου 2002, με απόφαση Υπουργικού Συμβουλίου με Αρ. 56.682, νομοπαρασκευαστική Επιτροπή<sup>11</sup>, υπό την Επίτροπο Νομοθεσίας, ανέλαβε τη σύνταξη προσχεδίου νόμου για κατοχύρωση των δικαιωμάτων των ασθενών. Το νομοσχέδιο, το οποίο ψηφίστηκε από την Κυπριακή Βουλή των Αντιπροσώπων σε νόμο, γνωστό ως τον περί της «Κατοχύρωσης και Προστασίας των Δικαιωμάτων Ασθενών» Νόμο του 2004, ολοκληρώθηκε μετά από εξέταση οκτώ (8) αναθεωρημένων προσχεδίων και αποτελεί προϊόν συναίνεσης και κοινής προσπάθειας της Κοινωνίας των Πολιτών, της Εκτελεστικής και της Νομοθετικής Εξουσίας. Τα δικαιώματα που διασφαλίζονται μέσα από το νόμο είναι τα εξής:

<sup>9</sup>Παράρτημα Πρώτο, Επίσημη εφημερίδα της Δημοκρατίας, Αρ. 3943, 7 Ιανουαρίου 2005, Νομοθεσία, Μέρος Ι

<sup>10</sup>Ο τέως Πρόεδρος της Κυπριακής Δημοκρατίας, μακαρίτης Τάσος Παπαδόπουλος, σε ομιλία του στη εκδήλωση, ανέφερε ότι «ο νόμος δεν είναι μία θεωρητική προσέγγιση αλλά είναι μια συγκεκριμένη πράξη με συγκεκριμένα μέτρα και σαφείς πρόνοιες που παρέχει νόμιμα δικαιώματα και κοινωνικές θεραπείες στους ασθενείς που πιστεύουν ότι αγνοούνται ή παραβιάζονται τα δικαιώματά τους» (ΚΥΠΕ, 2005)

<sup>11</sup>Στην Επιτροπή μετείχαν εκπρόσωποι του Γενικού Εισαγγελέα, του Υπουργείου Υγείας, του Υπουργείου Οικονομικών, του Υπουργείου Δικαιοσύνης και Δημόσιας Τάξης, της Επιτροπής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου, του Παγκύπριου Ιατρικού Συλλόγου (ΠΙΣ), του Παγκύπριου Φαρμακευτικού Συλλόγου, της Κίνησης Διεκδίκησης Δικαιωμάτων Ασθενών – ΚΙΔΔΑ, της Παγκύπριας Ομοσπονδίας Συνδέσμων Πασχόντων και Φίλων και του Συνδέσμου Γονέων και Φίλων Καρδιοπαθών Παιδιών.

- i. Δικαίωμα σε φροντίδα υγείας και θεραπείας
- ii. Αξιοπρεπής μεταχείριση
- iii. Ισότιμη μεταχείριση μεταξύ ασθενών
- iv. Φροντίδα υγείας επείγοντος περιστατικού
- v. Ιατρική εξέταση σε τμήμα επειγόντων περιστατικών
- vi. Δικαίωμα σε πληροφόρηση
- vii. Φροντίδα υγείας με τη συγκατάθεση ασθενή
- viii. Ιατρική πληροφόρηση
- ix. Φροντίδα υγείας χωρίς τη συγκατάθεση ασθενή
- x. Συμμετοχή ασθενούς σε επιστημονική έρευνα ή πειραματική θεραπεία
- xi. Εμπιστευτικότητα
- xii. Προστασία ιδιωτικής ζωής του ασθενούς
- xiii. Τήρηση ιατρικών αρχείων
- xiv. Δικαίωμα ασθενούς αναφορικά με τα ιατρικά αρχεία
- xv. Δικαίωμα ασθενούς αναφορικά με τα ιατρικά αρχεία
- xvi. Δικαίωμα εκπροσώπησης
- xvii. Αμοιβή παροχέα υπηρεσιών

Η θεσμοθέτησή του σηματοδοτεί νέα εποχή για τον τομέα της υγείας στη Κύπρο. Ο πρωτοποριακός αυτός νόμος κατοχυρώνει τα δικαιώματα των ασθενών και καθορίζει τις ανθρώπινες αξίες που πρέπει να αντανakλώνται στο σύστημα υγείας. Με βάση τις πρόνοιες του, τα δικαιώματα των ασθενών πρέπει να τυγχάνουν σεβασμού από όσους παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας υγείας και παράλληλα συστήνονται μηχανισμοί ελέγχου και παρακολούθησης, για να διασφαλίζεται ότι όντως υπάρχει σεβασμός των δικαιωμάτων αυτών

Ωστόσο, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι ο νόμος δεν καλύπτει θέματα που χρήζουν ιδιαίτερης πρόσθετης ρύθμισης, όπως ψυχικές ασθένειες, μεταμοσχεύσεις κ.ά. Ο νόμος δεν καλύπτει επίσης θέματα που αφορούν ιατρική εμπειρογνωμοσύνη ή αμέλεια, ή αίτημα για καταβολή αποζημιώσεων ή λήψη πειθαρχικών μέτρων για οποιοδήποτε θέμα για το οποίο την αρμοδιότητα έχει το Πειθαρχικό Συμβούλιο του Παγκύπριου Ιατρικού Συλλόγου (ΠΙΣ) ή άλλη αρμόδια αρχή.

## 2.2. Μηχανισμοί ελέγχου των Δικαιωμάτων Ασθενών

### 2.2.1. Λειτουργός Δικαιωμάτων Ασθενών

Ο Λειτουργός Δικαιωμάτων Ασθενών είναι ένας σημαντικός θεσμός που θεσπίστηκε δυνάμει του άρθρου 22του νόμου. Από το 2007, κάθε κρατικό Νοσοκομείο είναι στελεχωμένο με Λειτουργό Δικαιωμάτων Ασθενών, με αρμοδιότητα να παρέχει συμβουλές και βοήθεια στους ασθενείς με σκοπό τη διαφύλαξη των δικαιωμάτων τους. Επιπλέον, ο Λειτουργός Δικαιωμάτων Ασθενών επιλαμβάνεται παραπόνων που χρήζουν κατά την κρίση του άμεσου χειρισμού, διαφορετικά τα παραπέμπει στην Επαρχιακή Επιτροπή Εξέτασης Παραπόνων για περαιτέρω χειρισμό ή διερεύνηση. Ο Λειτουργός ενημερώνει επίσης το ιατρικό, παραϊατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό του ιδρύματος για όλα τα θέματα που αφορούν τις διατάξεις του νόμου. Είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι ο Λειτουργός Δικαιωμάτων Ασθενών έχει υποχρέωση να ασκεί τα καθήκοντά του με αμεροληψία και να επιφέρει την καλύτερη δυνατή λύση, με γνώμονα πάντοτε τη διαφύλαξη των δικαιωμάτων του ασθενούς (Χαϊλή, 2010).

### 2.2.2. Επαρχιακή Επιτροπή Εξέτασης Παραπόνων<sup>12</sup>

Ο εν λόγω θεσμός είναι μια αναγκαιότητα και απαίτηση των καιρών και θεσπίστηκε σύμφωνα με το άρθρο 23του Νόμου. Η αποστολή της είναι η αποτελεσματική παρακολούθηση και διασφάλιση του έμπρακτου σεβασμού των δικαιωμάτων οποιουδήποτε προσώπου προσφεύγει σε παροχέα φροντίδας υγείας ή ιατρικό ίδρυμα συμπεριλαμβανομένου και του ιδιωτικού τομέα. Ο ασθενής έχει πλέον μια οργανωμένη και δυνατή φωνή, η οποία παρεμβαίνει ουσιαστικά σε θέματα υγείας.

Η Επιτροπή είναι ανεξάρτητο σώμα, με αρμοδιότητα τη εξέταση παραπόνων και καταγγελιών σε πρώτο και δεύτερο βαθμό που αφορούν στον ιδιωτικό τομέα, καθώς και σε δεύτερο βαθμό παραπόνων που αφορούν στα Δημόσια Νοσηλευτήρια και είτε διαβιβάζονται σε αυτήν από το Λειτουργό Δικαιωμάτων Ασθενών είτε αφορούν παράπονα ασθενών που δεν ικανοποιήθηκαν από την απόφαση του Λειτουργού. Όλες οι αποφάσεις της κοινοποιούνται γραπτώς στον ασθενή και τον επηρεαζόμενο παροχέα υγείας ή / και το ιατρικό ίδρυμα, οι οποίοι οφείλουν να τη λάβουν σοβαρά υπόψη. Η Επιτροπή έχει επίσης στην αρμοδιότητά της τη διερεύνηση και συγκέντρωση σχετικών στοιχείων, την καταγραφή παθογόνων αιτιών, τη διατύπωση προβλημάτων και την εισήγηση πρόσφορων και κυρίως

---

<sup>12</sup>Η Επιτροπή απαρτίζεται από πέντε (5) μέλη, τρία (3) μέλη αποτελούν απαρτία, τετραετούς θητείας σε κάθε επαρχία και στεγάζεται στα κατά τόπους κρατικά ιατρικά ιδρύματα. Η Επιτροπή διορίζεται από τον Υπουργό Υγείας:

Ο Πρόεδρος της Επιτροπής είναι ανεξάρτητος από παροχείς υπηρεσιών υγείας και ιατρικά ιδρύματα που εδρεύουν στην Επαρχία του, και τα Μέλη της Επιτροπής είναι ανεξάρτητα από τον παροχέα υπηρεσιών υγείας και / ή το ιατρικό ίδρυμα που αφορά παράπονο που εξετάζει. Σε κάθε περίπτωση που δυνατόν να υπάρξει κώλυμα το εκάστοτε μέλος της Επιτροπής οφείλει να το δηλώνει.

βιώσιμων λύσεων προς αντιμετώπιση τους. Ο βασικός της στόχος είναι να καταστεί συμμετοχος και συντελεστής αλλαγής στην προσπάθεια αναδόμησης του συστήματος υγείας και αναβάθμισης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών προς τον πολίτη.



### Το Σύστημα Υγείας στην Κύπρο

Η παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) στην Κύπρο είναι διττή και παρέχεται από τις Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας (Δ.Υ.Υ.) και τον ιδιωτικό τομέα υγείας. Ο κρατικός τομέας δραστηριοποιείται σε όλη την επικράτεια, ενώ ο ιδιωτικός τομέας κυρίως στις αστικές περιοχές. Σύμφωνα με την Ετήσια Έκθεση του Υπουργείου Υγείας (2010) οι δημόσιες υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) παρέχονται στις κρατικές υπηρεσίες υγείας από:

- i. Τα εξωτερικά ιατρεία των Γενικών Νοσοκομείων Λευκωσίας, Λεμεσού, Λάρνακας, Αμμοχώστου και Πάφου και των Νοσοκομείων Κυπερούντας και Πόλης Χρυσοχούς
- ii. Τα τριάντα έξι (36) Κέντρα Υγείας στις Επαρχίες Λευκωσίας, Λεμεσού, Λάρνακας, Πάφου και της ελεύθερης Αμμοχώστου, και
- iii. Τα 230 υπόκεντρα των πιο πάνω Κέντρων Υγείας, με περιοδεύουσα Ιατρική ομάδα

Η Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται από τα Γενικά Νοσοκομεία των Επαρχιών και από Αγροτικά Νοσοκομεία για ορισμένες ειδικότητες.

### Μεθοδολογία της Έρευνας

#### 4.1. Σκοπός της έρευνας

Ο κύριος σκοπός της έρευνας είναι η μελέτη, ανάλυση και καταγραφή των παραπόνων των ασθενών ή συγγενικού / φιλικού τους προσώπου, τα οποία έχουν υποβληθεί στους Λειτουργούς Δικαιωμάτων Ασθενών των Νοσοκομείων και αφορούν την απόρροια της δυσaráσκειας των χρηστών / ασθενών όταν οι εμπειρίες που βιώνουν κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας δεν ταυτίζονται με τις προσδοκίες τους.

#### 4.2. Ερευνητικά ερωτήματα

Η αποτύπωση του παραπόνου του ασθενή θα συμβάλει στην προσπάθεια να εντοπιστούν ποιες είναι οι κυριότερες αιτίες υποβολής παραπόνων, ποια η ιδιότητα των παραπονούμενων, ασθενείς ή συγγενείς / φιλικό τους πρόσωπο, ποιος ο τρόπος υποβολής του παραπόνου, τηλεφωνικώς ή με επιστολή, και ποιος ο δημογραφικός χαρακτήρας του ασθενή, όπως π.χ. φύλο, ηλικιακή κατανομή. Περαιτέρω, θα διερευνηθεί ποιος είναι ο αριθμός των παραπόνων που έχουν τύχει εξέτασης ή / και χειρισμού από τον Λειτουργό Δικαιωμάτων Ασθενών είτε έχουν παραπεμφθεί για διερεύνηση και τυχόν ενέργεια από τον Διευθυντή Γενικού Νοσοκομείου είτε για εξέταση ή και ενέργεια στην Επαρχιακή Επιτροπή Εξέτασης Παραπόνων Ασθενών. Τέλος, θα καταγραφούν ποιες είναι οι επιμέρους ομάδες που έχουν υποβληθεί από ασθενείς εκτός παραπόνων και αφορούν ευχαριστίες ή / και τα συγχαρητήρια ασθενών, επιθυμίες και διάφορες εισηγήσεις τους.

#### 4.3. Πληθυσμός – Δείγμα

Η έρευνα διεξήχθη σε τέσσερα (4) Δημόσια Νοσηλευτήρια της Κύπρου, το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας, το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου και το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου, τα οποία υπόκεινται στην εποπτεία του Τμήματος Ιατρικών Υπηρεσιών και Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 1725 γραπτά παράπονα ασθενών ή συγγενικού / φιλικού τους προσώπου, από τα οποία έχουν προκύψει δέσμες διαφορετικών ομάδων. Σημειώνεται ότι στον αριθμό αυτό δεν υπολογίζονται τα έντυπα παραπόνων που έχουν αποκλειστεί και αφορούν στους περιορισμούς της έρευνας. Η διερεύνηση των παραπόνων αφορά τις χρονικές περιόδους, από 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου 2010 μέχρι 31 Δεκεμβρίου 2010 και από 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου 2012

μέχρι και 31 Δεκεμβρίου 2012. Τις πηγές δεδομένων αποτέλεσαν το αρχείο παραπόνων των Λειτουργών Δικαιωμάτων Ασθενών των Δημόσιων Νοσηλευτηρίων και το αρχείο της Διοίκησης του Υπουργείου Υγείας. Οι ενδεικτικές περιπτώσεις ομαδοποίησης παραπόνων που έχουν υποβληθεί στους Λειτουργούς Δικαιωμάτων Ασθενών των Νοσοκομείων καταγράφονται πιο κάτω και αφορούν:

1. Την ανάρμοστη συμπεριφορά προσωπικού για

I. Ιατρικό προσωπικό

II. Νοσηλευτικό προσωπικό και

III. Άλλο προσωπικό, όπως Παραϊατρικό, Διοικητικό και Ωρομίσθιο Κυβερνητικό Προσωπικό (ΩΚΠ)

2. Την ανάρμοστη συμπεριφορά ασθενή

3. Την μεταχείριση ασθενή, η οποία αφορά ταλαιπωρία ασθενή με την παραπομπή του από ένα τμήμα στο άλλο, από ένα δωμάτιο σε άλλο και από τον ένα ιατρό στον άλλο

4. Την παραβίαση προσωπικών δεδομένων ασθενή

5. Το Τμήμα Εγγραφών των Δημόσιων Νοσηλευτηρίων που περιλαμβάνει

I. Τον μηχανισμό εκδόσεως αριθμών εγγραφής

II. Την διαδικασία εκδόσεως των αριθμών εγγραφής

III. Την καθυστέρηση

IV. Την έλλειψη χώρου αναμονής

V. Την έλλειψη αριθμών εγγραφής

VI. Την διευκόλυνση διαφόρων ομάδων και

VII. Την λήξη κάρτας νοσηλείας ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης

6. Τις μεγάλες Λίστες Αναμονής για τον καθορισμό ημερομηνίας εξέτασης από ιατρούς ειδικοτήτων στα εξωτερικά ιατρεία, π.χ. καρδιολόγο, οφθαλμίατρο, γαστρεντερολόγο, για ακτινολογικές εξετάσεις, π.χ. UltraSound, για αναίμακτα εργαστήρια, π.χ. Τεστ Κοπώσεως και EMG και για μακρινούς καταλόγους για χειρουργικές επεμβάσεις, π.χ. καταρράκτη σε πολύ μεταγενέστερο χρόνο από την ημερομηνία που λήφθηκε η σχετική απόφαση.

7. Τα Ραντεβού που αφορούν την εξέταση από διάφορες ειδικότητες, π.χ. Ορθοπαιδικό, Οφθαλμίατρο, Γυναικολόγο, για ακτινολογικές εξετάσεις, π.χ. UltraSound, CT – Scan, για χειρουργικές επεμβάσεις, για αναίμακτα εργαστήρια, π.χ. Τεστ Κοπώσεως, EKG, για ραντεβού χορήγησης φαρμάκων και για ραντεβού εξέτασης ασθενή για συνέχιση θεραπείας (follow – up) και τα οποία περιλαμβάνουν

I. Το σύστημα λειτουργίας των ραντεβού

II. Την επίσπευση του ραντεβού

III. Την ακύρωση ή / και την καθυστέρηση ή / και την αναβολή του ραντεβού

IV. Τη διευθέτηση ή / και την επαναδιευθέτηση του ραντεβού, και

- V.Τη δυσκολία τηλεφωνικής διευθέτησης ραντεβού
8. Το Τμήμα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών (ΤΑΕΠ) που αφορά κυρίως την αναμονή των ασθενών για μεγάλο χρονικό διάστημα για περίθαλψη
9. Τους χώρους του νοσοκομείου που αφορούν
- I.Την καθαριότητα
  - II.Τους χώρους καπνίσματος
  - III.Το χώρο στάθμευσης και το χώρο στάθμευσης αναπήρων
  - IV.Τη πρόσβαση για ανάπηρους και
  - V.Την τοποθέτηση ενημερωτικών πινακίδων
10. Τη καθυστέρηση στην αποπεράτωση ιατρικών εκθέσεων
11. Τη καθυστέρηση ή / και απώλεια ή / και παράλειψη Διεκπεραίωσης Αναλύσεων ή / και Εξετάσεων ή / και Ακτινογραφιών
12. Την καθυστέρηση ή / και ακύρωση στη διενέργεια εγχειρήσεων ή / και επεμβάσεων
13. Το δικαίωμα πρόσβασης ασθενών σε εξετάσεις, όπως Ακτινογραφίες και CT – scan
14. Την έλλειψη αναλωσίμων υλικών ή / και εργαλείων
15. Την έλλειψη κλινών
16. Τον Ιατρικό, Ξενοδοχειακό και άλλο Εξοπλισμό
17. Το Φαρμακείο των Δημόσιων Νοσηλευτηρίων, που αφορά
- I.Τη λειτουργία του Φαρμακείου
  - II.Την επιχορήγηση φαρμάκων, και
  - III.Την έλλειψη ή / και αντικατάσταση Φαρμάκων από γενόσημα
18. Τα αιτήματα ασθενών για έξοδα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, που περιλαμβάνει
- I.Την επιστροφή εξόδων για νοσηλεία στον ιδιωτικό τομέα, και
  - II.Τα έξοδα νοσηλείας σε Δημόσιο Νοσηλευτήριο
19. Την έλλειψη προσωπικού
20. Τα Εξωτερικά Ιατρεία Ειδικοτήτων, που περιλαμβάνουν
- I.Τη λειτουργία των Εξωτερικών Ιατειών
  - II.Την έλλειψη ειδικοτήτων στα Εξωτερικά Ιατρεία
  - III.Τη καθυστερημένη άφιξη Ιατρούστα Εξωτερικά Ιατρεία
  - IV.Την αδικαιολόγητη απουσία ιατρούστα Εξωτερικά Ιατρεία
  - V.Τη δικαιολογημένη απουσία Ιατρούστα Εξωτερικά Ιατρεία, και
  - VI.Την έλλειψη ενημέρωσης ασθενή για απουσία ιατρού στα Εξωτερικά Ιατρεία
21. Το Ιατρικό Αρχείο που αφορά
- I.Τη λειτουργία εξοπλισμού εξεύρεσης φακέλων (KARDEX)

- II. Την απώλεια ιατρικού φακέλου, και
  - III. Το δικαίωμα του ασθενή να εφοδιάζεται με αντίγραφο του ιατρικού του αρχείου, π.χ. ιατρικά έγγραφα
  - 22. Τις καταγγελίες εναντίον ιατρικού προσωπικού για
    - I. Ισχυρισμό για ιατρική αμέλεια
    - II. Λανθασμένη διάγνωση
    - III. Άρνηση εξέτασης του ασθενή και
    - IV. Τη συνταγογράφηση φαρμάκων σε βιβλιάριο υγείας ασθενή από ιατρό
  - 23. Τις καταγγελίες εναντίον νοσηλευτικού προσωπικού
  - 24. Τις καταγγελίες εναντίον άλλου προσωπικού
  - 25. Τις Θρησκευτικές Πεποιθήσεις του ασθενή
  - 26. Την ενημέρωση και πληροφόρηση ασθενών για ανανέωση κάρτας νοσηλείας, τη διαδικασία έκδοσης ιατρικής έκθεσης και την κάλυψη της κάρτας νοσηλείας
  - 27. Την ενημέρωση των οικείων του ασθενή για την κατάσταση ή / και το εξιτήριο ασθενή
  - 28. Την εξυπηρέτηση ασθενών, όπως η μεταφορά τους με ασθενοφόρο
- Οι επιμέρους ομάδες που έχουν υποβληθεί από ασθενείς εκτός παραπόνων περιλαμβάνουν:
- 29. Τις Επιθυμίες ασθενών για
    - I. Χειρουργική επέμβαση
    - II. Αλλαγή του θεράποντα ιατρού και
    - III. Παραμονή ασθενή στο Νοσοκομείο
  - 30. Τις Ευχαριστίες και τα Συγχαρητήρια ασθενών, και
  - 31. Τις εισηγήσεις των ασθενών

#### **4.4. Ποσοτική Μεθοδολογία**

Η ερευνητική προσέγγιση του θέματος γίνεται με ποσοτική μεθοδολογία, η οποία χρησιμοποιήθηκε για την εξαγωγή βασικών περιγραφικών χαρακτηριστικών που αποτέλεσαν την αφετηρία για την μετέπειτα σε βάθος ανάλυση των ευρημάτων. Στο πλαίσιο της ποσοτικής μεθοδολογίας, η συλλογή των εντύπων παραπόνων άρχισε τον Ιούλιο του 2012 και ολοκληρώθηκε τον Φεβρουάριο του 2013. Οι πηγές δεδομένων αποτέλεσαν το αρχείο παραπόνων των Λειτουργών Δικαιωμάτων Ασθενών των Δημόσιων Νοσηλευτηρίων και το αρχείο της Διοίκησης του Υπουργείου Υγείας. Η διαδικασία αναπαραγωγής των εντύπων ήταν χρονοβόρα και απαιτούσε την ενεργό συμμετοχή του προσωπικού του εκάστοτε Νοσοκομείου. Παράλληλα με την συλλογή των εντύπων έγινε συστηματική μελέτη και ανάλυση του υλικού, αναγνώριση ομάδων, κωδικοποίηση και εισαγωγή τους στον ηλεκτρονικό

υπολογιστή, ενώ η επεξεργασία των ευρημάτων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS V20 (Statistical Package for Social Sciences).

## 4.5. Ποιοτική μεθοδολογία

Στα πλαίσια της ποιοτικής έρευνας και για καλύτερη επεξεργασία, έλεγχο και ερμηνεία των ευρημάτων και άντληση δεδομένων, προγραμματίστηκαν και πραγματοποιήθηκαν από τους ερευνητές συναντήσεις με τους Διευθυντές των Νοσοκομείων κατόπιν τηλεφωνικής επικοινωνίας. Στις συναντήσεις χρησιμοποιήθηκε η διαδικασία της ημιδομημένης συνέντευξης, δίνοντας έτσι τη δυνατότητα εμβάθυνσης, εκεί όπου τα ευρήματα της έρευνας ήταν αδιευκρίνιστα. Οι συνεντεύξεις ήταν κατά κανόνα προφορικές. Σύμφωνα με τον Tuckman (1972) «Παρέχοντας μια πρόσβαση σε αυτό που βρίσκεται «μέσα στο κεφάλι ενός ανθρώπου», δίνεται η δυνατότητα να μετρηθεί τι γνωρίζει ένα άτομο (γνώση ή πληροφόρηση), τι αρέσει ή τι δεν αρέσει σε ένα άτομο (αξίες και προτιμήσεις) και τι σκέφτεται ένα άτομο (στάσεις και πεποιθήσεις)». Η συνέντευξη μπορεί να χρησιμοποιηθεί, για να ελεγχθούν υποθέσεις ή να υποδειχθούν νέες ή ως ερευνητικό εργαλείο, που βοηθά να εντοπιστούν οι μεταβλητές και οι σχέσεις (CohenandManion, 1994). Οι Διευθυντές των Νοσοκομείων ρωτήθηκαν εάν επιθυμούσαν να ηχογραφηθεί η συνέντευξη, ενώ όλοι έδωσαν την ρητή συγκατάθεση τους προκειμένου να συμμετέχουν στην έρευνα. Οι Διευθυντές των Νοσοκομείων έλαβαν διαβεβαίωση από τους ερευνητές ότι τα στοιχεία της έρευνας θα χρησιμοποιηθούν μόνο για το σκοπό αυτής και ότι το ηχογραφημένο υλικό θα καταστραφεί με την ολοκλήρωσή της. Η πρώτη προφορική συνέντευξη πραγματοποιήθηκε τη Παρασκευή, 29 Μαρτίου 2013 με τη Διευθύντρια του Γενικού Νοσοκομείου Αμμοχώστου και η δεύτερη τη Παρασκευή, 12 Απριλίου με τον Διευθυντή του Γενικού Νοσοκομείου Λάρνακας. Η τρίτη και τέταρτη συνέντευξη πραγματοποιήθηκαν την Τετάρτη, 24 Απριλίου 2013 με τον Διευθυντή του Γενικού Νοσοκομείου Πάφου και τον Διευθυντή του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού αντίστοιχα. Ο χώρος παραχώρησης των συνεντεύξεων ήταν αυτός των Νοσοκομείων και η μέση διάρκεια της ήταν περίπου 2 ώρες.

Η διαδικασία διεξαγωγής της συνέντευξης πραγματοποιήθηκε με ηχογράφηση, η οποία χρησιμοποιήθηκε ως μέσο απομαγνητοφώνησης. Η ηχογράφηση είχε ως στόχο την ακριβή συλλογή των προσωπικών εκφράσεων και διατυπώσεων του εκάστοτε Διευθυντή Νοσοκομείου, αλλά και τη διευκόλυνση των ερευνητών για ενεργητική ακρόαση. Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης οι ερευνητές, όπου κρινόταν απαραίτητο έκαναν διευκρινιστικές ερωτήσεις ή / και παρεμβάσεις με κυριότερο σκοπό την καλύτερη κατανόηση των ερωτήσεων από τον Διευθυντή καθώς και της θέσης του απέναντι στο θέμα.

Μετά την συνέντευξη, ακολούθησε η χρονοβόρα αλλά απαραίτητη διαδικασία της απομαγνητοφώνησης του υλικού από τους ερευνητές με στόχο τη μετατροπή του προφορικού λόγου σε γραπτό κείμενο. Με τον τρόπο αυτό μπορεί να αναλυθεί με μεγαλύτερη συστηματικότητα ο γραπτός λόγος, ώστε να πραγματοποιηθεί με ευκολία η σύνταξη και ανάλυση των περιεχομένων. Η καταγραφή των πληροφοριών αμέσως μετά το τέλος της συνέντευξης έχει αναγνωριστεί ως ένας από τους τρόπους ελέγχου των προκαταλήψεων και παραγωγής αξιόπιστων δεδομένων για την ανάλυση. Για την επεξεργασία των συνεντεύξεων διενεργήθηκε ανάλυση (Adinolfi, 2010) που οδήγησε στην ερμηνεία των δεδομένων, τη δημιουργία ευρύτερων κατηγοριών, τη σε βάθος ανάλυση και σύγκριση των απαντήσεων καθώς και τη συναγωγή βασικών συμπερασμάτων. Με την ολοκλήρωση κάθε συνέντευξης και την απομαγνητοφώνηση, υπήρχε η δυνατότητα αναθεώρησης και εμπλουτισμού της μεταπτυχιακής διατριβής (Τσιώλης, 2006) από τους ερευνητές.

Παράλληλα με την προγραμματισμένη επίσκεψη στα Νοσοκομεία δόθηκε σχετικό ερωτηματολόγιο το οποίο εστιάστηκε στο Λειτουργό Δικαιωμάτων Ασθενών, που διαχειριζόταν τα παράπονα την περίοδο που εξετάζουμε, αφού ήδη ορισμένοι από τους Λειτουργούς Παραπόνων Ασθενών, με τους οποίους έγινε επαφή στα αρχικά στάδια της έρευνας, είχαν ήδη αφυπηρετήσει. Σημειώνεται ότι το ημιδομημένο ερωτηματολόγιο (Μινάκη, 2011) εγκρίθηκε, για να χρησιμοποιηθεί στην παρούσα, αφού κρίθηκε κατάλληλο να εξετάσει τα ερευνητικά ερωτήματα της μεταπτυχιακής διατριβής. Ο στόχος ήταν να δοθεί η ευκαιρία και στους Λειτουργούς Δικαιωμάτων Ασθενών να αναπτύξουν τις δικές τους απόψεις, σχόλια και εισηγήσεις σχετικά με το υπό μελέτη θέμα. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε δεκαέξι (16) ανοικτές ερωτήσεις, βασικοί άξονες των οποίων ήταν, μεταξύ άλλων, η περιγραφή της διαδικασίας υποβολής, διερεύνησης και απόκρισης των παραπόνων ασθενών, η αξιολόγηση του αριθμού των παραπόνων, οι κυριότερες αιτίες υποβολής παραπόνων, το είδος και η σοβαρότητα των παραπόνων, η αποτελεσματικότητα και τα οφέλη της υφιστάμενης διαδικασίας για τους ασθενείς και για τα νοσοκομεία, αλλά και πιθανές προτάσεις βελτίωσης της. Σημειώνεται ότι, πριν από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, ο Λειτουργός Δικαιωμάτων Ασθενών ενημερωνόταν προφορικά από τους ερευνητές για το σκοπό διεξαγωγής της έρευνας, την εθελοντικότητα συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου και την εμπιστευτικότητα των στοιχείων.

## **4.6. Δεοντολογικά θέματα και Ηθικές προεκτάσεις**

Στην παρούσα, οι ερευνητές έχοντας την ηθική υποχρέωση κατέβαλαν κάθε δυνατή προσπάθεια να προστατεύσουν τα δικαιώματα των ασθενών που εμμέσως συμμετείχαν στην έρευνα. Τα βασικά δικαιώματα για τα οποία έγινε προσπάθεια να διασφαλιστούν ήταν το δικαίωμα της προσωπικής ζωής

και αξιοπρέπειας του ασθενή και το δικαίωμα της ανωνυμίας και εμπιστευτικότητας. Τα ευρήματα που έχουν προκύψει κωδικοποιήθηκαν, έτσι ώστε να μην μπορούν να συσχετισθούν με τα άτομα που τα παρείχαν. Συγκεκριμένα δε χρησιμοποιήθηκαν ονόματα των ασθενών είτε κάποιο άλλο προσωπικό στοιχείο που να παραπέμπει στην ταυτότητά του. Η ανάλυση του περιεχομένου των εντύπων πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τις διατάξεις του περί επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμου του 2001 (Ν. 138 (Ι) / 2001 όπως τροποποιήθηκε με το Ν. 37 (Ι) / 2003). Όλες οι πληροφορίες που έχουν συλλεχθεί και μελετηθεί, έτυχαν εμπιστευτικού χειρισμού και χρησιμοποιήθηκαν μόνο για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας

## 4.7. Έγκριση από αρμόδιες Αρχές

Για την παραχώρηση έγκρισης άδειας διεξαγωγής μεταπτυχιακής διατριβής που αφορά το Υπουργείο Υγείας θα πρέπει αρχικά να παραχωρηθεί σχετική έγκριση από τον Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, αφού αποσαφηνιστεί γραπτώς ότι η έρευνα θα διεξαχθεί στα πλαίσια της ανωνυμίας και εμπιστευτικότητας, και από τον Πρόεδρο της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου. Τα δύο (2) αιτήματα υποβλήθηκαν στις 14 Ιουνίου 2012 και οι σχετικές γνωστοποιήσεις των αποφάσεων τους αποστάληκαν μία (1) μέρα αργότερα, στις 15 Ιουνίου 2012.

Τρεις (3) μέρες αργότερα, 18 Ιουνίου 2012, κατατέθηκε στην Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας σχετικό αίτημα για έγκριση διεξαγωγής διπλωματικής ερευνητικής εργασίας με τίτλο «Αποτύπωση και Μελέτη Παραπόνων Ασθενών σε Δημόσια Νοσηλευτήρια της Κύπρου», η οποία πραγματοποιείται στα πλαίσια του προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου. Στις 19 Ιουνίου 2012, η Επιστημονική Επιτροπή ενέκρινε για Γενικό Διευθυντή Υπουργείου Υγείας, το σχετικό αίτημα, με την προϋπόθεση ότι σε καμία περίπτωση θα πρέπει να διαταράσσεται η ομαλή λειτουργία των Τμημάτων των Δημόσιων Νοσηλευτηρίων όπου θα διεξαχθεί η σχετική έρευνα.

## 4.8. Ανάλυση αποτελεσμάτων

Σε γενικές γραμμές έγινε χρήση ποσοτικής και ποιοτικής μεθοδολογίας και άντληση στοιχείων από τρεις (3) ξεχωριστές πηγές, έτσι ώστε να προκύψουν ολοκληρωμένα συμπεράσματα από τρεις (3) διαφορετικές οπτικές γωνίες. Από τη μία, η αναδρομική μελέτη των αρνητικών εμπειριών ή / και εισηγήσεων ή / και αιτημάτων ή / και επιθυμιών των ασθενών ή συγγενών / φιλικών τους προσώπων που υποβλήθηκαν γραπτώς τη δεδομένη χρονική στιγμή υποβολής του παραπόνου. Από την άλλη, η περιγραφή των εμπειριών των Λειτουργών Δικαιωμάτων Ασθενών μέσω ερωτηματολογίου και των



Διευθυντών των Νοσοκομείων με διευκρινήσεις ή / και σχόλια ή / και παρατηρήσεις για τα ευρήματα με τη μέθοδο της ηχογραφημένης συνέντευξης.

Η εξαγωγή συμπερασμάτων από τρεις (3) διαφορετικές οπτικές γωνίες συμβάλει στην τριγωνοποίηση των δεδομένων και διασφαλίζει την πιστότητα, την αυθεντικότητα, τη δυνατότητα αναπαραγωγής και τη σταθερότητα των ερευνητικών αποτελεσμάτων. Η τριγωνοποίηση πραγματοποιείται από τη διασταύρωση και συμπληρωματική χρήση τόσο των ερευνητικών προσεγγίσεων όσο και των ερευνητικών δεδομένων (Μπελλάλη, 2006). Οι CohenandManion (1994), αναφέρουν ότι «οι τεχνικές τριγωνοποίησης στις κοινωνικές επιστήμες επιχειρούν να σχεδιάσουν, ή να εξηγήσουν, πιο ολοκληρωμένα, τον πλούτο και την πολυπλοκότητα της ανθρώπινης συμπεριφοράς, εξετάζοντας την από περισσότερες οπτικές γωνίες, χρησιμοποιώντας ποσοτικά και ποιοτικά δεδομένα». Η τριγωνοποίηση μπορεί να οριστεί ως «η χρήση δύο ή περισσότερων μεθόδων συλλογής στοιχείων για τη μελέτη κάποιας πλευράς της ανθρώπινης συμπεριφοράς» (CohenandManion, 1994). Καθώς στην ποιοτική έρευνα σκοπός δεν είναι η γενίκευση των αποτελεσμάτων στον ευρύτερο πληθυσμό, εφαρμόστηκε η δειγματοληψία βάσει των στόχων της παρούσας έρευνας προκειμένου να εξασφαλιστούν περιπτώσεις πλούσιες σε πληροφόρηση. Η επιλογή της ποιοτικής μεθοδολογίας κρίθηκε απαραίτητη λόγω της φύσης του υπό διερεύνηση φαινομένου που είναι οι εμπειρίες των ασθενών στα Δημόσια Νοσηλευτήρια της Κύπρου (Μπελλάλη, 2006).

## 4.9. Περιορισμοί της έρευνας

Είναι αναγκαίο όπως πριν από την συζήτηση των κύριων ευρημάτων της μεταπτυχιακής διατριβής να επισημανθούν οι μεθοδολογικοί περιορισμοί, οι οποίοι πιθανόν να επηρέασαν τη διαμόρφωση των αποτελεσμάτων. Οι περιορισμοί έχουν ως εξής:

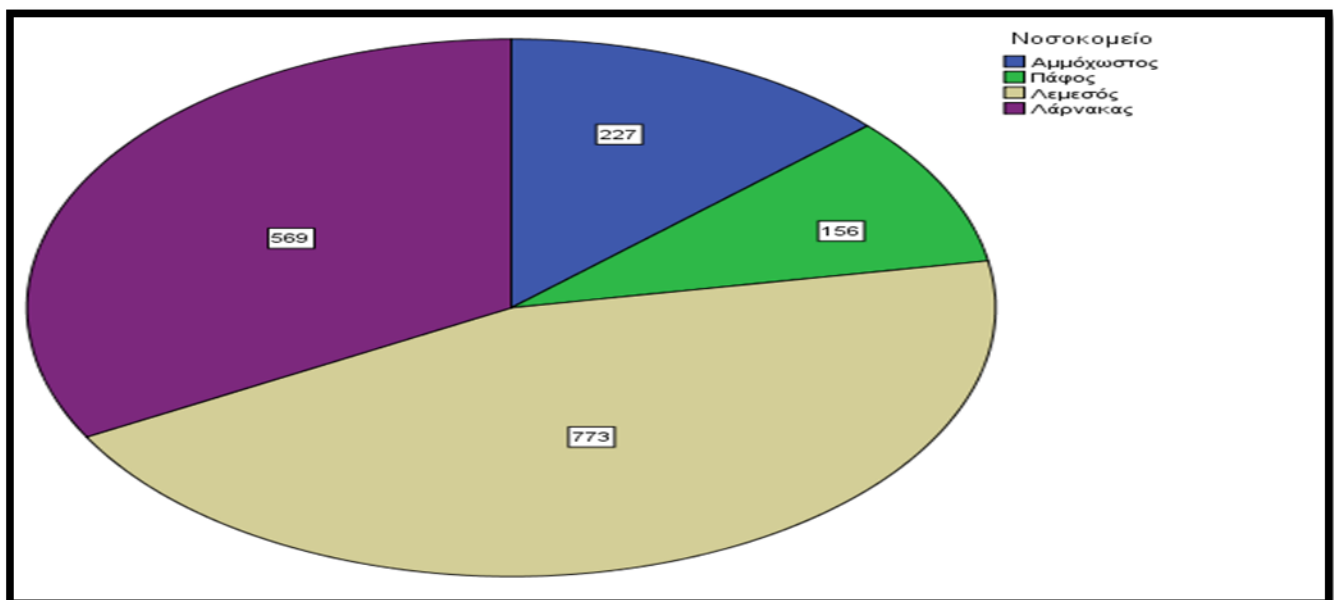
1. Τα παράπονα ή / και εισηγήσεις ή / και αιτήματα ασθενών που δεν έχουν υποβληθεί σε τυποποιημένο έντυπο παραπόνων δε λήφθηκαν υπόψη.
2. Στις αδυναμίες της έρευνας περιλαμβάνεται η απουσία ενός πρότυπου μηχανογραφημένου συστήματος καταγραφής, ανάλυσης και κατηγοριοποίησης των παραπόνων που θα επέτρεπε την αντικειμενικότερη κατηγοριοποίηση των πληροφοριών, καθώς και η απουσία ενός πλαισίου αξιολόγησης της αξιοπιστίας των υποβληθέντων παραπόνων.
3. Στην ανάλυση των παραπόνων, δεν έχουν ληφθεί υπόψη παράπονα που έχουν υποβληθεί για τα Αγροτικά και Αστικά Κέντρα Υγείας των Επαρχιών καθώς και το παλαιό Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας και Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού.

4. Η άρνηση της Λειτουργού Δικαιωμάτων Ασθενών Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας και της Προέδρου της Επαρχιακής Επιτροπής Εξέτασης Παραπόνων Λευκωσίας να δοθεί σχετική πρόσβαση για εξέταση και ανάλυση του αρχείου παραπόνων των ασθενών παρά τις διαβεβαιώσεις που είχαν δοθεί ότι η έρευνα θα διεξαχθεί μέσα στα πλαίσια της ανωνυμίας και εμπιστευτικότητας των πληροφοριών. Συνεπώς, η έρευνα δεν περιλαμβάνει τα παράπονα των ασθενών που έχουν υποβληθεί στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, το οποίο κατά κανόνα δέχεται τους περισσότερους ασθενείς, αφού περιλαμβάνει όλες τις ιατρικές ειδικότητες και είναι το μεγαλύτερο νοσοκομείο της Κύπρου.
5. Η έλλειψη εφαρμογής ενιαίου εντύπου παραπόνων ασθενών στα Νοσοκομεία που να υποστηρίζει συγκεκριμένες αρμοδιότητες και δραστηριότητες, μεαποτέλεσμα, σε κάποια από αυτά να παρουσιάζονται ελλείψεις ως προς τα στοιχεία ασθενών όπως ο αριθμός ταυτότητας, ηλικία, επάγγελμα κ.ά.

## Αποτελέσματα

### 5.1. Περιγραφική ανάλυση δεδομένων

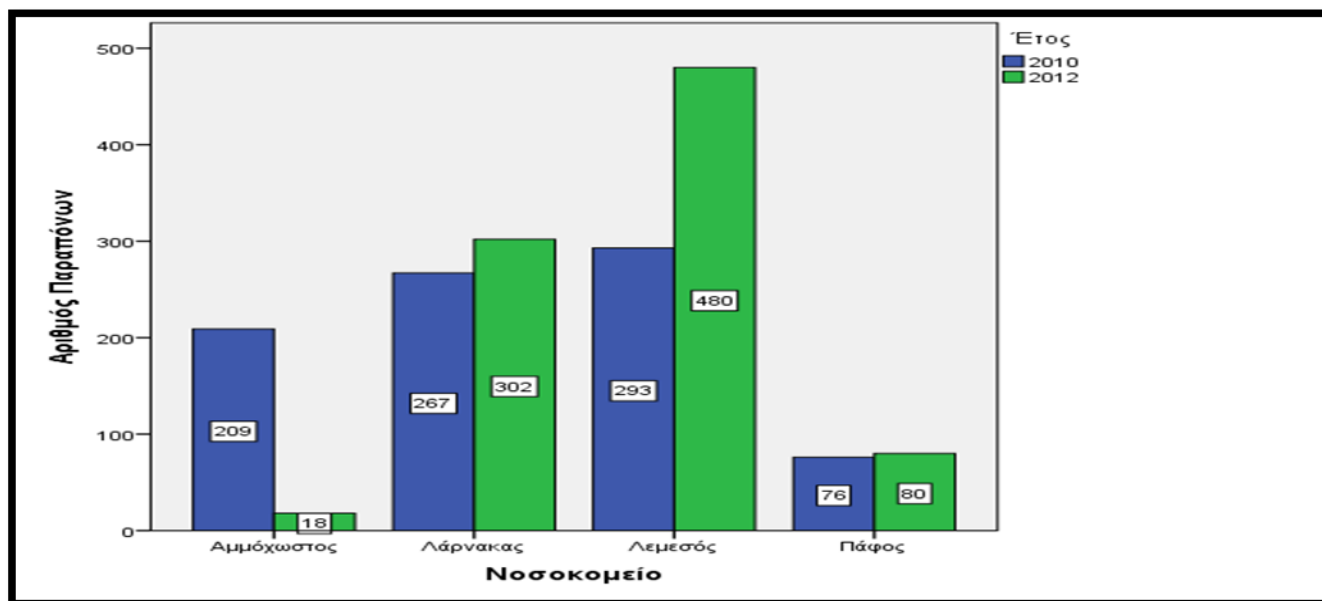
Στο Διάγραμμα 1 παρουσιάζεται η κατανομή του συνολικού αριθμού των παραπόνων που έχουν υποβληθεί για κάθε Νοσοκομείο για τα έτη 2010 και 2012. Συνολικά, έχουν μελετηθεί, αναλυθεί και καταγραφεί 1725 παράπονα, εκ των οποίων τα 773 παράπονα (44,85%) αντιστοιχούν στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, τα 569 παράπονα (33%) στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας, τα 227 παράπονα (13,15%) στο Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου και τα 156 παράπονα (9%) στο Γενικό Νοσοκομείο Πάφου.



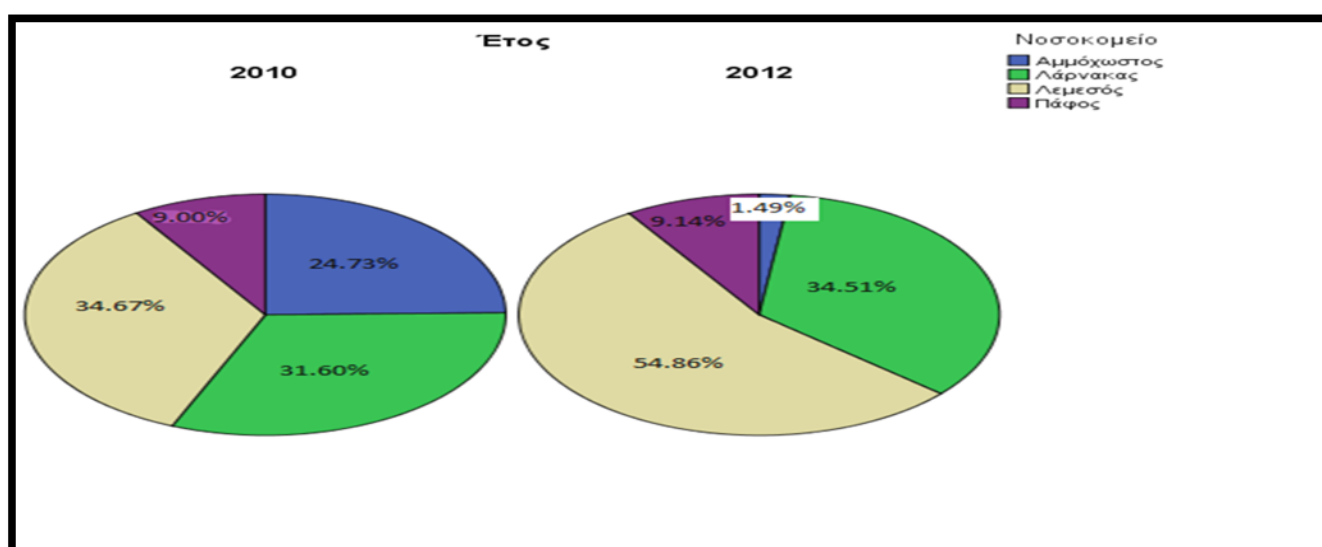
**Διάγραμμα 1:** Κατανομή του συνολικού αριθμού παραπόνων που έχουν υποβληθεί ανά δημόσιο νοσηλευτήριο για τα έτη 2010 και 2012

Ακολούθως, στο Γράφημα 1 παρουσιάζεται αναλυτικά η κατανομή του αριθμού των παραπόνων ανά Δημόσιο Νοσηλευτήριο για τα έτη 2010 και 2012 ενώ στο Διάγραμμα 2 απεικονίζεται η κατανομή της ποσοστιαίας αναλογίας του αριθμού των παραπόνων ανά Νοσοκομείο για τα έτη 2010 και 2012, αντίστοιχα. Το 2010, σε σύνολο 845 παραπόνων, τα πιο πολλά από αυτά υποβλήθηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού (293 παράπονα ή 34,67%), και ακολουθεί με μικρή διαφορά το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας με 267 παράπονα (31,6%), το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου με 209 παράπονα (24,73%) και το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου με μόλις 76 παράπονα (9%). Αντίστοιχα, το 2012, σε σύνολο 880 παραπόνων τα πιο πολλά από τα οποία υποβάλλονται στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού (480 παράπονα ή 54,86%) έναντι 302 παραπόνων (34,51%) στο Γενικό

Νοσοκομείο Λάρνακας. Ο αριθμός των παραπόνων για το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου ανέρχεται σε 80 παράπονα (9,14%) ενώ για το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου σε 18 παράπονα (1,49%). Σύμφωνα με το Γράφημα 1, το 2012 ο αριθμός των παραπόνων παρουσιάζει σημαντική αύξηση για το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού κατά 24,2%, ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας κατά 6,15%, το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου κατά 2,57% ενώ μειώνεται σημαντικά για το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου κατά 84,1%.



**Γράφημα 1:** Συγκριτική κατανομή του συνολικού αριθμού των παραπόνων ανά δημόσιο νοσηλευτήριο για τα έτη 2010 και 2012



**Διάγραμμα 2:** Συγκριτική κατανομή της ποσοστιαίας αναλογίας του αριθμού των παραπόνων ανά δημόσιο νοσηλευτήριο για τα έτη 2010 και 2012, αντίστοιχα

Ο Πίνακας 1 παρουσιάζει το συνολικό αριθμό των ασθενών που έχουν επισκεφτεί τα Νοσοκομεία για τα έτη 2010 και 2012, αντίστοιχα. Σύμφωνα με τα στοιχεία που έχουν δοθεί από τις Διευθύνσεις των Νοσοκομείων, το 2010 ο αριθμός των ασθενών που έχουν επισκεφθεί το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου ανέρχεται σε 150461 και το 2012 σε 168492, το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας σε 205279 και 225083, το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου σε 183035 και 233169 και το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού σε 293698 και 357601 ασθενείς αντίστοιχα. Ο αριθμός των ασθενών περιλαμβάνει τους εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς, καθώς και τους ασθενείς που έχουν τύχει περίθαλψης στα Τμήματα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών (ΤΑΕΠ)<sup>13</sup> των Νοσοκομείων. Σύμφωνα με τον Πίνακα 1, τα Νοσοκομεία παρουσιάζουν σημαντικότερη αύξηση ασθενών από το 2010 στο 2012. Το υψηλότερο ποσοστό παρουσιάζεται στο Γενικό Νοσοκομείο Πάφου με 12,05% και ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού με 9,81%. Στο Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου και στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας εμφανίζονται περίπου τα ίδια ποσοστά με 5,65% και 4,6% αντίστοιχα.

### Πίνακας 1

*Κατανομή του αριθμού των ασθενών που έχουν επισκεφθεί τα δημόσια νοσηλευτήρια για τα έτη 2010 και 2012 και το ποσοστό αύξησης τους από το 2010 στο 2012 με βάση τον συνολικό αριθμό ασθενών*

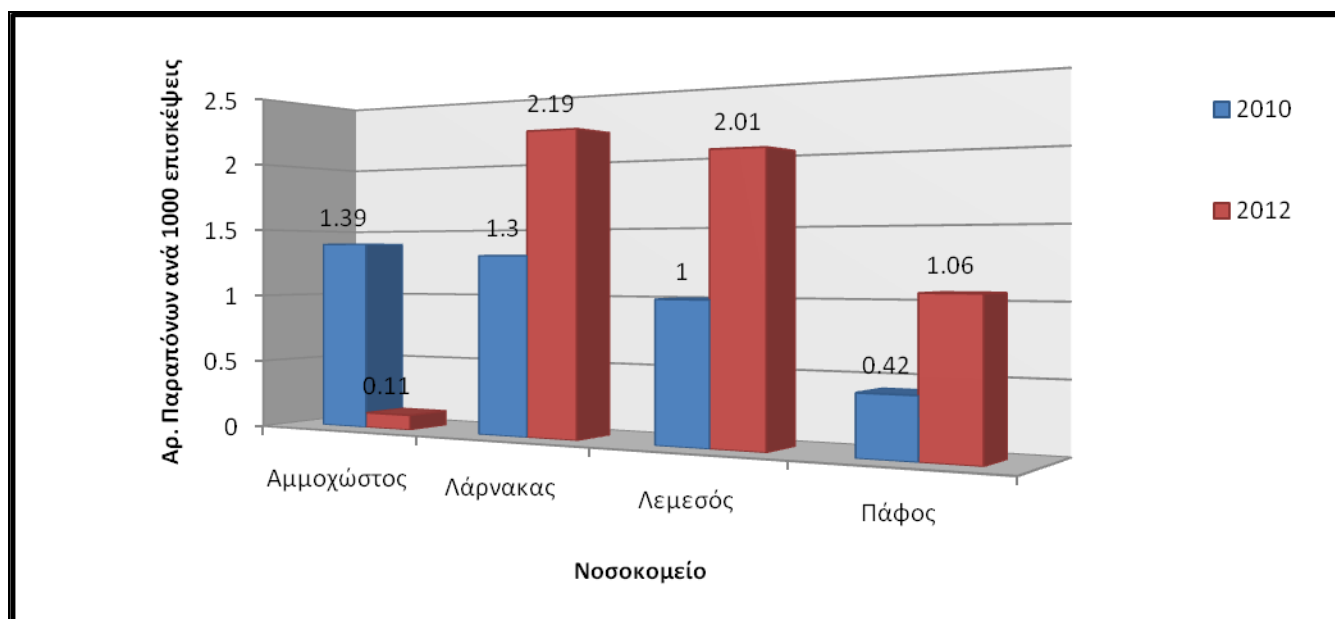
Νοσοκομείο	Έτος	Συνολικός Αριθμός Ασθενών	Ποσοστό αύξησης ασθενών*
Αμμόχωστος	2010	150461	
	2012	168495	
	<b>Σύνολο</b>	<b>318956</b>	<b>5,65%↑</b>
Λάρνακα	2010	205279	
	2012	225083	
	<b>Σύνολο</b>	<b>430362</b>	<b>4,60%↑</b>
Λεμεσός	2010	293698	
	2012	357601	
	<b>Σύνολο</b>	<b>651299</b>	<b>9,81%↑</b>
Πάφος	2010	183035	
	2012	233169	
	<b>Σύνολο</b>	<b>416204</b>	<b>12,05%↑</b>

\*Η ποσοστιαία αναλογία των ασθενών έχει υπολογισθεί με βάση τη διαφορά των υπό μελέτη ετών διαιρούμενο με τον συνολικό αριθμό των ασθενών που έχουν επισκεφθεί το εκάστοτε Δημόσιο Νοσηλευτήριο

Το Γράφημα 2 παρουσιάζει αναλυτικά τη συγκριτική κατανομή του αριθμού των παραπόνων ανά Νοσοκομείο για τα έτη 2010 και 2012 ανά 1000 επισκέπτες. Το 2010 η αναλογία παραπόνων των ασθενών για το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου ανέρχεται στα 1,39 παράπονα ανά 1000 επισκέπτες (209 παράπονα), για το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας στα 1,3 παράπονα ανά 1000 επισκέπτες (267

<sup>13</sup>Στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, το ΤΑΕΠ έχει επονομαστεί σε ΤΕΠΑ (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και Ατυχημάτων)

παράπονα), το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού στο 1 παράπονο ανά 1000 επισκέπτες (293 παράπονα) και το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου 0,42 παράπονα ανά 1000 επισκέπτες (76 παράπονα). Αντίστοιχα, το 2012, η πλειοψηφία του αριθμού των παραπόνων φαίνεται να έχει υποβληθεί στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας με 2,19 παράπονα ανά 1000 επισκέπτες (302 παράπονα), ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού στα 2,01 παράπονα (480 παράπονα) και το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου στα 1,06 παράπονα (80 παράπονα) αντίστοιχα. Η αναλογία του αριθμού των παραπόνων για το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου είναι σχεδόν αμελητέα και ανέρχεται στα 0,11 παράπονα ανά 1000 επισκέπτες (18 παράπονα).



**Γράφημα 2:** Συγκριτική κατανομή του αριθμού παραπόνων ανά δημόσιο νοσηλευτήριο για τα έτη 2010 και 2012 ανά 1000 επισκέπτες

Ο Πίνακας 2 παρουσιάζει την κατανομή του αριθμού παραπόνων σύμφωνα με την ιδιότητα του παραπονούμενου καθώς και τον τρόπο υποβολής του παραπόνου. Από τα 1725 παράπονα που έχουν μελετηθεί, αναλυθεί και καταγραφεί, τα 1504 παράπονα (87,14%) έχουν υποβληθεί από τους ίδιους τους ασθενείς, τα 152 παράπονα (8,8%) από συγγενικό ή/και φιλικό τους πρόσωπο, τα 48 παράπονα (2,78%) έχουν καταγραφεί τηλεφωνικά και τα 21 παράπονα (1,22%) έχουν υποβληθεί με επιστολή. Αξιοσημείωτο το γεγονός ότι, το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου παρουσιάζει τον υψηλότερο αριθμό παραπόνων που έχουν υποβληθεί τηλεφωνικά με 33 παράπονα (68,8%). Ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού με 9 παράπονα (18,7%) και το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας με 6 παράπονα (12,5%). Το 2010 και 2012 δεν έχει υποβληθεί κανένα παράπονο τηλεφωνικά στο Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου.

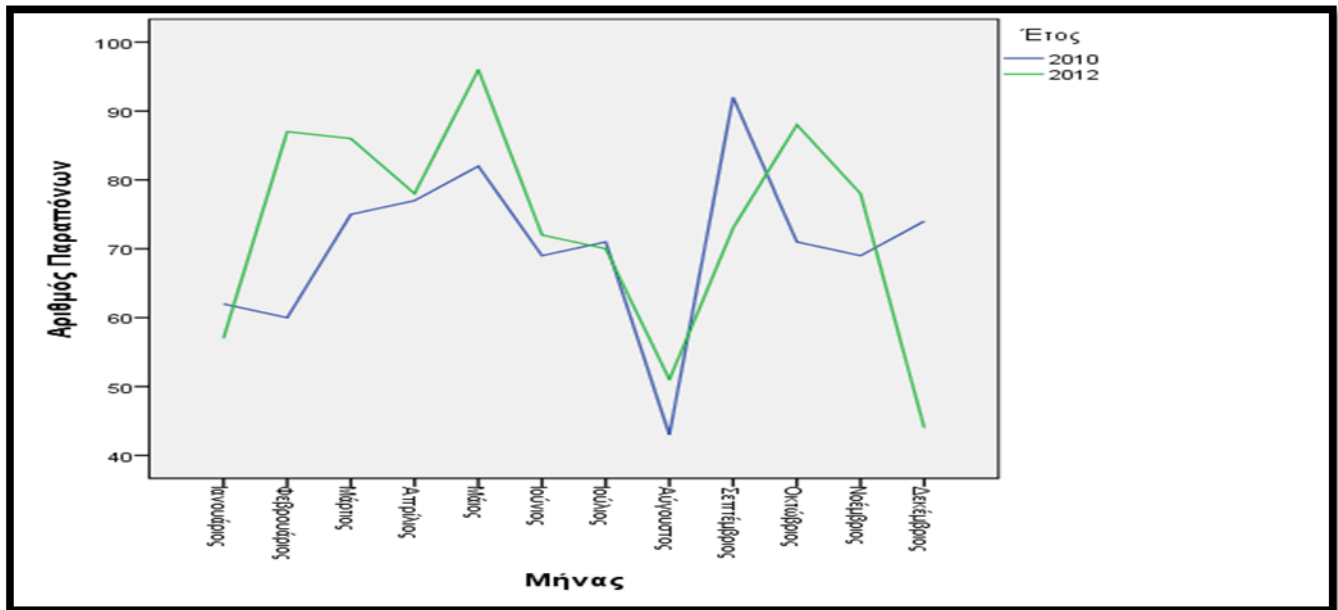
## Πίνακας 2

Κατανομή του αριθμού των παραπόνων με βάση την ιδιότητα του παραπονούμενου και του τρόπου υποβολής του παραπόνου ανά δημόσιο νοσηλευτήριο για τα έτη 2010 και 2012

Νοσοκομείο	Έτος	Υποβολή	Υποβολή	Υποβολή	Υποβολή
		Παραπόνου	Παραπόνου	Παραπόνου	Παραπόνου
		Ασθενείς	Συγγενικό / Φιλικό Πρόσωπο	Τηλεφωνικός	Με επιστολή*
Αμμόχωστος	2010	179	26	0	3
	2012	18	0	0	0
	Σύνολο	197 / 1504 (13,1%)	26 / 152 (17,1%)	0 (0%)	3 / 22 (13,6%)
Λάρνακα	2010	234	25	0	9
	2012	259	31	6	6
	Σύνολο	493 / 1504 (32,8%)	56 / 152 (36,9%)	6 / 48 (12,5%)	15 / 22 (68,2%)
Λεμεσός	2010	268	19	5	1
	2012	458	16	4	2
	Σύνολο	726 / 1504 (48,3%)	35 / 152 (23%)	9 / 48 (18,7%)	3 / 22 (13,6%)
Πάφος	2010	42	22	12	0
	2012	46	13	21	0
	Σύνολο	88 / 1504 (5,6%)	35 / 152 (23%)	33 / 48 (68,8%)	0 (0%)
Σύνολο	2010	723	92	17	14
	2012	781	60	31	8
	Σύνολο	1504 / 1725 (87,14%)	152 / 1725 (8,8%)	48 / 1725 (2,78%)	21 / 1725 (1,22%)

\*Η ομάδα αυτή περιλαμβάνει τα παράπονα που έχουν υποβληθεί με επιστολή και έχουν επισυναφθεί στο σχετικό έντυπο παραπόνων

Στο Γράφημα 3 παρουσιάζεται η μηνιαία εξέλιξη υποβολής του αριθμού των παραπόνων για τα έτη 2010 και 2012. Σύμφωνα με το Γράφημα 3, το 2010, σε σύνολο 845 παραπόνων, τα περισσότερα παράπονα καταγράφονται κατά τον μήνα Σεπτέμβριο με 92 παράπονα (10,89%), ακολουθεί ο Μάιος με 82 παράπονα και ο Απρίλιος με 77 παράπονα (9,7% και 9,11% αντίστοιχα) και οι υπόλοιποι μήνες, με το χαμηλότερο αριθμό να εμφανίζεται τον Αύγουστο με 43 παράπονα (5,01%). Αντίστοιχα, το 2012, σε σύνολο 880 παραπόνων, η πλειοψηφία των παραπόνων καταγράφεται το μήνα Μάιο με 96 παράπονα (10,91%), ακολουθούν ο Οκτώβριος με 88 παράπονα, ο Φεβρουάριος με 87 παράπονα και ο Μάρτιος με 86 παράπονα (10% και 9,89% και 9,78% αντίστοιχα) και οι υπόλοιποι μήνες, με το χαμηλότερο αριθμό να εμφανίζεται τον Δεκέμβριο με 44 παράπονα και Αύγουστο με 51 παράπονα (5% και 5,8% αντίστοιχα). Η κατανομή του αριθμού των παραπόνων που έχουν υποβληθεί ανά μήνα με την αντίστοιχη ποσοστιαία αναλογία εμφανίζονται στον Πίνακα 3.



**Γράφημα 3:** Μηνιαία εξέλιξη υποβολής του αριθμού των παραπόνων για τα έτη 2010 και 2012



### Πίνακας 3

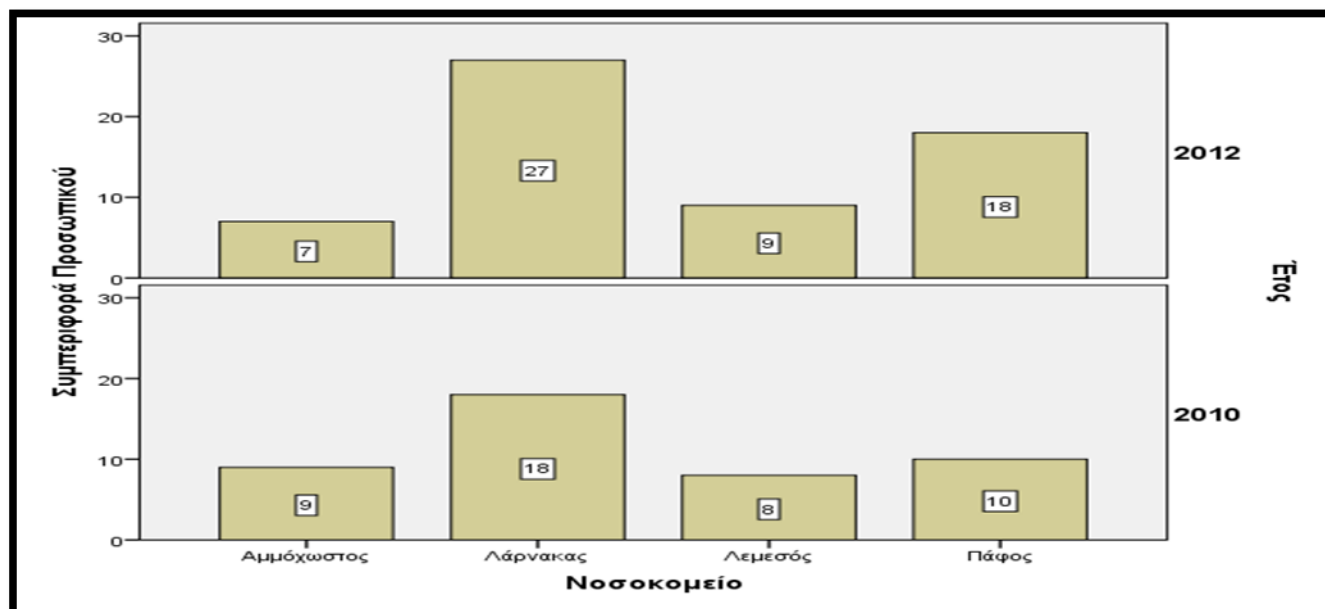
Κατανομή του συνολικού αριθμού παραπόνων και ποσοστιαία αναλογία ανά μήνα για τα έτη 2010 και 2012

Μήνας	Έτος	Αριθμός Παραπόνων	Ποσοστιαία Αναλογία
Ιανουάριος	2010	62 / 845	7,33%
	2012	57 / 880	6,47%
	<b>Σύνολο</b>	<b>119</b>	
Φεβρουάριος	2010	60 / 845	7,1%
	2012	87 / 880	9,89%
	<b>Σύνολο</b>	<b>147</b>	
Μάρτιος	2010	75 / 845	8,88%
	2012	86 / 880	9,78%
	<b>Σύνολο</b>	<b>161</b>	
Απρίλιος	2010	77 / 845	9,11%
	2012	78 / 880	8,87%
	<b>Σύνολο</b>	<b>155</b>	
Μάιος	2010	82 / 845	9,7%
	2012	96 / 880	10,9%
	<b>Σύνολο</b>	<b>178</b>	
Ιούνιος	2010	69 / 845	8,17%
	2012	72 / 880	8,18%
	<b>Σύνολο</b>	<b>141</b>	
Ιούλιος	2010	71 / 845	8,4%
	2012	70 / 880	7,95%
	<b>Σύνολο</b>	<b>141</b>	
Αύγουστος	2010	43 / 845	5,01%
	2012	51 / 880	5,8%
	<b>Σύνολο</b>	<b>94</b>	
Σεπτέμβριος	2010	92 / 845	10,89%
	2012	73 / 880	8,3%
	<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	
Οκτώβριος	2010	71 / 845	8,4%
	2012	88 / 880	10%
	<b>Σύνολο</b>	<b>159</b>	
Νοέμβριος	2010	69 / 845	8,17%
	2012	78 / 880	8,87%
	<b>Σύνολο</b>	<b>147</b>	
Δεκέμβριος	2010	74 / 845	8,8%
	2012	44 / 880	5%
	<b>Σύνολο</b>	<b>118</b>	
Σύνολο	<b>2010</b>	<b>845</b>	
	<b>2012</b>	<b>880</b>	
	<b>Σύνολο</b>	<b>1725</b>	

## 5.2. Κυριότερες Αιτίες Υποβολής Παραπόνων

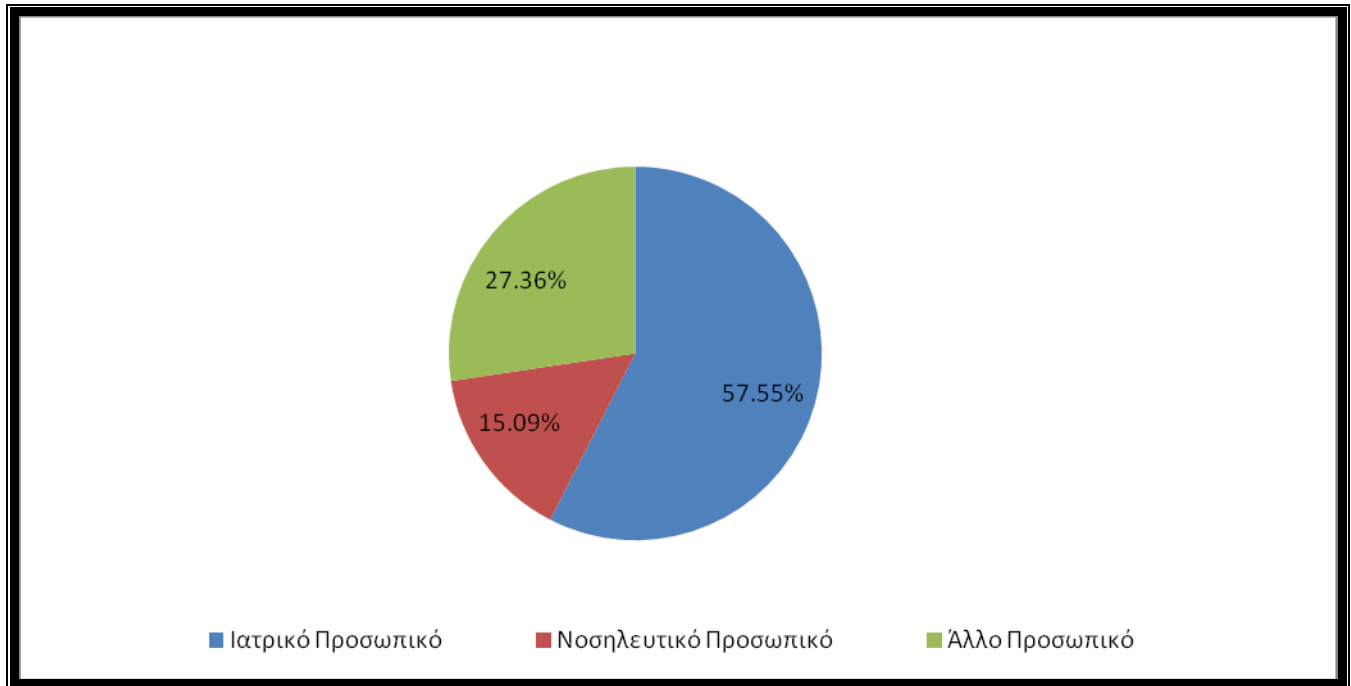
### 5.2.1. Συμπεριφορά Προσωπικού και Συμπεριφορά Ασθενών

Το Γράφημα 4 παρουσιάζει την ομάδα των παραπόνων που αφορούν στη συμπεριφορά προσωπικού, ιατρικού, νοσηλευτικού και άλλου προσωπικού. Το 2010 και 2012 ο συνολικός αριθμός των παραπόνων για συμπεριφορά προσωπικού ανέρχεται στα 106 (6,14% του συνολικού αριθμού των παραπόνων), εκ των οποίων 45 παράπονα το 2010 και 61 παράπονα το 2012, αύξηση 15,1%. Το 2010, η επικρατούσα τιμή παρουσιάζεται στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας με 18 παράπονα, ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου με 9 παράπονα, το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου με 10 παράπονα και το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού με 8 παράπονα. Αντίστοιχα, το 2012, η επικρατούσα τιμή εμφανίζεται στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας με 27 παράπονα, στο Γενικό Νοσοκομείο Πάφου με 18 παράπονα, στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού με 9 παράπονα και στο Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου με 7 παράπονα. Συνολικά, το 2010 και 2012, τα περισσότερα παράπονα που σχετίζονται με συμπεριφορά προσωπικού έχουν υποβληθεί στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας με 45 παράπονα (42,46%), ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου με 28 παράπονα (26,42%), το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού με 17 παράπονα (17%) και το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου με 16 παράπονα (16%). Τα παράπονα για συμπεριφορά ασθενών το ίδιο αφορούν αποκλειστικά και μόνο το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας και έχουν υποβληθεί κατά το 2012 και ανέρχονται σε 4 παράπονα (0,23% του συνολικού αριθμού παραπόνων) μόνον (Πίνακας 4).



**Γράφημα 4:** Κατανομή του αριθμού παραπόνων για συμπεριφορά προσωπικού ανά δημόσιο νοσηλευτήριο για τα έτη 2010 και 2012

Το Διάγραμμα 3 παρουσιάζει την ποσοστιαία αναλογία των παραπόνων για συμπεριφορά ανά ομάδα προσωπικού τα περισσότερα των οποίων έχουν υποβληθεί για το ιατρικό προσωπικό (61 παράπονα ή 57,5%), ακολουθεί το άλλο προσωπικό με 29 παράπονα (27,36%) και το νοσηλευτικό προσωπικό με 16 παράπονα (15,9%).



**Διάγραμμα 3:** Κατανομή της ποσοστιαίας αναλογίας των παραπόνων που αφορά την συμπεριφορά ανά ομάδα προσωπικού, ιατρικού, νοσηλευτικού και άλλου προσωπικού

#### Πίνακας 4

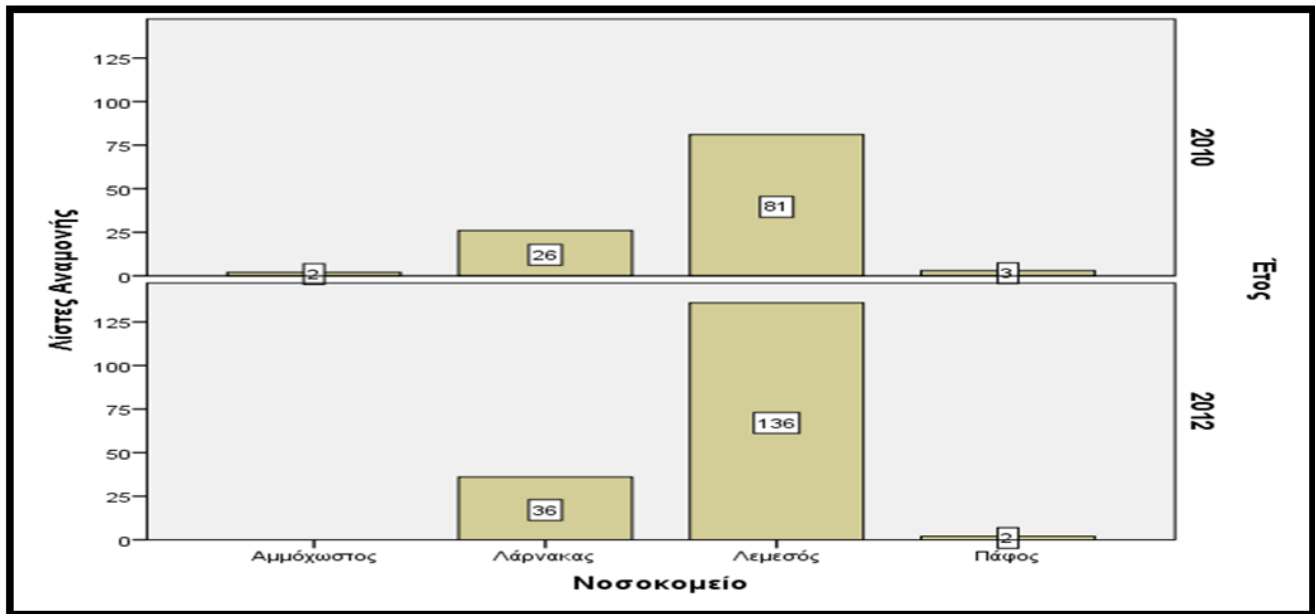
Κατανομή του αριθμού παραπόνων και ποσοστιαία αναλογία για τη συμπεριφορά προσωπικού και του αριθμού παραπόνων ανά ομάδα προσωπικού, κατανομή του αριθμού των παραπόνων για τη συμπεριφορά ασθενή ανά δημόσιο νοσηλευτήριο για τα έτη 2010 και 2012

Νοσοκομείο	Έτος	Συμπεριφορά Προσωπικού	Ιατρικό Προσωπικό	Νοσηλευτικό Προσωπικό	Άλλο Προσωπικό*	Συμπεριφορά Ασθενή
Αμμόχωστος	2010	9	6	0	3	0
	2012	7	3	0	4	0
	<b>Σύνολο</b>	<b>16 / 106 (15%)</b>				<b>0</b>
Λάρνακα	2010	18	7	6	5	0
	2012	27	23	2	2	4
	<b>Σύνολο</b>	<b>45 / 106 (42,46%)</b>				<b>4</b>
Λεμεσός	2010	8	6	1	1	0
	2012	9	3	3	3	0
	<b>Σύνολο</b>	<b>17 / 106 (16%)</b>				<b>0</b>
Πάφος	2010	10	4	0	6	0
	2012	18	9	4	5	0
	<b>Σύνολο</b>	<b>28 / 106 (26,42%)</b>				<b>0</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>2010</b>	<b>45</b>	<b>23</b>	<b>7</b>	<b>15</b>	<b>0</b>
	<b>2012</b>	<b>61</b>	<b>38</b>	<b>9</b>	<b>14</b>	<b>4</b>
	<b>Σύνολο</b>	<b>106 / 1725 (6,14%)</b>	<b>61 / 106 (57,55%)</b>	<b>16 / 106 (15,1%)</b>	<b>29 / 106 (27,4%)</b>	<b>4 / 1725 (0,23%)</b>

\*Η ομάδα Άλλο Προσωπικό περιλαμβάνει το Διοικητικό, το Γραμματειακό, το Παραϊατρικό Προσωπικό και το Ωρομίσθιο Κυβερνητικό Προσωπικό (ΩΚΠ)

## 5.2.2. Οι Λίστες Αναμονής

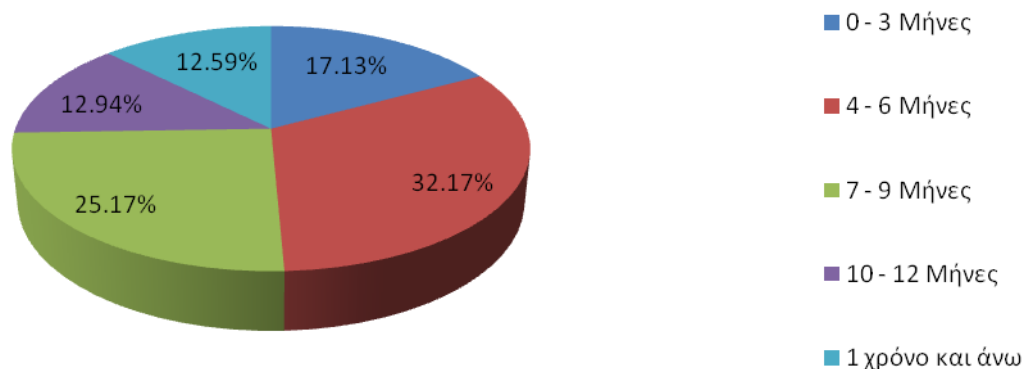
Το Γράφημα 5 παρουσιάζει παραπόνια που έχουν υποβληθεί και αναφέρονται στις λίστες αναμονής. Τα παράπονα αφορούν στον καθορισμό ημερομηνίας εξέτασης από ιατρούς ειδικοτήτων ή διενέργειας χειρουργικών επεμβάσεων ή εργαστηριακών εξετάσεων καθώς και άλλες συναφείς υπηρεσίες παροχής φροντίδας υγείας σε πολύ μεταγενέστερο χρόνο από την ημερομηνία που λήφθηκε η σχετική απόφαση. Τέτοιες πράξεις μπορεί να είναι εξετάσεις στα εξωτερικά ιατρεία από καρδιολόγο, οφθαλμίατρο, γαστρεντερολόγο, ακτινολογικές εξετάσεις, π.χ. UltraSound, αναίμακτα εργαστήρια, π.χ. Τεστ Κοπώσεως και EMG, χειρουργικές επεμβάσεις, π.χ. καταρράκτη κ.α. Το 2010 και το 2012 ο συνολικός αριθμός των παραπόνων έφθασε στα 286 (16,6%), εκ των οποίων 112 το 2010 και 174 το 2012, αύξηση 21,7%. Σύμφωνα με το Γράφημα 5 η πλειοψηφία των παραπόνων για τις λίστες αναμονής αφορούν κυρίως τα δύο μεγάλα Νοσοκομεία, το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού και το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας. Το 2010 και 2012, η πλειοψηφία των παραπόνων για λίστες αναμονής έχει υποβληθεί στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού με 217 παράπονα (75,9%) και ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας με 62 παράπονα (21,7%). Ο αριθμός των παραπόνων για τις λίστες αναμονής για το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου και το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου είναι ασήμαντος και ανέρχεται σε 5 παράπονα (1,75%) και 2 παράπονα (0,7%) αντίστοιχα. Το 2010, η πλειοψηφία των παραπόνων παρουσιάζεται στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού με 81 παράπονα (72,3%), το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας με 26 παράπονα (23,2%) και το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου και το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου με 3 και 2 παράπονα (2,68% και 1,79% αντίστοιχα). Αντίστοιχα, το 2012, η πλειοψηφία των παραπόνων αφορά στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού και ανέρχεται στα 136 παράπονα (78,2%), ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας με 36 παράπονα (20,1%) και το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου με 2 παράπονα (1,15%) μόνον. Το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου δεν παρουσιάζει κανένα παράπονο για λίστες αναμονής. Σύμφωνα με το Γράφημα 5, το 2012 ο αριθμός των παραπόνων που αφορούν στις λίστες αναμονής παρουσιάζει σημαντικότερη αύξηση στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού με 34,6% ενώ ακολουθεί με μικρότερη αύξηση το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας με (16,13%).



**Γράφημα 5:** Κατανομή του αριθμού παραπόνων για τις λίστες αναμονής ανά δημόσιο νοσηλευτήριο για τα έτη 2010 και 2012

Το Διάγραμμα 4 απεικονίζει την ποσοστιαία κατανομή των λιστών αναμονής ανά τρίμηνο. Το 2010 και το 2012 τα περισσότερα παράπονα αφορούν λίστες αναμονής για την περίοδο μεταξύ 4 – 6 μήνες με 92 παράπονα (32,17%), ακολουθεί η περίοδος μεταξύ 7 – 9 μήνες με 72 παράπονα (25,18%) και 0 – 3 μήνες με 49 παράπονα (17,13%). Οι δύο (2) ομάδες που αφορούν τη χρονική περίοδο μεταξύ 10 – 12 μήνες και από ένα (1) έτος και άνω φαίνεται να παρουσιάζουν περίπου τον ίδιο αριθμό παραπόνων με 37 και 36 παράπονα (12,94% και 12,59%) αντίστοιχα. Επισημαίνεται ότι το 2010 ο μεγαλύτερος αριθμός παραπόνων που αφορά στις λίστες αναμονής έχει υποβληθεί για την περίοδο μεταξύ 4 – 6 μήνες με 67 παράπονα (59,9%) ενώ το 2012, η πλειοψηφία των παραπόνων παρουσιάζεται κατά την περίοδο μεταξύ 7 – 9 μήνες με 64 παράπονα (36,79%). Η κατανομή του αριθμού των παραπόνων για τις λίστες αναμονής και η κατανομή ανά τρίμηνο παρουσιάζεται στο Πίνακα 5.

## Λίστες Αναμονής



**Διάγραμμα 4:** Κατανομή ποσοστιαίας αναλογίας του αριθμού παραπόνων που αφορούν τις Λίστες Αναμονής ανά τρίμηνο

## Πίνακας 5

Κατανομή του αριθμού παραπόνων για τις Λίστες Αναμονής και του αριθμού των παραπόνων ανά τρίμηνο ανά δημόσιο νοσηλευτήριο για τα έτη 2010 και 2012

Νοσοκομείο	Έτος	Λίστες Αναμονής	0 – 3 Μήνες	4 – 6 Μήνες	7 – 9 Μήνες	10 – 12 Μήνες	1 χρόνο και άνω
Αμμόχωστος	2010	2 / 112 (1,79%)	2	0	0	0	0
	2012	0	0	0	0	0	0
	<b>Σύνολο</b>	<b>2 / 286 (0,7%)</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Λάρνακα	2010	26 / 112 (23,2%)	9	12	1	0	4
	2012	36 / 174 (20,1%)	10	13	12	1	0
	<b>Σύνολο</b>	<b>62 / 286 (21,7%)</b>	<b>19</b>	<b>25</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>4</b>
Λεμεσός	2010	81 / 112 (72,3%)	11	54	7	7	2
	2012	136 / 174 (78,2%)	14	12	52	28	30
	<b>Σύνολο</b>	<b>217 / 286 (75,9%)</b>	<b>25</b>	<b>66</b>	<b>59</b>	<b>35</b>	<b>32</b>
Πάφος	2010	3 / 112 (2,68%)	1	1	0	1	0
	2012	2 / 174 (1,15%)	2	0	0	0	0
	<b>Σύνολο</b>	<b>5 / 286 (1,75%)</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>2010</b>	<b>112</b>	<b>23</b>	<b>67 / 112 (59,9%)</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>6</b>
	<b>2012</b>	<b>174</b>	<b>26</b>	<b>25</b>	<b>64 / 174 (38,5%)</b>	<b>29</b>	<b>30</b>
	<b>Σύνολο</b>	<b>286 / 1725 (16,6%)</b>	<b>49 / 286 (17,13%)</b>	<b>92 / 286 (32,17%)</b>	<b>72 / 286 (25,18%)</b>	<b>37 / 286 (12,94%)</b>	<b>36 / 286 (12,59%)</b>



### 5.2.3. Ιατρικό Αρχείο

Ο Πίνακας 6 παρουσιάζει τα παραπάνω, που έχουν υποβληθεί και αφορούν στο Ιατρικό Αρχείο και ειδικότερα αναφέρονται στην απώλεια ιατρικών φακέλων, την λειτουργία του εξοπλισμού εξεύρεσης φακέλων (KARDEX) και στο δικαίωμα του ασθενή να εφοδιάζεται με αντίγραφο του ιατρικού του Αρχείου, π.χ. έγγραφα, ιατρικός φάκελος κ.ά.. Ο εξοπλισμός εξεύρεσης φακέλων (KARDEX) αφορά μόνο το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού. Σύμφωνα με τον Πίνακα 6, το 2010 και το 2012 έχουν υποβληθεί συνολικά 171 παράπονα (9,91% του συνολικού αριθμού των παραπόνων), εκ των οποίων 63 παράπονα το 2010 και 108 παράπονα το 2012, αύξηση 26,3%. Το 2010 και 2012 η πλειοψηφία των παραπόνων για το ιατρικό αρχείο έχει υποβληθεί για το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού με 124 παράπονα (72,5%), ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας και το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου με 22 παράπονα (12,87%) έκαστο και το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου με 3 παράπονα (1,75%). Το 2010, η πλειοψηφία των παραπόνων παρουσιάζεται στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού με 28 παράπονα, το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας και Πάφου παρουσιάζουν περίπου τον ίδιο αριθμό παραπόνων με 17 και 15 παράπονα αντίστοιχα, ενώ το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου παρουσιάζει 3 παράπονα μόνον. Αντίστοιχα, το 2012 το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού παρουσιάζει σημαντική αύξηση των παραπόνων με 96 παράπονα, το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου και το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας παρουσιάζουν τον ίδιο περίπου αριθμό παραπόνων με 7 και 5 παράπονα, ενώ στο Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου δεν έχει υποβληθεί κανένα παράπονο που να αφορά στο Ιατρικό Αρχείο.

#### 5.2.3.1. Απώλεια Ιατρικού Φακέλου

Ο Πίνακας 6 παρουσιάζει, για το 2010 και 2012, τον αριθμό των παραπόνων που έχουν υποβληθεί για απώλεια ιατρικού φακέλου ασθενή ανέρχεται σε 157 παράπονα (91,81% του συνολικού αριθμού των παραπόνων που αφορούν το ιατρικό αρχείο). Το μεγαλύτερο αριθμό παραπόνων παρουσιάζει το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού με 115 παράπονα (67,25%) και ακολουθούν το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου και το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας με 22 και 17 παράπονα (12,87% και 9,94% αντίστοιχα). Το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου παρουσιάζει συνολικά 3 παράπονα (1,75%) μόνον που αφορούν την απώλεια ιατρικού φακέλου ασθενή.

## Πίνακας 6

Κατανομή του αριθμού των παραπόνων για το Ιατρικό Αρχείο και του αριθμού παραπόνων κατά είδος παραπόνου ανά δημόσιο νοσηλευτήριο για τα έτη 2010 και 2012

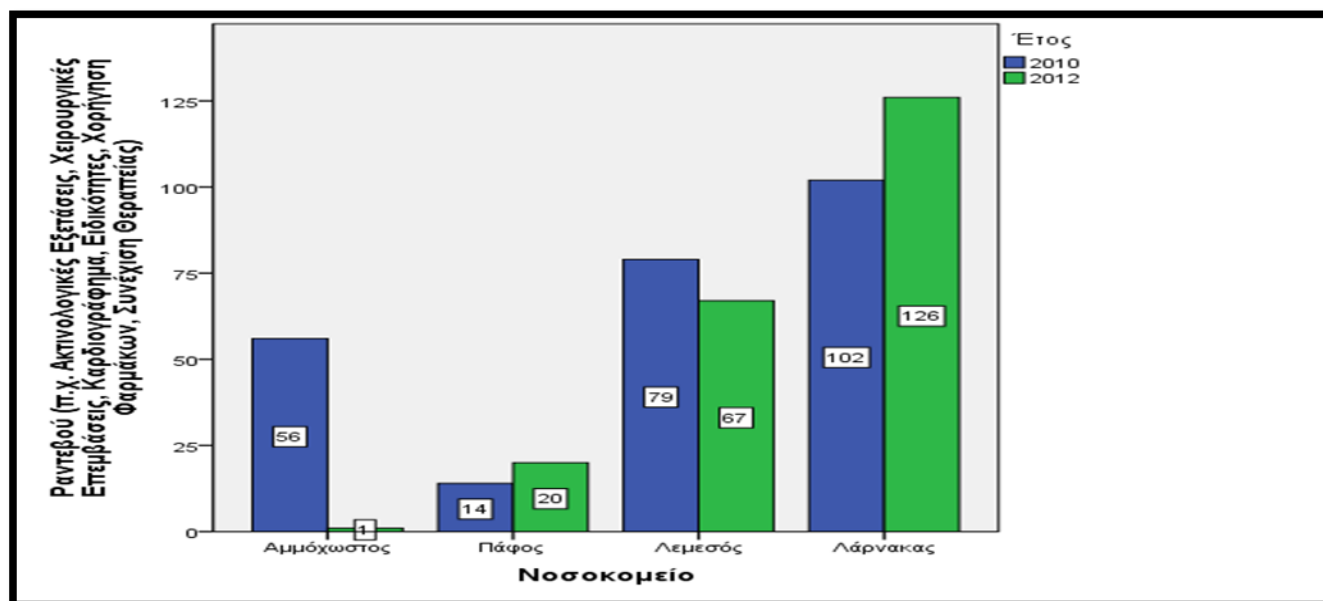
Νοσοκομείο	Έτος	Ιατρικό Αρχείο	Λειτουργία Εξοπλισμού Εξεύρεσης Φακέλων (KARDEX)*	Απώλεια Ιατρικού Φακέλου	Αντίγραφο Ιατρικού Αρχείου**
Αμμόχωστος	2010	3	0	3	0
	2012	0	0	0	0
	<b>Σύνολο</b>	<b>3 / 171 (1,75%)</b>	<b>0</b>	<b>3 / 171 (1,75%)</b>	<b>0</b>
Λάρνακα	2010	17	0	12	5
	2012	5	0	5	0
	<b>Σύνολο</b>	<b>22 / 171 (12,87%)</b>	<b>0</b>	<b>17 / 171 (9,94%)</b>	<b>5</b>
Λεμεσός	2010	28	0	28	0
	2012	96	8	87	1
	<b>Σύνολο</b>	<b>124 / 171 (72,5%)</b>	<b>8</b>	<b>115 / 171 (67,25%)</b>	<b>1</b>
Πάφος	2010	15	0	15	0
	2012	7	0	7	0
	<b>Σύνολο</b>	<b>22 / 171 (12,87%)</b>	<b>0</b>	<b>22 / 171 (12,87%)</b>	<b>0</b>
<b>Σύνολο</b>	2010	63	0	58	5
	2012	108	8	99	1
	<b>Σύνολο</b>	<b>171* / 1725 (9,91%)</b>	<b>8</b>	<b>157 / 171 (91,81%)</b>	<b>6</b>

\*Ο μηχανισμός εξεύρεσης ιατρικών φακέλων KARDEX λειτουργεί μόνο στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού

\*\* Η υπομάδα αντίγραφα ιατρικών εγγράφων αφορά αντίγραφο ιατρικού φακέλου, εντύπου ΤΑΕΠ ή / και άλλων εγγράφων

#### 5.2.4. Ραντεβού

Το Γράφημα 6 παρουσιάζει τον αριθμό των παραπόνων για τα ραντεβού για τα έτη 2010 και 2012. Τα είδη παραπόνων περιλαμβάνουν εξέταση από διάφορες ειδικότητες, π.χ. Ορθοπαιδικό, Οφθαλμίατρο, Γυναικολόγο, διενέργεια ακτινολογικών εξετάσεων, π.χ. UltraSound, CT – Scan και χειρουργικών επεμβάσεων, εξετάσεις σε αναίμακταεργαστήρια, π.χ. Τεστ Κοπώσεως, διευθέτηση ραντεβούχορήγησης φαρμάκων και εξέτασης ασθενή για συνέχιση θεραπείας (follow – up). Το 2010 και το 2012 αριθμός των εν λόγω παραπόνων ανέρχεται στα 465 παράπονα (26,96%), εκ των οποίων 251 το 2010 και 214 το 2012, μείωση 7,96%. Το 2010, τα πλείστα των παραπόνων υποβλήθηκαν για Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας (102 παράπονα ή 40,64%), ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού με 79 παράπονα (31,48%), το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου με 56 παράπονα (22,3%) και το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου με 14 παράπονα (5,58%). Το 2012 τα περισσότερα παράπονα υποβάλλονται Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας με 126 παράπονα (58,88%), ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού με 67 παράπονα (31,31%), το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου με 20 παράπονα (9,35%) και το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου με μόλις 1 παράπονο (0,47%). Η ποσοστιαία αναλογία κατανομής των παραπόνων παρουσιάζεται στο Πίνακα 7.



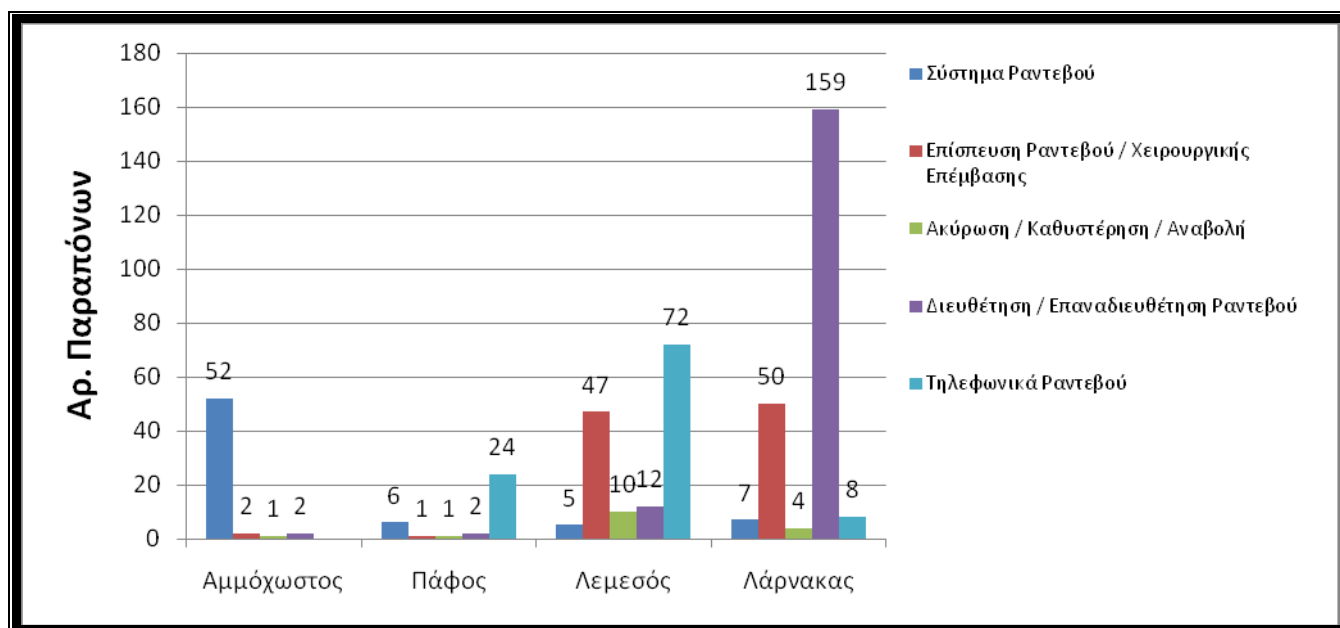
**Γράφημα 6:** Κατανομή του αριθμού των παραπόνων για τα ραντεβού ανά δημόσιο νοσηλευτήριο για τα έτη 2010 και 2012

### Πίνακας 7

Κατανομή του αριθμού των παραπόνων για ραντεβού και κατά ποσοστιαία αναλογία ανά δημόσιο νοσηλευτήριο για τα έτη 2010 και 2012

Νοσοκομείο	Έτος	Ραντεβού (π.χ. Ακτινολογικές Εξετάσεις, Χειρουργικές Επεμβάσεις, Καρδιογράφημα, Ειδικότητες, Χορήγηση Φαρμάκων, Συνέχιση Θεραπείας)
Αμμόχωστος	2010	56 / 251 (22,3%)
	2012	1 / 214 (0,47%)
	<b>Σύνολο</b>	<b>57</b>
Λάρνακα	2010	102 / 251 (40,64%)
	2012	126 / 214 (58,88%)
	<b>Σύνολο</b>	<b>228</b>
Λεμεσός	2010	79 / 251 (31,48%)
	2012	67 / 214 (31,31%)
	<b>Σύνολο</b>	<b>146</b>
Πάφος	2010	14 / 251 (5,58%)
	2012	20 / 214 (9,35%)
	<b>Σύνολο</b>	<b>34</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>2010</b>	<b>251</b>
	<b>2012</b>	<b>214</b>
	<b>Σύνολο</b>	<b>465 / 1725 (26,96%)</b>

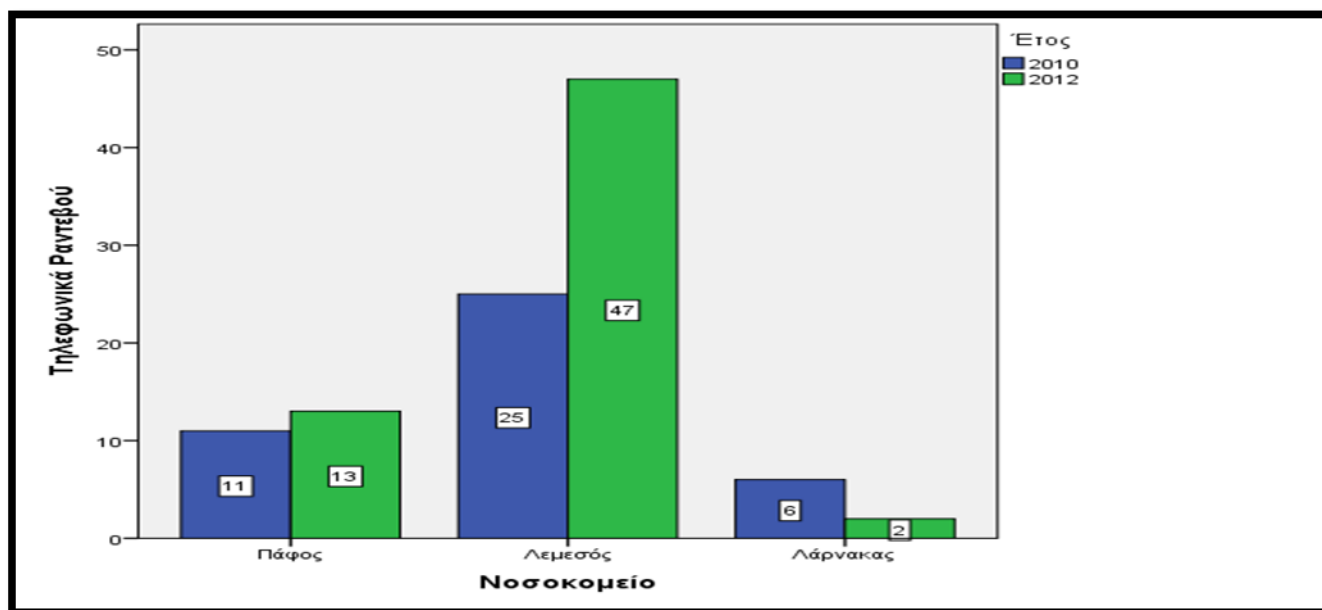
Το Γράφημα 7 παρουσιάζει τον αριθμό των παραπόνων που έχουν υποβληθεί για τα έτη 2010 και 2012, για το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας ο οποίος ανέρχεται στα 7 παράπονα για τον καθορισμό των ραντεβού, στα 50 παράπονα για την επίσπευση του ραντεβού, στα 4 παράπονα για την ακύρωση ή / και καθυστέρηση ή / και αναβολή ραντεβού και στα 159 παράπονα για τη διευθέτηση ή / και επαναδιευθέτηση ραντεβού. Ο αριθμός των παραπόνων για το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού ανέρχεται στα 5 παράπονα για το σύστημα ραντεβού, στα 47 παράπονα για επίσπευση του ραντεβού, στα 10 παράπονα για την ακύρωση ή / και καθυστέρηση ή / και αναβολή του και στα 12 παράπονα για τη διευθέτηση ή / και επαναδιευθέτηση ραντεβού. Ο αριθμός των παραπόνων για το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου ανέρχεται στα 52 παράπονα για το σύστημα ραντεβού, στα 2 παράπονα για την επίσπευση του ραντεβού, στο 1 παράπονο για την ακύρωση ή / και καθυστέρηση ή / και αναβολή του και στα 2 παράπονα για τη διευθέτηση ή / και επαναδιευθέτηση ραντεβού. Ο αριθμός των παραπόνων για το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου ανέρχεται στα 6 παράπονα για το σύστημα ραντεβού, στο 1 παράπονο για την επίσπευση του ραντεβού, στο 1 παράπονο για την ακύρωση ή / και καθυστέρηση ή / και αναβολή ραντεβού και στα 2 παράπονα για τη διευθέτηση ή / και επαναδιευθέτηση ραντεβού. Στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται αναλυτικότερα τα πιο πάνω υποβληθέντα παράπονα.



**Γράφημα 7:** Κατανομή του συνολικού αριθμού παραπόνων κατά ομάδα ραντεβού και ανά δημόσιο νοσηλευτήριο για τα έτη 2010 και το 2012

#### 5.2.4.1. Δυσκολία Τηλεφωνικής Διευθέτησης Ραντεβού

Το Γράφημα 8 παρουσιάζει την κατανομή του αριθμού των παραπόνων για τα τηλεφωνικά ραντεβού. Το 2010 και 2012 ο αριθμός των παραπόνων ανέρχεται στα 104 παράπονα (22,37%), εκ των οποίων 42 παράπονα το 2010 και 62 παράπονα το 2012, αύξηση 19,2%. Τα περισσότερα παράπονα υποβλήθηκαν για το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού (72 παράπονα ή 69,2%) και ακολουθεί με διαφορά το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου με 24 παράπονα (23,1%) και το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας με 8 παράπονα (7,7%). Αναλυτικότερα, το 2010 ο μεγαλύτερος αριθμός παραπόνων υποβάλλεται για το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού (25 παράπονα ή 59,5%), ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου με 11 παράπονα (26,2%) και το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας με 6 παράπονα (14,3%). Το 2012 η πλειοψηφία του αριθμού των παραπόνων έχει υποβληθεί στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού με 47 παράπονα (75,8%), ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου με 13 παράπονα (21%) και το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας με 2 παράπονα (3,23%) μόνον. Στο Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου δεν υποβλήθηκαν παράπονα σχετικά με τη δυσκολία τηλεφωνικής διευθέτησης για τα έτη 2010 και 2012.



**Γράφημα 8:** Κατανομή του αριθμού παραπόνων για τα τηλεφωνικά ραντεβού κατά δημόσιο νοσηλευτήριο για τα έτη 2010 και 2012

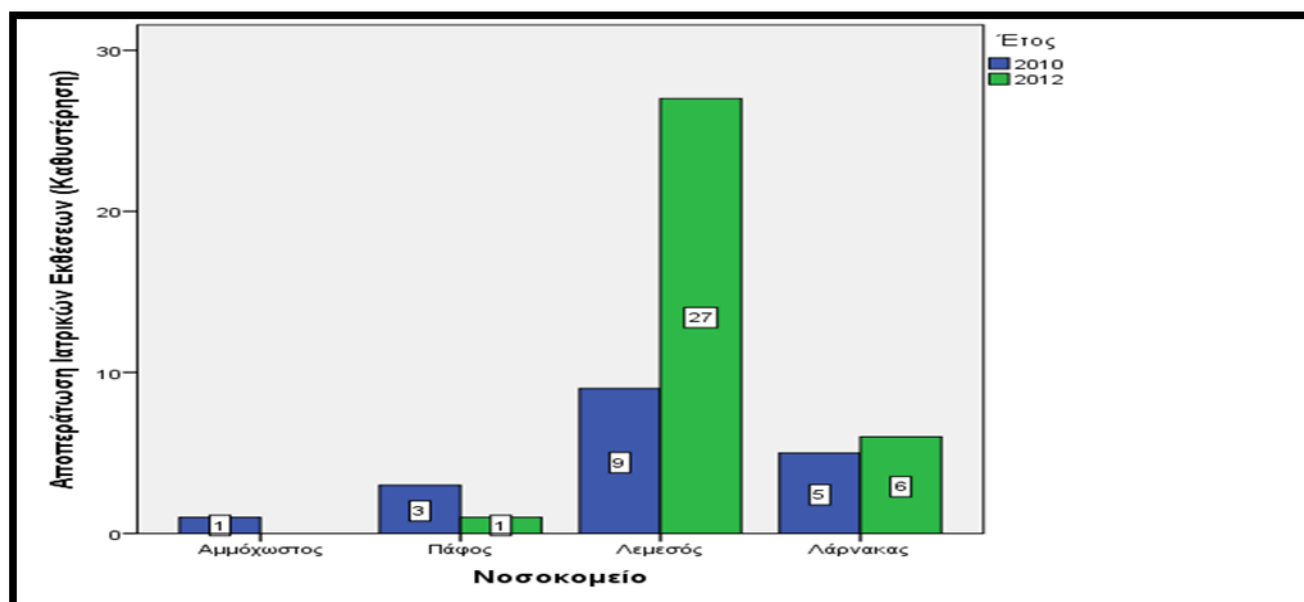
#### Πίνακας 8

Κατανομή των παραπόνων κατά είδος παραπόνου και κατά δημόσιο νοσηλευτήριο για τα έτη 2010 και 2012

Νοσοκομείο	Έτος	Σύστημα Ραντεβού	Επίσκεψη Ραντεβού / Χειρουργικής Επέμβασης	Ακύρωση / Καθυστέρηση / Αναβολή	Διευθέτηση / Επαναδιευθέτηση Ραντεβού	Τηλεφωνικά Ραντεβού
Αμμόχωστος	2010	51	2	1	2	0
	2012	1	0	0	0	0
	<b>Σύνολο</b>	<b>52</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0 (0%)</b>
Λάρνακα	2010	2	37	2	55	6 / 42 (14,3%)
	2012	5	13	2	104	2 / 62 (3,23%)
	<b>Σύνολο</b>	<b>7</b>	<b>50</b>	<b>4</b>	<b>159</b>	<b>8 / 104 (7,7%)</b>
Λεμεσός	2010	3	39	0	12	25 / 42 (59,5%)
	2012	2	8	10	0	47 / 62 (75,8%)
	<b>Σύνολο</b>	<b>5</b>	<b>47</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>72 / 104 (69,2%)</b>
Πάφος	2010	3	0	0	0	11 / 42 (26,2%)
	2012	3	1	1	2	13 / 62 (21%)
	<b>Σύνολο</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>24 / 104 (23,1%)</b>
<b>Σύνολο</b>	2010	59	78	3	69	42
	2012	11	22	13	106	62
	<b>Σύνολο</b>	<b>70 / 465 (15,05%)</b>	<b>100 / 465 (21,5%)</b>	<b>16 / 465 (3,44%)</b>	<b>175 / 465 (37,63%)</b>	<b>104 / 465 (22,37%)</b>

### 5.2.5. Καθυστέρηση στην Αποπεράτωση Ιατρικών Εκθέσεων

Το Γράφημα 9 παρουσιάζει τα παραπάνω αναφορικά με την καθυστέρηση που παρατηρείται στην αποπεράτωση ιατρικών εκθέσεων για τα έτη 2010 και 2012. Το 2010 και 2012 ο αριθμός των παραπόνων που έχουν υποβληθεί ανέρχεται σε 52 παράπονα (3% του συνολικού αριθμού παραπόνων), εκ των οποίων τα 18 υποβλήθηκαν το 2010 και τα 34 το 2012, παρουσιάζοντας αύξηση 29,6%. Το 2010 και 2012, τα πλείστα των παραπόνων για καθυστερήσεις στην αποπεράτωση των ιατρικών εκθέσεων υποβλήθηκαν για το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού (36 παράπονα ή 69,2%), ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας με 11 παράπονα (21,2%), το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου με 4 παράπονα (7,6%) και το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου με 1 παράπονο (2%) μόνον. Το 2010, ο αριθμός των παραπόνων για το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού ανέρχεται σε 9 παράπονα, για το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας σε 5 παράπονα, για το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου σε 3 παράπονα και για το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου σε 1 παράπονο μόνον. Το 2012, ο αριθμός των παραπόνων για το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού παρουσιάζει αυξητική τάση και ανέρχεται στα 27 παράπονα, το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας κυμαίνεται περίπου στον ίδιο αριθμό με 6 παράπονα, το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου με 1 παράπονο μόνον και το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου με κανένα παράπονο (Πίνακας 9).



**Γράφημα 9:** Κατανομή του αριθμού των παραπόνων που αφορούν τη καθυστέρηση στη αποπεράτωση ιατρικών εκθέσεων ανά δημόσιο νοσηλευτήριο για τα έτη 2010 και 2012

### Πίνακας 9

Κατανομή παραπόνων που αφορούν στην καθυστέρηση αποπεράτωσης ιατρικών εκθέσεων ανά δημόσιο νοσηλευτήριο για τα έτη 2010 και 2012

Νοσοκομείο	Έτος	Καθυστέρηση στην αποπεράτωση Ιατρικών Εκθέσεων
Αμμόχωστος	2010	1
	2012	0
	<b>Σύνολο</b>	<b>1 / 52 (2%)</b>
Λάρνακα	2010	5
	2012	6
	<b>Σύνολο</b>	<b>11 / 52 (21,2%)</b>
Λεμεσός	2010	9
	2012	27
	<b>Σύνολο</b>	<b>36 / 52 (69,2%)</b>
Πάφος	2010	3
	2012	1
	<b>Σύνολο</b>	<b>4 / 52 (7,6%)</b>
<b>Σύνολο</b>	2010	18
	2012	34
	<b>Σύνολο</b>	<b>52 / 1725 (3%)</b>



## 5.2.6. Καταγγελίες εναντίον Προσωπικού

### 5.2.6.1. Ιατρικό Προσωπικό

Στον Πίνακα 10 παρουσιάζονται παραπόνια που έχουν υποβληθεί από ασθενείς και οι οποίοι διατυπώνουν καταγγελίες εναντίον ιατρικού προσωπικού. Οι καταγγελίες αφορούν ισχυρισμό για ιατρική αμέλεια (76,92% του συνολικού αριθμού των παραπόνων που αφορούν τις καταγγελίες εναντίον ιατρικού προσωπικού), λανθασμένη διάγνωση (10,26% του συνολικού αριθμού των παραπόνων που αφορούν τις καταγγελίες εναντίον ιατρικού προσωπικού), άρνηση εξέτασης ασθενή (10,26% του συνολικού αριθμού των παραπόνων που αφορούν τις καταγγελίες εναντίον ιατρικού προσωπικού) και ισχυρισμό για παράτυπη συνταγογράφηση φαρμάκων σε βιβλιάριο υγείας ασθενή από ιατρό (2,6% του συνολικού αριθμού των παραπόνων που αφορούν τις καταγγελίες εναντίον ιατρικού προσωπικού). Το 2010 και 2012 ο αριθμός παραπόνων για καταγγελίες εναντίον ιατρικού προσωπικού ανέρχεται σε 39 παράπονα (2,27% του συνολικού αριθμού παραπόνων), εκ των οποίων τα 21 παράπονα το 2010 και τα 18 παράπονα το 2012, μείωση 7,7%. Τα πλείστα των παραπόνων έχουν υποβληθεί για το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας (25 παράπονα ή 64,1%), ακολουθεί με μεγάλη διαφορά το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου με 6 παράπονα (15,39%) και ακόμα λιγότερα παράπονα το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού και το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου με 4 παράπονα (10,26%), έκαστο.

## Πίνακας 10

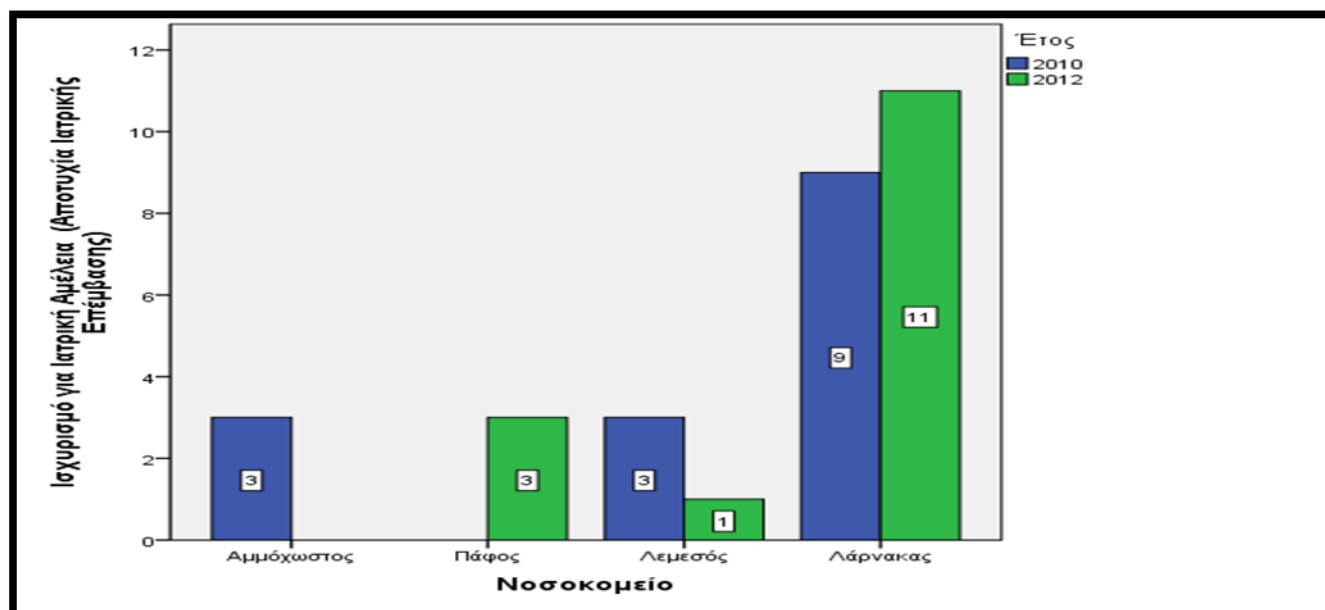
Κατανομή των παραπόνων για καταγγελίες εναντίον ιατρικού προσωπικού κατά είδος παραπόνου και κατά δημόσιο νοσηλευτήριοια τα έτη 2010 και 2012

Νοσοκομείο	Έτος	Καταγγελίες εναντίον Ιατρικού Προσωπικού	Ισχυρισμό για Ιατρική Αμέλεια	Λανθασμένη Διάγνωση	Άρνηση Εξέτασης	Συνταγογράφηση σε Βιβλιάριο Υγείας Ασθενή από ιατρό
Αμμόχωστος	2010	6	3	1	2	0
	2012	0	0	0	0	0
	Σύνολο	6 / 39 (15,39%)	3 / 30 (10%) 3 / 39 (7,69%)	1	2	0
Λάρνακα	2010	12	9	1	2	0
	2012	13	11	1	0	1
	Σύνολο	25 / 39 (64,1%)	20 / 30 (66,67%) 20 / 39 (51,28%)	2	2	1
Λεμεσός	2010	3	3	0	0	0
	2012	1	1	0	0	0
	Σύνολο	4 / 39 (10,26%)	4 / 30 (13,33%) 5 / 39 (12,8%)	0	0	0
Πάφος	2010	0	0	0	0	0
	2012	4	3	1	0	0
	Σύνολο	4 / 39 (10,26%)	3 / 30 (10%) 3 / 39 (7,69%)	1	0	0
Σύνολο	2010	21	15	2	4	1
	2012	18	15	2	0	0
	Σύνολο	39 / 1725 (2,27%)	30 / 39 (76,92%)	4 / 39 (10,26%)	4 / 39 (10,26%)	1 / 39 (2,6%)

### 5.2.6.1.1. Ισχυρισμός για Ιατρική Αμέλεια

Το Γράφημα 10 παρουσιάζει τον αριθμό των παραπόνων που αφορούν ισχυρισμό για ιατρική αμέλεια. Το 2010 και 2012 ο συνολικός αριθμός των παραπόνων ανέρχεται στα 30 παράπονα (76,92% του συνολικού αριθμού παραπόνων που αφορούν καταγγελίες εναντίον ιατρικού προσωπικού). Οι πλείστες περιπτώσεις παραπόνων που αφορούν ισχυρισμό για ιατρική αμέλεια παρουσιάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας με συνολικά 20 παράπονα (66,67%), και ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού με 4 παράπονα (13,33%), και το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου και Γενικό Νοσοκομείο Πάφου από 3 παράπονα (10%) έκαστο. Το 2010, τα πλείστα των παραπόνων υποβλήθηκαν για το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας (9 παράπονα) και ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού και το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου με 3 παράπονα, για το κάθε ένα. Το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου δεν παρουσιάζει παράπονα που να αφορούν ισχυρισμό για ιατρική αμέλεια. Το 2012, πάλιν τα πλείστα των παραπόνων αναφέρονται στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας (11 παράπονα), το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου με 3 παράπονα και το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού με

1 παράπονο μόνον. Το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου δεν παρουσιάζει παράπονα που να αφορούν ισχυρισμό για ιατρική αμέλεια.



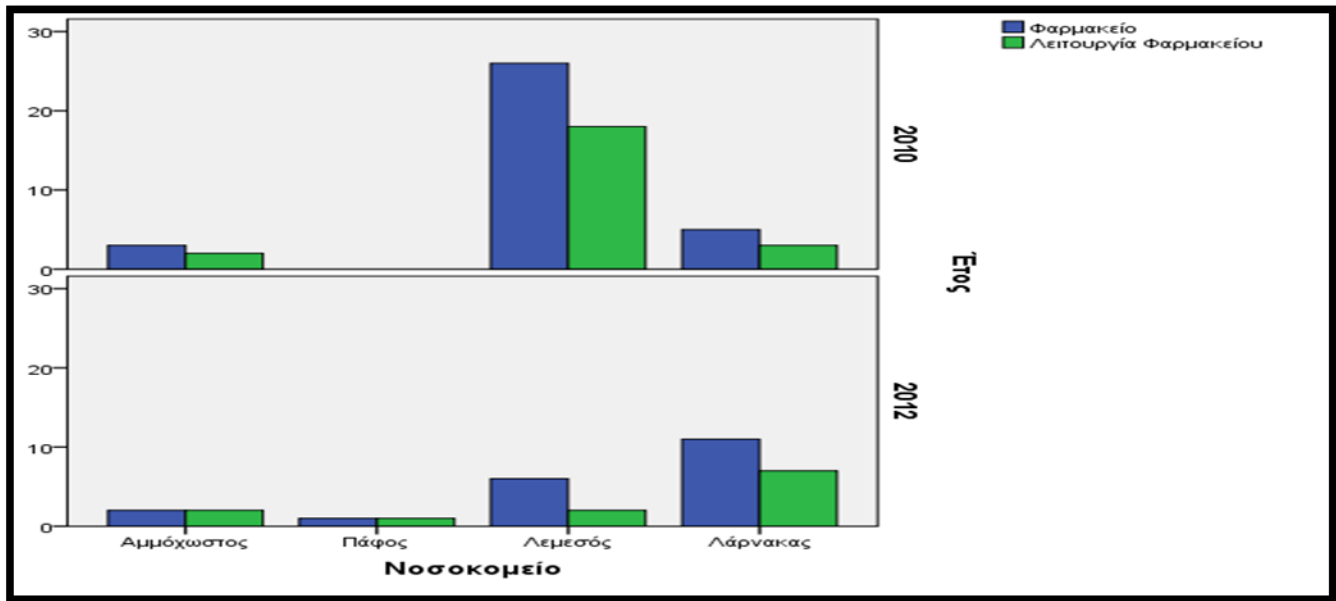
**Γράφημα 10:** Κατανομή του αριθμού των παραπόνων που αφορούν ισχυρισμό ιατρικής αμέλειας ανά δημόσιο νοσηλευτήριο για τα έτη 2010 και 2012

### **5.2.7. Παράπονα για τα Φαρμακεία των Δημόσιων Νοσηλευτηρίων**

Το Γράφημα 11 παρουσιάζει τα είδη των παραπόνων που έχουν υποβληθεί και αφορούν στην λειτουργία του φαρμακείου (37,2%), στην επιχορήγηση φαρμάκων (10,7%) και στην έλλειψη ή / και αλλαγή φαρμάκων (54,3%). Τα παράπονα για τη λειτουργία του φαρμακείου καταγγέλλουν τον ανεπαρκή αριθμό θυρίδων εξυπηρέτησης του κοινού, τη μη τήρηση σειράς προτεραιότητας, την προτεραιότητα σε ειδικές ομάδες ασθενών, όπως οι εγκλωβισμένοι, οι εγκυμονούσες και οι ανάπηροι, την καθυστέρηση στην εξυπηρέτηση των ασθενών κ.ά. Το 2010 και 2012 υποβλήθηκαν 94 παράπονα (5,45% του συνολικού αριθμού των παραπόνων), εκ των οποίων τα 42 παράπονα το 2010 και τα 52 παράπονα το 2012, παρουσιάζοντας αύξηση κατά 10,6%. Το 2010, για το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού υποβλήθηκαν 26 παράπονα (61,9%), και ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας με 12 παράπονα (28,6%). Για το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου υποβλήθηκαν 4 παράπονα (11,11%) ενώ για το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου δεν έχουν υποβληθεί παράπονα. Το 2012, τα πλείστα των παραπόνων υποβλήθηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού (34 παράπονα ή 65,4%) και ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας με 13 παράπονα (25%). Στο Γενικό Νοσοκομείο Πάφου και το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου παρουσιάζεται περίπου ο ίδιος αριθμός παραπόνων με 3 και 2 παράπονα (5,8% και 3,85%), αντίστοιχα (Πίνακας 11).

#### **5.2.7.1. Παράπονα για τη λειτουργία του φαρμακείου**

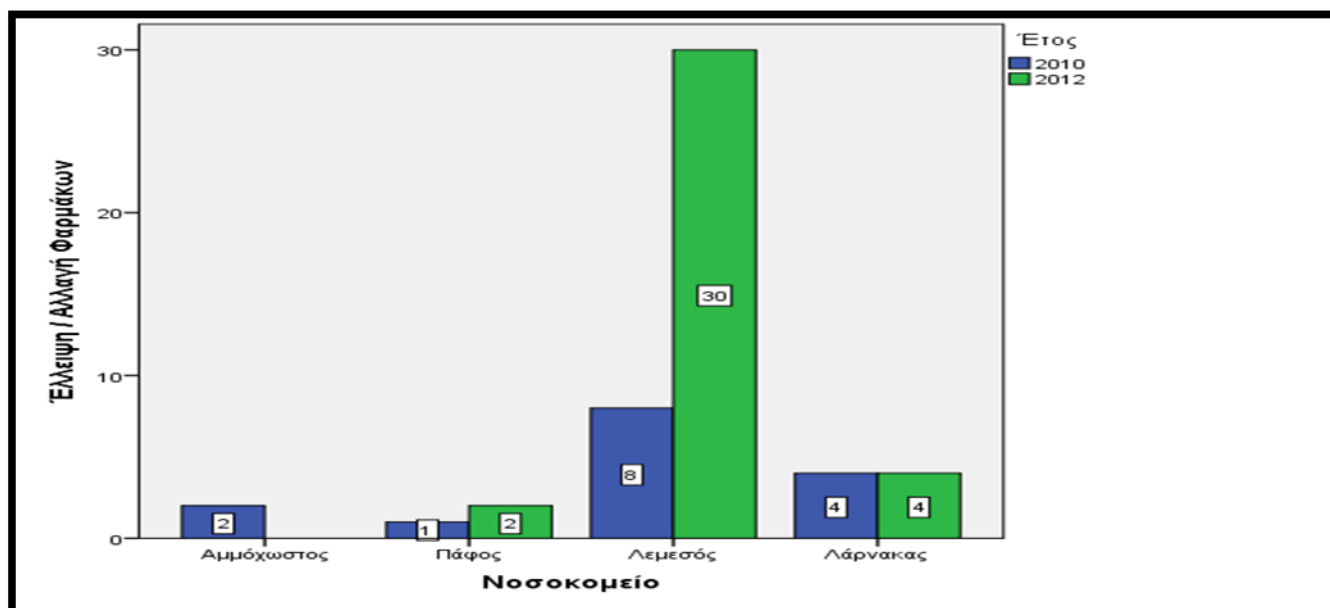
Το Γράφημα 11 παρουσιάζει τα παράπονα σχετικά με τη λειτουργία του φαρμακείου. Τις χρονιές 2010 και 2012, υποβλήθηκαν 35 παράπονα (37,2%), σε σχέση με τη λειτουργία του φαρμακείου εκ των οποίων τα 23 παράπονα το 2010 και τα 12 παράπονα το 2012. Τόσο το 2010 όσο και το 2012 τα πλείστα των παραπόνων υποβλήθηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού (20 παράπονα ή 57,14%) και ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας με 10 παράπονα (28,6%), το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου με 4 παράπονα (11,43%) και τέλος, το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου με ένα παράπονο (2,86%). Το 2010, τα πλείστα των παραπόνων υποβλήθηκαν για το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού με 18 παράπονα, το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας με 3 παράπονα και το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου με 2 παράπονα. Αντίθετα, το 2012, τα πλείστα των παραπόνων υποβλήθηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας με 7 παράπονα, στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας και στο Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου με 2 παράπονα το κάθε ένα και στο Γενικό Νοσοκομείο Πάφου με μόνο ένα παράπονο.



**Γράφημα 11:** Κατανομή του αριθμού των παραπόνων για το Φαρμακείο και την λειτουργία του Φαρμακείου ανά δημόσιο νοσηλευτήριο για τα έτη 2010 και 2012

### 5.2.7.2. Παράπονα για την έλλειψη ή / και αντικατάσταση φαρμάκων από γενόσημα

Το Γράφημα 12 παρο ισιάζει την υπο ο μάδα των παραπόνων σχετικά με την έλλειψη ή και την αντικατάσταση φαρμάκων από γενόσημα για τα έτη 2010 και 2012. Το 2010 και 2012 ο αριθμός των παραπόνων ανέρχεται στα 51 παράπονα (54,3%), εκ των οποίων τα 15 παράπονα το 2010 και τα 36 παράπονα το 2012, παρουσιάζοντας αύξηση κατά 41,2%. Τα πλείστα των παραπόνων υποβλήθηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού (38 παράπονα ή 74,5%), ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας με 8 παράπονα (15,7%), το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου με 3 παράπονα (5,9%) και το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου με 2 παράπονα (3,9%) (Πίνακας 14). Το 2010 τα πλείστα των παραπόνων υποβλήθηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού (8 παράπονα), ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας με 4 παράπονα, το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου με 2 παράπονα και το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου με μόνον ένα παράπονο. Το 2012 τα περισσότερα από τα παράπονα υποβλήθηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού (30 παράπονα) και ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας με 4 παράπονα και το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου με 2 παράπονα. Το 2012 το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού παρουσιάζει σημαντικότερη αύξηση κατά 57,9% ως προ την υποβολή παραπόνων για την έλλειψη ή και αντικατάσταση φαρμάκων από γενόσημα.



**Γράφημα 12:** Κατανομή του αριθμού των παραπόνων για την έλλειψη ή / καιαντικατάσταση φαρμάκων από γενόσημα ανά δημόσιο νοσηλευτήριο για τα έτη 2010 και 2012

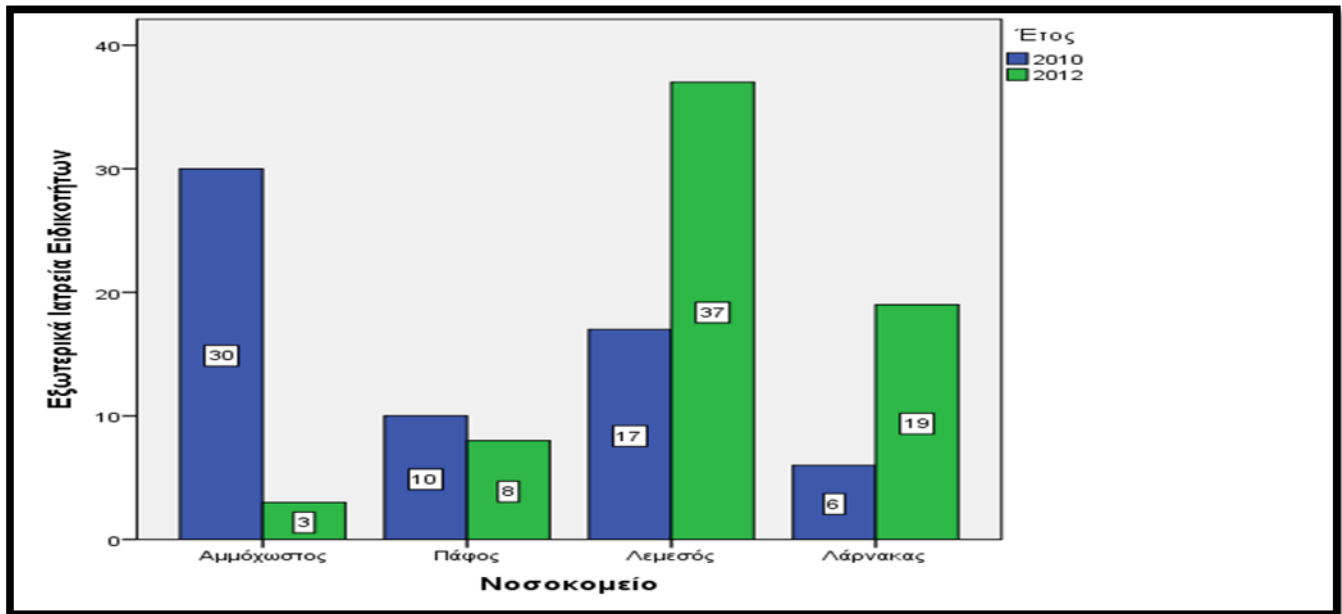
### Πίνακας 11

Κατανομή των παραπόνων για τα φαρμακεία κατά είδος παραπόνου και κατά δημόσιο νοσηλευτήριο για τα έτη 2010 και 2012

Νοσοκομείο	Έτος	Φαρμακείο	Λειτουργία Φαρμακείου	Επιχορήγηση Φαρμάκων	Έλλειψη / Αντικατάσταση Φαρμάκων από γενόσημα
Αμμόχωστος	2010	4 / 42 (9,52%)	2	0	2
	2012	2 / 52 (3,85%)	2	0	0
	<b>Σύνολο</b>	<b>6</b>	<b>4 / 35 (11,43%)</b>	<b>0</b>	<b>2 / 51 (3,92%)</b>
Λάρνακα	2010	12 / 42 (28,6%)	3	5	4
	2012	13 / 52 (25%)	7	3	4
	<b>Σύνολο</b>	<b>25</b>	<b>10 / 35 (28,6%)</b>	<b>8</b>	<b>8 / 51 (15,7%)</b>
Λεμεσός	2010	26 / 42 (61,9%)	18	0	8
	2012	34 / 52 (65,4%)	2	2	30
	<b>Σύνολο</b>	<b>60</b>	<b>20 / 35 (57,14%)</b>	<b>2</b>	<b>38 / 51 (74,5%)</b>
Πάφος	2010	0	0	0	1
	2012	3 / 52 (5,8%)	1	0	2
	<b>Σύνολο</b>	<b>3</b>	<b>1 / 35 (2,86%)</b>	<b>0</b>	<b>3 / 51 (5,9%)</b>
Σύνολο	2010	42	23	5	15
	2012	52	12	5	36
	<b>Σύνολο</b>	<b>94 / 1725 (5,45%)</b>	<b>35 / 94 (37,2%)</b>	<b>10 / 94 (10,7%)</b>	<b>51 / 94 (54,3%)</b>

### 5.2.8. Παράπονα για τα Εξωτερικά Ιατρεία Ειδικοτήτων

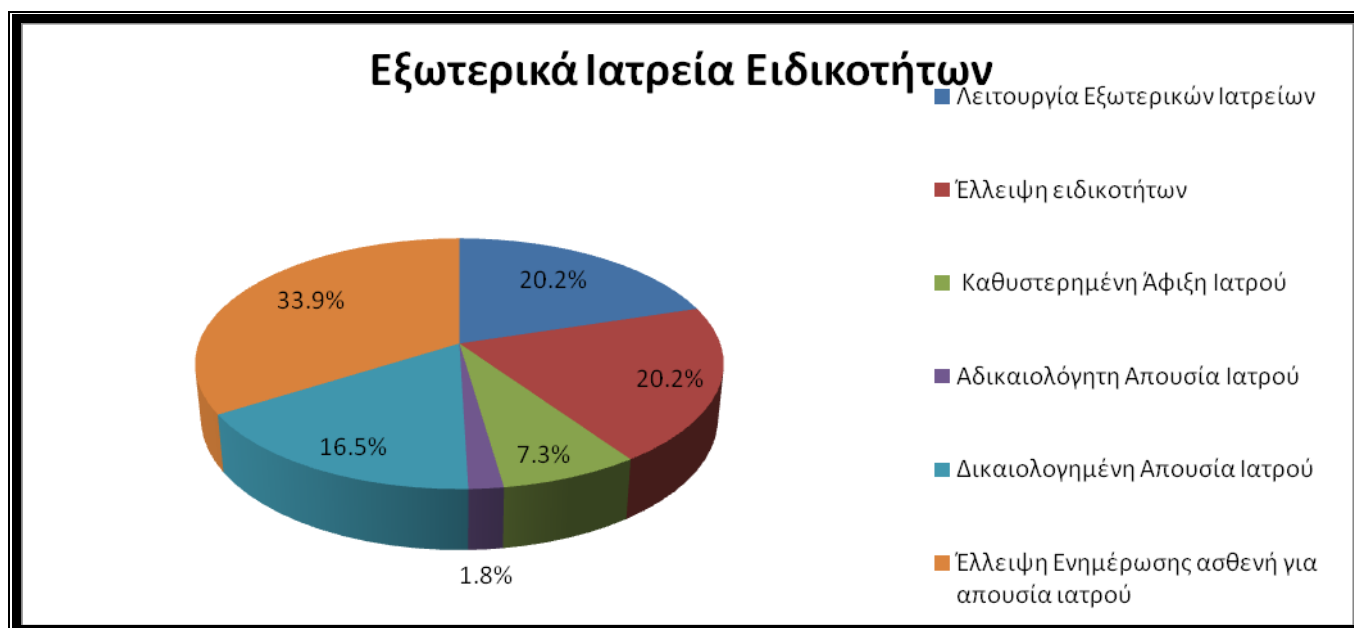
Στο Γράφημα 13 παρουσιάζονται τα παράπονα που υποβλήθηκαν σχετικά με τη λειτουργία των εξωτερικών ιατρείων ειδικοτήτων των δημόσιων νοσηλευτηρίων(20,2%), την έλλειψη ειδικοτήτων (20,2%), την καθυστερημένη άφιξη του ιατρού (7,3%), την αδικαιολόγητη απουσία (1,8%) αλλά και τη δικαιολογημένη απουσία του ιατρού (16,5%) και την έλλειψη ενημέρωσης του ασθενή για απουσία ιατρού (33,9%). Τα παράπονα για την εν γένει λειτουργία των εξωτερικών ιατρείων αφορούν στην έλλειψη χώρου αναμονής, στην ακαταλληλότητα του χώρου, στη πολύωρη αναμονή στα εξωτερικά ιατρεία για εξέταση, στην εξέταση του ασθενή με το σύστημα του rotation για μερικές ειδικότητες, στην έλλειψη νοσηλευτικού λειτουργού για βοήθεια του ιατρού, στην καθυστερημένη μεταφορά φακέλου του ασθενή, στην τήρηση της διαδικασίας παραπομπής του ασθενή με παραπεμπτικό. Το 2010 και 2012 υποβλήθηκαν συνολικά 109 παράπονα (6,32% του συνόλου των παραπόνων), εκ των οποίων τα 51 παράπονα το 2010 και τα 58 παράπονα το 2012, παρουσιάζοντας αύξηση κατά 6,4%. Τα περισσότερα από τα παράπονα υποβλήθηκαν για το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού (44 παράπονα), ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου με 32 παράπονα, το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας με 20 παράπονα και το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου με 13 παράπονα. Το 2010, τα πλείστα των παραπόνων υποβλήθηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου (30 παράπονα ή 58,8%) και ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού με 17 παράπονα (33,3%), το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου με 10 παράπονα (19,61%) και το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας με 6 παράπονα (11,76%). Το 2012, τα περισσότερα από τα παράπονα υποβλήθηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού (37 παράπονα ή 63,8%) και ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας με 19 παράπονα (32,8%), το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου με 8 παράπονα (13,8%) και τέλος, το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου με μόνον 3 παράπονα (5,2%).



**Γράφημα 13:** Κατανομή του αριθμού των παραπόνων για τα Εξωτερικά Ιατρεία Ειδικοτήτων ανά δημόσιο νοσηλευτήριο για τα έτη 2010 και 2012

Το Διάγραμμα 5 απεικονίζει την ποσοστιαία κατανομή του αριθμού των παραπόνων που αφορούν τις υποομάδες των Εξωτερικών Ιατρείων Ειδικοτήτων. Στο Διάγραμμα 5, η μεγαλύτερη ποσοστιαία αναλογία αναφέρεται στην έλλειψη ενημέρωσης του ασθενή στην περίπτωση απουσίας του ιατρού με ποσοστό 33,9% (39 παράπονα). Η λειτουργία των Εξωτερικών Ιατρείων και η έλλειψη ειδικοτήτων παρουσιάζουν ποσοστό 20,2% (με 22 παράπονα) έκαστο. Ακολουθεί η δικαιολογημένη απουσία ιατρού με ποσοστό 16,5% (18 παράπονα) και η καθυστερημένη άφιξη του ιατρού με ποσοστό 7,3% (8 παράπονα). Η ποσοστιαία αναλογία του αριθμού των παραπόνων για αδικαιολόγητη άφιξη του ιατρού αντιστοιχεί σε ποσοστό μόλις 1,8% (2 παράπονα). Η κατανομή της ποσοστιαίας αναλογίας του αριθμού των παραπόνων παρουσιάζεται στους Πίνακες 12 και 13.





**Διάγραμμα 5:** Ποσοστιαία κατανομή των παραπόνων για τα Εξωτερικά Ιατρεία Ειδικότητων κατά δημόσιο νοσηλευτήριο για τα έτη 2010 και 2012

#### Πίνακας 12

Κατανομή παραπόνων για τα Εξωτερικά Ιατρεία Ειδικότητων κατά είδος παραπόνου και κατά δημόσιο νοσηλευτήριο για τα έτη 2010 και 2012

Νοσοκομείο	Έτος	Εξωτερικά Ιατρεία Ειδικότητων	Λειτουργία Εξωτερικών Ιατρείων	Έλλειψη Ειδικότητων
Αμμόχωστος	2010	30	0	15
	2012	2	1	0
	<b>Σύνολο</b>	<b>32</b>	<b>1 / 22 (4,5%)</b>	<b>15 / 22 (68,2%)</b>
Λάρνακα	2010	6	5	0
	2012	14	8	0
	<b>Σύνολο</b>	<b>20</b>	<b>13 / 22 (59,1%)</b>	<b>0 (0%)</b>
Λεμεσός	2010	10	4	0
	2012	34	3	5
	<b>Σύνολο</b>	<b>44</b>	<b>7 / 22 (31,82%)</b>	<b>5 / 22 (22,72%)</b>
Πάφος	2010	5	1	0
	2012	8	0	2
	<b>Σύνολο</b>	<b>13</b>	<b>1 / 22 (4,55%)</b>	<b>2 / 22 (9,1%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>2010</b>	<b>51</b>	<b>10</b>	<b>15</b>
	<b>2012</b>	<b>58</b>	<b>12</b>	<b>7</b>
	<b>Σύνολο</b>	<b>109 / 1725 (6,32%)</b>	<b>22 / 109 (20,2%)</b>	<b>22 / 109 (20,2%)</b>

**Πίνακας 13**

Κατανομή παραπόνων για τα Εξωτερικά Ιατρεία Ειδικοτήτων κατά είδος παραπόνου και κατά δημόσιο νοσηλευτήριο για τα έτη 2010 και 2012 (συνέχεια)

Νοσοκομείο	Έτος	Εξωτερικά Ιατρεία Ειδικοτήτων	Καθυστερημένη Αφιξη Ιατρού	Αδικαιολόγητη Απουσία Ιατρού	Δικαιολογημένη Απουσία Ιατρού	Έλλειψη Ενημέρωσης Ασθενή για Απουσία Ιατρού
Αμμόχωστος	2010	30	3	1	10	1
	2012	2	0	0	1	0
	<b>Σύνολο</b>	<b>32</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>11 / 18 (61,11%)</b>	<b>1 / 37 (2,7%)</b>
Λάρνακα	2010	6	0	0	0	1
	2012	14	0	0	2	4
	<b>Σύνολο</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2 / 18 (11,11%)</b>	<b>5 / 37 (13,5%)</b>
Λεμεσός	2010	10	2	1	3	0
	2012	34	1	0	0	25
	<b>Σύνολο</b>	<b>44</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>3 / 18 (16,7%)</b>	<b>25 / 37 (67,57%)</b>
Πάφος	2010	5	1	0	0	3
	2012	8	1	0	2	3
	<b>Σύνολο</b>	<b>13</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2 / 18 (11,11%)</b>	<b>6 / 37 (16,22%)</b>
Σύνολο	2010	51	6	2	13	5
	2012	58	2	0	5	32
	<b>Σύνολο</b>	<b>109 / 1725 (6,32%)</b>	<b>8 / 109 (7,3%)</b>	<b>2 / 109 (1,8%)</b>	<b>18 / 109 (16,5%)</b>	<b>37 / 109 (33,9%)</b>

## 5.2.9. Χώροι Δημόσιων Νοσηλευτηρίων

Ο Πίνακας 14 παρουσιάζει τα παράπονα σχετικά με τους κοινόχρηστους χώρους των δημοσίων νοσηλευτηρίων. Τα παράπονα αφορούν την καθαριότητα των χώρων του νοσοκομείου (3 παράπονα), στους χώρους καπνίσματος (1 παράπονο), στους χώρους στάθμευσης ασθενών ή / και στους χώρους στάθμευσης αναπήρων (6 παράπονα) που καταλαμβάνονται από μη ανάπηρους, στην πρόσβαση σε ανάπηρους (2 παράπονα) και στην τοποθέτηση ενημερωτικών πινακίδων (3 παράπονα). Το 2010 και 2012, ο συνολικός αριθμός των παραπόνων που έχουν υποβληθεί ανέρχεται σε 15 (0,87% του συνολικού αριθμού των παραπόνων), εκ των οποίων 10 παράπονα το 2010 και 5 παράπονα το 2012.

### Πίνακας 14

*Κατανομή των παραπόνων για τους κοινόχρηστους χώρους των δημοσίων νοσηλευτηρίων και κατά είδος παραπόνου για τα έτη 2010 και 2012*

Νοσοκομείο	Έτος	Χώροι Νοσοκομείου	Καθαριότητα	Χώρος Καπνίσματος	Χώρος Στάθμευσης / Χώρος Στάθμευσης Αναπήρων	Πρόσβαση σε Ανάπηρους	Τοποθέτηση Ενημερωτικών Πινακίδων
Αμμόχωστος	2010	6	1	0	0	2	3
	2012	0	0	0	0	0	0
	<b>Σύνολο</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Λάρνακα	2010	1	0	0	1	0	0
	2012	3	2	0	1	0	0
	<b>Σύνολο</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Λεμεσός	2010	3	0	0	3	0	0
	2012	2	0	1	1	0	0
	<b>Σύνολο</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Πάφος	2010	0	0	0	0	0	0
	2012	0	0	0	0	0	0
	<b>Σύνολο</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>2010</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
	<b>2012</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
	<b>Σύνολο</b>	<b>15 / 1725 (0,87%)</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>3</b>

### 5.2.10. Έλλειψη αναλωσίμων υλικών ή / και εργαλείων

Ο Πίνακας 15 παρουσιάζει το σύνολο των παραπόνων σχετικά με την έλλειψη αναλωσίμων υλικών ή / και εργαλείων στα δημόσια νοσηλευτήρια. Το 2010 και 2012 ο συνολικός αριθμός παραπόνων που υποβλήθηκαν ανέρχεται σε 8 παράπονα (0,5% του συνολικού αριθμού των παραπόνων) εκ των οποίων τα 5 παράπονα το 2010 και τα 3 παράπονα το 2012. Ο αριθμός των παραπόνων για το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας ανέρχεται σε 4 παράπονα, ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού με 2 παράπονα, και το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου και Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου με 1 παράπονο έκαστο.

#### Πίνακας 15

*Κατανομή παραπόνων σχετικά με την έλλειψη Αναλωσίμων Υλικών ή / και Εργαλείων ανά δημόσιο νοσηλευτήριο για τα έτη 2010 και 2012*

Νοσοκομείο	Έτος	Έλλειψη Αναλωσίμων Υλικών / Εργαλείων
Αμμόχωστος	2010	1
	2012	0
	<b>Σύνολο</b>	<b>1</b>
Λάρνακα	2010	3
	2012	1
	<b>Σύνολο</b>	<b>4</b>
Λεμεσός	2010	0
	2012	2
	<b>Σύνολο</b>	<b>2</b>
Πάφος	2010	1
	2012	0
	<b>Σύνολο</b>	<b>1</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>2010</b>	<b>5</b>
	<b>2012</b>	<b>3</b>
	<b>Σύνολο</b>	<b>8 / 1725 (0,5%)</b>

### 5.2.11. Έλλειψη κλινών

Ο Πίνακας 16 παρουσιάζει τα παράπονα που αφορούν στην έλλειψη κλινών στα δημόσια νοσηλευτήρια. Υποβλήθηκαν 6 παράπονα (0,35% του συνολικού αριθμού παραπόνων) για το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού σχετικά με την έλλειψη κλινών εκ των οποίων τα 2 παράπονα το 2010 και τα 4 παράπονα το 2012.

#### Πίνακας 16:

*Κατανομή του αριθμού των παραπόνων σχετικά με την έλλειψη κλινών για τα έτη 2010 και 2012*

Νοσοκομείο	Έτος	Έλλειψη Κλινών
Λεμεσός	2010	2
	2012	4
	<b>Σύνολο</b>	<b>6</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>2010</b>	<b>2</b>
	<b>2012</b>	<b>4</b>
	<b>Σύνολο</b>	<b>6 / 1725 (0,35%)</b>

### 5.3. Ευχαριστίες ή / και Συγχαρητήρια από ασθενείς

Πέραν των όποιων παραπόνων που υποβλήθηκαν ορισμένοι ασθενείς αισθάνθηκαν ότι έπρεπε να ευχαριστήσουν αυτούς που τους πρόσφεραν υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Στον Πίνακα 17 παρουσιάζεται ο αριθμός των ασθενών που έχουν υποβάλει ευχαριστίες ή / και συγχαρητήρια μέσω του Λειτουργού Δικαιωμάτων Ασθενών των Δημόσιων Νοσηλευτηρίων. Το 2010 και 2012 απεστάλησαν 9 τέτοιας μορφής ευχαριστίες εκ των οποίων 5 το 2010 και 4 το 2012. Οι πιο πολλές (6) αφορούν στο Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου και ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού με 3. Το 2010, οι Ευχαριστίες ή / και τα Συγχαρητήρια ασθενών ανέρχονται σε 4 για το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου και 1 μόνον για το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού. Αντίστοιχα, το 2012 οι ευχαριστίες ή / και τα συγχαρητήρια ασθενών για το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου και το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού ανέρχονται σε 2 για το κάθε ένα.

#### Πίνακας 17:

*Κατανομή ευχαριστιών ή / και συγχαρητήρια των ασθενών ανά δημόσιο νοσηλευτήριο για τα έτη 2010 και 2012*

Νοσοκομείο	Έτος	Ευχαριστίες / Συγχαρητήρια
Αμμόχωστος	2010	4
	2012	2
	<b>Σύνολο</b>	<b>6</b>
Λεμεσός	2010	1
	2012	2
	<b>Σύνολο</b>	<b>3</b>
Σύνολο	2010	5
	2012	4
	<b>Σύνολο</b>	<b>9 / 1725 (0,5%)</b>

## 5.4. Συγκεντρωτικός πίνακας

Στο Πίνακα 18 παρατίθενται συγκεντρωτικά οι κυριότερες αιτίες υποβολής παραπόνων. Η κυριότερη αιτία υποβολής παραπόνων αφορά στα ραντεβού ασθενών με 465 παράπονα (26,96% του συνολικού αριθμού παραπόνων) και ακολουθούν οι λίστες αναμονής με 286 παράπονα (16,6% του συνολικού αριθμού παραπόνων). Ο αριθμός παραπόνων για το ιατρικό αρχείο ανέρχεται σε 171 παράπονα (9,9% του συνολικού αριθμού των παραπόνων) και για τα εξωτερικά ιατρεία σε 109 παράπονα (6,32% του συνολικού αριθμού των παραπόνων).

### Πίνακας 18

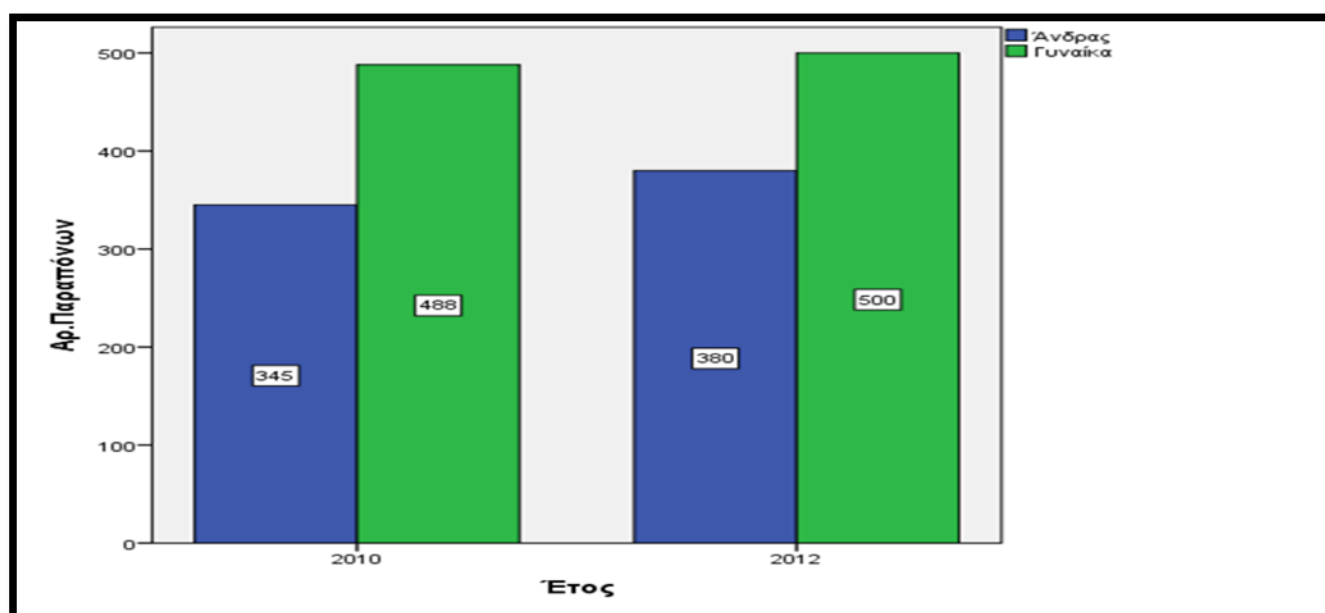
*Συγκεντρωτικός Πίνακας των κυριότερων αιτιών υποβολής των παραπόνων κατά απόλυτη συχνότητα και κατά ποσοστιαία αναλογία*

A / A	Ομάδα Παραπόνου	Αριθμός Παραπόνων	Ποσοστιαία Αναλογία
1.	Ραντεβού	465 / 1725	26,96%
2.	Λίστες Αναμονής	286 / 1725	16,6%
3.	Ιατρικό Αρχείο	171 / 1725	9,9%
4.	Παράπονα για Εξωτερικά Ιατρεία Ειδικοτήτων	109 / 1725	6,32%
5.	Συμπεριφορά Προσωπικού	106 / 1725	6,14%
6.	Συμπεριφορά Ασθενή	4 / 1725	0,23%
7.	Παράπονα για Φαρμακείο Δημόσιων Νοσηλευτηρίων	94 / 1725	5,45%
8.	Καθυστέρηση / Απόλεια / Παράλειψη Διεκπεραίωσης Αναλύσεων / Εξετάσεων / Ακτινογραφιών	75 / 1725	4,35%
9.	Τμήμα Εγγραφών	62 / 1725	3,6%
10.	Καθυστέρηση στην Αποπεράτωση Ιατρικών Εκθέσεων	52 / 1725	3%
11.	Ιατρικός, Ξενοδοχειακός και άλλος Εξοπλισμός	43 / 1725	2,5%
12.	Καταγγελίες εναντίον Ιατρικού Προσωπικού	39 / 1725	2,27%
13.	Καταγγελίες εναντίον Νοσηλευτικού Προσωπικού	2 / 1725	0,12%
14.	Καταγγελίες εναντίον Άλλου Προσωπικού	3 / 1725	0,17%
15.	Εισηγήσεις	37 / 1725	2,14%
16.	Καθυστέρηση / Ακόρωση στη διενέργεια Εγχειρήσεων / Επεμβάσεων	21 / 1725	1,22%
17.	Ενημέρωση / Πληροφόρηση Ασθενών	19 / 1725	1,1%
18.	ΤΑΕΠ	18 / 1725	1,04%
19.	Χώρος Δημόσιων Νοσηλευτηρίων	15 / 1725	0,9%
20.	Έλλειψη Κλινών	14 / 1725	0,8%
21.	Μεταχείριση Ασθενή	13 / 1725	0,75%
22.	Επιθυμία Ασθενών / Οικείων	12 / 1725	0,7%
23.	Εξυπηρέτηση Ασθενών	12 / 1725	0,7%
24.	Δικαίωμα Πρόσβασης Ασθενών σε Εξετάσεις	11 / 1725	0,64%
25.	Ευχαριστίες / Συγχαρητήρια	9 / 1725	0,5%
26.	Έλλειψη Προσωπικού	8 / 1725	0,46%
27.	Έλλειψη Αναλωσίμων Υλικών / Εργαλείων	8 / 1725	0,46%
28.	Θρησκευτικές Πεποιθήσεις	7 / 1725	0,4%
29.	Αιτήματα Ασθενών για έξοδα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης	5 / 1725	0,29%
30.	Ενημέρωση Οικείων Ασθενή	4 / 1725	0,2%
31.	Παραβίαση Προσωπικών Δεδομένων	1 / 1725	0,06%

## 5.5. Δημογραφικά στοιχεία ασθενή

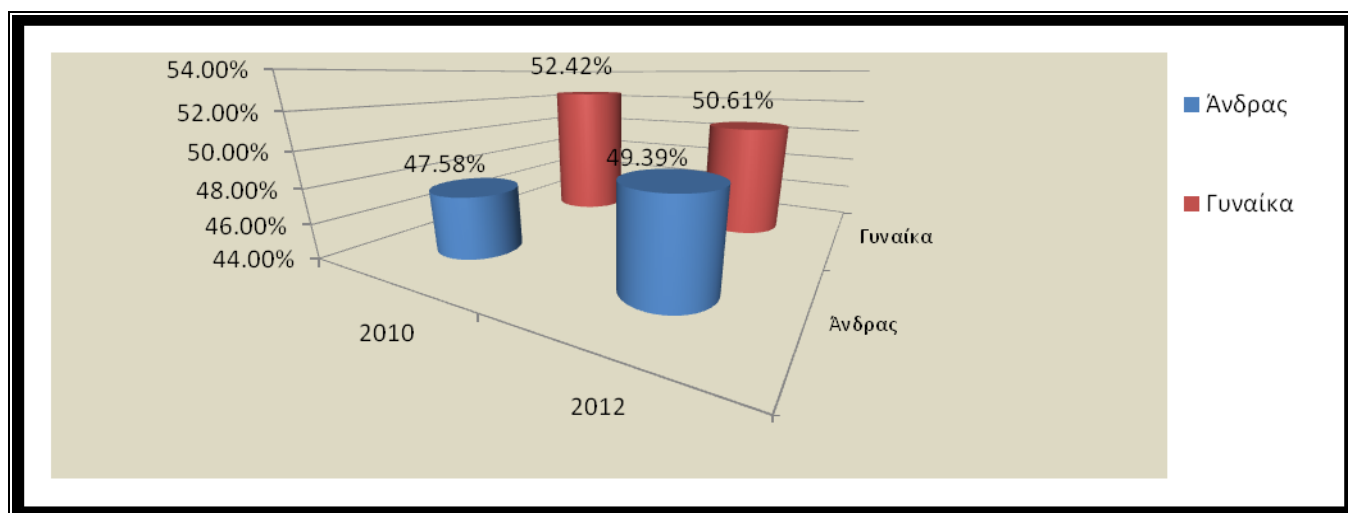
### 5.5.1. Φύλο

Το Γράφημα 14 παρουσιάζει το συνολικό αριθμό των παραπόνων ανά φύλο και το Γράφημα 15 την ποσοστιαία αναλογία για τα έτη 2010 και 2012. Το 2010 και 2012 ο αριθμός των παραπόνων που έχουν υποβληθεί από άνδρες ανέρχεται σε 725 (42,1%) και γυναίκες σε 988 (57,3%). Σημειώνεται ότι 12 παράπονα (0,7%) έχουν υποβληθεί από ομάδες ασθενών. Το 2010, ο αριθμός των παραπόνων που έχουν υποβληθεί από άνδρες ανέρχεται στα 345 (47,58%) έναντι 488 (52,42%) από γυναίκες. Το 2012 ο αριθμός των παραπόνων που έχουν υποβληθεί από άνδρες ανέρχεται σε 380 (49,39%) παράπονα, αύξηση 4,8% και από γυναίκες σε 500 (50,61%) παράπονα, αύξηση 1,21%. Η αναλυτική κατάσταση του αριθμού παραπόνων ανά Φύλο και ποσοστιαία αναλογία παρουσιάζεται στο Πίνακα 15.



**Γράφημα 14:** Κατανομή του αριθμού των παραπονούμενων ανά φύλο για τα έτη 2010 και 2012





**Γράφημα 15:** Ποσοστιαία αναλογία των παραπονούμενων ανά Φύλο για τα έτη 2010 και 2012

Τα πολλά παράπονα από άνδρες υποβλήθηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού (346 παράπονα), ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας με 218, το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου με 98 και το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου με 71. Αντίστοιχα, τα πιο πολλά παράπονα από γυναίκες υποβλήθηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού (427 παράπονα), ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας με 345 παράπονα, το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου με 132 παράπονα και το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου με 84 παράπονα (Πίνακας 15).

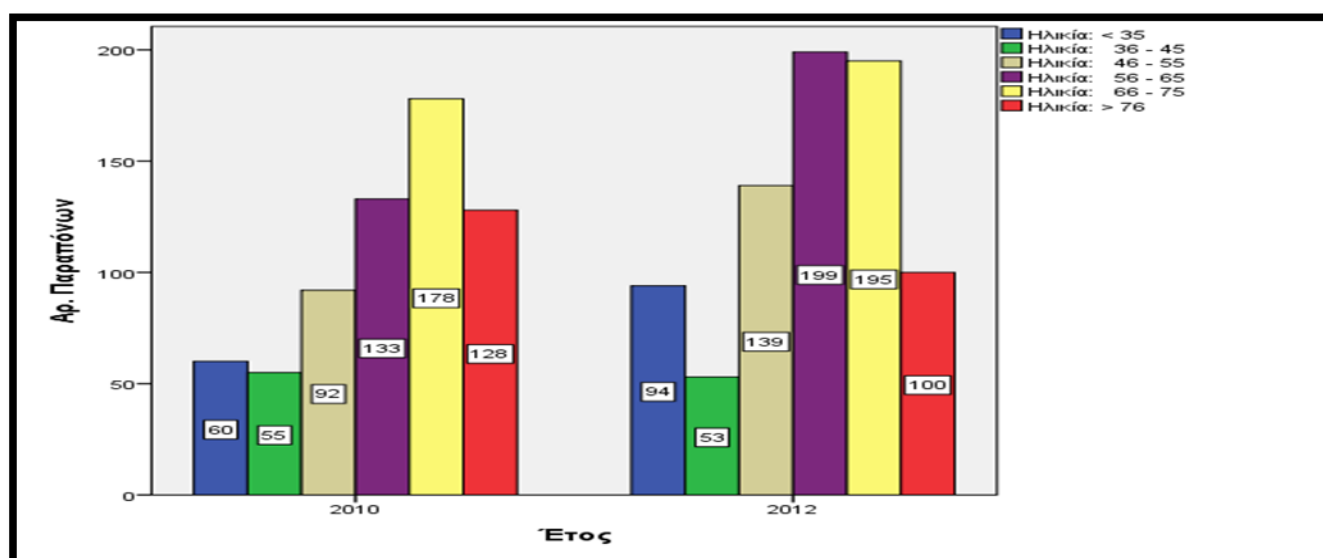
**Πίνακας 15**

Κατανομή παραπόνων και ποσοστιαία αναλογία κατά φύλο για τα δημόσια νοσηλευτήρια για τα έτη 2010 και 2012

Νοσοκομείο	Έτος	Άνδρας	Γυναίκα	Ομάδα
Αμμόχωστος	2010	80 / 204 (39,22%)	124 / 204 (60,78%)	5
	2012	10 / 18 (55,56%)	8 / 18 (44,44%)	0
	<b>Σύνολο</b>	<b>98</b>	<b>132</b>	<b>5</b>
Λάρνακα	2010	101 / 261 (38,7%)	160 / 261 (61,3%)	6
	2012	117 / 302 (36,74%)	185 / 302 (61,26%)	0
	<b>Σύνολο</b>	<b>218</b>	<b>345</b>	<b>6</b>
Λεμεσός	2010	128 / 293 (43,69%)	165 / 293 (56,31%)	0
	2012	218 / 480 (45,42%)	262 / 480 (54,58%)	0
	<b>Σύνολο</b>	<b>346</b>	<b>427</b>	<b>0</b>
Πάφος	2010	36 / 75 (48%)	39 / 75 (52%)	1
	2012	35 / 80 (43,75%)	45 / 80 (56,25%)	0
	<b>Σύνολο</b>	<b>71</b>	<b>84</b>	<b>1</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>2010</b>	<b>345</b>	<b>488</b>	<b>12</b>
	<b>2012</b>	<b>380</b>	<b>500</b>	<b>0</b>
	<b>Σύνολο</b>	<b>725 / 1725 (42,1%)</b>	<b>988 / 1725 (57,3%)</b>	<b>12 / 1725 (0,7%)</b>

### 5.5.2. Ηλικιακή κατανομή

Στο Γράφημα 16 παρουσιάζεται η κατανομή των παραπόνων ανά ηλικιακή ομάδα για τα έτη 2010 και 2012. Το 2010 και 2012 ο αριθμός των παραπόνων με ηλικία μικρότερη των 35 ετών ανέρχεται σε 154 παράπονα (8,93%), με ηλικία 36 - 45 ετών σε 108 παράπονα (6,26%), με ηλικία 46 – 55 ετών σε 231 παράπονα (13,4%), με ηλικία από 56 – 65 σε 332 παράπονα (19,25%), με ηλικία 66 – 75 σε 373 παράπονα (21,6%), ενώ για τις ηλικίες άνω των 76 ετών ο αριθμός των παραπόνων ανέρχεται σε 228 (13,22%). Συνολικά υποβλήθηκαν 297 (17,22%) χωρίς να αναφέρεται η ηλικία των παραπονούμενων. Το 2010, συνολικά υποβλήθηκαν σε 60 παράπονα (7,1%), από άτομα ηλικίας μικρότερης των 35 ετών, 55 παράπονα (6,52%) από άτομα 36 - 45 ετών, 92 παράπονα (10,9%) από άτομα της ηλικιακής ομάδας 46 – 55 ετών, 133 παράπονα (15,76%) από την ηλικιακή ομάδα 56 – 65 ετών, 178 παράπονα (21,09%) από την ηλικιακή ομάδα 66 – 75 ετών. Άτομα άνω των 76 ετών υπέβαλαν, συνολικά, 128 (15,17%). Σημειώνεται ότι ο μεγαλύτερος σε ηλικία ασθενής, που έχει υποβάλει σχετικό παράπονο, ήταν 94 χρονών και το σχετικό παράπονο έχει υποβληθεί στο Γενικό Νοσοκομείο Πάφου. Ο Πίνακας 16 παρουσιάζει τα ηλικιακά χαρακτηριστικά των ατόμων του δείγματος και τη ποσοστιαία αναλογία του αριθμού των παραπόνων ανά ηλικιακή ομάδα για τα έτη 2010 και 2012.



**Γράφημα 16:** Κατανομή του αριθμού των παραπόνων ανά ηλικιακή κατανομή για τα έτη 2010 και 2012

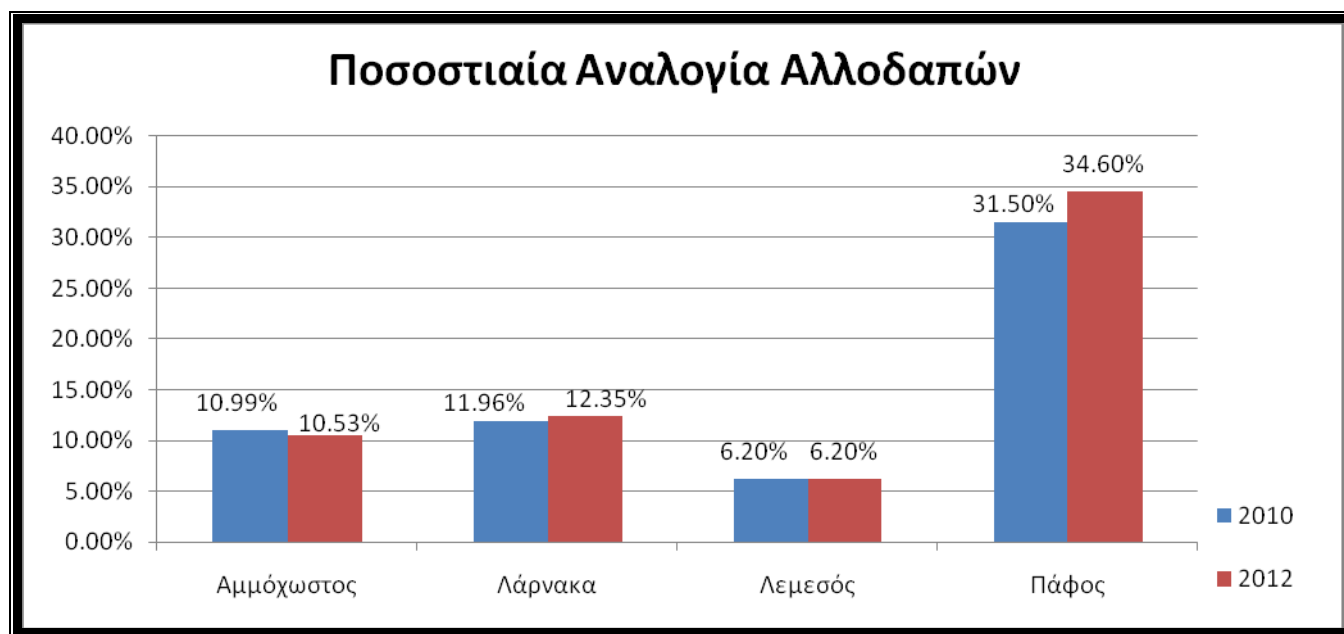
**Πίνακας 16**

Ποσοστιαία κατανομή των παραπόνων κατά ηλικιακή ομάδα και κατά δημόσιονοσηλευτήριο για τα έτη 2010 και 2012

Νοσοκομείο	Έτος	<35	36 - 45	46 - 55	56 - 65	66 – 75	>76	Χωρίς Ηλικία	Σύνολο
Αμμόχωστος	2010	13	19	27	41	60	32	17	
	2012	5	3	4	4	1	0	0	
	<b>Σύνολο</b>	<b>18</b>	<b>22</b>	<b>31</b>	<b>45</b>	<b>61</b>	<b>32</b>	<b>17</b>	
Λάρνακα	2010	31	20	34	52	59	44	27	
	2012	42	27	70	64	59	37	3	
	<b>Σύνολο</b>	<b>73</b>	<b>47</b>	<b>104</b>	<b>116</b>	<b>118</b>	<b>81</b>	<b>30</b>	
Λεμεσός	2010	13	15	30	34	54	45	102	
	2012	42	22	61	125	129	61	40	
	<b>Σύνολο</b>	<b>55</b>	<b>37</b>	<b>91</b>	<b>159</b>	<b>183</b>	<b>106</b>	<b>142</b>	
Πάφος	2010	3	1	1	6	5	7	53	
	2012	5	1	4	6	6	2	57	
	<b>Σύνολο</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>108</b>	
<b>Σύνολο</b>	<b>2010</b>	<b>60 / 845 (7,1%)</b>	<b>55 / 845 (6,52%)</b>	<b>92 / 845 (10,9%)</b>	<b>133 / 845 (15,76%)</b>	<b>178 / 845 (21,09%)</b>	<b>128 / 845 (15,17%)</b>	<b>199 / 845 (23,5%)</b>	<b>845</b>
	<b>2012</b>	<b>94 / 880 (10,7%)</b>	<b>53 / 880 (6%)</b>	<b>139 / 880 (15,81%)</b>	<b>199 / 880 (22,64%)</b>	<b>195 / 880 (22,2%)</b>	<b>100 / 880 (11,4%)</b>	<b>100 / 880 (11,4%)</b>	<b>880</b>
	<b>Σύνολο</b>	<b>154 / 1725 (8,93%)</b>	<b>108 / 1725 (6,26%)</b>	<b>231 / 1725 (13,4%)</b>	<b>332 / 1725 (19,25%)</b>	<b>373 / 1725 (21,6%)</b>	<b>228 / 1725 (13,22%)</b>	<b>297 / 1725 (17,22%)</b>	<b>1725</b>

## 5.6. Αλλοδαποί ασθενείς

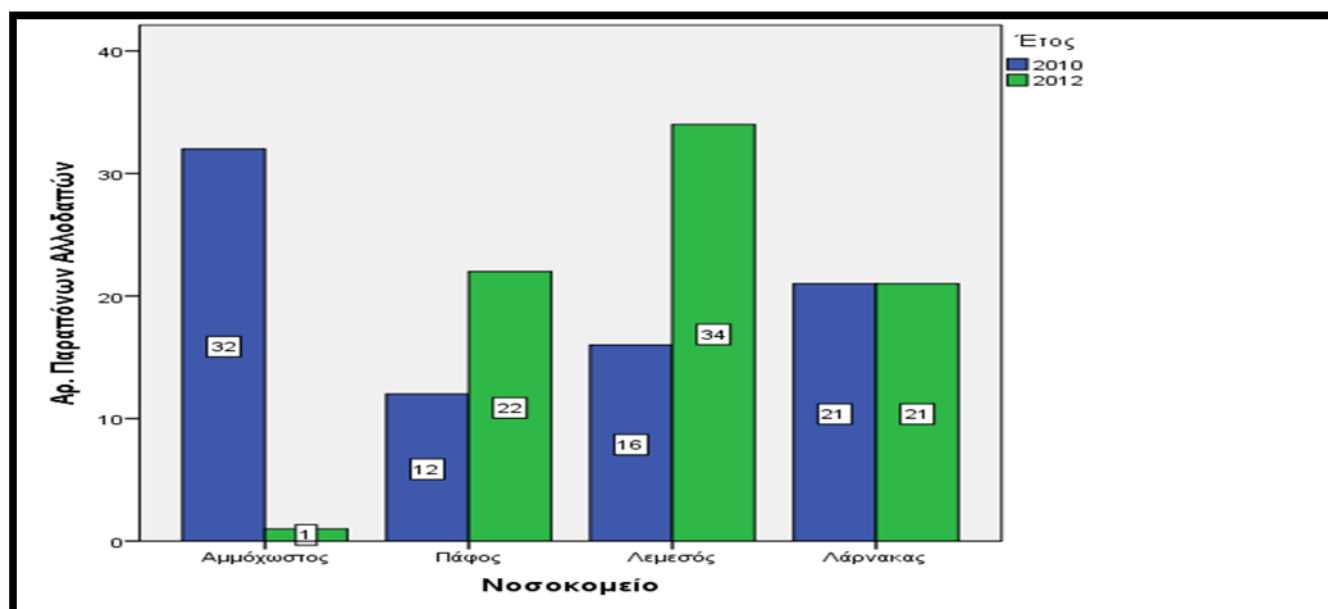
Το Γράφημα 17 απεικονίζει το ποσοστό αλλοδαπών που έχουν επισκεφθεί τα Δημόσια Νοσηλευτήρια το 2010 και το 2012 σε σχέση με τον ολικό αριθμό των επισκέψεων. Το 2010 και 2012 ο συνολικός αριθμός των παραπόνων που έχουν υποβληθεί από αλλοδαπούς ασθενείς ανέρχεται σε 159 (9,22% του συνολικού αριθμού των παραπόνων), εκ των οποίων 81 το 2010 και 78 το 2012. Το 2010 ο μεγαλύτερος όγκος αλλοδαπών ασθενών έχει επισκεφθεί το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου με ποσοστό 31,5%, ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας με ποσοστό 11,96% και περίπου στα ίδια επίπεδα το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου με 10,99%. Ο όγκος των αλλοδαπών ασθενών για το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού ανέρχεται στο 6,2%. Το 2012 η πλειοψηφία του όγκου των ασθενών παρουσιάζεται και πάλι στο Γενικό Νοσοκομείο Πάφου με ποσοστό 34,6%, ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας με 12,35% και το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου με 10,53% ενώ στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού παραμένει χωρίς καμία αλλαγή με ποσοστό 6,2%.



**Γράφημα 17:** Ποσοστιαία αναλογία των αλλοδαπών ασθενών ανά δημόσιο νοσηλευτήριο για τα έτη 2010 και 2012

Το Γράφημα 18 παρουσιάζει τον αριθμό των παραπόνων που έχουν υποβληθεί από αλλοδαπούς ασθενείς το 2010 και το 2012. Το 2010, το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου είναι δέκτης των περισσότερων παραπόνων από αλλοδαπούς ασθενείς με 32 παράπονα (15,3% του συνολικού αριθμού παραπόνων που είχαν υποβληθεί), ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας με 21 παράπονα (7,87% του συνολικού αριθμού παραπόνων που είχαν υποβληθεί), το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού με

16 παράπονα (5,46% του συνολικού αριθμού παραπόνων που είχαν υποβληθεί) και το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου με 12 παράπονα (15,8% του συνολικού αριθμού παραπόνων που είχαν υποβληθεί). Το 2012, τα πλείστα των παραπόνων που είχαν υποβληθεί από αλλοδαπούς ασθενείς εμφανίζονται στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού με 34 παράπονα (7,08% του συνολικού αριθμού παραπόνων που είχαν υποβληθεί), ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου με 22 παράπονα (27,5% του συνολικού αριθμού παραπόνων που είχαν υποβληθεί) και το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας με 21 παράπονα (6,96% του συνολικού αριθμού παραπόνων που είχαν υποβληθεί). Στο Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου έχει υποβληθεί μόνο 1 παράπονο (5,56% του συνολικού αριθμού παραπόνων που είχαν υποβληθεί) από αλλοδαπό ασθενή. Η κατανομή των αλλοδαπών ασθενών που έχουν υποβάλει παράπονα και η ποσοστιαία αναλογία τους παρουσιάζεται στο Πίνακα 17.



**Γράφημα 18:** Κατανομή του αριθμού των παραπόνων που έχουν υποβληθεί από αλλοδαπούς ασθενείς ανά δημόσιο νοσηλευτήριο για τα έτη 2010 και 2012

### Πίνακας 17

Κατανομή των αλλοδαπών ασθενών που έχουν υποβάλει παράπονα και ποσοστιαία αναλογία αλλοδαπών ασθενών ανά δημόσιο νοσηλευτήριο για τα έτη 2010 και 2012

Νοσοκομείο	Έτος	Αριθμός Αλλοδαπών Ασθενών που υπόβαλαν παράπονο	Εξωτερικοί / Εσωτερικοί Ασθενείς + ΤΑΕΠ
Αμμόχωστος*	2010	32 / 209 παράπονα (15,3%)	16530 / 150461 (10,99%)
	2012	1 / 18 παράπονα (5,56%)	17739 / 168495 (10,53%)
	<b>Σύνολο</b>	<b>33</b>	
Λάρνακα**	2010	21 / 267 παράπονα (7,87%)	24547 / 205279 (11,96%)
	2012	21 / 302 παράπονα (6,96%)	27810 / 225083 (12,35%)
	<b>Σύνολο</b>	<b>42</b>	
Λεμεσός	2010	16 / 293 παράπονα (5,46%)	18235 / 293698 (6,2%)
	2012	34 / 480 παράπονα (7,08%)	22126 / 357601 (6,2%)
	<b>Σύνολο</b>	<b>50</b>	
Πάφος	2010	12 / 76 παράπονα (15,8%)	57654 / 183035 (31,5%)
	2012	22 / 80 παράπονα (27,5)	80725 / 233169 (34,6%)
	<b>Σύνολο</b>	<b>34</b>	
<b>Σύνολο</b>	<b>2010</b>	<b>81</b>	
	<b>2012</b>	<b>78</b>	
	<b>Σύνολο</b>	<b>159 / 1725 (9,22%)</b>	

\*Οι αριθμοί δεν περιλαμβάνουν τους ασθενείς του ΤΑΕΠ

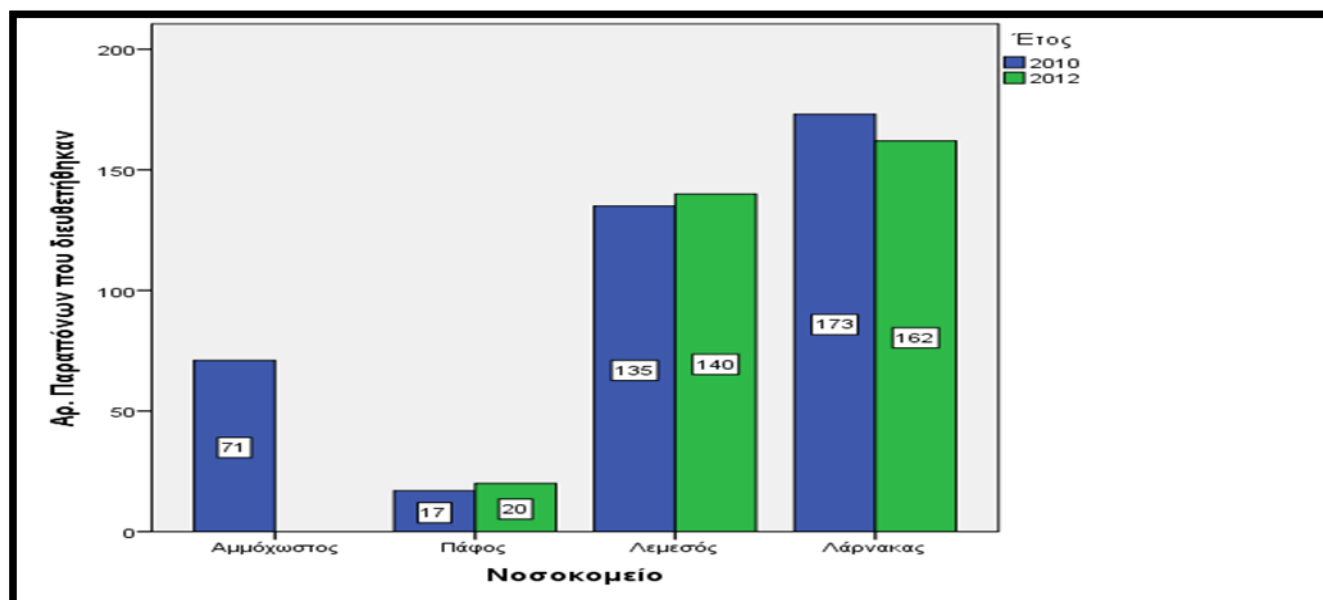
\*\*Εξωτερικοί Ασθενείς = 16487, Εσωτερικοί Ασθενείς = 1768, ΤΑΕΠ = 6292 για το 2010

Εξωτερικοί Ασθενείς = 18150, Εσωτερικοί Ασθενείς = 1789, ΤΑΕΠ = 7871 για το 2012

\*\*\*Να σημειωθεί ότι οι πιο πάνω αριθμοί πιθανόν να είναι μεγαλύτεροι αφού κατά την εγγραφή δυνατόν να δηλώνεται διαμονή στη Κύπρο με αποτέλεσμα αλλοδαπός να παρουσιάζεται ως Κύπριος Πολίτης

## 5.7. Διευθέτηση παραπόνων ασθενών

Στο Γράφημα 17 απεικονίζεται ο αριθμός των παραπόνων που έχουν τύχει διορθωτικής δράσης. Το 2010 και 2012 ο συνολικός αριθμός των παραπόνων ανέρχεται σε 718 παράπονα (41,6% του συνολικού αριθμού των παραπόνων), εκ των οποίων 396 το 2010 και 322 το 2012, παρουσιάζοντας μείωση κατά 10,3%. Η πλειοψηφία των παραπόνων που έχουν επιλυθεί για το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας ανέρχεται σε 335 παράπονα (58,9%), ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού με 275 παράπονα (35,6%), το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου με 71 παράπονα (31,3%) και το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου με 37 παράπονα (23,7%). Το 2010 η πλειοψηφία των παραπόνων έχει διευθετηθεί στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας ανέρχεται σε 173 παράπονα και ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού με 153 παράπονα. Ο αριθμός των παραπόνων που έχουν τύχει σχετικής διευθέτησης στο Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου ανέρχεται στα 71 παράπονα και στο Γενικό Νοσοκομείο Πάφου σε 17 παράπονα μόνον. Το 2012 η πλειοψηφία των παραπόνων που έχουν διευθετηθεί στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας ανέρχεται σε 162 παράπονα και ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού με 140 παράπονα. Στο Γενικό Νοσοκομείο Πάφου ο αριθμός των παραπόνων ανέρχεται στα 20 ενώ στο Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου δεν έχει σημειωθεί καμία διευθέτηση παραπόνου. Η κατανομή των παραπόνων που έχουν υποβληθεί και η ποσοστιαία αναλογία όσων έτυχαν διευθέτησης παρουσιάζεται στον Πίνακα 18.



**Γράφημα 17:** Κατανομή του αριθμού των παραπόνων που έχουν διευθετηθεί για κάθε δημόσιο νοσηλευτήριο για τα έτη 2010 και 2012

**Πίνακας 18**

Κατανομή των παραπόνων που έχουν υποβληθεί και η ποσοστιαία αναλογία όσων έτυχαν διευθέτησης ανά δημόσιο νοσηλευτήριο για τα έτη 2010 και 2012

Νοσοκομείο	Έτος	Αριθμός παραπόνων που έχουν υποβληθεί	Αριθμός παραπόνων που έχουν διευθετηθεί
Αμμόχωστος	2010	209	71
	2012	18	0
	<b>Σύνολο</b>	<b>227</b>	<b>71 / 227 (31,3%)</b>
Λάρνακα	2010	267	173
	2012	302	162
	<b>Σύνολο</b>	<b>569</b>	<b>335 / 569 (58,9%)</b>
Λεμεσός	2010	293	135
	2012	480	140
	<b>Σύνολο</b>	<b>773</b>	<b>275 / 773 (35,6%)</b>
Πάφος	2010	76	17
	2012	80	20
	<b>Σύνολο</b>	<b>156</b>	<b>37 / 156 (23,7%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>2010</b>	<b>845</b>	<b>396</b>
	<b>2012</b>	<b>880</b>	<b>322</b>
	<b>Σύνολο</b>	<b>1725</b>	<b>718 / 1725 (41,6%)</b>



### Συζήτηση και Συμπεράσματα

Η έρευνα έχει πραγματοποιηθεί σε τέσσερα Δημόσια Νοσηλευτήρια της Κύπρου, από τα οποία έχουν συλλεχθεί τα επίσημα έντυπα παραπόνων ασθενών που έχουν υποβληθεί για τα έτη 2010 και 2012. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 1725 έντυπα παραπόνων από τα οποία το 44,85% αντιστοιχεί στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, το 33% στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας, το 13,15% στο Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου και το 9% στο Γενικό Νοσοκομείο Πάφου. Το 2010 και 2012, η πλειονότητα των παραπόνων έχει υποβληθεί στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού με 34,67% και 54,86% αντίστοιχα. Σημειώνεται ότι 12 παράπονα (0,7%) έχουν υποβληθεί από ομάδες ασθενών. Η έλλειψη εφαρμογής ενιαίου εντύπου παραπόνων ασθενών στα Νοσοκομεία είχε ως αποτέλεσμα ελλείψεις ως προς τα στοιχεία ασθενών όπως ο αριθμός ταυτότητας, ηλικία, επάγγελμα κ.ά. Η διερεύνηση των παραπόνων αφορά τις χρονικές περιόδους, από 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου 2010 μέχρι 31 Δεκεμβρίου 2010 και από 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου 2012 μέχρι και 31 Δεκεμβρίου 2012.

Το 2010, η αναλογία των παραπόνων ασθενών ανά 1000 επισκέπτες ανέρχεται στα 1,39 παράπονα για το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου, στα 1,3 παράπονα για το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας, στο απόλυτο του 1 παραπόνου για το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού και στα 0,42 παράπονα ανά 1,000 επισκέπτες για το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου. Αντίστοιχα, το 2012, η πλειοψηφία των παραπόνων παρουσιάζεται στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας με 2,19 παράπονα ανά 1,000 επισκέπτες, στα 2,01 παράπονα για το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού και στα 1,06 παράπονα ανά 1,000 επισκέπτες για το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου. Η αναλογία των παραπόνων για το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου είναι αμελητέα, και ανέρχεται στα 0,11 παράπονα ανά 1,000 επισκέπτες.

Το 2012, η αναλογία των παραπόνων ανά 1000 ασθενείς στο Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου είναι υποκειμενική και δεν αντικατοπτρίζει την πραγματική τιμή, αφού ο αριθμός των παραπόνων που έχουν υποβληθεί είναι αρκετά μικρός και ανέρχεται σε 18 παράπονα (1,49%) μόνο. Σύμφωνα με την Διευθύντρια του Γενικού Νοσοκομείου Αμμοχώστου, η σημαντική μείωση του αριθμού παραπόνων το 2012 οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην προσπάθεια του Λειτουργού Δικαιωμάτων Ασθενών για άμεση επίλυση χωρίς την καταγραφή του παραπόνου. Εν αντιθέσει, το 2010 γινόταν αρχικά καταγραφή από τη Λειτουργό Δικαιωμάτων Ασθενών όλων των παραπόνων ανεξαιρέτως και προσπάθεια επίλυσης τους εκ των υστέρων.

Σε αντίστοιχες έρευνες, η Μινάκη και συν (2013), η αναλογία παραπόνων προς ασθενείς ήταν μόλις 0,1 παράπονα ανά 1,000 ασθενείς, ενώ οι Taylor et al, το 2004 ανέφεραν 1,42, οι Anderson et al (2001) 1,12 και οι Douglas και Harrison (1996) 5 παράπονα ανά 1,000 ασθενείς. Ως εκ τούτου, η άποψη ότι ο αριθμός των παραπόνων δεν αντικατοπτρίζει τη δυσαρέσκεια των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας ενδυναμώνεται (JavetzandStern, 1996), αφού οι ασθενείς αδυνατούν να την εκφράσουν, κυρίως όταν δεν υπάρχει η οικονομική δυνατότητα να απευθυνθούν στον ιδιωτικό τομέα ως εναλλακτική λύση και αναγκαστικά συμβιβάζονται με αυτές από φόβο για συνέπειες σε μελλοντική τους χρήση (Μερκούρης, 1996). Η μικρή αναλογία καταδεικνύει πιθανόν την αναποτελεσματική λειτουργία του μηχανισμού διαχείρισης παραπόνων που ενδεχομένως να αποτρέπει τους ασθενείς να υποβάλλουν τα παράπονα τους από την στιγμή του υπάρχει η αντίληψη ότι δε θα υπάρξει συναφής ανταπόκριση και ότι δεν θα υπάρξει δικαίωση ή ότι με καμιά ενέργεια δεν αλλάζει το υφιστάμενο σύστημα. «Επιπρόσθετα, ενδεχομένως να υποδηλώνει ότι η έγγραφη υποβολή τους δε φαίνεται να ενυπάρχει στη λογική του Έλληνα ασθενή, ο οποίος συνήθως διαμαρτύρεται προφορικά ή καταφεύγει στη δικαιοσύνη» (Μινάκη και συν, 2013). Παράλληλα όμως έχει καταγραφεί σε ευρωπαϊκό επίπεδο έχουν διεξαχθεί πλήθος δημοσκοπήσεων που καταμαρτυρούν ότι οι Έλληνες αποτελούν μία από τις περισσότερο δυσαρεστημένες ομάδες πληθυσμού όσον αφορά στις παροχές υπηρεσιών υγείας που λαμβάνουν από το υγειονομικό σύστημα (Νιάκας, 2003).

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι η πλειοψηφία των παραπόνων υποβάλλεται από τους ίδιους τους ασθενείς (Giugliani et al, 2009, Natangelo, 2007, Wong et al, 2007, Daniele et al., 1999). Στην παρούσα έρευνα, η πλειοψηφία των παραπόνων με ποσοστό 87,14% έχει υποβληθεί από τους ίδιους τους ασθενείς, ακολουθεί το 8,8% από συγγενικό ή / και φιλικό πρόσωπο, το 2,78% έχει καταγραφεί τηλεφωνικά και για το 1,22% έχει σταλεί επιστολή<sup>14</sup>. Αντίστοιχες μελέτες (Taylor et al, 2004, Taylor et al, 2002, Lloyd - Bostock and Mulcahy, 1994) υποστηρίζουν ότι στο σύνολο τους, τα περισσότερα παράπονα υποβάλλονται από κάποιο πρόσωπο διαφορετικό από το ασθενή όπως πατέρα, μητέρα, αδελφό, αδελφή σύζυγο ή ακόμα και φίλο, ωστόσο ουσιαστικά καταλήγουν στο ίδιο συμπέρασμα, αφού κατά πλειοψηφική σειρά μεταξύ όλων, ο μεγαλύτερος αριθμός προέρχεται από τους ίδιους τους ασθενείς.

Το 2010 και 2012 η πλειοψηφία των ασθενών που έχουν υποβάλει σχετικό παράπονο ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 66 – 75 ετών (21,09% και 22,2%, αντίστοιχα). Τούτο παρατηρείται πιθανόν γιατί οι μεγαλύτερες ηλικίες παρουσιάζουν αυξημένες προσδοκίες, δύνανται να ασχοληθούν περισσότερο εκ των πραγμάτων, εξαιτίας κυρίως των πολλαπλών και κατά κανόνα χρόνιων προβλημάτων υγείας που

---

<sup>14</sup> Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει τα παράπονα που υποβάλλονται με επιστολή και επισυνάπτονται στο σχετικό έντυπο παραπόνων

αντιμετωπίζουν και διεκδικούν για το λόγο αυτό τα δικαιώματά τους. Αντιθέτως, τα άτομα κάτω των 35 ετών και μεταξύ 36 – 45 ετών, ηλικίες κατά τις οποίες τα άτομα διαθέτουν τη δύναμη και το ψυχικό σθένος, να διεκδικούν τα δικαιώματά τους, υποβάλλουν λιγότερα παράπονα. Τα άτομα αυτά είτε δε γνωρίζουν τον τρόπο είτε απαξιώνουν τόσο πολύ το σύστημα που αρνούνται να ασχοληθούν είτε το θεωρούν μάταιο είτε χάσιμο χρόνου. Συμπερασματικά, η συχνότερη χρήση των υπηρεσιών καταγράφεται από συνταξιούχους και οικοκυρές που έχουν την ανάγκη στήριξης του μηχανισμού ελέγχου των Δικαιωμάτων των Ασθενών λόγω και των αναπόφευκτων αναγκών της ηλικιακής αυτής ομάδας. Οι ηλικιωμένοι μπορούν να μετατραπούν από «αδύναμοι ασθενείς» σε «χρήστες εξουσίας» των υπηρεσιών υγείας ικανοί να συνεισφέρουν στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας (Ευρωπαϊκή Έκφραση, 2012). Εντούτοις, η μεταβλητή για την ηλικία παρουσιάζει ελλείπουσες τιμές εξαιτίας της έλλειψης στοιχείων. Σημειώνεται ότι, το 2010 και το 2012 τα έντυπα παραπόνων που υποβλήθηκαν χωρίς καταγραφή της ηλικίας ήταν 23,5% και 11,3%, αντίστοιχα.

Ενδιαφέρον προκαλούν τα ευρήματα που καταδεικνύουν ότι η πλειοψηφία των παραπονούμενων είναι γυναίκες (57,3%) σε σύγκριση με τους άνδρες (42,1%), γεγονός που πιθανόν να αναδεικνύει ότι στην Κύπρο το ποσοστό των γυναικών ασθενών είναι υψηλότερο από τους άνδρες ασθενείς. Στο έδαφος της Κυπριακής Δημοκρατίας οι γυναίκες ανέρχονται σε 443000 και αποτελούν το 51% του πληθυσμού (PrisonPlanet, 2013). Αντίστοιχες έρευνες συμφωνούν με τα ευρήματα της παρούσης (Giugliani et al., 2009, Natangelo, 2007, Taylor et al, 2002, Lloyd - Bostock and Mulcahy, 1994, Daniele et al., 1999). Ωστόσο, έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα ανάλογων ερευνών (Wong et al., 2007, Μινάκη 2011), οι οποίες αναδεικνύουν τους άνδρες ως τους πλέον παραπονούμενους. Ο Wong et al., 2007 αναφέρει ότι η πλειοψηφία των παραπονούμενων ήταν άνδρες, εντούτοις υποστηρίζει ότι το ποσοστό των καταγγελιών (αριθμός παραπόνων / περίπτωση) ήταν μεγαλύτερο μεταξύ των γυναικών. Η Μινάκη 2011 αναφέρει ότι η πλειονότητα των παραπονούμενων ήταν άνδρες με οριακό ποσοστό 48,6% για τους άνδρες έναντι 47,1% για τις γυναίκες. Συμπερασματικά, το 2010 και 2012, η πλειοψηφία των παραπονούμενων είναι γυναίκες. Μοναδική εξαίρεση παρουσιάζεται το 2012 στο Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου με το ποσοστό των παραπονούμενων ανδρών να ανέρχεται στο 55,56% έναντι 44,44% των γυναικών.

Ένα άλλο στοιχείο, είναι η διερεύνηση του χρόνου της υποβολής των παραπόνων. Το 2010, η πλειοψηφία των παραπόνων καταγράφονται το Σεπτέμβριο (10,89%) και ακολουθούν ο Απρίλιος (9,11%) και Μάιος (9,7%) με το λιγότερο αριθμό παραπόνων να εμφανίζεται τον Αύγουστο (5,01%). Αντίστοιχα, το 2012, τα περισσότερα παράπονα καταγράφονται το Μάιο (10,91%), ακολουθούν ο Οκτώβριος (10%), ο Φεβρουάριος (9,89%) και Μάρτιος (9,78%), με τα χαμηλότερα ποσοστά να

εμφανίζονται Δεκέμβριο (5%) και Αύγουστο (5,8%). Σημαντικό ωστόσο είναι ότι τον Αύγουστο ο αριθμός των παραπόνων μειώνεται κατακόρυφα τόσο για το 2010 όσο και το 2012. Σύμφωνα με Πιπλή, 1996, τον Αύγουστο, τα Νοσοκομεία ακολουθώντας το ρεύμα των ασθενών σε διακοπές, χαλαρώνουν τους ρυθμούς τους. Μεγάλος αριθμός προσωπικού, ιατρικού, νοσηλευτικού και άλλου φεύγουν για τις καλοκαιρινές διακοπές, με ενδεχόμενο να μην αποτυπώνεται η πραγματική εικόνα του νοσοκομείου, ούτε να αναδύονται τα ουσιαστικά προβλήματα μέσα από αυτή. «Η κατάσταση αυτή επιβεβαιώνεται από τις διοικήσεις των νοσοκομείων των Αθηνών αλλά και από τους αριθμούς: οι εισαγωγές στα Νοσοκομεία τον Αύγουστο παρουσιάζουν κατακόρυφη πτώση και είναι κάτω από το ένα τρίτο των εισαγωγών του Μαρτίου. Μετά την επάνοδο από τις διακοπές, η εικόνα αλλάζει εντελώς. Οι εισαγωγές ανεβαίνουν στο επίπεδο που βρίσκονται τον Φεβρουάριο και Μάρτιο. Αντίστοιχες διαφορές υπάρχουν και στις ημέρες νοσηλείας» (Πιπλή, 1996).

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας κατέδειξαν ότι οι κύριες πηγές πρόκλησης της δυσαρέσκειας που οδηγούν στην υποβολή παραπόνων, αποτελούν τα παράπονα για ραντεβού (26,96%) που αφορούν το σύστημα, την επίσπευση, ακύρωση ή / και καθυστέρηση ή / και αναβολή, την διευθέτηση ή / και επαναδιευθέτηση και κυρίως τα τηλεφωνικά ραντεβού, τον υπερβολικό χρόνο αναμονή (16,6%) για εξέταση, ακτινολογικές εξετάσεις και χειρουργικές επεμβάσεις, τα συχνά παράπονα για το ιατρικό αρχείο (9%) που αφορούν κυρίως την απώλεια ιατρικών φακέλων, τη συμπεριφορά προσωπικού (6,14%), ιατρικού, νοσηλευτικού και άλλου, τη καθυστέρηση ή / και απώλεια ή / και παράλειψη αποπεράτωσης αναλύσεων ή / και εξετάσεων ή / και ακτινογραφιών (4,35%), τις καθυστερήσεις στην αποπεράτωση ιατρικών εκθέσεων (3%), τις καταγγελίες εναντίον ιατρικού προσωπικού (2,27%) για ισχυριζόμενη ιατρική αμέλεια, λανθασμένη διάγνωση ή / και άρνηση εξέτασης του ασθενή, τις καταγγελίες εναντίον νοσηλευτικού (0,12%) και άλλου προσωπικού<sup>15</sup> (0,17%), τη καθυστέρηση ή / και ακύρωση στη διενέργεια εγχειρήσεων ή / και επεμβάσεων (1,22%), τους χώρους των δημοσίων νοσηλευτηρίων (0,9%), την έλλειψη αναλωσίμων υλικών ή / και εργαλείων (0,5%), την έλλειψη κλινών (0,35%), τα αιτήματα ασθενών για έξοδα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (0,29%) που αφορούν την επιστροφή εξόδων για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και τα έξοδα νοσηλείας στο Νοσοκομείο και την καθυστέρηση ή / και ακύρωση στη διενέργεια εγχειρήσεων ή / και επεμβάσεων (1,22%), τις θρησκευτικές πεποιθήσεις (0,4%) και τη παραβίαση προσωπικών δεδομένων (0,06%) του ασθενή. Οι επιμέρους ομάδες που έχουν υποβληθεί εκτός παραπόνων αφορούν διάφορες εισηγήσεις (1,86%), ευχαριστίες ή / και συγχαρητήρια (0,5%) και επιθυμίες ασθενών ή / και οικείων (0,7%) για

---

<sup>15</sup> Διοικητικό Προσωπικό, Γραμματειακό Προσωπικό, Ωρομίσθιο Προσωπικό και Παραϊατρικό Προσωπικό

χειρουργική επέμβαση, αλλαγή θεράποντα ιατρού, παραμονή ασθενή στο Νοσοκομείο για περαιτέρω νοσηλεία.

Από έρευνες (Hsiao and Jakab, 2003) που έχουν γίνει καταγράφεται τα τελευταία χρόνια ένα σταθερά υψηλό ποσοστό δυσαρέσκειας, όσον αφορά την οργάνωση των νοσοκομείων και την παροχή υπηρεσιών υγείας, το οποίο οφείλεται στην ανεπάρκεια του συστήματος υγείας σε θέματα προγραμματισμού και της αδυναμίας του να ανταποκριθεί στις προσδοκίες των πολιτών του κράτους. Σύμφωνα με τους Tayloretal. (2002), τα παράπονα έχουν σχέση με την επικοινωνία, την πρόσβαση και αντιμετώπιση των ασθενών, οι Danieleetal (1999) αναφέρουν την κλινική φροντίδα, την επικοινωνία και τη συμπεριφορά ως πηγές προέλευσης των παραπόνων, ενώ οι Wongetal (2007) υποδεικνύουν τη λειτουργία, επικοινωνία και κλινική φροντίδα. Η Hsieh (2009) καταγράφει ως κύριες αιτίες υποβολής παραπόνων τη λανθασμένη διάγνωση, την ανάρμοστη συμπεριφορά και τις ανεπαρκείς επικοινωνιακές δεξιότητες του προσωπικού κατά την περίθαλψη των ασθενών, ενώ οι Cowan και Anthony (2008) αναφέρουν την αμφισβήτηση της ασφάλειας των κλινικών πρακτικών, την πτωχή επικοινωνία μεταξύ προσωπικού και ασθενών, την ελλιπή ενημέρωση των τελευταίων και τις αναποτελεσματικές κλινικές και διοικητικές διαδικασίες. Αντίστοιχα, οι Lloyd-Bostock και Mulcahy (1994) ενοχοποιούν τα προβλήματα συμπεριφοράς, την ακατάλληλη θεραπεία, την πλημμελή φροντίδα των ασθενών, τις αποτυχίες στην επικοινωνία, καθώς και τις μεγάλες ουρές αναμονής. Οι Frieleetal (2008) δηλώνουν ότι το γεγονός που εξήγειρε το παράπονο έχει σχέση με την ιατρική περίθαλψη του ασθενή, σε συνδυασμό με ελλείψεις στη διαπροσωπική και επικοινωνιακή επαφή μαζί του.

Το θέμα των λιστών αναμονής είναι ένα πολυσυζητημένο και ανεξάντλητο θέμα και αποτελεί το δεύτερο σημαντικότερο παράπονο που υποβάλλεται από ασθενείς (16,6%). Οι ασθενείς που αποτείνονται στα Νοσοκομεία ταλαιπωρούνται αφάνταστα με τις λίστες αναμονής ενώ κάθε καθυστέρηση μέχρι το ραντεβού μπορεί να σημαίνει και καθυστέρηση στη διάγνωση, καθώς και στην όποια αντιμετώπιση των προβλημάτων των ασθενών, με πιθανές επιπτώσεις στην υγεία τους (Αλετράς και συν, 2007, Carr – Hill, 1992). Εντούτοις, οι λίστες αναμονής πιθανόν να μην αποτυπώνουν την πραγματικότητα. Είναι άλλωστε καλά γνωστό ότι η έλλειψη διαφάνειας στις λίστες αναμονής έχει καταστεί εργαλείο για την εξυπηρέτηση των πελατειακών σχέσεων, αφού ορισμένες φορές η προτεραιότητα δίνεται όχι βάσει των πραγματικών αναγκών αλλά με άλλα κριτήρια. Ως εκ τούτου, η πλήρης καταγραφή των διαδικασιών και η αναζήτηση των αιτιών που προκαλεί τις καθυστερήσεις θα αποτελούσε έναν τρόπο αντιμετώπισης του συγκεκριμένου προβλήματος. Σημειώνεται ότι, οι λίστες

αναμονής δεν αντιμετωπίζονται σε παγκύπρια βάση για κάθε κατηγορία νοσημάτων, αλλά για κάθε νοσοκομείο ξεχωριστά.

Τα ευρήματα της έρευνας καταδεικνύουν ότι τα περισσότερα παράπονα αφορούν λίστες αναμονής μεταξύ 4 – 6 μήνες (32,17%) και 7 – 9 μήνες (25,18%), ενώ ακολουθεί η χρονική περίοδος μεταξύ 0 – 3 μήνες (17,13%). Οι ομάδες που αφορούν τη χρονική περίοδο μεταξύ 10 – 12 μήνες και από ένα (1) έτος και άνω φαίνεται να παρουσιάζουν περίπου το ίδιο ποσοστό παραπόνων με 12,94% και 12,59% αντίστοιχα.

Ο Ευρωπαϊκός Καταναλωτικός Πίνακας Κατάταξης Υγείας (EuroHealthConsumerIndex) αποτελεί ένα πρότυπο για την υγειονομική περίθαλψη στην Ευρώπη και συντάσσεται από το HealthConsumerPowerhouse<sup>16</sup>. Με βάση τον Πίνακα, η Ολλανδία είναι η μοναδική χώρα που παραμένει σταθερά στις πρώτες τρεις χώρες στην συνολική κατάταξη από το 2005, ανεξάρτητα από τους τομείς των συστημάτων που εξετάζονται (Μουστάκα, 2012). Το 2012, η Ολλανδία κατάφερε να κατακτήσει την πρώτη θέση στην κατάταξη με την υψηλότερη μέχρι τώρα βαθμολογία με 872 βαθμούς από ένα δυνητικό σύνολο 1000 βαθμών ενώ η Κύπρος βρίσκεται στην 20<sup>η</sup> θέση με 623 βαθμούς. Στο Παράρτημα 16 παρουσιάζονται οι βαθμολογίες που έχουν λάβει όλες οι 34 χώρες που εξετάζονται με βάση το εθνικό σύστημα υγείας τους. Συγκεκριμένα, παρουσιάζεται η συνολική κατάταξη των χωρών καθώς και η βαθμολογία για κάθε μία ξεχωριστά σε καθένα από του πέντε επιμέρους κλάδους που εξετάζονται συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος προσβασιμότητας στη θεραπεία (Λίστες Αναμονής). Την πρώτη θέση κατέχουν το Βέλγιο, το Λουξεμβούργο και η Ελβετία με 233 βαθμούς από το ανώτατο όριο των 250 βαθμών. Η Κύπρος βρίσκεται στην 15<sup>η</sup> θέση του Πίνακα με 188 βαθμούς μαζί με την Ισλανδία, Μακεδονία, Τσεχία και Λιθουανία. Στην τελευταία θέση του Πίνακα παρουσιάζεται η Νορβηγία με μόνο 83 βαθμούς.

Ωστόσο, η κυριότερη ομάδα υποβολής παραπόνων αφορά τα ραντεβού για εξέταση από διάφορες ειδικότητες, π.χ. Ορθοπαιδικό, Οφθαλμίατρο, Γυναικολόγο, για ακτινολογικές εξετάσεις, π.χ. UltraSound, CT – Scan, για χειρουργικές επεμβάσεις, αναίμακτα εργαστήρια, π.χ. Τεστ Κοπώσεως, EKG, ραντεβού για χορήγηση φαρμάκων και ραντεβού για εξέταση ασθενή για συνέχιση θεραπείας (follow – up). Ο συνολικός αριθμός τους ανέρχεται σε ποσοστό 26,96%. Ο αριθμός των παραπόνων που αφορά τα ραντεβού κατανέμεται αντίστοιχαστο σύστημα ραντεβού (15,05%), την επίσπευση ραντεβού (21,5%), κυρίως για ανήλικους, την ακύρωση ή / και καθυστέρηση ή / και

---

<sup>16</sup>Το HealthConsumerPowerhouse είναι ένας οργανισμός που ελέγχει και συγκρίνει τα συστήματα υγείας 34 χωρών, συμπεριλαμβανομένων των ευρωπαϊκών χωρών και του Καναδά

αναβολή (3,44%) και τη διευθέτηση ή / και επαναδιευθέτηση του ραντεβού (37,63%), του συνολικού αριθμού των παραπόνων των ραντεβού. Οι περιπτώσεις επαναδιευθέτησης ραντεβού αφορούν κυρίως ασθενείς που δεν έχουν προσέλθει στο προγραμματισμένο τους ραντεβού, είτε γιατί δεν μπορούσαν είτε γιατί το ξέχασαν. Οι περιπτώσεις διευθέτησης ραντεβού αφορούν ασθενείς που, λαμβάνοντας υπόψη τη σοβαρότητα της κατάστασης τους, δικαιολογημένα απευθύνονται στο Λειτουργό Δικαιωμάτων Ασθενών λόγω του μεγάλου χρόνου αναμονής μέχρι το ραντεβού και ασθενείς που ήδη έχουν προγραμματισμένο ραντεβού αλλά είναι δυσαρεστημένοι με την χρονική περίοδο. Σημειώνεται ότι, ένα από τα βασικότερα δικαιώματα που ο νόμος κατοχυρώνει είναι ότι κάθε ασθενής έχει δικαίωμα φροντίδας, όπως αρμόζει στις ανάγκες της υγείας του. Η φροντίδα παρέχεται εντός εύλογου χρόνου και αυτήν πρέπει να χαρακτηρίζουν η καλή ποιότητα, τα υψηλά τεχνικά επίπεδα κατάρτισης, αλλά και η ανθρώπινη σχέση μεταξύ του ασθενούς και του παρέχοντος τις υπηρεσίες υγείας(Άρθρο 4 του Νόμου 1(Ι) / 2005)

Σύμφωνα με την εφημερίδα «Σημερινή» (2012), η Πρόεδρος της Επαρχιακής Επιτροπής Εξέτασης Παραπόνων Λευκωσίας δήλωσε ότι το γραφείο δικαιωμάτων ασθενών λαμβάνει καθημερινά πληθώρα παραπόνων, τα οποία ποικίλουν, ενώ υπάρχουν και καταγγελίες από ασθενείς ότι για να έχουν την εύνοια των ραντεβού βάζουν μέσο (Ευριπίδου, 2012). Λαμβάνοντας υπόψη το ποσοστό επίσπευσης (21,5%) και διευθέτησης ή / και επαναδιευθέτησης ραντεβού (37,63%) καθώς και τους λόγους, για τους οποίους οι ασθενείς πιστεύουν ότι πιθανόν να συμβάλουν ώστε να οριστεί σύντομα ημερομηνία για ραντεβού εξέτασης όπως η προσωπική τους γνωριμία με τον ιατρό, οι παρεμβάσεις τρίτων καθώς και η εξέταση χωρίς ραντεβού προκύπτει το ερώτημα εάν πράγματι οι μεγάλες λίστες αναμονής αντανακλούν στην πραγματικότητα.

Η επόμενη ομάδα παραπόνων ασθενών αφορά τη δυσκολία διευθέτησης τηλεφωνικού ραντεβού (22,37%). Σύμφωνα με την εφημερίδα Αλήθεια (2012), ως κυριότερες αιτίες παρουσιάζονται η νοοτροπία των δημοσίων υπαλλήλων, ο ωχαδερφισμός όπως χαρακτηρίζεται, η έλλειψη ικανής διοίκησης που θα αναγκάσει τον δημόσιο υπάλληλο να σέβεται τον πολίτη και η έλλειψη τεχνολογίας, αφού αριθμός προσωπικού είναι τεchnοφοβικό, είτε λόγω ηλικίας είτε λόγω νοοτροπίας αρνείται να εξομοιωθεί με τις νέες διαδικασίες, καθώς και η σημαντική αύξηση του φόρτου εργασίας λόγω μείωσης του προσωπικού. Το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού παρουσιάζει το υψηλότερο ποσοστό παραπόνων για δυσκολία διευθέτησης τηλεφωνικού ραντεβού με ποσοστό 69,23% και ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου με 23,08%.

Έχει υποβληθεί ένας σημαντικός αριθμός παραπόνων ο οποίος αφορά στην συμπεριφορά προσωπικού (6,14%), ιατρικού, νοσηλευτικού και άλλου που υπηρετούν στα Δημόσια Νοσηλεύτριά. Οι καταγγελίες αφορούν κυρίως απρεπείς συμπεριφορές και απαξιώτικη ή μειωτική μεταχείριση πολιτών που είχαν επισκεφθεί τα κρατικά κέντρα παροχής υπηρεσιών υγείας (Σαββίδου, 2012). Η συμπεριφορά του ιατρού προς τον ασθενή πρέπει να είναι αυτή που προσήκει στην επιστήμη του και την αποστολή του λειτουργήματος του. Η φιλικότητα, η ευγένεια και ο σεβασμός της ανθρώπινης αξιοπρέπειας του ασθενή είναι καθολική απαίτηση στη σύγχρονη εποχή. Ο Νόμος κατοχυρώνει το σεβασμό και την αξιοπρεπή μεταχείριση του κάθε ασθενή σε κάθε περίπτωση (Άρθρο 5 του Νόμου 1 (I) 2005)

Από την άλλη, οι ασθενείς πρέπει όμως να επιδεικνύουν τον απαραίτητο σεβασμό προς τους δημόσιους λειτουργούς υγείας, να ακολουθούν τις οδηγίες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, να σέβονται τους κανόνες λειτουργίας του Νοσοκομείου, να συμπεριφέρονται με ευγένεια, να σέβονται τα δικαιώματα και την ιδιοκτησία των άλλων, καθώς και την περιουσία του Νοσοκομείου, χώρων και εξοπλισμού. Η βαθιά οικονομική κρίση που μαστίζει την χώρα μας τα τελευταία χρόνια θέτει αναπόφευκτα κάτω από μεγάλη πίεση και δοκιμασία το σύστημα παροχής υπηρεσιών, προκαλώντας τη συναισθηματική φόρτιση και οργή των ασθενών με συνέπεια την απρεπή και ανάρμοστη συμπεριφορά στο προσωπικό του Νοσοκομείου. Εντούτοις, παρά την απόφαση της Βουλής των Αντιπροσώπων για παραγωγή των προσλήψεων αλλά και τη συμφωνία εφαρμογής του μνημονίου αναφορικά με μέτρα για προσλήψεις που αφορούν εργαζόμενους στο δημόσιο και ευρύτερο δημόσιο τομέα που καθιστούν τη κάλυψη των κενών που παρουσιάζονται δύσκολη εάν όχι και αδύνατη, το προσωπικό πασχίζει να αντιμετωπίσει τα προβλήματα υγείας των ασθενών καταβάλλοντας κάθε δυνατή προσπάθεια για την καλύτερη παροχή υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με την εφημερίδα «Σημερινή» (2009), ο Πρόεδρος της Επιτροπής Εξέτασης Παραπόνων της Επαρχίας Λάρνακας Αμμοχώστου ανέφερε ότι δεν παραγνωρίζεται το γεγονός ότι και οι ασθενείς προκαλούν προβλήματα, αφού στην κατάσταση που δυνατόν να βρίσκονται μερικές φορές ξεπερνούν τα όρια προκαλώντας προβλήματα και απρεπή συμπεριφορά. Οι ασθενείς γνωρίζουν τα δικαιώματα τους αλλά όχι τις υποχρεώσεις τους. Τα παράπονα για συμπεριφορά ασθενών αφορούν αποκλειστικά και μόνο το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας, έχουν υποβληθεί κατά το 2012 και ανέρχονται σε 0,23% του συνολικού αριθμού παραπόνων.

Το πρόβλημα δεν είναι μεμονωμένο αλλά συστημικό και αποτελεί μέρος μιας κουλτούρας η οποία αναπτύχθηκε και είναι επαναλαμβανόμενο και αρκετά συχνό από ότι παρουσιάζεται κατά καιρούς (Σαββίδου, 2012). Οι καταγγελίες για συμπεριφορά, αν και τυγχάνουν διερεύνησης,



παρουσιάζουν συνήθως αυξημένη δυσκολία στην τεκμηρίωση, αφού στις πλείστες περιπτώσεις δεν υπάρχουν οι αναγκαίες ανεξάρτητες μαρτυρίες που να τις ενισχύουν και προπαντός να τις επιβεβαιώνουν. Ωστόσο, η χρησιμότητα από την υποβολή και εξέταση τέτοιας φύσεως παραπόνων δεν αναιρείται, αφού με το να ζητούνται εξηγήσεις για εκούσιες ή ακούσιες συμπεριφορές, που να έχουν θίξει ή προσβάλλει πολίτες, υπενθυμίζεται στο προσωπικό ο έλεγχος και η λογοδοσία που πρέπει να υπάρχει στο δημόσιο (Σαββίδου, 2012). Σύμφωνα με την εφημερίδα «Σημερινή» (2009), ο Αν. Πρόεδρος της Επιτροπής Εξέτασης Ασθενών Επαρχίας Λεμεσού, ανέφερε ότι δέχεται παράπονα που αφορούν ανάρμοστη συμπεριφορά ιατρών, νοσηλευτών και άλλων μελών του προσωπικού των Δημόσιων Νοσηλευτηρίων (Σημερινή, 2009). Σημειώνεται ότι παράπονα που αφορούν ανάρμοστη συμπεριφορά ιατρών, νοσηλευτών και άλλου προσωπικού δεν μπορούν να τύχουν χειρισμού από τους Λειτουργούς Δικαιωμάτων Ασθενών. Ως εκ τούτου, οι ασθενείς που επιθυμούν να καταγγείλουν απαράδεκτες συμπεριφορές και νοοτροπίες παραπέμπονται στο Υπουργείο Υγείας. Το Υπουργείο Υγείας έχει αρμοδιότητα και ευθύνη να διερευνά τις υποθέσεις αυτές και να προβαίνει σε συστάσεις προς τους άμεσα εμπλεκόμενους, όταν διαπιστώνει ότι το παράπονο είναι δικαιολογημένο. Ωστόσο, στη Δημόσια Υπηρεσία δεν υπάρχει χώρος ανοχής για ανάρμοστες συμπεριφορές.

Ένας αρχαίος Λατίνος φιλόσοφος, ο Αυγουστίνος Ιππώνος, είπε ότι το «σφάλλιν είναι ανθρώπινο» (*errarehumanumest*) (Λέων, 2012). Στη παρούσα μελέτη έχουν υποβληθεί αρκετά παράπονα εναντίον ιατρικού προσωπικού (2,27%) που αφορούν κυρίως ισχυρισμό για ιατρική αμέλεια, λανθασμένη διάγνωση και άρνηση εξέτασης του ασθενή. Τα ιατρικά λάθη και η ιατρική αμέλεια συμβαίνουν και θα συνεχίσουν να συμβαίνουν. Τα ιατρικά σφάλματα που θα μπορούσαν να αποφευχθούν προκαλούν το θάνατο σε περισσότερους ανθρώπους παρά τα τροχαία δυστυχήματα, το AIDS ή ο καρκίνος του μαστού. Στην Ελλάδα, το 13% των ασθενών έχουν αρνητική εμπειρία από την περίθαλψη τους, ενώ 9% των ασθενών έχουν λάβει λανθασμένη θεραπεία. Στις ΗΠΑ καταγράφονται 12000 θάνατοι κάθε χρόνο από περιττές χειρουργικές επεμβάσεις, 7000 από εσφαλμένη χορήγηση φαρμάκων και 20000 από λάθη σε εσωτερικούς ασθενείς. Στο Ηνωμένο Βασίλειο καταγράφονται κάθε χρόνο πέραν των 120000 ιατρικών λαθών εκ των οποίων 20000 – 30000 οδηγούν στο θάνατο ενώ στο Καναδά 23750 θάνατοι καταγράφονται κάθε χρόνο από ιατρικά λάθη (Οικονόμου, 2012). Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat του 2010, το ποσοστό των πολιτών που θεωρεί αρκετά ή πολύ πιθανόν να δοθεί σε ασθενή λανθασμένη διάγνωση ή καθυστερημένη διάγνωση στην Κύπρο ανέρχεται στο 85%, ενώ ο μέσος όρος μεταξύ των 27 κρατών μελών της Ε.Ε., είναι 58%. Επίσης, η Κύπρος κατέχει την υψηλότερη θέση με ποσοστό 76% των πολιτών να θεωρούν αρκετά ή πολύ πιθανόν ασθενής να έρθει αντιμέτωπος με χειρουργικά λάθη ενώ ο μέσος όρος των 27 είναι 46%. Σχεδόν το ίδιο ποσοστό (75%) πολιτών στην Κύπρο θεωρούν αρκετά / πολύ πιθανόν να δοθεί σε ασθενή λάθος φαρμακευτική αγωγή. Το μέσο

αντίστοιχο ποσοστό στις χώρες μέλη της Ε.Ε. ανέρχεται στο 49%. Να σημειωθεί ότι τα πιο πάνω ποσοστά δεν αφορούν μόνο το δημόσιο τομέα παροχής ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών αλλά και τον ιδιωτικό τομέα. Ωστόσο, είναι πολύ ενδεικτικά των απόψεων και της εικόνας που επικρατεί εφόσον το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού απευθύνεται για την υγεία του και εξυπηρετείται στα Δημόσια Νοσηλευτήρια (Νικολάου, 2011).

Ο ιατρός δεν έχει υποχρέωση να θεραπεύει τον ασθενή σε όλες τις περιπτώσεις και κάτω από οποιεσδήποτε συνθήκες, ούτε να αποκλείσει κάθε βλάβη ή επιπλοκή από την ιατρική πράξη, οφείλει όμως να επιδείξει συμπεριφορά σύμφωνη προς ορισμένα πρότυπα και όχι να επιτύχει αποτελέσματα (Οικονόμου, 2012). Από την άλλη, ο ασθενής, ο οποίος παραμένει αμέτοχος, εξαρτημένος και παθητικός, δεν φέρει ευθύνη για την αρρώστια του και ούτε συμμετέχει ενεργά στην αποκατάσταση της υγείας του. Ωστόσο, καλείται να συμμορφωθεί με τις οδηγίες του ιατρικού προσωπικού, να τον εμπιστευθεί και να δεχθεί αδιαμαρτύρητα την οποιαδήποτε θεραπεία του επιβληθεί. Η σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στον άρρωστο και στο προσωπικό υγείας είναι μονόδρομη και άνιση. Ο ασθενής, όσο αδαής και εάν είναι, έχει το δικαίωμα να ακουστεί η άποψη του, να ενημερωθεί για όλες τις σχετικές παραμέτρους αναφορικά με την υγεία του, να κάνει τις επιλογές του, να νιώθει ασφαλής σε ζητήματα που αφορούν την υγειονομική του φροντίδα και να λάβει διαβεβαιώσεις, ότι η θεραπεία που ακολουθεί, είναι η κατάλληλη και η αποτελεσματικότερη. Δεν διστάζει, όταν θεωρεί, ότι η φροντίδα που λαμβάνει δεν είναι η καλύτερη, να αλλάξει ιατρό ή ακόμα σε περίπτωση ιατρικών λαθών να προσφύγει στη δικαιοσύνη. Από την άλλη πλευρά, ο ιατρός οφείλει, να συνδράμει τον ασθενή στη λήψη της σωστής απόφασης, ενημερώνοντας τον πλήρως για τη φύση, τους κινδύνους, αλλά και την ωφέλεια της συγκεκριμένης ιατρικής πράξης.

Παρά τη δυνατότητα που παρέχεται στους ασθενείς να προσφεύγουν σε μηχανισμούς εξωδικαστικού ελέγχου των πράξεων, αποφάσεων και παραλείψεων του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού (ΠΙΣ, Επίτροπο Διοικήσεως και Επαρχιακές Επιτροπές Εξέτασης Παραπόνων), κανένας από τους τρεις μηχανισμούς δεν έχει την επιστημοσύνη να υπεισέλθει σε βάθος, να ελέγξει και να εκφέρει άποψη για την ορθότητα της ιατρικής πράξης, είτε λόγω έλλειψης του αναγκαίου κανονιστικού πλαισίου είτε λόγω έλλειψης επιστημονικής γνώσης. Σύμφωνα με την Επίτροπο Διοικήσεως, το ζήτημα του ελέγχου της ιατρικής αμέλειας παραμένει κεφαλαιώδες. «Δεν υπάρχουν εναλλακτικοί μηχανισμοί ελέγχου των σχετικών καταγγελιών, πέρα της δικαστικής οδού», αναφέρει η Επίτροπος Διοικήσεως για να προσθέσει ότι «αν και η απουσία τέτοιων μηχανισμών και η ανάγκη εφαρμογής λιγότερο χρονοβόρων και πιο ευέλικτων τρόπων εξέτασης της ιατρικής πράξης και πρακτικής αναγνωρίζεται από όλους τους εμπλεκόμενους φορείς, εντούτοις καμία ενέργεια προς την κατεύθυνση υλοποίησης

των εισηγήσεων που περιλαμβάνονται σε παλαιότερη έκθεση της δεν έχει γίνει» (Χαραυγή, 2012). Η μόνη προσφερόμενη οδός για κάποιον να λάβει καταληκτική απάντηση στη περίπτωση βλάβης για το κατά πόσο στα πλαίσια της διάγνωσης και θεραπείας ενός ασθενή οι ενέργειες και οι πράξεις των ιατρών που ανέλαβαν την περίπτωση ήταν υπό τις περιστάσεις η ορθές και με βάση τα κλινικά ευρήματα και άλλα δεδομένα της υγείας του οι ενδεδειγμένες είναι η δικαστική, η οποία εκ φύσεως της καταλήγει να είναι για τους εμπλεκόμενους πολύπλοκη και χρονοβόρα. Τα συγκεκριμένα ευρήματα παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον, αν ληφθεί υπ' όψη ότι κατά κανόνα οι ασθενείς τείνουν να αποδεσμεύουν τους ιατρούς από το νοσοκομείο (Μερκούρης, 1996) και να τους αφήνουν στο απυρόβλητο (Θεοδώρου, 2009).

Σε ότι αφορά την κουλτούρα, είναι δεδομένο ότι κάθε προσπάθεια εφαρμογής ελέγχου είναι καταδικασμένη εάν η αναφορά λαθών ή παραλείψεων σε Δημόσιο Νοσηλευτήριο δεν ενθαρρύνεται συστηματικά και εάν όλες ανεξαιρέτως οι καταγγελίες που υποβάλλονται δεν τυγχάνουν σχολαστικής και αντικειμενικής διερεύνησης, χωρίς το φόβο επίρριψης ευθυνών. Σύμφωνα με τον Natangelo (2007), οι διοικητές των νοσοκομείων καλύπτουν πλήρως το εμπλεκόμενο ιατρικό προσωπικό ή δρουν ως συνήγοροί του. Σε άλλες περιπτώσεις, όταν αποφασίζεται η διενέργεια έρευνας, αυτή δεν πραγματοποιείται σε βάθος και δεν αποκαλύπτει την αιτία της ανεπάρκειας ή το πρόσωπο που ευθύνεται για το λάθος. Η ανάθεση της έρευνας σε ιατρό του ίδιου Νοσοκομείου δεν ενισχύει το εχέγγυο της αμεροληψίας το οποίο θα πρέπει να χαρακτηρίζει την οποιαδήποτε διοικητική έρευνα και γι αυτό θα πρέπει να αποφεύγεται. Πόσο μάλλον όταν πρόκειται για σοβαρά ιατρικά περιστατικά όπου η καχυποψία και απουσία εμπιστοσύνης στο σύστημα είναι ήδη δεδομένη. Οι διοικητές συνήθως αρνούνται ή διαψεύδουν οποιαδήποτε σοβαρή κατηγορία και παραδέχονται μικρότερης σημασίας καταγγελίες, με την προσφορά μιας απολογίας, όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο, αλλά και με τη δήλωση, ενίοτε, της λήψης αόριστων διορθωτικών μέτρων, την εφαρμογή των οποίων κανένας δεν ελέγχει στη συνέχεια. Αυτές οι αρνητικές αντιδράσεις της διοίκησης συχνά φορτίζουν περισσότερο τους παραπονούμενους, με αποτέλεσμα οι τελευταίοι να οδηγούνται μερικές φορές ακόμη και στη δικαστική διεκδίκηση των αιτημάτων τους.

Οι Vincentetal (1994) στην έρευνα τους για την αναζήτηση των αιτιών που οδηγούν ασθενείς ή συγγενείς τους στην υποβολή μηνύσεων εναντίον των ιατρών, αναφέρουν ότι η κύρια αιτία ανάληψης νομικής δράσης ήταν η επιδίωξη τους να αποτρέψουν την επανάληψη του συμβάντος σε οποιονδήποτε άλλο. Οι Barketal (1994) στη μελέτη τους γύρω από τα κλινικά παράπονα, βρήκαν ότι η πλειοψηφία των ασθενών ήθελε να διασφαλίσει ότι το περιστατικό δεν θα επαναληφθεί και ότι κανένας άλλος δεν θα βιώσει ξανά παρόμοια εμπειρία. Ο κοινός σκοπός των παραπονούμενων είναι ότι κάτι πρέπει

να αλλάξει που στη παρούσα επιδιώκεται με την αναφορά του περιστατικού και σε ανώτερο επίπεδο ώστε να γίνουν οι απαραίτητες ενέργειες, προκειμένου η αδικία ή το λάθος να μην επαναληφθεί στο μέλλον και οι πολίτες να μην επαιτούν την αξιοπρεπή ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που άμεσα ή / και έμμεσα πληρώνουν.

Πολυάριθμες σχετικές μελέτες επιβεβαιώνουν ότι μια δήλωση συγνώμης, το γρηγορότερο δυνατόν μετά την υποβολή ενός παραπόνου, ενδέχεται να κατευνάσει τα αρνητικά συναισθήματα του παραπονούμενου (Bendall – LyonandPowers, 2001, Pichertetal, 1998, Halsel, 1993, ScwartzandOverton, 1992,) και να μειώσει το χρόνο αλλά και τους πόρους που απαιτούνται για την διευθέτηση του (Bendall – LyonandPowers, 2001, Pichertetal, 1998). Ωστόσο μια τέτοια συγνώμη σύμφωνα με τους Lloyd – Bostock και Mulcahy (1994) αποκαλείται μερική συγνώμη ή «ψευδοσυγνώμη». Ο Goffman (1971) υποστηρίζει ότι με μια πλήρη και αληθινή συγνώμη αναλαμβάνεται η ευθύνη για την τέλεση συγκεκριμένου λάθους, εκφράζεται η λύπη για το λάθος αυτό και τις συνέπειες που επέφερε και δηλώνεται η διάθεση για ανάληψη ορισμένης διορθωτικής δράσης. Αυτό βέβαια δεν μπορεί να γίνει νωρίτερα, παρά μόνο μετά την διερεύνηση του παραπόνου και την γνωστοποίηση του αποτελέσματος στο οποίο οδήγησε η έρευνα. Λιγότερο σχετικές έρευνες, όπως αυτές των Bismarketal (2006), Barketal (1994), Vincentetal (1994) βρήκαν ότι οι περισσότεροι ασθενείς ήθελαν πρωτίστως μια εξήγηση από τον ιατρό τους και κατόπιν, μια συγνώμη από αυτόν.

Ο ιατρικός φάκελος αποτελεί το βασικότερο μέσο αποθήκευσης, επεξεργασίας και διακίνησης των ιατρικών πληροφοριών του ασθενή, η δε ορθή και επιμελής τήρηση του αποσκοπεί στην αποτελεσματική διαχείριση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, στη μείωση των ιατρικών λαθών και στη δυνατότητα ελέγχου των ιατρικών ενεργειών. Εν τέλει εξυπηρετεί τη συνολική βελτίωση του δημόσιου συστήματος υγείας και την προστασία των επιμέρους δικαιωμάτων ασθενών (Νικολάου, 2010)

Σύμφωνα με το άρθρο 17 του περί Κατοχύρωσης και Προστασίας των Δικαιωμάτων Ασθενών Νόμου του 2004 (Ν. 1(I) / 2005), «ο αρμόδιος παροχέας υπηρεσιών υγείας οφείλει να τηρεί ιατρικά αρχεία όπου εμφανίζεται η πορεία της θεραπείας του ασθενή. Τα αρχεία αυτά περιλαμβάνουν λεπτομερή στοιχεία τα οποία προσδιορίζουν την ταυτότητα του ασθενούς και του αρμόδιου παροχέα υπηρεσιών υγείας, καθώς και ιατρική πληροφόρηση αναφορικά με τη θεραπεία που λαμβάνει ο ασθενής, το προηγούμενο ιατρικό ιστορικό του, στο βαθμό που αυτό είναι γνωστό, τη διάγνωση της παρούσας ιατρικής κατάστασης του και της θεραπευτικής αγωγής που παρέχεται» (Νικολάου, 2010). Η διεύθυνση του ιατρικού ιδρύματος ή ο αρμόδιος παροχέας υπηρεσιών υγείας, ανάλογα με

την περίπτωση, έχουν την ευθύνη για την τήρηση και φύλαξη τακτικών και ενημερωμένων ιατρικών αρχείων σύμφωνα και με το Νόμο 138 (I) / 2001.

Το φαινόμενο της απώλειας των ιατρικών φακέλων στα Δημόσια Νοσηλευτήρια είναι πολύ συχνό με τον συνολικό αριθμό των παραπόνων να ανέρχεται σε ποσοστό 91,81% του συνολικού αριθμού των παραπόνων που αφορούν το ιατρικό αρχείο. Το μεγαλύτερο αριθμό παραπόνων παρουσιάζει το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού με ποσοστό 67,25% του συνολικού αριθμού των παραπόνων που αφορούν το ιατρικό αρχείο, ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου με 12,87% του συνολικού αριθμού των παραπόνων που αφορούν το ιατρικό αρχείο και το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας με 9,94% του συνολικού αριθμού των παραπόνων που αφορούν το ιατρικό αρχείο. Το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου παρουσιάζει συνολικά ποσοστό 1,75% για απώλεια ιατρικού φακέλου ασθενή. Σύμφωνα με την εφημερίδα «Αλήθεια» (2009), η Πρόεδρος της Επιτροπής Εξέτασης Παραπόνων των Ασθενών Επαρχίας Λευκωσίας, σε δηλώσεις της ανέφερε ότι «Τα περισσότερα παράπονα δυστυχώς αφορούν στην απώλεια των φακέλων» (Ευριπίδου, 2012). Σχετικό και το άρθρο της εφημερίδας «Σημερινή» (2013), «οι Επιτροπές Εξέτασης Παραπόνων Ασθενών δέχονται καθημερινά δεκάδες παράπονα, τα οποία αφορούν απώλειες φακέλων». Η απώλεια ιατρικών φακέλων πιθανόν να δυσχεραίνει ή ακόμα και να παρεμποδίζει το έργο της δικαιοσύνης γι' αποκατάσταση, συμπεριλαμβανομένης και της εκδίκασης χρηματικής αποζημίωσης στον ασθενή στις περιπτώσεις που αυτός προσφεύγει στη δικαιοσύνη για αμέλεια ή άλλη παραβίαση του Νόμου.

Οι πιθανές αιτίες για την απώλεια των ιατρικών φακέλων είναι:

1. Οι φάκελοι κατακρατούνται από ιατρούς για γνωμάτευση χωρίς το ιατρικό αρχείο να ενημερώνεται σχετικά.
2. Η έλλειψη συστήματος ελέγχου πρόσβασης με συνέπεια ο χώρος να είναι εκτεθειμένος σε κλοπές
3. Η λανθασμένη τοποθέτηση του ιατρικού φακέλου είναι μία πιθανή αιτία απώλειας φακέλου.
4. Ο μη κατάλληλος σύγχρονος μηχανισμός όσον αφορά την εξεύρεση και διαφύλαξη των φακέλων
5. Η μεταφορά τους από ασθενείς λόγω ανεπαρκούς αριθμού προσωπικού του αρχείου με κίνδυνο να κατακρατούνται από τους ασθενείς.
6. Οι φάκελοι οι οποίοι δεν επιστρέφονται στο αρχείο μετά την ολοκλήρωση των ιατρικών εξετάσεων γιατί κατακρατούνται από τους ασθενείς
7. Η έλλειψη μηχανογραφημένου συστήματος διακίνησης των φακέλων
8. Η έλλειψη συστήματος εντοπισμού των φακέλων με τη βοήθεια micro-chip

Πέραν των όποιων παραπόνων που υποβλήθηκαν ορισμένοι ασθενείς αισθάνθηκαν ότι έπρεπε να ευχαριστήσουν ή / και να συγχαρούν μέσω του Λειτουργού Δικαιωμάτων Ασθενών αυτούς που τους πρόσφεραν υπηρεσίες φροντίδας υγείας (0,5% του συνολικού αριθμού που έχουν υποβληθεί). Άλλες επιμέρους ομάδες που έχουν υποβληθεί εκτός παραπόνων αφορούν διάφορες εισηγήσεις (1,86% του συνολικού αριθμού που έχουν υποβληθεί) καθώς και επιθυμίες ασθενών (0,7% του συνολικού αριθμού που έχουν υποβληθεί). Οι ασθενείς παρουσιάζουν δυσκολία και απροθυμία να διατυπώσουν ειλικρινά τις ευχαριστίες / συγχαρητήρια τους για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Εντούτοις, τα λόγια τους αποτελούν πηγή ικανοποίησης και επιβράβευσης του προσωπικού, ως κίνητρο για βελτίωση των μεταξύ τους σχέσεων και αναγνώριση της προσφοράς τους για τις υπηρεσίες υγείας που τους παρέχει κάτω από δύσκολες συνθήκες. Επίσης, μπορούν να συμβάλουν με εισηγήσεις που αποσκοπούν στη βελτίωση του συστήματος ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης προς όφελος τους.

Η οικονομική στενότητα των πολιτών έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των επισκέψεων τόσο από Ελληνοκύπριους ασθενείς όσο και από αλλοδαπούς αλλά και Τουρκοκυπρίους. Η οικονομική κρίση, η οποία επηρέασε αισθητά τον τελευταίο χρόνο τη Κύπρο έχει επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό το κοινό των Δημόσιων Νοσηλευτηρίων. Για το λόγο αυτό, μεγάλος αριθμός πολιτών, εκτός Κυπρίων δικαιούχων, Ευρωπαίων, νόμιμων και παράνομων εργατών από χώρες της Μέσης Ανατολής και των πρώην ανατολικών χωρών και πολιτικοί πρόσφυγες επισκέπτονται συστηματικά και νοσηλεύονται στα δημόσια νοσηλευτήρια. Ο συνολικός όγκος παραπόνων που έχουν υποβληθεί από αλλοδαπούς ασθενείς ανέρχεται σε ποσοστό 9,22% του συνολικού αριθμού παραπόνων. Το 2010 και 2012 ηπλειοψηφία παρουσιάζεται στο Γενικό Νοσοκομείο Πάφου με ποσοστό 31,5% και 34,6% αντίστοιχα. Σε ποσοστό κοινοτικών και αλλοδαπών εργαζομένων, η Επαρχία Πάφου κατέχει τα πρωτεία, καθώς κοινοτικοί και αλλοδαποί συνθέτουν το 30,9% του συνόλου των εργαζομένων (Newsnow, 2013). Επίσης, σύμφωνα με τον Διευθυντή Στατιστικής Υπηρεσίας, Γιώργο Γεωργίου, πρώτη επαρχία σε ξένους είναι η Πάφος με ποσοστό 34,9% και ακολουθούν η Λεμεσός με 20,6%, η Λάρνακα με 20,4% και η Αμμόχωστος με 20,3% (Αδάμου, 2011).

Οι Friele και Sluijs (2006) απέδειξαν ότι το σύστημα διαχείρισης παραπόνων που είναι εστιασμένο σε διαδικασίες κρίνεται ανεπαρκές από τους παραπονούμενους και οδηγεί σε πρόσθετη δυσαρέσκεια, ενώ η επικοινωνία κατά τη διερεύνηση του παραπόνου και το αποτέλεσμα που προκύπτει θεωρούνται εξ ίσου, ίσως και περισσότερο, σημαντικά. Η αναγκαία προϋπόθεση για ικανοποιητική διαχείριση των παραπόνων είναι αυτή να συναντά τις κυριότερες και αντικειμενικά θεμιτές προσδοκίες των παραπονούμενων. Αυτός είναι και ένας από τους λόγους για τους οποίους θα ήταν εξαιρετικά χρήσιμη η μελλοντική έρευνα των προσδοκιών των παραπονούμενων στα Δημόσια Νοσηλευτήρια.

Σύμφωνα με τους Cowan και Anthony (2008), η αλλαγή των διαδικασιών και πρακτικών αποτελεί το ευκταίο αποτέλεσμα για τους παραπονούμενους. Η γνώση που προκύπτει από τα παράπονα αποτελεί το κλειδί για τη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών υγείας.

Εν κατακλείδι, το σύστημα διαχείρισης παραπόνων κρίνεται αναποτελεσματικό, αφού δεν συμβάλλει στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας των Δημόσιων Νοσηλευτηρίων αλλά μάλλον στην υπεράσπιση ενός συστήματος που επιτείνει τη δυσανεμία των χρηστών (Μινάκη και συν, 2013). Με άλλα λόγια, ο μηχανισμός αυτός δε λειτουργεί ούτε ως εργαλείο συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας ούτε ως μέσο ανατροφοδότησης του συστήματος. Η διαπίστωση ότι τα ίδια παράπονα ασθενών επαναλαμβάνονται κάθε χρόνο χωρίς ουσιαστική επίλυση αποτελεί επιβεβαίωση ενός μηχανισμού που δεν σέβεται επαρκώς τους ασθενείς και δεν μαθαίνει από τα λάθη του. Η νομοθετική ρύθμιση για την προαγωγή των δικαιωμάτων των ασθενών (PapathanassoglouandChrisospathi, 2008, Vaelimaekietal, 2004, Suhonenetal, 2003, Scottetal, 2003) δεν έχει επιφέρει ουσιαστικά αποτελέσματα. Αυτό συμβαίνει γιατί δεν έχουν ληφθεί τα αναγκαία μέτρα, έτσι ώστε τόσο το προσωπικό στα νοσοκομεία, ιατρικό, νοσηλευτικό και άλλο όσο και οι ασθενείς να γνωρίζουν τα δικαιώματά τους και κυρίως να τα εφαρμόζουν (PapathanassoglouandChrisospathi, 2008). Ως εκ τούτου, είναι απαραίτητο να γίνουν ευρύτερα γνωστά στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας και να εκπαιδευτούν οι επαγγελματίες υγείας σε θέματα που αφορούν στην προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών (Merakouetal, 2001). Η αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών δεν μπορεί να γίνει αποσπασματικά αλλά στο πλαίσιο στρατηγικής με καθορισμένους στόχους και προτεραιότητες, προγραμματισμό δράσεων, παρακολούθηση και έλεγχο της πορείας της.

### Προτάσεις

Η υποβολή παραπόνων από ασθενείς μπορεί να οφείλονται σε στρεβλώσεις, δυσλειτουργίες και αυθαιρεσίες του συστήματος ή λόγω αυξημένης ευαισθησίας και συναισθηματικής φόρτισης των ασθενών ή και συνδυασμού όλων αυτών. Η εφαρμογή ενός αποτελεσματικού προγράμματος διαχείρισης παραπόνων είναι δυνατό να αποδώσει με σειρά μέτρων και προτάσεων που περιλαμβάνουν την ενθάρρυνση της έκφρασης παραπόνων από τους ασθενείς, την εφαρμογή διορθωτικών παρεμβάσεων από αρμόδιους φορείς, τη σύσταση Επιτροπής Διαχείρισης Παραπόνων Ασθενών για προσδιορισμό των ανεπαρειών του συστήματος φροντίδας υγείας και τρόπους επίλυσης, την ανάπτυξη μηχανογραφημένης βάσης δεδομένων για παράπονα, την ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων για ασθενείς, επαγγελματίες υγείας κ.ά. Συνεπώς, μπορούν να γίνουν διορθωτικές κινήσεις και παρεμβάσεις με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών υγείας των Δημόσιων Νοσηλευτηρίων ως προς το συμφέρον των ασθενών.

#### **7.1. Αναθεώρηση νομοθεσίας και αναβάθμιση μηχανισμών ελέγχου διαφύλαξης Δικαιωμάτων των Ασθενών**

Οι Επαρχιακές Επιτροπές Εξέτασης Παραπόνων και οι Λειτουργοί Δικαιωμάτων Ασθενών δεν έχουν αγκαλιαστεί θετικά από το κράτος και τους εμπλεκόμενους φορείς με αποτέλεσμα η παροχή υποστήριξης για επιτέλεση του σκοπού και του ρόλου τους να είναι ανεπαρκής. Είναι γεγονός ότι, οι κρατικοί λειτουργοί τους θεωρούν ως δικαστές του έργου τους και όχι ως συμπλήρωμα, βοήθεια και αρωγή προς αυτούς και το έργο τους (Αθανασίου, 2012). Ως εκ τούτου, καθίσταται αναγκαίο να δρομολογηθούν όλες οι απαραίτητες διαδικασίες αναστροφής των αρνητικών παραγόντων που παρακωλύουν την αναβάθμιση του θεσμού αυτού. Μέσα στα πλαίσια του Γενικού Σχεδίου Υγείας που βρίσκεται υπό μελέτη πιθανόν να υπάρχει ο τρόπος και ο χώρος για ριζικές βελτιώσεις του όλου συστήματος (Αθανασίου, 2012). Να σημειωθεί ότι στον υφιστάμενο νόμο για το ΓεΣΥ δεν υπάρχει αναφορά για τα Δικαιώματα των Ασθενών (Επιτροπή Εξέτασης Παραπόνων Ασθενών Επαρχίας Λεμεσού, 2011).

#### **7.2. Διεξαγωγή προσωπικών συνεντεύξεων από ασθενείς**



Οι απόψεις των ασθενών αντλούνται από δευτερογενείς πηγές, όπως είναι τα επίσημα έντυπα παραπόνων ασθενών. Συνεπώς θα ήταν προτιμότερο να υπήρχε η δυνατότητα προσωπικών συνεντεύξεων με τους ίδιους τους ασθενείς για την πληρέστερη καταγραφή τόσο των εμπειριών τους όσο και της κρίσης τους σχετικά με το έργο των Λειτουργιών Δικαιωμάτων Ασθενών και της Επαρχειακής Επιτροπής Εξέτασης Παραπόνων (Μινάκη, 2011). Εντούτοις, κάτι τέτοιο θα προαπαιτούσε χρονοβόρες γραφειοκρατικές και χρονοβόρες διαδικασίες και δη εντός των περιορισμένων χρονικών πλαισίων που παρέχονται για την εκπόνηση της μεταπτυχιακής διατριβής του επίπεδου αυτού (Μινάκη, 2011).

### **7.3. Προώθηση του θεσμού Δικαιωμάτων Ασθενών στο εσωτερικό μέτωπο**

Σημαντικό ρόλο στην προώθηση του θεσμού των Δικαιωμάτων των Ασθενών συνιστούν οι πολιτικές συνεργασίες μεταξύ κράτους, μη κυβερνητικών οργανώσεων, ενώσεων ασθενών και καταναλωτών με αντίστοιχους φορείς και σώματα, όπως πολιτικά κόμματα και εκπροσώπους των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης. Σημαντικό ρόλο στη προσπάθεια αυτή θα μπορούσε να διαδραματίσει η εκκλησία, και η εκπαιδευτική κοινότητα (Κοντέλη, 2005).

### **7.4. Προώθηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τα Δικαιώματα των Ασθενών σε επαγγελματίες υγείας**

Η εκπαίδευση και ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας (Steffeninoetal, 2005) αναφορικά με τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους θα συμβάλει θετικά στην αντιμετώπιση του ασθενή, αφού η συνεργασία θα πραγματοποιείται χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα και η κάθε πλευρά θα γνωρίζει εκ των προτέρων τι πρέπει να πράξει και τι να παραλείψει. Ο σεβασμός των δικαιωμάτων του ασθενή, εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας, αποτελεί μια έντονη εκδήλωση αναγνώρισης του ασθενή ως ισότιμου συνεργάτη στο πλαίσιο της παροχής φροντίδας υγείας. Είναι επιτακτική ανάγκη να σταματήσει η αντιπαράθεση μεταξύ των δικαιωμάτων των μεν και των υποχρεώσεων των δε. Ο σεβασμός των δικαιωμάτων ασθενών κατανέμει και εξισορροπεί τα καθήκοντα και τις ευθύνες των επαγγελματιών υγείας.

### **7.5. Ενιαίο τυποποιημένο έντυπο**

Η σημασία εφαρμογής ενιαίου εντύπου παραπόνων ασθενών στα Νοσοκομεία είναι ιδιαίτερα σημαντική. Τα ενιαία έντυπα έρχονται να υποστηρίξουν συγκεκριμένες αρμοδιότητες και δραστηριότητες, αποτελώντας τα εργαλεία υλοποίησης των Λειτουργιών Δικαιωμάτων Ασθενών. Σε πολλές περιπτώσεις, η καλύτερη παροχή υπηρεσιών υγείας καθορίζεται σε σημαντικό βαθμό από τα ίδια έντυπα που την υποστηρίζουν. Ο σχεδιασμός και η οργάνωση των εντύπων παραπόνων ασθενών

αντανακλά άμεσα και το επίπεδο οργάνωσης του θεσμού αυτού. Σημαντικό στοιχείο για το ενιαίο έντυπο είναι η εφαρμογή αριθμού πρωτοκόλλου έτσι ώστε το έντυπο να θεωρείται και ως επίσημο έγγραφο.

## **7.6. Εφαρμογή μηχανογραφημένου εντύπου**

Η εφαρμογή μηχανογραφημένου πρότυπου συστήματος καταγραφής και κατηγοριοποίησης των παραπόνων και παράλληλα ενός πλαισίου αξιολόγησης της εγκυρότητας τους θα βελτιώσει τα μέγιστα το τρόπο διαχείρισης και ανάλυσης των παραπόνων των ασθενών με προοπτική την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στα Νοσοκομεία.

## **7.7. Συνάντηση ασθενών με τη διοίκηση του Νοσοκομείου**

Η διευθέτηση συνάντησης του διευθυντή νοσοκομείου με τους ασθενείς είναι ιδιαίτερα σημαντική. Η συνάντηση μπορεί να προγραμματιστεί για συγκεκριμένη μέρα και ώρα κατά την διάρκεια της οποίας οι ασθενείς θα μπορούν να θέσουν ζητήματα που αφορούν τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Με τον τρόπο αυτό, επιτυγχάνεται η καλύτερη επικοινωνία με τους ασθενείς και προστατεύεται ο θεσμός Δικαιωμάτων Ασθενών.

## **7.8. Τοποθέτηση κουτιών παραπόνων**

Η τοποθέτηση κουτιών παραπόνων στους χώρους του Νοσοκομείου είναι υποβοηθητική για την καλύτερη λειτουργία του Νοσοκομείου, αφού οι ασθενείς μπορούν να υποβάλουν το παράπονο τους, ακόμα και ανώνυμα, για οποιοδήποτε πρόβλημα τους απασχολεί. Ωστόσο, ελλοχεύει ο κίνδυνος ο ασθενής να μεταφέρει την εκτόνωσή του αντί το παράπονό του. Η εξέταση των παραπόνων θα πραγματοποιείται από Ειδική Επιτροπή Διαχείρισης Παραπόνων Ασθενών, η οποία θα συνέρχεται τουλάχιστον 1 φορά ανά 15ήμερο. Η Ειδική Επιτροπή, αφού εξετάσει τα παράπονα, να τα κατηγοριοποιεί και όπου χρειάζεται και είναι εφικτό να προβαίνει σε διορθωτικές λύσεις και άμεσες ενέργειες.

## **7.9. Εκπαίδευση, Σεμινάρια, Διαλέξεις, Ημερίδες για ενημέρωση του κοινού σχετικά με τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του**

Ο θεσμός των δικαιωμάτων ασθενών δεν είναι απλά ένα ζήτημα που απαιτεί μια στεγνή νομοθετική ρύθμιση αλλά συνεπάγεται και την ενεργοποίηση των ασθενών, που θα πρέπει όχι μόνο να διδαχθούν τα δικαιώματά τους, αλλά εξίσου σημαντικό είναι να μάθουν και να τα απαιτούν. Ωστόσο, η ενεργός και υπεύθυνη συμμετοχή του ασθενή προϋποθέτει και υποχρεώσεις, στις οποίες να πειθαρχεί και να εφαρμόζει σύμφωνα με τους κανονισμούς του Νοσοκομείου. Τονίζεται ιδιαίτερα το γεγονός ότι σε κανένα από τα Δημόσια Νοσηλευτήρια δεν έχει αναρτηθεί πίνακας με αναφορά στα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους.

Η μαζικότερη και ευρύτερη ενημέρωση και διαφώτιση των πολιτών για τα δικαιώματα μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσα από τηλεοπτικά σποτάκια, διάφορα προγράμματα και εκστρατείες, την προβολή σχετικών ανακοινώσεων στα ΜΜΕ, την πραγματοποίηση σεμιναρίων και την διανομή ενημερωτικών φυλλαδίων.

### **7.10. Ευαισθητοποίηση Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης**

Η συμμετοχή των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης στην διάδοση του θεσμού μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στη ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης και την εξοικείωση τους με το συγκεκριμένο θεσμό και την διαμόρφωση ενός αναβαθμισμένου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.

### **7.11. Διεξαγωγή έρευνας**

Σε μια μελλοντική έρευνα το δείγμα να συλλεχθεί από διαφορετικές χρονικές περιόδους γεγονός που θα σκιαγραφούσε, με περισσότερη λεπτομέρεια, όλες τις παραμέτρους και τα αποτελέσματα. Επίσης, θα ήταν καλύτερα η έρευνα να διεξαγόταν με βάση το Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, το οποίο κατά κανόνα είναι το μεγαλύτερο Νοσοκομείο στη Κύπρο και το οποίο δέχεται τους περισσότερους ασθενείς, αφού περιλαμβάνει όλες τις ιατρικές ειδικότητες. Η έρευνα μπορεί να περιέχει και την εξακρίβωση της πληροφόρησης / εκτίμησης του κοινού για το μηχανισμό υποβολής παραπόνων, κατά πόσο το κοινό γνωρίζει για το νόμο για τα δικαιώματα ασθενών και το μηχανισμό των παραπόνων, την εκτίμηση για την αποτελεσματικότητα του θεσμού κ.ά. Όπως φαίνεται υπάρχει πρόσφορο έδαφος για άλλες έρευνες και τα αποτελέσματά τους θεωρείται σίγουρο ότι μπορούν να βοηθήσουν θετικά στη περαιτέρω βελτίωση του θεσμού και συνεπώς στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας.

### **7.12. Ιατρικό Αρχείο**

Οι εναλλακτικές λύσεις για άμεση επίλυση του προβλήματος της σημαντικής απώλειας των ιατρικών φακέλων του «Ιατρικού Αρχείου» παρουσιάζονται πιο κάτω:

1. Η ψηφιοποίηση του ιατρικού φακέλου: Οι ιατρικοί φάκελοι σε όλα τα Δημόσια Νοσηλευτήρια της Κύπρου, ακόμα και σήμερα, εξακολουθούν να είναι χειρόγραφοι, σε μερικές περιπτώσεις ογκώδεις, ενώ σε άλλες περιπτώσεις χάνονται, φθείρονται ή/και αλλοιώνονται. Το λογισμικό «Ηλεκτρονικού Ιατρικού Φακέλου» (ΗΙΦ) ή, γενικότερα, «Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας» (ΗΦΥ) ασθενή, αποτελεί ένα μοναδικό σύστημα διαχείρισης του ιατρικού φακέλου, το οποίο επιτυγχάνει την ασφάλεια του αρχείου των ασθενών και διασφαλίζει την αξιοπιστία του, αφού η μετακίνηση του φυσικού φακέλου και των εγγράφων ελαχιστοποιείται. Σε ένα σύστημα ΗΙΦ, όλα τα δεδομένα ενσωματώνονται στον φάκελο του ασθενούς σε ψηφιακή μορφή κατάλληλη για επεξεργασία. Συνεπώς, επιτυγχάνεται η αδιάκοπη λειτουργία του Νοσοκομείου αφού περιορίζεται σε μεγάλο βαθμό η άσκοπη μετακίνηση των φυσικών φακέλων των ασθενών.
2. Σύσταση Επιτροπής για διερεύνηση του τρόπου διακίνησης του ιατρικού φακέλου για εντοπισμό των αδυναμιών και βελτίωση του συστήματος.
3. Η καταγραφή της διακίνησης του ιατρικού φακέλου μέσω του συστήματος της μηχανογράφησης. Στις περιπτώσεις των Νοσοκομείων, που αυτό δεν μπορεί να εφαρμοστεί η διακίνηση του φακέλου μπορεί να επιτευχθεί μέσω του λογισμικού προγράμματος EXCEL. Η διακίνηση του ιατρικού φακέλου στις περιπτώσεις αυτές μπορεί να γίνει μόνο για ορισμένες κατηγορίες φακέλων όπως π.χ. για φάκελους που παραπέμπονται στους ιατρούς για αποπεράτωση ιατρικής έκθεσης, είτε για την λήψη απόφασης σε αρμόδια ιατροσυμβούλια, είτε για ασθενείς με μεγάλο ιστορικό ασθένειας, είτε για ιατρούς οι οποίοι κατακρατούν τους φακέλους για παρουσίαση του ιστορικού στο Διευθυντή της Κλινικής λόγω του επείγοντος του περιστατικού. Στις περιπτώσεις της καθημερινής διακίνησης του ιατρικού φακέλου αυτό δεν είναι εφικτό λόγω της σημαντικής μείωσης του προσωπικού των Νοσοκομείων εξαιτίας και της απόφασης της Βουλής των Αντιπροσώπων για παγοποίηση όλων προσλήψεων.
4. Πρωτόκολλο τήρησης και διαφύλαξης του ιατρικού αρχείου
5. Πρωτόκολλο διακίνησης του ιατρικού φακέλου

### **7.13. Υιοθέτηση κώδικα καλής συμπεριφοράς και αξιοπρεπούς μεταχείρισης ασθενών**

Η υιοθέτηση Κώδικα καλής συμπεριφοράς και Αξιοπρεπούς Μεταχείρισης Ασθενών θα συμβάλει στην ποιοτικότερη και πιο ανθρώπινη παροχή υπηρεσιών υγείας. Ο Κώδικας θα εξυπηρετήσει στο να διατυπωθούν με σαφήνεια οι κανόνες συμπεριφοράς του προσωπικού, να καθοριστεί το περιβάλλον

και οι σχέσεις μεταξύ όσων εργάζονται και όσων προσέρχονται στα κρατικά ιατρικά κέντρα για να εξυπηρετηθούν και να ενημερωθούν οι πολίτες για την μεταχείριση που πρέπει να τυγχάνουν όταν επισκέπτονται τους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας (Σαββίδου, 2012).

Ο Κώδικας θα συνοδεύεται από την διοργάνωση ειδικών σεμιναρίων / εργαστηρίων, τα οποία θα παρέχουν στους συμμετέχοντες χρήσιμες συμβουλές και δεξιότητες για τη διαχείριση των δύσκολων καταστάσεων που προκύπτουν. Η συνεχής επιμόρφωση όλων των μελών του προσωπικού που εργάζονται σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας, για τις αρχές και τους κανόνες που πρέπει να έχουν υπόψη τους, όταν χειρίζονται ασθενείς είναι απαραίτητα προϋπόθεση ώστε η αλλαγή που απαιτείται στη νοοτροπία κα καταστεί δυνατή (Σαββίδου, 2012).

#### **7.14. Λίστες Αναμονής**

Η λήψη μέτρων για μείωση των λιστών αναμονής επιβάλλεται να γίνει άμεσα ως πιο κάτω:

1. Τη δημιουργία κεντρικού ηλεκτρονικού συστήματος λιστών αναμονής
2. Τη τακτική επανεξέταση των ασθενών από τους θεράποντες ιατρούς τους
3. Τη τακτική επικαιροποίηση των λιστών αναμονής και συνεχής παρακολούθησης τους
4. Τη δημοσιοποίηση λιστών αναμονής έτσι ώστε να υπάρχει διαφάνεια
5. Την αγορά υπηρεσιών από τον ιδιωτικό τομέα, και
6. Τη δημιουργία Τομέα Κίνησης Λιστών Αναμονής

## **Βιβλιογραφία**

## Ελληνική

Αδάμου, Μ., Αυξάνονται οι αλλοδαποί, μειώνονται οι Κύπριοι, 30 Δεκεμβρίου 2011  
<http://www.sigmalive.com/simerini/politics/reportaz/451616>, {Access 17/03/2013}

Αθανασίου, Χρ. Ε., Ευρωπαϊκή μέρα για την προάσπιση των Δικαιωμάτων των Ασθενών, Οι ασθενείς και τα αζήτητα – ανεκπλήρωτα δικαιώματα τους, Εφημερίδα «Ο Πολίτης», Πέμπτη, 19 Απριλίου 2012

Αλετράς, Β., Ζαχαράκη, Φ., Νιάκας, Δ., Ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων οφθαλμολογικής κλινικής ελληνικού δημοσίου νοσοκομείου, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007, 24:89 - 96

Αποστολάκης, Ι., Δικαιώματα των Ασθενών, Υγείας, 9 Σεπτεμβρίου 2010,  
[http://www.hygeia.gr/page.aspx?p\\_id=561](http://www.hygeia.gr/page.aspx?p_id=561), {Access 17/01/2013}

Αποστολοπούλου – Παπαοικονόμου, Α, Αποστολή και λειτουργία του Νοσοκομείου. 1980:138, Αθήνα

Ασθενεί ... η Υγεία, Εφημερίδα «Η Σημερινή», 30 Απριλίου 2009,  
[www.sigmalive.com/simerini/health/148206](http://www.sigmalive.com/simerini/health/148206), {Access 22/02/2013}

Βασιλοπούλου, Α. (1986), Το δικαίωμα προστασίας της υγείας, Ιατρική, τεύχος 50, σελ. 33 – 46, Αθήνα, [http://www.special-edition.gr/pdf\\_dioik\\_enim/pdf\\_de\\_46/VASILOPOULOS.pdf](http://www.special-edition.gr/pdf_dioik_enim/pdf_de_46/VASILOPOULOS.pdf), {Access 15/03/2013}

Γκαράνη-Παπαδάτου, Τ., Δίκαιο υγείας-Βιοηθική, Σημειώσεις στο μάθημα: Βασικές αρχές Δημόσιας Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2004

Γραβάνης, Μ., Η ηθική των Πειραμάτων σε Ανθρώπους, 22<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Καρδιολογικό Συνέδριο, 22 – 24 Νοεμβρίου 2001, Η εφημερίδα του κόσμου της υγείας

Γρανίτσας, Α., «Ιατρική Δεοντολογία: Παρελθόν και μέλλον», Β' μέρος, Ιατρικό Βήμα 1992, σελ. 37 - 41

Δημητρόπουλος, Α. (2009), Το Ιατρικό Απόρρητο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Ν.Ο.Π.Ε., Τμήμα Νομικής, <http://www.greelaws.com/pubs/uploads/2790.pdf>, {Access 25/03/2013}

Δημόσια Υπηρεσία, Η Ταλαιπωρία των τηλεφωνημάτων!, Εφημερίδα «Η Αλήθεια», Τετάρτη, 20 Ιουνίου 2012

Διεθνής Χάρτα των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου,  
[http://hosting01.vivodinet.gr/unhcr/protect/files/CONVENTIONS/INTERNATIONALBILLOF\\_HUMANRIGHTS.pdf](http://hosting01.vivodinet.gr/unhcr/protect/files/CONVENTIONS/INTERNATIONALBILLOF_HUMANRIGHTS.pdf), {Access 22/01/2013}

Επιτροπή Εξέτασης Παραπόνων Ασθενών Επαρχίας Λεμεσού, Έκθεση Δράσης για την περίοδο 2007 – 2010, Σεπτέμβριος 2011

Ευριπίδου, Ν., «Πεταζούμενοι» οι φάκελοι των ασθενών στο ... αρχείο», Εφημερίδα «Η Σημερινή», 26 Απριλίου 2012, [www.sigmalive.com/simerini/news/local/484478](http://www.sigmalive.com/simerini/news/local/484478), {Access 22/04/2013}

Ευριπίδου, Ν., «Σκοτώνουν» οι λίστες αναμονής, Εφημερίδα «Η Σημερινή», 17 Ιανουαρίου 2012

Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής (2013), Κόσμος: Αναθεώρηση της Διακήρυξης του Ελσίνκι, Πηγή: CanadianMedicalAssociation, [www.bioethics.gr](http://www.bioethics.gr), {Access 20/02/2013}

Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου, Ηθικοί Κανόνες και Κώδικες που διέπουν την Εταιρική – Εθνική Έρευνα και Ανάπτυξη, 14 Νοεμβρίου 2011, [www.bioethics.gov.cy](http://www.bioethics.gov.cy), {Access 23/02/2013}

Ετήσια Έκθεση (2010), Υπουργείο Υγείας, Κυπριακή Δημοκρατία,

Ευρωπαϊκή Έκφραση, Αποτελέσματα συνεδρίου για τα δικαιώματα των ασθενών, 20 Ιουνίου 2012, [www.ekfrasi.gr/html/page.asp?PageID=49&Lang=1&ne\\_id=8](http://www.ekfrasi.gr/html/page.asp?PageID=49&Lang=1&ne_id=8), {Access 22/01/2013}

Θεοδώρου, Μ., Ικανοποίηση εσωτερικών ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου: Παρουσίαση και σχολιασμός ευρημάτων σχετικής έρευνας, Υπουργείο Υγείας, Λευκωσία 2009

Ιωαννίδης, Ε., Λοπατατζίδης, Α., Μάντη, Π., Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Τόμος Α΄, Ομάδα εκτέλεσης έργου ΕΑΠ / 1997 – 1999, Πάτρα

Καζλάρης, Ε. Χ., Σχέδιο Νόμου για την Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή, Επιτροπή Βιοιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας, Κέντρο Βιοηθικής, 14 Δεκεμβρίου 2004

Καλαφάτη, Μ., Παικοπούλου, Δ., Νοσηλευτική Φροντίδα σε ασθενείς Διαφορετικής Πολιτισμικής Προέλευσης σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Νοσηλευτική 2011, 50(1): 49 – 62,

Κάντζιου, Χ., Θεσμοί Προστασίας Ασθενών, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα, 2006

Κατσικάρου, Σ. (1998), Δικαιώματα ασθενών και προστασία τους. Εισήγηση για τη συνάντηση των τριμελών Επιτροπών προάσπισης Δικαιωμάτων του Πολίτη

Κοντέλη, Ε., Τα δικαιώματα του ασθενούς σε επιλεγμένα Κέντρα Υγείας Αγροτικών περιοχών της Κρήτης. Σε ποιο βαθμό είναι γνωστά σε ασθενείς και σε ιατρούς, Ηράκλειο, Ιούνιος 2005

Κοντιάδης, Ξ. (1997), Κράτος Πρόνοιας και Κοινωνικά Δικαιώματα, Εκδόσεις Σάκκουλα

Κορδιολής, Ν. (2001), Τα δικαιώματα των ασθενών με καρκίνο, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα

Κουλίζος, Μ., Χριστόπουλου, Μ., Απόψεις των ασθενών για τον βαθμό προστασίας των δικαιωμάτων τους στα Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία: Η περίπτωση ενός νοσοκομείου το κέντρου και ενός της περιφέρειας, Διπλωματική Εργασία, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία, 2011

Κουτελέκος, Ι., Δικαιώματα παιδιατρικού ασθενή, Το Βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 12, Τεύχος 1, Ιανουάριος – Μάρτιος 2013, ΤΕΙ Αθήνας



Κουτούφαρης, Γ. (1997), Η προαγωγή και προστασία της υγείας ως ατομικό δικαίωμα, διπλωματική εργασία, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

Κρεμαλής, Κ. (1987), Το δικαίωμα για προστασία της υγείας, Εκδόσεις Σάκκουλα

ΚΥΠΕ, Κύπρος: Νόμος για την προστασία και την κατοχύρωση των δικαιωμάτων των ασθενών, 24 Ιανουαρίου 2005

Κυριόπουλος, Γ., Τσιάντου, Β., Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2010, 27(5): 834 - 840

Λάντου, Δ., Στοιχεία για τα νοσηλευτήρια από την αρχή της κρίσης, Εφημερίδα «Η Αλήθεια», 27 Απριλίου 2012

Λασκαράτος, Ι., Φρέντζος, Α., Μπαλαφούτας, Δ., Κώδικας της Νυρεμβέργης: Η Γέφυρα ανάμεσα στην Ιπποκρατική Ιατρική και τα ανθρώπινα Δικαιώματα, Ιατρικές Σελίδες, Μάρτιος 2009, <http://www.afrentzos.gr/common/pdf/ergasia9.pdf>, {Access 20/03/2013}

Λέων, Γ. (2012), Για ποιο λόγο αυξάνονται τα ιατρικά λάθη στην Ελλάδα; Ενημέρωση Πενταπόσταγμα, [www.pentapostagma.gr/2012/02/blog-post\\_338.html](http://www.pentapostagma.gr/2012/02/blog-post_338.html), {Access 17/04/2013}

Μεράκου, Κ., Δάλλα, Α., Θεοδωρίδης, Δ., Ιατρικό Απόρρητο, Οι «κατά συνθήκη» παραβιάσεις, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 1999, 16(5):504 - 510

Μερκούρης, Α., Η ικανοποίηση του αρρώστου, Κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών, Διδακτορική διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθηνά, 1996

Μινάκη, Π., Διαχείριση παραπόνων ασθενών σε τρία Δημόσια Νοσοκομεία στην Ελλάδα, Διατριβή Επιπέδου Μάστερ, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας», Λευκωσία, Νοέμβριος 2011

Μινάκη, Π., Σαμόλη, Ε., Θεοδώρου, Μ., Παράπονα ασθενών σε τρία δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα, Ποιος ενδιαφέρεται γι' αυτά; Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2013, 30(1), 67 - 78

Μουστάκα, Ε., Ανάλυση του ασφαλιστικού μηχανισμού του συστήματος υγείας της Ολλανδίας, Διπλωματική εργασία, Πειραιάς, Ιούνιος 2012

Μπελλάλη, Θ. (2006), Κριτήρια και διαδικασία αξιολόγησης των ποιοτικών ερευνών στο χώρο της υγείας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2006;23(3):298 - 307

Μπριασούλη, Α., Η Ευρώπη υποστηρίζει νέα διακήρυξη για τα δικαιώματα των ασθενών, Σύγχρονο Νοσοκομείο, Ιούλιος – Σεπτέμβριος 1996, 2(3):12

Νιάκας, Δ., Μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ, στο Νιάκας Δ, (Συντ.), Θέματα Διοίκησης και Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας, εκδόσεις MediForce, Αθήνα, 2003, σελ. 85 - 126

Νικολάου, Η., Έκθεση Επιτρόπου Διοικήσεως αναφορικά με απώλεια ιατρικού φακέλου, 14 Σεπτεμβρίου 2010



Νικολάου, Η., Έκθεση Επιτρόπου Διοικήσεως με την μη εφαρμογή Κλινικού Ελέγχου (Clinical Audit) στα Δημόσια Νοσηλευτήρια, 21 Δεκεμβρίου 2011

Νόμος περί της Κατοχύρωσης και της Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών» του 2004

Οικονόμου, Β. Θ., Ιατρικά Λάθη και Ιατρική Αμέλεια, Εφημερίδα «Η Αλήθεια», 7 Αυγούστου 2012

Οι λίστες αναμονής το πιο συχνό παράπονο ασθενών, Σωρεία καταγγελιών στους αρμόδιους λειτουργούς παραπόνων των νοσοκομείων, Εφημερίδα «Η Χαραυγή», 25 Ιανουαρίου 2012

Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, Η οικονομική κρίση αυξάνει τους κινδύνους για μητέρες και παιδιά, 19 Ιανουαρίου 2009, [http://iatronet.gr/newsarticle.asp?art\\_id=7291](http://iatronet.gr/newsarticle.asp?art_id=7291), {Access 17/02/2013}

Πιπλή, Λ., Ποτέ τον Αύγουστο ... Το γενικότερο ρεύμα φυγής προς τις διακοπές συμπαρασύρει και τα νοσηλευτικά ιδρύματα, Εφημερίδα «Το Βήμα», 04 Αυγούστου 1996, [www.tovima.gr/relatedarticles/article/?aid=81383](http://www.tovima.gr/relatedarticles/article/?aid=81383), {Access 22/03/2013}

Πλακούλα, Σ. (1999), Τα Δικαιώματα των Ασθενών στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, διπλωματική εργασία, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης

Σάββα, Κ., Αναπάντητες κλήσεις παντού στη δημόσια υπηρεσία!, Εφημερίδα «Ο Πολίτης», 20 Ιουνίου 2012

Σαββίδου, Ε., Μεταχείριση Ασθενών στα Κρατικά Νοσηλευτήρια: Συμπεριφορά Ιατρικού και Παραϊατρικού Προσωπικού, Επίτροπος Διοικήσεως και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, 29 Νοεμβρίου 2012

Σταύρου, Σ., Υγεία ώρα μηδέν!, Εφημερίδα «Η Σημερινή», 11 Σεπτεμβρίου 2011 <http://www.sigmalive.com/simerini/analiseis/other/417440>, {Access 29/01/2013}

Το 20% των εργαζομένων στην Κύπρο είναι κοινοτικοί και αλλοδαποί, 07 Μαρτίου 2013, <http://www.newsnow.gr/article/458209/to-20-ton-ergazomenon-stin-kypro-einai-koinotikoi-kai-allodapoi.html>, {Access 25/02/2013}

Τούντας, Γ., Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2003;20(5):532 - 546

Τσιώλης, Γ. (2006), Ιστορίες ζωής και βιογραφικές αφηγήσεις. Η βιογραφική προσέγγιση στην κοινωνιολογική ποιοτική έρευνα, Αθήνα: Κριτική

Χαϊλή, Ν., Κύπριοι Ασθενείς με ισχυρά δικαιώματα, Εφημερίδα «Η Σημερινή», 14 Απριλίου 2010, <http://www.sigmalive.com/simerini/news/health/256896>,

Χρυσοσπάθη, Σ., Παπαθανάσογλου, Δ. Ε. Ε., Η Διαχρονική Εξέλιξη της Νομοθετικής Κατοχύρωσης των Δικαιωμάτων των Ασθενών, Νοσηλευτική 2009, 48(3):284 – 291

Ψαρούλης, Δ., Βούλτσος, Π. (2010), Ιατρικό Δίκαιο: Στοιχεία Βιοηθικής, Εκδόσεις UniversityStudioPress, σελ. 414, Θεσσαλονίκη

## Αγγλική

Adinolfi, P. (2010), Total quality management in public health care: A study of Italian and Irish hospitals, *Total Quality Management and Business Excellence*, 2010; 14(2): 141 - 150

American Hospital Association, *The bill of patient's rights*. 1992

Anderson, K., Allan, D., Finucane, P., A 30-month study of patients' complaints at a major Australian hospital. *J. Qual. Clin. Pract.* 2001, 21:109 - 111

Bark, P., Vincent, C., Jones, A., Savory, J., Clinical complaints: a means of improving quality of care, *Qual. Health Care*, 1994; 3:123 - 132

Bendall-Lyon, D., Powers, T. L., The role of complaint management in the service recovery process, *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 2001;27:278 - 286

Bismarck, M., Dauer, E., Paterson, R., Studdert D., «Accountability sought by patients following adverse events from medical care: The New Zealand experience», *CMAJ*, 2006;175:889 - 894

Cohen, L. Manion, L., (1994), *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*, Αθήνα: Μεταίχμιο

Cotturri, G., Inglese, S., Moro, G., Roffiaen, C., Scattolon, C. (2002), *European Charter of Patients' Rights*, Cittadinanzattiva – Active Citizenship Network Group, Rome

Cowan, J., Anthony, S., Problems with complaint handling: expectations and outcomes. *Clinical Governance: An international Journal* 2008, 13:164 - 168

Carr-Hill, R. A., The measurement of patient satisfaction, *J. Public Health Med.* 1992, 14:236 - 249

Dagher, M., Kelbert, P., Lloyd, R.J., Effective ED complaint management. *Nurs. Manage.* 1995, 26: 48B – 48D, 48F

Daniel, A. E., Burn, R. J., Horarik, S., Patients' complaints about medical practice, *MJA*, 1999; 170:598 - 602

Donabedian, A.K. (1987), Commentary on some studies of the quality of care. *Health Care Financing Review* (annual supplement), 75 - 85

Donabedian, A., The quality of care. How can it be assessed? *Arch. Pathol. Lab. Med.* 1997, 121: 1145 - 1150

Douglas, D., Harrison, R. D., Turning around patient complaints in a regional hospital. *Aust. HealthRev.* 1996, 19:126 - 137

Ford, R. C., Fottler, M.D., Creating customer – focused health care organizations. *Health Care Manage. Rev.* 2000, 25:18 - 33

Fluss, S. (1993), Comparative overview on international and national developments in regards to patients' rights legislation. WHO / EURO, Geneva, unpublished work

- Friele, R.D., Sluus, E.M., Patient expectations of fair complaint handling in hospitals: Empirical Data, BMC Health Serv. Res. 2006, 6:106
- Friele, R., Sluijs, E., Legemaate, J., Complaints handling in hospitals: an empirical study of discrepancies between patient's expectations and their experiences, BMC Health Services Research, 2008;8:199 - 209
- Giugliani, C., Gault, N., Fares, V., Jegu, J., Trolli, S. E. et al, «Evolution of patients' complaints in a French university hospital: is there a contribution of a law regarding patients' rights?», BMC Health Services Research, 2009; 9:141 - 149
- Goffman, E., Relation in Public: Microstudies of the Public Order, Harmondsworth, England:Penguin, 1971
- Halsel, D., Handling patient complaints, Missouri Med., 1993;90:645 - 647
- Hsiao, W., Jakab, M. A. (2003), A study of the costs of the National Health Insurance Scheme, Harvard School of Public Health
- Hsieh, S. Y., Factors hampering the use of patient complaints to improve quality: An exploratory study. Int. J. Nurs. Pract. 2009, 15:534 - 542
- Javetz, R., Stern, Z., «Patients' complaints as a management tool for continuous quality improvement», Journal of Management in Medicine, 1996;10(3):39 - 48
- Iliev, D., Veinonen, M. (1998), Patients' rights development in Europe. WHO / EUROPE, Health Services management
- Krleza – Jeric, K., Lemmens, T., The declaration of Helsinki. British Medical Journal 2007, 29:624 - 625
- Leebov, W. (1988), Service Excellence: the customer relations strategy for health care, American Hospital Publishing, USA
- Lloyd-Bostock, S., Mulcahy, L., The Social Psychology of Making and Responding to hospital Complaints: An Account Model of Complaint Processes, Law & Policy, 1994; 16(2):123 - 147
- Merakou, K., Dalla – Vorgia, P., Garanis – Papadatos, T., Kourea – Kremastinou, J., Satisfying patients' rights: A hospital patient survey. Nurs. Ethics 2001, 8:499 – 509
- Natangelo, R., Clinicians' and managers' responses to patients' complaints – A survey in hospitals of the Milan area, Clinical Governance: An International Journal, 2007; 12(4):260 - 266
- Pairas, N. (2013), Παρουσίαση Τμήμα Φαρμακευτικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, Διακήρυξη του Ελσίνκι, Έρευνα σε Ανθρώπους, Βιοηθική – Αρχές Νομοθεσίας, Geneva Helsinki.pdf from <http://www.pharmacyold.upatras.gr>, {Access 10/03/2013}
- Papathanassoglou, E.D., Chrisopathi, S., Who needs rights?... Reflections on Hellenic critical care patients, Nurs. Crit. Care 2008, 13:61 - 63

- Philips, M., Dawson, J. (1985), *Doctor's Dilemmas*, 2<sup>nd</sup> ed. TheHarvesterPress, Brighton
- Pichert, J. W., Miller, C. S., Hollo, A. H. et al, What health professional can do to identify and resolve patient dissatisfaction, *Jt.Comm.J.Qual.Improv.*, 1998;24:303 - 312
- PrisonPlanet, Το 51% του πληθυσμού στην Κύπρο είναι γυναίκες – το 17% εξ' αυτών ζει στο όριο της φτώχειας, 9 Μαρτίου 2013, [www.prisonplanet.gr](http://www.prisonplanet.gr), {Access 22/01/2013}
- Scott, P.A., Vaelimaeki, M., Leino-Kilpi, H., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C. et al., Autonomy, privacy and informed consent 3: Elderly care perspective, *Br. J.Nurs.* 2003, 12:158 - 168
- Scwartz, L. R., Overton, D. T., The management of patients complaints and dissatisfaction, *Emerg. Med.Clin. North Am.*, 1992;10:557 - 572
- Steffenino, G., Aimar, F., Boget, M., Dutto, M. S. , Dutto, M., Lice, G., Mogna, A., Tomatis, M., Conte, L. (2005). How informed is patient consent to interventional cardiology procedures. A quality assurance survey by the nurses. *Ital. Heart. J. Suppl.*, 6:35 – 41
- Suhonen, R., Vaelimaeki, M., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., Scott, P.A. et al., Patients' autonomy in surgical care, A comparison of nurses' perceptions in five European countries, *Int.Nurs. Rev.* 2003, 50:85 - 94
- Taylor, D., Wolfe, R., Cameron, P., Complaints from emergency department patients largely result from treatment and communication problems, *Emergency Medicine (Fremantle)*, 2002;14:43 - 49
- Taylor, D., Wolfe, R., Cameron, P., Analysis of complaints lodged by patients attending Victorian hospitals, 1997 – 2001, *MJA*, 2004;181(1):31 - 35
- Tuckman, B.W. (1972), *Conducting Educational Research*, Harcourt Bracen Jonanovich, N.Y.
- Vaelimaeki, M., Leino-Kilpi, H., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C. et al., Self-determination in surgical patients in five European countries, *J.Nurs.Scholarsh.*, 2004, 36:305 - 311
- Vincent, C., Young, M., Philips, A., Why do people sue their doctors? A study of patients and relatives taking legal action, *The Lancet*, 1994; 343:1609 - 1613
- Vuori, H., Patient Satisfaction – an attribute or indicator of the quality of care? *Qual. Rev. Bull.* 1987, 13:106 - 108
- WHO / EUROPA (1994), *A declaration on promotion of patient's rights in Europe*
- WHO / EUROPE. (1996), *Citizens' choice and patients' rights*
- Wong, L. L., Ooi, S. B. S., Goh, L. G., Patients' complaints in a hospital emergency department in Singapore, *Singapore Med. J.*, 2007; 48(11):990 - 995

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 12**  
**Επαρχιακές Επιτροπές Δικαιωμάτων Ασθενών και**  
**Λειτουργοί Δικαιωμάτων Ασθενών Δημόσιων Νοσηλευτηρίων**

<b>Επαρχία Λευκωσίας</b>	
Πρόεδρος	Μύρνα Κλεόπα, Δικηγόρος (Πρώην Πρέσβειρα)
Μέλη:	Λουΐζα Μαυρομάτη, Μέλος Κίνησης Διεκδίκησης Δικαιωμάτων Ασθενών (ΚΙ.Δ.Δ.Α.) (Πρώην Δημοσιογράφος)
	Κυριάκος Χανίδης, Πρόεδρος Παγκύπριου Συνδέσμου Καρδιοπαθών (Πρώην Στρατιωτικός)
	Έλλη Λούπη, Αντικαρκινικός Σύνδεσμος Κύπρου
	Αλέκα Πρέκα, Παγκύπριο Συντονιστικό Συμβούλιο Εθελοντισμού
<b>Λειτουργός Δικαιωμάτων Ασθενών</b>	<b>Ανδρούλα Ιωάννου</b>

<b>Επαρχία Λεμεσού</b>	
Πρόεδρος	Χρήστος Δερμοσονιάδης, Δικηγόρος, πρώην Δικαστής
Μέλη:	Ανδρέας Αλεξάνδρου, ΚΙ.Δ.Δ.Α. (Πολιτικός Μηχανικός)
	Κωστάκης Χαρίτου, Πρόεδρος Συνδέσμου Καρδιοπαθών Λεμεσού
	Έλενα Βασιλείου, Μέλος Αντιαναιμικού Συνδέσμου Λεμεσού (Δικηγόρος)
	Στέλλα Πλέιμπελ, Προϊστάμενη Υπηρεσίας Νοητικά Καθυστερημένων Ατόμων (Κοινωνιολόγος)
<b>Λειτουργός Δικαιωμάτων Ασθενών</b>	<b>Λούης Μιχαήλ</b>

<b>Επαρχία Λάρνακας &amp; Αμμοχώστου</b>	
Πρόεδρος	Μιχάλης Ιωάννου, Πρώην Περιφερειακός Διευθυντής Συνεργατικής Κεντρικής Τράπεζας
Μέλη	ΧρύσωΓιασουμή, Αντιρευματικός Σύνδεσμος Κύπρου
	Θεόδουλος Θεοδούλου, Παγκύπριο Συντονιστικό Συμβούλιο Εθελοντισμού
	Κώστας Καπίλλας, Παγκύπριος Διαβητικός Σύνδεσμος
	Άννα Βαλανίδου – Μακεδόνα, Δικηγόρος
<b>Λειτουργός Δικαιωμάτων Ασθενών Λάρνακας</b>	<b>Παναγιώτα Ποσκώτη</b>
<b>Λειτουργός Δικαιωμάτων Ασθενών Αμμοχώστου</b>	<b>Δημήτρης Καραδήμος</b>

<b>Επαρχία Πάφου</b>	
Πρόεδρος	Σαββάκης Γεωργίου, Πρώην Διευθυντής Συνεργατικών Παντοπωλείων Πάφου
Μέλη:	Χλόη Νεοφύτου, Πρώην Γραμματειακός Λειτουργός Γενικού Νοσοκομείου Πάφου
	Γ. Χαραλάμπους
	Κούλα Βρυωνίδου, Παγκύπριο Συντονιστικό Συμβούλιο Εθελοντισμού (Εκπαιδευτικός)
	Χαράλαμπος Καραμανλή, Παγκύπριος Διαβητικός Σύνδεσμος (πρώην Συνεργατιστής)

Λειτουργός  
Δικαιωμάτων  
Ασθενών  
Αμμοχώστου

Χριστάκης Γεωργιάδης