



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ – ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ-ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ-ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Προσδιοριστές ποιότητας πρωτοβάθμιας οδοντιατρικής
περίθαλψης στα Κέντρα Υγείας της Κρήτης

Δημήτριος Μπάκας
Οδοντίατρος

- Επιβλέποντες:
1. **Τσιλιγιάννη Ιωάννα**, Επίκουρη Καθηγήτρια Κοινωνικής Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης
 2. **Βλασιάδης Κωνσταντίνος**, Διδάκτωρ Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης
 3. **Σηφάκη-Πιστόλα Δήμητρα**, Επιδημιολόγος, MPH, PhD, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης

Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική εργασία, η οποία πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Δημόσια Υγεία – Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας – Υπηρεσίες Υγείας» του τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, δεν θα είχε πραγματοποιηθεί χωρίς τη βοήθεια και τη στήριξη ορισμένων ανθρώπων. Θα ήθελα, λοιπόν, να τους ευχαριστήσω εξ αρχής για τη συνεργασία, σε μια ιδιαίτερα δύσκολη περίοδο για όλους. Η ολοκλήρωση αυτής της εργασίας αποτελεί απόδειξη πως, όταν υπάρχει θέληση και καλή διάθεση, κάθε στόχος μπορεί να επιτευχθεί, όσο αντίξοες κι αν φαίνονται οι συνθήκες.

Ειδικότερα, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια της εργασίας, κυρία Τσιλιγιάννη Ιωάννα, Επίκουρη Καθηγήτρια Κοινωνικής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης. Την ευχαριστώ σαν άνθρωπο, για την στήριξη της σε δύσκολες στιγμές για εμένα, όχι μόνο κατά την εκπόνηση της εργασίας, αλλά και κατά τη διάρκεια των μαθημάτων. Την ευχαριστώ και σαν επαγγελματία, γιατί με την πολύτιμη καθοδήγηση και την εμπιστοσύνη που μου έδειξε, συνέβαλε ουσιαστικά στην ολοκλήρωση αυτής της εργασίας.

Ευχαριστώ τον κύριο Βλασιάδη Κωνσταντίνο, συνεπιβλέποντα καθηγητή και συνάδελφο, έναν εξαιρετικά δραστήριο άνθρωπο –είναι τόσες πολλές οι ιδιότητές του, που χρειάζομαι μια παράγραφο μόνο γι' αυτές– που ήταν πάντα δίπλα μου με την πολύτιμη βοήθειά του από την αρχή ως το τέλος της εργασίας.

Ευχαριστώ την κυρία Σηφάκη-Πιστόλα Δήμητρα, συνεπιβλέπουσα, όπως επίσης και όλους τους υπόλοιπους καθηγητές και επιστημονικούς συνεργάτες του μεταπτυχιακού προγράμματος, για τις γνώσεις που μου παρείχαν κατά την διάρκεια των σπουδών μου.

Ευχαριστώ τον Διευθυντή του Προγράμματος Σπουδών, καθηγητή Γενικής Ιατρικής – Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, κύριο Λιονή Χρήστο, για την άψογη οργάνωση και λειτουργία του Μεταπτυχιακού Προγράμματος.

Ευχαριστώ από καρδιάς όλους μου τους συναδέλφους οδοντιάτρους που εργάζονται στα Κέντρα Υγείας της 7^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης και συμμετείχαν στην έρευνά μου –είναι πολλοί για να τους αναφέρω ονομαστικά–, παρά τις δυσκολίες που υπήρχαν. Είναι μεγάλη η χαρά μου που αγκαλιάσατε την προσπάθειά μου και με βοηθήσατε στην πραγματοποίηση της έρευνας. Σας ευχαριστώ ειλικρινά!

Τελειώνοντας, θα ήθελα να ευχαριστήσω μέσα από την καρδιά μου την Ελεάννα και την Κάρμεν, τα πρόσωπα που χρωματίζουν τη ζωή μου με τα πιο φωτεινά χρώματα. Χωρίς τη στήριξη και την αγάπη σας δεν θα είχε πραγματοποιηθεί τίποτα. Σας είμαι ευγνώμων!

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	I
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	III
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	1
ABSTRACT	2
A. ΠΡΟΛΟΓΟΣ	6
B. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	
1.α. Η στοματική υγεία	7
1.β. Οι ανισότητες στην πρόληψη της στοματικής υγείας	8
1.γ. Η ποιότητα της στοματικής και οδοντιατρικής υγείας	10
2.α. Η Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Φροντίδα	10
2.β. Οι αρμοδιότητες της Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Φροντίδας	12
2.γ. Η ποιότητα της Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Φροντίδας	13
Γ. ΣΚΟΠΟΣ-ΣΤΟΧΟΙ	16
Δ. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ-ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	17
Ε. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	
1. Περιγραφή δείγματος σε δημογραφικά και επαγγελματικά	19
2. Ιατρικό Ιστορικό Ασθενών	23
3. Μέτρα Ασφαλείας	25
4. Προαγωγή υγείας και διαχείριση χρόνιων νοσημάτων	28
5. Συνθήκες Εργασίας	34
ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ	43
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ	46
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	47
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	48
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	54

Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

- Τίτλος εργασίας: Προσδιοριστές ποιότητας πρωτοβάθμιας οδοντιατρικής περίθαλψης στα Κέντρα Υγείας της Κρήτης
- Του: Μπάκα Δημητρίου, Οδοντίατρου
- Υπό την επίβλεψη των: 1. Τσιλιγιάννη Ιωάννας, Επίκουρη Καθηγήτρια Κοινωνικής Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης
2. Βλασιάδη Κωνσταντίνου, Διδάκτωρ Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης
3. Σηφάκη-Πιστόλα Δήμητρας, Επιδημιολόγο, MPH, PhD, Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης
- Ημερομηνία: Φεβρουάριος 2021

Εισαγωγή: Είναι γνωστό πως η επιμελημένη στοματική υγεία είναι βασικός πυλώνας τόσο της ατομικής όσο και της κοινωνικής ευημερίας. Γι' αυτόν το λόγο, η Π.Φ.Υ. εστιάζει και φροντίζει για την πρόοδο και την Ο.Φ. του ασθενούς, προάγοντας σε κάθε περίπτωση την ασφάλειά του και αναζητώντας την χρήση αποτελεσματικών και ωφέλιμων για αυτούς υπηρεσιών υγείας. Φυσικά, η ατομική επιμελημένη στοματική υγεία δεν αρκεί. Είναι αναγκαίο, όλα τα συστήματα και οι υπηρεσίες υγείας να στοχεύουν και να λειτουργούν υπό το πνεύμα της ισότητας. Πέραν της ισότητας όμως, εξαιρετικά σημαντικός είναι και ο παράγοντας της ποιότητας. Ποιότητα είναι «η αναζήτηση τρόπων συνεχούς βελτίωσης της φροντίδας υγείας» σύμφωνα με τον Harvey, ορισμός που υποδεικνύει στην πράξη την ανάγκη για βελτίωση της Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Φροντίδας με την συνεχή πρόοδο των υπηρεσιών της. Για να οριστεί, πρέπει να εξεταστούν όλες οι εμπλεκόμενες πλευρές, όπως είναι ο οδοντίατρος, η οδοντιατρική ομάδα και το οδοντιατρικό τμήμα. Κριτήρια όπως οι ικανότητες και η εμπειρία των οδοντιάτρων, η εφαρμογή πρωτοκόλλων στην κλινική πράξη και η ταχεία εξυπηρέτηση των ασθενών υποδεικνύουν το επίπεδο ποιότητας των οδοντιατρικών υπηρεσιών.

Σκοπός: Η παρουσίαση και αξιολόγηση των υπηρεσιών Οδοντιατρικής Περίθαλψης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στα Κέντρα Υγείας της Κρήτης αποτελούν αντικείμενο μελέτης της παρούσας έρευνας. Παράλληλα θα εξεταστούν ζητήματα οργάνωσης και στελέχωσης των οδοντιατρείων και ικανοποίησης των οδοντιάτρων.

Μεθοδολογία: Η εργασία βασίστηκε σε συγχρονική μελέτη παρατήρησης (cross-sectional observational study) των 17 οδοντιατρικών τμημάτων των Κ.Υ. της Κρήτης, που υπάγονται στην 7^η Υ.Π.Ε., από τον Ιανουάριο μέχρι το Νοέμβριο του 2020. Πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 24 οδοντίατροι, εργαζόμενοι των Κ.Υ. Για την εργασία χρησιμοποιήθηκε, κατόπιν άδειας, το πρώτο μέρος από το ερωτηματολόγιο της διδακτορικής διατριβής του κυρίου Συγγελάκη Αριστομένη, στο οποίο προστέθηκαν 9 ερωτήσεις. Το ερωτηματολόγιο απαρτίζεται από 68 ερωτήσεις, ανοιχτού και κλειστού τύπου, διαρθρωμένες σε 4 ενότητες. Η στατιστική ανάλυση έγινε με ποιοτικές, ονομαστικές και διατεταγμένες, μεταβλητές ή αριθμητικές διακριτές, που εκφράστηκαν με τη μορφή συχνότητας (n) και % συχνότητας (%). Οι λίγες συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν είτε με τη μορφή μέσου όρου και τυπικής απόκλισης (MO±TA) είτε ομαδοποιήθηκαν σε διακριτές και εκφράστηκαν με (n, %). Οι έλεγχοι που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι: chi-square test, Fisher exact test και t-test. Στα γραφικά, έγινε χρήση ραβδογραμμμάτων, κυκλικών διαγραμμμάτων και διαγραμμμάτων διασποράς με το σύστημα Excel.

Αποτελέσματα: Όπως διαπιστώθηκε από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, το μεγαλύτερο ποσοστό οδοντιάτρων εργάζεται σε επαρχιακό Κ.Υ., κυρίως σε θέση Επιμελητή Β', διαθέτει κάποια ειδικότητα ή κάποιο μεταπτυχιακό τίτλο (Master ή PhD) και τηρεί βιβλία κίνησης. Επίσης, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δήλωσε πως ενημερώνει πάρα πολύ τακτικά τους ασθενείς για τις βλαπτικές επιπτώσεις του καπνίσματος. Τέλος, η πλειονότητα των οδοντιάτρων δήλωσε πως θεωρεί εξαιρετικά σημαντική τη συμμετοχή σε προγράμματα συνεχιζόμενης κατάρτισης, ενώ επισημαίνει την άποψη συνεργασία με το υπόλοιπο προσωπικό.

Συμπεράσματα: Ολοκληρώνοντας τη μελέτη, χρειάζεται να σημειωθεί πως η Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Φροντίδα εξακολουθεί να λειτουργεί παρά την επίδραση

της οικονομικής κρίσης των προηγούμενων ετών που ταλαιπώρησε την Ελλάδα και μάλιστα βελτιώνεται διαρκώς. Ωστόσο, είναι ορατή η στασιμότητα στην ένταξη και στην τήρηση του ηλεκτρονικού φακέλου ασθενή, όπως και η έλλειψη σταθερής υλικοτεχνικής υποστήριξης. Το γεγονός αυτό, δεν αναιρεί την προσφορά των οδοντιατρικών τμημάτων των Κέντρων Υγείας της Υ.ΠΕ. στις τοπικές κοινότητες και στις αδύναμες ομάδες του πληθυσμού. Μάλιστα, αξίζει να αναφερθεί πως τα προγράμματα προαγωγής υγείας ιδίως στις παιδικές ηλικίες συνεχίζουν να αποτελούν τον «κορμό» της Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Φροντίδας.

Λέξεις κλειδιά: Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Φροντίδα, Προσδιοριστές ποιότητας, Κέντρα Υγείας Κρήτης

Abstract

Title: Quality identifiers in primary dental care within Health Centers in Crete.

By: Bakas Dimitrios, Dentist

Supervisors: 1. Tsiligianni Ioanna, Assistant Professor of Social Medicine,
University of Crete

2. Vlasiadis Konstantinos, MD, University of Crete

3. Sifaki-Pistola Dimitra, Epidemiologist, MPH, PhD, University of
Crete

Date: February 2021

Introduction: Good oral health is known to be a key pillar of both individual and social well-being. For this reason, Primary Health Care focuses on and takes care of the progress and the dental care of the patient, looking after his safety and looking for the use of effective and useful health services for them. Of course, careful personal oral health is not enough. All health systems and services aim and work equally. Aside from equality, however, extremely important factor is quality. Quality is "the search for ways to continuously improve health care" according to Harvey, definition that indicates in practice the focus of Primary Dental Care on the continuous progress of its services. To identify it, the dentist, the dental team and the dental department must be examined. Criteria like skills and experience of the dentists, the application of protocols in clinical practice and the rapid service of the patients indicate the quality level of the dental services.

Aim: The presentation and evaluation of the Dental Care services of Primary Health Care in the Health Centers of Crete are the subject of this study. At the same time, issues of organization and staffing of dental clinics and satisfaction of dentists will be examined.

Methodology: The study was based on a cross-sectional observational study of the 17 dental departments within Health Centers in Crete, belonging to the 7th Health

Region, from January to November 2020. The study population consisted of 24 dentists, employees of Health Centers. The study used, the first part of the questionnaire of the doctoral thesis belonging Dr. Syggelakis Aristomenis with his permission, and it was later modified. The questionnaire consists of 59 questions, including both open and closed-ended types, structured in 4 sections. The statistical analysis was performed with qualitative, nominal and ordered, variables or numerical distinctions, expressed in the form of frequency (n) and % frequency (%). The few continuous variables were expressed either in the form of mean and standard deviation ($MO \pm TA$) or grouped in discrete and expressed in (n, %). The tests used were: chi-square test, Fisher exact test and t-test. In the graphics, bar graphs, pie charts and scatter plots were used with Excel.

Results: As found by the answers of the participants, the largest percentage of dentists work in a provincial Health Centers., mainly in the position of registrar, has a specialty or a postgraduate degree (Master or PhD) and keeps a patient log. Also, the majority of the participants stated that they inform the patients very regularly about the harmful effects of smoking. Finally, the majority of the dentists stated that they consider it extremely important to participate in continuing education programs, while pointing out the excellent cooperation with the rest of the staff.

Conclusion: Concluding the study, it should be noted that Primary Dental Care continues to operate despite the impact of the economic crisis of previous years that has plagued Greece and in fact is constantly improving. However, stagnation in the integration and keeping of the patient's record on electronic form is visible, as well as the lack of stable logistical support. This fact does not negate the contribution of the dental departments of the Health Centers, not only in local communities but also in vulnerable groups. In fact, it is worth mentioning that health promotion programs, especially to children, continue to be the "backbone" of Primary Dental Care.

Key words: Primary Oral Health, Quality Indicators, Cretan Health Centers

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Φροντίδα (εφεξής Π.Ο.Φ.) στην Ελλάδα έχει στόχο την εξασφάλιση ενός αποδεκτού επιπέδου στοματικής υγείας όλων των ατόμων ανεξαιρέτως, σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους (Λαμπαδάκης Ι. και συν., 1999). Γι' αυτόν το λόγο, η Πολιτεία παρέχει στο σύνολο του πληθυσμού ποιοτικές υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (εφεξής Π.Φ.Υ.), προληπτικό, προσυμπτωματικό έλεγχο και προαγωγή της στοματικής υγείας, σεβόμενα τα δικαιώματα και τις ανάγκες του (Κυριόπουλος Γ. – Λιονής Χ. κ.ά., 2008, Οικονόμου Χ., 2012, WHO, 2008), μέσω κυρίως των Κέντρων Υγείας (εφεξής Κ.Υ.), αστικού τύπου ή μη.

Ωστόσο, παρά τη σημασία της στοματικής υγείας, τα θέματα προαγωγής και πρόληψης της οδοντιατρικής φροντίδας (εφεξής Ο.Φ.) συχνά δεν αποτελούν προτεραιότητα. Ως εκ τούτου, η έλλειψη επιμορφώσεων των οδοντιάτρων, η έλλειψη υποδομών, οργάνωσης, λειτουργίας αλλά και, σε γενικότερο επίπεδο, η έλλειψη συστηματικής εθνικής πολιτικής επί του θέματος δεν παρέχουν στους επαγγελματίες υγείας τις κατάλληλες βάσεις που χρειάζονται για να αναπτύξουν τις δράσεις τους (Κυριόπουλος Γ. – Λιονής Χ. κ.ά., 2008, Οικονόμου Χ., 2012).

Μία από τις κυριότερες παρεμβάσεις λοιπόν που μπορούν να γίνουν στον τομέα της Υγείας, είναι στον χώρο της Ο.Φ. Άλλωστε, η Ο.Φ. δεν έχει μόνο υγειονομικό χαρακτήρα αλλά και κοινωνικό, καθώς συμβάλλει στην αντιμετώπιση των ανισοτήτων (Υπηρεσία Εκδόσεων της ΕΕ, 2011), ιδιαίτερα σε περιόδους οικονομικής κρίσης για τα ελληνικά δεδομένα. Η ύπαρξη πολλών οικογενειών στη χώρα μας που αδυνατούν να διαθέσουν τα απαραίτητα χρήματα για οδοντιατρική κάλυψη, υποδεικνύει την ανισότητα που επικρατεί στην παροχή φροντίδας και αναδεικνύει την αναγκαιότητα εύρεσης, εκτέλεσης και διατήρησης πρωτοκόλλων Ο.Φ. (American Board of Dental Public Health, 2014).

Δεδομένου ότι τα προαναφερθέντα στοιχεία συμβάλλουν στην εμφάνιση διακυμάνσεων στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και συντηρούν τις υφιστάμενες ανισότητες στη στοματική υγεία, η παρούσα μελέτη, η οποία δημιουργήθηκε από την επαγγελματική μου ιδιότητα ως ερευνητής οδοντίατρος, θα αποτυπώσει τις υπηρεσίες Π.Ο.Φ. των Κ.Υ. της Κρήτης και θα τις αξιολογήσει.

B. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.α.

Η στοματική υγεία

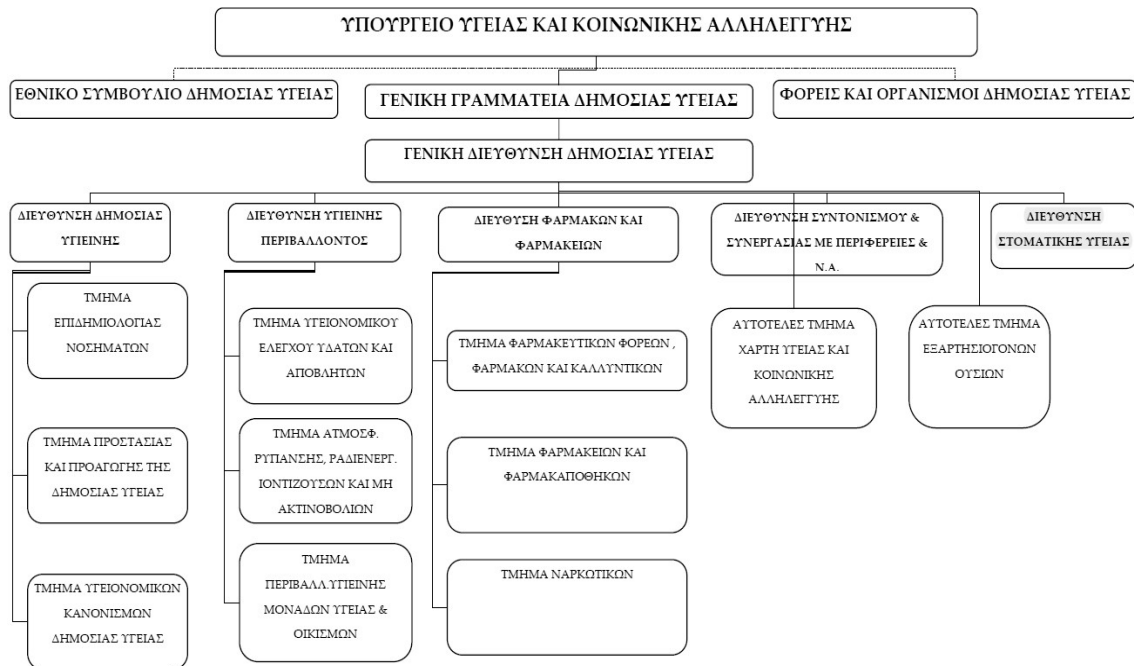
Η γενική υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό και θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα (Σίμου, 2008). Ειδικότερα, η στοματική υγεία αποτελεί βασικό μέρος της γενικής υγείας, της αυτοπεποίθησης, της αυτοεκτίμησης και γενικά της ανθρώπινης ποιότητας ζωής, αφού τυχόν προβλήματα που την αφορούν, δεν επηρεάζουν μόνο τη γενική υγεία του ανθρώπου αλλά του επιφέρουν και ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες, όπως άγχος, αποκοπή από διαπροσωπικές και κοινωνικές επαφές, κατάθλιψη (FDI, 2016, Sheiham, 2005). Επομένως, η επιμελημένη στοματική υγεία είναι απαραίτητη για να υπάρχει τόσο ατομική όσο και κοινωνική ευημερία (FDI, 2014, Sheiham, 2005).

Παράγοντες που επηρεάζουν τη στοματική υγεία, ανεξάρτητα από την ηλικία του κάθε ανθρώπου, είναι η κακή στοματική υγιεινή, το κάπνισμα, η κατανάλωση ζαχαρούχων τροφίμων και ποτών, η κατανάλωση αλκοόλ, η έλλειψη φθορίωσης του πόσιμου ύδατος, η έλλειψη χρήσης φθοριούχου οδοντόκρεμας κ.ά. (FDI, 2016). Οι παραπάνω παράγοντες, μακροπρόθεσμα, μπορεί να οδηγήσουν σε διάφορα στοματικά νοσήματα, όπως είναι η οδοντική τερηδόνα, η ουλίτιδα, η περιοδοντίτιδα ακόμη και σε καρκίνο του στόματος, προκαλώντας, κατά συνέπεια, τις προαναφερθέντες επιπτώσεις (FDI, 2016).

Για να αποφευχθούν, λοιπόν, οι παραπάνω συνέπειες, η Π.Φ.Υ. μεριμνά για την πρόοδο και την Ο.Φ. του ασθενούς, προάγοντας την ασφάλειά του και επιδιώκοντας την χρήση αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, εστιάζει στην έγκαιρη φροντίδα του, πάντα φυσικά με γνώμονα τη δίκαιη αντιμετώπισή του, ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία, την εθνικότητα, το εισόδημά του (Βιβιλάκη Β. – Αδαμακίδου Θ., 2015).

Να σημειωθεί εδώ πως η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων, τη Διεύθυνση Στοματικής Υγείας η οποία ασχολείται με το σχεδιασμό της πολιτικής της στοματικής υγείας, έχοντας ως βάσεις την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη αφενός, και αφετέρου τη μελέτη, την κατάρτιση, την παρακολούθηση και την εφαρμογή μέτρων και προγραμμάτων που αφορούν τη στοματική υγεία (ΙΤΑ, 2009):

Διάρθρωση Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας σε Κεντρικό Επίπεδο



(ΠΗΓΗ: ΙΤΑ, *Ο ρόλος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στη Δημόσια Υγεία*, Αθήνα 2009)

Όπως γίνεται αντιληπτό, η Π.Ο.Φ. συνιστά καίριο «κομμάτι» της Π.Φ.Υ., διότι, συν τοις άλλοις, τα στοματικά προβλήματα σχετίζονται και με άλλα προβλήματα υγείας, όπως σακχαρώδη διαβήτη και καρδιοπάθειες, επηρεάζοντας έτσι την ποιότητα ζωής των ανθρώπων (FDI, 2015², FDI, 2016).

1.β.

Οι ανισότητες στην πρόληψη της στοματικής υγείας

Παρότι η σημασία της στοματικής –και εν προκειμένω της οδοντιατρικής– υγείας είναι δεδομένη, ανά τα χρόνια παρατηρούνται εξαιρετικές διαφορές και ανισότητες στην πρόσληψή της μεταξύ των ανθρώπων, τόσο στο εσωτερικό της εκάστοτε χώρας, όσο και στο εξωτερικό μεταξύ διαφόρων χωρών (WHO, 2003). Ως αιτίες των ανισοτήτων αυτών – γενικά κοινών στο χώρο της υγείας (ΥΥΚΑ, 2008) – παρουσιάζονται το εισόδημα, το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, οι φυλετικές, οι θρησκευτικές ή οι εθνικές διακρίσεις, οι συνθήκες διαβίωσης, ο τόπος διαμονής (αστικός, ημιαστικός, αγροτικός), η εργασία, η ασφάλιση υγείας, η κοινωνική θέση

κ.ά. (Watt RG et al., 2015, Wilkinson R. – Marmot M., 2003, Locker D., 2004, ΥΥΚΑ, 2008).

Να σημειωθεί εδώ ότι οι αποκλεισμοί, οι διαφορές και οι ανισότητες που εξακολουθούν να παρατηρούνται στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες, και οι οποίες πλήττουν ιδιαίτερα τα οικονομικά χαμηλότερα στρώματα της κοινωνίας, σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με το αυξημένο κόστος της Ο.Φ., σε συνδυασμό με την μεγάλη υποχρηματοδότηση από τη μία και με την έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης από την άλλη. Ενδεικτικό χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι το γεγονός ότι το 2013 οι συνολικές δαπάνες υγείας που επιβάρυναν τα νοικοκυριά ανήλθαν στο 25,5% (Συγγελάκης Α., 2014, Ουλής Κ. – Θεοδώρου Μ. – Μαστρογιαννάκης Τ. κ.ά., 2009, ΕΟΟ – ΥΥΚΑ, 2006).

Ως γνωστόν, το κράτος θα πρέπει να εξασφαλίζει το δικαίωμα κάθε ανθρώπου να απολαμβάνει το υψηλότερο εφικτό επίπεδο φυσικής και ψυχικής υγείας, πέραν από κάθε είδους ανισότητες, συνθήκη που αναφέρεται και στον Καταστατικό Χάρτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Σίμου, 2008). Γι' αυτό και η διεθνής πολιτική σήμερα επιδιώκει τη μείωση αυτών των ανισοτήτων (Watt RG., 2002). Έτσι, στο πλαίσιο της κοινωνικής δικαιοσύνης, δικαιούχοι του συνόλου των υπηρεσιών υγείας είναι απαραίτητο να αποτελούν όλοι οι άνθρωποι, εφόσον βρίσκονται σε ανάγκη, ανεξάρτητα από την οικονομική ή την κοινωνική τους τάξη (Συγγελάκης Α., 2014).

Όπως έχει ήδη προαναφερθεί, η ισότητα στην υγεία είναι βασικός πυλώνας και στόχος όλων ανεξαιρέτως των συστημάτων υγείας (WHO, 2000). Η ίση πρόσβαση στην παρεχόμενη φροντίδα σε περίπτωση ίδιων αναγκών και ταυτόχρονα η παροχή ίσων δικαιωμάτων και ευκαιριών για όλους είναι το ζητούμενο στην παγκόσμια υγειονομική πολιτική. Έτσι, το δημόσιο σύστημα είναι υποχρεωμένο να διαφυλάττει την στοματική υγεία των ανθρώπων και να μεριμνά ώστε όλοι όσοι υφίστανται τέτοιου είδους ανισότητες και ανήκουν σε ευαίσθητες, κοινωνικά, ομάδες να έχουν πρόσβαση σε οδοντιατρικές υπηρεσίες δικής του αρμοδιότητας (BDA, 2014).

Με λίγα λόγια δηλαδή, η επαρκής πρόσβαση στις δημόσιες οδοντιατρικές υπηρεσίες αφορά στην πρόσβαση του εκάστοτε ασθενούς «στη σωστή υπηρεσία, την κατάλληλη χρονική στιγμή, στον σωστό τόπο και από τον κατάλληλο επαγγελματία», μία κίνηση που στοχεύει στη μείωση των ανισοτήτων (Βιβιλάκη Β. – Αδαμακίδου Θ., 2015). Εξάλλου, δεν πρέπει να διαφεύγει της προσοχής το γεγονός ότι η «εξάπλωση» και η διατήρηση των ανισοτήτων στην πρόσληψη της υγείας συνιστά πάντα ένα μεγάλο πρόβλημα στο χώρο της δημόσιας υγείας (Συγγελάκης Α., 2002).

1.γ.

Η ποιότητα της στοματικής και οδοντιατρικής υγείας

Η ποιότητα έχει πολύ μεγάλη σημασία για τη στοματική και την οδοντιατρική υγεία, γι' αυτό και η παροχή ποιοτικών οδοντιατρικών υπηρεσιών είναι κοινωνική ευθύνη όλων όσων εργάζονται στον οδοντιατρικό κλάδο. Η ποιοτική φροντίδα σχετίζεται τόσο με τον συντονισμό και τη διατήρηση των ποιοτικών υπηρεσιών που εστιάζουν στον ασθενή (Βιβιλάκη Β. – Αδαμακίδου Θ., 2015), όσο και με διάφορους παράγοντες, όπως την εκπαίδευση του εκάστοτε ιατρού, τον επαγγελματισμό του, ακόμη και με τα οδοντιατρικά υλικά και τον αντίστοιχο εξοπλισμό του (Συγγελάκης Α., 2014).

Σύμφωνα με τον Harvey «ποιότητα είναι η αναζήτηση τρόπων συνεχούς βελτίωσης της φροντίδας υγείας» (Harvey G., 1996). Υπό αυτόν τον άξονα, η αξιολόγηση της ποιότητας στο χώρο της Οδοντιατρικής στοχεύει στην ανάδειξη τυχόν αδυναμιών, στη μείωση λαθών, στην ασφάλεια, στο σεβασμό, στη φροντίδα, στην ισότητα και στην ικανοποίηση των ασθενών, στη διαθεσιμότητα του προσωπικού, στην καταλληλότητα των θεραπειών και γενικά στη συνεχή βελτίωση, στην αποδοτικότητα και στην αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών της (Συγγελάκης Α., 2014, Βιβιλάκη Β. – Αδαμακίδου Θ., 2015, Campbell S. – Roland M. – Buetow S., 2000).

2.α.

Η Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Φροντίδα

Η Π.Ο.Φ. αποτελεί το 90% της Ο.Φ. και στην Ελλάδα εξασφαλίζεται κυρίως από τον ιδιωτικό τομέα. Ο δημόσιος τομέας εξασφαλίζει την Ο.Φ. μέσω των Κ.Υ. (ΥΥΚΑ, 2008). Ουσιαστικά δηλαδή, η Π.Ο.Φ. στο δημόσιο τομέα απαρτίζεται από τα Οδοντιατρικά Τμήματα (εφεξής Ο.Τ.) των Κ.Υ. (Συγγελάκης Α., 2014).

Αναλυτικότερα, η Π.Ο.Φ. αποτελεί την «εισαγωγή» του συστήματος Ο.Φ. και εστιάζει στη διασφάλιση της συνεργασίας των υπηρεσιών Ο.Φ. με τις υπηρεσίες υγείας και τις κοινωνικές υπηρεσίες (Συγγελάκης Α., 2014). Ιδανικός στόχος είναι η παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας καθ' όλη τη διάρκεια ζωής του κάθε ανθρώπου, εξαλείφοντας τυχόν πρότυπα ανισοτήτων (WHO, 2008). Μάλιστα, η Π.Ο.Φ.

ασχολείται με τη βασική οδοντιατρική φροντίδα, περιλαμβάνοντας υπηρεσίες πρόληψης, αγωγής και προαγωγής της υγείας σε συνδυασμό με υπηρεσίες θεραπείας και αποκατάστασης (Συγγελάκης Α., 2014).

Η Π.Ο.Φ. εστιάζει σε μέτρα στοματικής υγείας δημόσιου χαρακτήρα, όπως είναι η φθορίωση του νερού, η τέλεση δράσεων (προ)αγωγής της στοματικής υγείας ή και η πρόταση μέτρων υγιεινής διατροφής, και σε μέτρα στοματικής υγείας ατομικού χαρακτήρα, όπως είναι η επισήμανση της σημασίας της στοματικής υγιεινής. Παράλληλα, εστιάζει σε υπηρεσίες που στοχεύουν σε θεραπεία και αποκατάσταση τυχόν προβλημάτων. Τέλος, εστιάζει στην φροντίδα ειδικών πληθυσμιακών ομάδων (Συγγελάκης Α., 2014).

Βασικές αρχές της Π.Ο.Φ. αποτελούν, συν τοις άλλοις, η εστίαση στην πρόληψη, στην προαγωγή της υγείας και η εξασφάλιση της ισότητας του πληθυσμού στην πρόσβαση υγειονομικής περίθαλψης (Συγγελάκης Α., 2014).

Γεγονός είναι πως διεθνείς οργανισμοί ανά τον κόσμο προτείνουν την πλήρη «είσοδο» της Π.Ο.Φ. στο σύστημα υπηρεσιών της Π.Φ.Υ. (Συγγελάκης Α., 2014). Η συγκεκριμένη πρόταση υπαγορεύεται πρώτον από το γεγονός ότι η γενική και η στοματική υγεία έχουν κοινή «ρίζα» αντιμετώπισης, και δεύτερον από το γεγονός ότι η βιωσιμότητα της Π.Ο.Φ. εξασφαλίζεται καλύτερα στους κόλπους της Π.Φ.Υ. (Συγγελάκης Α., 2014, Petersen P., 2009). Εφόσον πραγματοποιηθεί η πρόταση αυτή, τότε η Ο.Φ. θα «εισέλθει» λειτουργικά, οργανωτικά και χρηματοδοτικά στο σύστημα της Π.Ο.Φ. (Συγγελάκης Α., 2014). Έτσι, είναι δυνατόν να επιτευχθεί μια πιο ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των ασθενών και να αναβαθμιστεί η παρεχόμενη σε αυτούς φροντίδα (Tomar S. – Cohen L., 2010).

Επίσης, γεγονός είναι ότι, ενώ κανονικά το μεγαλύτερο ποσοστό των Κ.Υ., αστικού και μη τύπου, διαθέτει Ο.Τ., στην πραγματικότητα ο αριθμός Ο.Τ. που λειτουργούν στα Κ.Υ. μειώνεται συνεχώς (Συγγελάκης Α., 2014). Η κατάσταση αυτή έχει προκύψει κυρίως λόγω της έλλειψης προσλήψεων σε συνδυασμό με την αναχώρηση πολλών επαγγελματιών υγείας στο εξωτερικό που προέκυψε από την οικονομική κρίση των τελευταίων ετών, και εξαιτίας άλλων παραγόντων, όπως η μεταφορά οδοντιάτρων από τα Κ.Υ. στα μεγάλα νοσοκομεία προκειμένου να καλυφθούν επείγουσες ανάγκες (Συγγελάκης Α., 2014, Economidou Ch., 2012, Συγγελάκης Α. – Κωλέτση-Κουνάρη Χ. – Πολυχρονοπούλου Α. – Παναγιωτάκος Δ. – Λιονής Χ., 2012).

Τα Ο.Τ. των Κ.Υ. είναι επιφορτισμένα με την παροχή πρώτων βοηθειών σε περιπτώσεις εκτάκτων περιστατικών, με την φροντίδα ασθενών σε περιπτώσεις που

χρειάζεται να μεταφερθούν σε εξειδικευμένη μονάδα, ενώ αν πρόκειται για παιδιά ηλικίας 0 έως 18 ετών είναι επιφορτισμένα με την πραγματοποίηση τακτικών προληπτικών οδοντιατρικών εξετάσεων, με την θεραπεία της ουλίτιδας, με την πραγματοποίηση εξαγωγών κ.λπ. (Συγγελάκης Α., 2014).

Η παρουσία της Ο.Φ. συνιστά μία εξαιρετικά «δυνατή» δραστηριότητα στο πεδίο της οικονομίας, αφού συμμετέχει τόσο στην απασχόληση όσο και στην οικονομική ανάπτυξη ενός κράτους (Συγγελάκης Α., 2014). Δεν είναι τυχαίο ότι στα 27 κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σε ό,τι αφορά στο χώρο της Ο.Φ., υπολογίζεται ότι υπάρχουν πάνω από 1.000.000 εργαζόμενοι, από τους οποίους οι 390.000 και πλέον είναι οδοντίατροι και οι 400.000 και πλέον είναι βοηθοί οδοντιάτρου (Patel R., 2012). Παρόλα αυτά η κρατική υποχρηματοδότηση της Ο.Φ., κυρίως λόγω της οικονομικής κρίσης, σε συνδυασμό με την εν γένει αδυναμία του κράτους να την στηρίξει, οδήγησε σε αύξηση των ιδιωτικών δαπανών, με συνέπεια την ένταση της οικονομικής επιβάρυνσης των ανθρώπων και κάποτε τον αποκλεισμό τους (Συγγελάκης Α., 2014).

Συμπερασματικά, η Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Φροντίδα (Π.Ο.Φ.) θα πρέπει να παρέχει ολοκληρωμένη φροντίδα καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου, εξαλείφοντας τυχόν πρότυπα ανισοτήτων, και θα πρέπει να περιλαμβάνει υπηρεσίες πρόληψης, αγωγής και προαγωγής της υγείας, καθώς και υπηρεσίες θεραπείας και αποκατάστασης.

2.β.

Οι αρμοδιότητες της Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Φροντίδας

Η Π.Ο.Φ. ασχολείται με μέτρα δημόσιας στοματικής υγείας, όπως για παράδειγμα τη φθορίωση του νερού για την πρόληψη της τερηδόνας, εστιάζει στην τήρηση της υγιεινής διατροφής και στην προαγωγή της στοματικής υγείας ήδη από τη σχολική ηλικία. Επίσης, εστιάζει στην ατομική πρόληψη, τη στοματική υγιεινή εδώ, και φυσικά στην θεραπεία και αποκατάσταση των οδοντιατρικών προβλημάτων. Τέλος, η Π.Ο.Φ. ενδιαφέρεται για την επιμέλεια ειδικών ομάδων πληθυσμού και την διαχείριση χρόνιων νοσημάτων (Α. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου – Α. Λάγιου – Β. Βιβιλάκη, 2015, Συγγελάκης Α., 2014).

Αναλυτικότερα, η Π.Ο.Φ. που ασκούν τα Ο.Τ. των Κ.Υ. αφορά κυρίως ασθενείς μέχρι 18 ετών (ΥΥΚΑ, 2008). Στις κύριες αρμοδιότητες των τμημάτων

αυτών συγκαταλέγονται η αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών, η θεώρηση βιβλιαρίων και η άσκηση κλινικών και μη δραστηριοτήτων, όπως οι ερευνητικές και οι διοικητικές (ΥΥΚΑ, 2008).

Η προαγωγή της στοματικής υγείας όπως και η πρόληψη των στοματικών παθήσεων αποτελούν, μεταξύ άλλων, τις βασικές αρχές της Π.Ο.Φ. ειδικά και της Π.Φ.Υ. γενικά (Συγγελάκης Α., 2014).

2.γ.

Η ποιότητα της Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Φροντίδας

Η εκτίμηση της ποιότητας της Ο.Φ. είναι σχετικά δύσκολη, αφού δεν αφορά συγκεκριμένο αγαθό, περιλαμβάνει σειρά ενεργειών, η παραγωγή της είναι αδιαχώριστη από την κατανάλωσή της και ο ασθενής συμμετέχει άμεσα στην παροχή της (Baâdoudi F. – Maskrey N. – Listl S. – van der Heijden G. – Duijster D., 2016). Σύμφωνα με τον Campbell, η ποιότητα σε προσωπικό επίπεδο ερμηνεύεται με την δυνατότητα πρόσβασης των ασθενών στις ιατρικές δομές εφόσον βρίσκονται σε ανάγκη και με βασικό παράγοντα το «αν η ληφθείσα φροντίδα είναι αποτελεσματική» ενώ σε συλλογικό επίπεδο ερμηνεύεται με την δυνατότητα πρόσβασης σε αποτελεσματική φροντίδα «σε αποδοτική και ισότιμη βάση για τη μεγιστοποίηση του οφέλους στην υγεία και την ευεξία στο σύνολο του πληθυσμού». (Campbell S. – Roland M. – Buetow S., 2000)

Σε όλες τις δομές υγείας, και ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά την Π.Φ.Υ., είναι απαραίτητο να παρέχεται η κατάλληλη και αναγκαία φροντίδα στον ασθενή, σύμφωνα με την παρούσα επιστημονική γνώση (Ovretveit J., 2004). Εν προκειμένω, η Ο.Φ. σε πρωτοβάθμιο επίπεδο έχει ενεργό ρόλο στην ατομική πρόληψη και στην δημόσια στοματική υγιεινή και επομένως είναι επιβεβλημένη η όσο το δυνατόν καλύτερη γνώση επί του αντικειμένου. Εξάλλου, δεν πρέπει να διαφεύγει η γνώση πως το υψηλό επίπεδο των οδοντιάτρων συνιστά την καιριότερη προϋπόθεση για την έγκαιρη διάγνωση αφενός και την αποτελεσματική θεραπεία αφετέρου κάθε προβλήματος της στοματικής υγείας (Βλασιάδης Κ. – Κουτσαμάνη Μ., 2012).

Στην Ελλάδα αξίζει να σημειωθεί πως το οδοντιατρικό δυναμικό διαθέτει σχετικά υψηλό επίπεδο σπουδών, ωστόσο η επιστημονική του δραστηριότητα, όπως ανακοινώσεις, δημοσιεύσεις, συμμετοχές σε συνέδρια ή σεμινάρια κ.λπ., είναι σχετικά χαμηλή. Συνεπώς, το οδοντιατρικό και λοιπό προσωπικό όλων των δομών

υγείας, στη δεδομένη περίπτωση των Κ.Υ., χρειάζεται να είναι κατάλληλα επιμορφωμένο στην Π.Ο.Φ. για να μπορεί να ανταπεξέρχεται στις ανάγκες των ασθενών.

Η αξιολόγηση της ποιότητας στην Π.Ο.Φ. σε ότι αφορά τα Κ.Υ. είναι δυνατόν να συντελεστεί σε τρία επίπεδα: του οδοντιάτρου, της οδοντιατρικής ομάδας και του οδοντιατρικού τμήματος (Συγγελάκης Α., 2014). Σε κάθε περίπτωση, στοιχεία αναγκαία για την ποιοτική αξιολόγηση της Π.Ο.Φ. των Κ.Υ. είναι η αποτελεσματικότητα των οδοντιατρικών υπηρεσιών, η προσβασιμότητα και η επάρκεια των παρεχόμενων υπηρεσιών και το είδος τους, η ευαισθησία, η αξιοπιστία και το επίπεδο εκπαίδευσης των οδοντιάτρων, οι ικανότητες και η εμπειρία τους, η ασφάλεια, η ικανοποίηση και ο σεβασμός των ασθενών, η αποτελεσματικότητα των σχέσεων γιατρού και ασθενούς, η ικανοποίηση των εργαζομένων, η εφαρμογή πρωτοκόλλων, όρων και κατευθυντήριων οδηγιών στην κλινική πράξη, η επάρκεια ιατρών ανά αριθμό κατοίκων, η ισότητα των ασθενών, η ταχύτητα εξυπηρέτησής τους ιδιαίτερα σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, το κόστος της Ο.Φ., η διαθεσιμότητα γενικών και εξειδικευμένων οδοντιατρικών υπηρεσιών (Συγγελάκης Α., 2014, Onretveit J., 2004, Αδαμακίδου Θ., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α., 2008, Βλασιάδης Κ. – Κουτσαμάνη Μ., 2012).

Στο σημείο αυτό χρειάζεται να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην ικανοποίηση των ίδιων των οδοντιάτρων. Είναι μείζονος σημασίας η ψυχολογική ευχαρίστηση των οδοντιάτρων εν ώρα εργασίας. Είναι προφανές πως, κάθε οδοντίατρος, επιλέγοντας το επάγγελμά του, πιστεύει πως με την άσκησή του θα ικανοποιήσει τις περισσότερες από τις ανάγκες του.

Είναι γεγονός πως όλοι οι εργαζόμενοι φέρουν τις προσδοκίες τους στην εργασία τους, την ίδια στιγμή που το εργασιακό τους περιβάλλον επιβάλλει τις δικές του προσδοκίες σε αυτούς. Από αυτό προκύπτει η εξής συνθήκη: όταν οι προσδοκίες του εργασιακού περιβάλλοντος ταυτίζονται με τις προσδοκίες των εργαζομένων, καθένας τους ικανοποιείται ασκώντας το επάγγελμα που έχει επιλέξει, ενώ όταν οι προσδοκίες του εργασιακού περιβάλλοντος έρχονται σε σύγκρουση με τις προσδοκίες των εργαζομένων, τότε καθένας τους δυσσαρестείται.

Σε ό,τι αφορά στην παρούσα μελέτη, ενδεικτικοί παράγοντες που συντελούν στην ικανοποίηση του οδοντιάτρου είναι η επαρκής και ίση, σε σχέση με τους συναδέλφους του, αμοιβή και η προαγωγή του, η εργασιακή ανέλιξή του που συνδέεται και παράλληλα αυξάνει το κύρος του. Επομένως, είναι προφανές πως η

ικανοποίηση του οδοντίατρου κατατάσσεται στα βασικά σημεία της Π.Ο.Φ. και αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά της ποιότητας της Π.Ο.Φ.

Το Ε.Σ.Υ., επιδιώκοντας στο μέγιστο δυνατό το κοινωνικό όφελος, οφείλει να φροντίσει έτσι ώστε η πρόσβαση στις υπηρεσίες και η εξασφάλιση ενός αποδεκτού επιπέδου στοματικής υγείας, η ισότητα και η δικαιοσύνη στην Ο.Φ. να αφορούν το σύνολο του πληθυσμού (Συγγελάκης Α., 2014). Το «αίτημα της ποιότητας» είναι εξαιρετικά σημαντικό ζητούμενο στην σύγχρονη Οδοντιατρική, καθώς συνεισφέρει στη βελτίωση της παρεχόμενης Ο.Φ. προς όφελος των ασθενών (ΕΕΣΥ, 2007).

Όπως γίνεται αντιληπτό, οι προαναφερθέντες προσδιοριστές ποιότητας που σχετίζονται με το ανθρώπινο δυναμικό, τις υποδομές, τα υλικά και τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται στην Ο.Φ., παίζουν, ξεκάθαρα, καταλυτικό ρόλο στην αναβάθμιση της παρεχόμενης Ο.Φ. (Συγγελάκης Α., 2014).

Σε σχέση με το ανθρώπινο δυναμικό, ο οδοντίατρος επιβάλλεται να τηρεί τη νομοθεσία και τον Κώδικα Οδοντιατρικής Δεοντολογίας, και το προσωπικό του οδοντιατρείου, οδοντιατρικό και βοηθητικό, χρειάζεται να είναι ικανό και, αποδεδειγμένα, κατάλληλα εκπαιδευμένο ώστε να εκτελεί τις αρμοδιότητές του (Συγγελάκης Α., 2014).

Σε ό,τι αφορά στις υποδομές, το οδοντιατρείο οφείλει να είναι πλήρως προσβάσιμο και φιλικό προς όλους τους ασθενείς (Α.Με.Α., ηλικιωμένοι κ.ά.) και να διαθέτει τον κατάλληλο εξοπλισμό ο οποίος θα συντηρείται όπως και όποτε χρειάζεται (Συγγελάκης Α., 2014). Δυστυχώς, οι προϋποθέσεις αυτές δεν είναι καθόλου ικανοποιητικές τα τελευταία χρόνια, λόγω της οικονομικής κρίσης και της επακόλουθης μείωσης των οικονομικών πόρων (Economou Ch., 2012). Χαρακτηριστικός είναι, μάλιστα, ο σημαντικός αριθμός μελετών που επισημαίνει την αρνητική αξιολόγηση των οδοντιατρικών υποδομών αλλά και του τεχνολογικού εξοπλισμού τους, επισημαίνοντας τις αρκετές ελλείψεις που υπάρχουν στις υλικοτεχνικές υποδομές, την μη ικανοποιητική τήρηση των όρων της αποστείρωσης, της ασφαλούς και περιβαλλοντικά υπεύθυνης απόρριψης και διαχείρισης των αποβλήτων και απορριμμάτων της οδοντιατρικής πράξης και της κατάλληλης συντήρησης του εξοπλισμού (Jatrana S. – Crampton P. – Filoche S., 2009, Συγγελάκης Α., 2014).

Παράλληλα, σε ό,τι αφορά στα υλικά, ο εκάστοτε οδοντίατρος οφείλει να χρησιμοποιεί μονάχα πιστοποιημένα ιατροτεχνολογικά προϊόντα και να συνεργάζεται μόνο με οδοντοτεχνίτη που έχει εγγραφεί στα μητρώα του Ελληνικού Οργανισμού Φαρμάκων (Συγγελάκης Α., 2014).

Τέλος, είναι μεθοδολογικά απαραίτητο ο οδοντίατρος να τηρεί με σταθερό τρόπο το πλήρες ιατρικό ιστορικό των ασθενών του (Συγγελάκης Α., 2014). Ειδικά για τον τελευταίο αυτόν προσδιοριστή, έχει παρατηρηθεί τα τελευταία χρόνια η πλημμελής τήρησή του λόγω της μαζικής εξόδου των νέων επαγγελματιών υγείας από την Ελλάδα στο εξωτερικό και συνεπώς λόγω της εδώ έλλειψης οδοντιατρικού προσωπικού (Economidou Ch., 2012). Καταλήγοντας, είναι εξαιρετικά σημαντικό να τονιστεί η έλλειψη που υφίστανται τα Κ.Υ. στις μέρες μας σε υπηρετούντες οδοντίατρους, μιας και τα περισσότερα από αυτά λειτουργούν με το ελάχιστο δυνατό προσωπικό, ενώ το βοηθητικό τους προσωπικό, οι νοσηλευτές δηλαδή, απουσιάζει σε ποσοστό 71,2%, γεγονός που, προφανώς, δυσχεραίνει το έργο της προσφερόμενης Ο.Φ.

Γ. ΣΚΟΠΟΣ-ΣΤΟΧΟΙ

Σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής έρευνας είναι η αποτύπωση και αξιολόγηση των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σχετικά με την Οδοντιατρική Περίθαλψη στα Κέντρα Υγείας της Κρήτης. Συγκεκριμένα, η έρευνα στοχεύει στο να αποτυπωθούν τα χαρακτηριστικά των οδοντιάτρων, τα ζητήματα προαγωγής υγείας, η στελέχωση των οδοντιατρείων, και να διερευνηθούν ζητήματα οργάνωσης και λειτουργίας των οδοντιατρείων στα Κέντρα Υγείας (Κ.Υ.). Παράλληλα, στα πλαίσια της διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων, επιδιώκει να αξιολογηθεί η εκπαιδευτική δραστηριότητα, οι ανάγκες της και να αναδειχτούν τομείς βελτίωσης.

Επίσης, η μελέτη έχει ως στόχο να διερευνήσει τα εξής ερωτήματα:

- Πόσο ικανοποιημένοι είναι οι οδοντίατροι του δημόσιου τομέα από τις συνθήκες εργασίας τους;
- Πόσο ικανοποιημένοι είναι οι οδοντίατροι του δημόσιου τομέα από τη συνεργασία τους με τους συναδέλφους τους;
- Είναι η προσπάθεια που καταβάλλει ο οδοντίατρος για να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις και απαιτήσεις της εργασίας του μεγαλύτερη της ανταμοιβής και των ωφελημάτων που απολαμβάνει από αυτήν;

- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της επαγγελματικής ικανοποίησης και των χρόνων προϋπηρεσίας του οδοντίατρου/ του είδους της σχέσης εργασίας (μόνιμος-επικουρικός)/ του φύλου/ της ηλικίας/ του βαθμού/ της κατοχής διδακτορικού ή εξειδίκευσης;
- Υπάρχουν διαφορές μεταξύ οδοντιατρικών τμημάτων των Κ.Υ. αστικού τύπου και των Κ.Υ. της επαρχίας;

Δ. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ-ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Για την παρούσα εργασία διεξήχθη μία συγχρονική μελέτη παρατήρησης (cross-sectional observational study) στα 17 οδοντιατρικά τμήματα των Κ.Υ. της Κρήτης, που ανήκουν στην 7^η Υ.Π.Ε., το χρονικό διάστημα Ιανουαρίου - Νοεμβρίου 2020. Πληθυσμό της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν οι οδοντίατροι των Κ.Υ. (24 στον αριθμό), οι οποίοι ενημερώθηκαν για τον στόχο της έρευνας και, κατόπιν συναινέσεώς τους, συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο.

Κριτήρια για την εισαγωγή τους στη μελέτη ήταν:

1. Να κατέχουν οργανική θέση οδοντίατρου στο Κ.Υ. τους, ανεξαρτήτως εργασιακής σύμβασης.
2. Να ομιλούν και να γράφουν την ελληνική γλώσσα.

Να σημειωθεί ότι από τη μελέτη αποκλείστηκαν οι οδοντίατροι που κατέχουν οργανικές θέσεις σε νοσοκομεία, όπως επίσης και οι ιδιωτικές δομές Π.Ο.Φ., καθώς ο ρόλος τους δεν είναι αποκλειστικά η παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, σε αντίθεση με τα Κ.Υ. Επίσης, από τη μελέτη αποκλείστηκαν οι οδοντίατροι που κατέχουν οργανική θέση σε Κ.Υ., αλλά το οδοντιατρικό τμήμα στο οποίο υπηρετούν αδυνατεί να λειτουργήσει για τεχνικούς λόγους.

Στη μελέτη έγινε χρήση του πρώτου μέρους του ερωτηματολογίου της διδακτορικής διατριβής του κυρίου Συγγελάκη Αριστομένη (ΕΚΠΙΑ, 2014), το οποίο διαμορφώθηκε και σταθμίστηκε για της ανάγκες της μελέτης. Το ερωτηματολόγιο απαρτίζεται από 59 ερωτήσεις, διαρθρωμένες σε 4 ενότητες, οι οποίες παρατίθενται πιο κάτω. Σε αυτές τις 59 ερωτήσεις προστέθηκαν επιπλέον 9 ερωτήσεις ανοιχτού και

κλειστού τύπου, των οποίων η προσθήκη κρίθηκε αναγκαία για τις ανάγκες της εργασίας.

- Γενικά στοιχεία
- Ανθρώπινο δυναμικό οδοντιατρείου
- Οργάνωση – Λειτουργία οδοντιατρικού τμήματος
- Προαγωγή Υγείας και Διαχείριση Χρόνιων Νοσημάτων

Οι ερωτήσεις στις οποίες κλήθηκαν να απαντήσουν οι οδοντίατροι, αφορούσαν δημογραφικά χαρακτηριστικά των ίδιων, την οργάνωση, τη στελέχωση και τη λειτουργία του οδοντιατρικού τμήματος του Κ.Υ., τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων και την προαγωγή υγείας, όπως επίσης και τις ανάγκες και τους τομείς βελτίωσης.

Λόγω των πρωτοφανών και απρόβλεπτων συνθηκών που επικρατούσαν κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας, λόγω της νόσου COVID-19, η αποστολή και συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε με το μέσο επικοινωνίας που βόλευε τον εκάστοτε οδοντίατρο, όποτε δεν ήταν δυνατή η κατ' ιδίαν συνάντηση.

Στη μελέτη έγινε χρήση του ερωτηματολογίου του Συγγελάκη Αριστομένη, από τον οποίο ζητήθηκε και ελήφθη η άδεια χρήσης του για τη συγκεκριμένη έρευνα. Επίσης, η διεξαγωγή της έρευνας εγκρίθηκε από το Τμήμα Έρευνας και Ανάπτυξης της 7^{ης} Υ.ΠΕ. με αριθμό πρωτοκόλλου 44001/25-9-20.

Σε ό,τι αφορά στη στατιστική ανάλυση, σχεδόν το σύνολο των μεταβλητών ήταν ποιοτικές, ονομαστικές και διατεταγμένες, ή αριθμητικές διακριτές και εκφράστηκαν με τη μορφή συχνότητας (n) και % συχνότητας (%). Οι λίγες μεταβλητές που ήταν συνεχείς εκφράστηκαν είτε με τη μορφή μέσου όρου και τυπικής απόκλισης (MO±TA) είτε ομαδοποιήθηκαν σε διακριτές και εκφράστηκαν με (n, %).

Το chi-square test χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση συσχετίσεων ή μέτρησης διαφορών ποσοστών μεταξύ δύο μεταβλητών. Σε αρκετές περιπτώσεις, όταν δεν τηρούνταν τα κριτήρια εφαρμογής του χ^2 (50% κελιών με $n < 5$ ή κελιά με 0) εφαρμόστηκε ο έλεγχος Fisher exact test. Ο έλεγχος t-test για τα ανεξάρτητα δείγματα χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση διαφορών των μέσων όρων μεταξύ συνεχών μεταβλητών.

Η γραφική αναπαράσταση των δεδομένων έγινε με ραβδογράμματα, κυκλικά διαγράμματα και διαγράμματα διασποράς. Η καταχώριση των δεδομένων έγινε με το υπολογιστικό φύλλο EXCEL 365 για Windows, ενώ η στατιστική ανάλυση έγινε με το πρόγραμμα IBMSPSS Statistics 26.0 και ως όριο αποδοχής τέθηκε το $\alpha = 0.05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1.

Περιγραφή δείγματος σε δημογραφικά και επαγγελματικά

Τα Κ.Υ., που ανήκουν στην 7^η ΥΠΕ είναι συνολικά 16 και το σύνολο των οδοντιάτρων που εργάζονται σε αυτές είναι 24. Συνεπώς, το σύνολο των συμμετεχόντων οδοντιάτρων Πρωτοβάθμιας Υγείας που συμμετείχε στην μελέτη ήταν 24 από τους 24 (ποσοστό ανταπόκρισης 100%).

Οι 17 στους 24 (ποσοστό 70,8%) εργάζονται σε επαρχιακό Κ.Υ., ενώ οι υπόλοιποι 7 (ποσοστό 29,2%) ήταν από Κ.Υ. αστικού τύπου. Συνολικά, 13 γυναίκες (ποσοστό 59,1%) συμμετείχαν στην έρευνα, ενώ η κατανομή δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0,421$) μεταξύ επαρχιακών κέντρων (8 γυναίκες, 53,3%) και αστικών (5 γυναίκες, 71,4%). Ηλικιακά, δεν παρουσιάστηκε διαφοροποίηση ανάλογα με το είδος των κέντρων (αστικά $48,5 \pm 11,1$, επαρχιακά $54,0 \pm 8,8$) ($p = 0,248$). Να σημειωθεί ότι η μέση ηλικία του συνόλου ήταν $50,8 \pm 10,5$ έτη.

Οι εργαζόμενοι οδοντίατροι είχαν κυρίως θέση Επιμελητή Β' (12 άτομα, ποσοστό 52,2%), ενώ σημαντικός αριθμός, (9 άτομα, ποσοστό 39,1%), είχε θέση Διευθυντή στην μονάδα του. Η κατανομή των θέσεων ανάλογα με τον τύπο του κέντρου έδειξε τους Επιμελητές Β' να είναι ο μοναδικός τύπος επιμελητή στα επαρχιακά κέντρα (11 άτομα, ποσοστό 100,0%), ενώ στο σύνολο των εργαζομένων να είναι το 68,8%. Η αντίστοιχη κατανομή στα αστικά κέντρα έδειξε ότι 4 στους 7 οδοντιάτρους (ποσοστό 57,1%) ήταν Διευθυντές και μόλις 2 (ποσοστό 28,6%) ήταν Επιμελητές (Α' και Β'). Παρά τη διαφορά στην κατανομή, ο έλεγχος χ^2 και ο έλεγχος του Fisher σε ομαδοποιημένα δεδομένα (Συντονιστές/Διευθυντές, Επιμελητές) δεν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά $p = 0,242$ και Fisher's $p = 0,363$ (βλ. Πίνακα 1 σ. 20).

Ως προς την κατάρτιση και την ειδικότητα, 8 άτομα στο σύνολο (ποσοστό 33,3%) είχαν κάποια ειδικότητα ή κάποιο μεταπτυχιακό τίτλο (Master ή PhD), ενώ μόλις 1 άτομο (ποσοστό 4,2%) είχε κάποιο άλλο πτυχίο ΑΕΙ. Στα επαρχιακά κέντρα εργάζονται οι 6 από τους 17 (ποσοστό 35,3%) με κάποιο τίτλος ειδικότητας ή εξειδίκευσης, ενώ 2/7 (ποσοστό 28,6%) εργάζονται σε αστικό κέντρο (βλ. Πίνακα 2 σ. 21).

Πίνακας 1. Κατανομή των οδοντιάτρων, αστικών και επαρχιακών περιοχών, με βάση τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά.

		Περιοχή						p
		Επαρχία (KY) (n=17)		Αστικά (IKA) (n=7)		Σύνολο		
		n	%	n	%	n	%	
Βαθμός οδοντίατρου	Συντονιστής KY	0	0,0%	1	14,3%	1	4,3%	0,242
	Διευθυντής	5	31,3%	4	57,1%	9	39,1%	0,363*
	Επιμελητής Α'	0	0,0%	1	14,3%	1	4,3%	
	Επιμελητής Β'	11	68,8%	1	14,3%	12	52,2%	
	Επιμελητής Γ'	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
Φύλο	Ανδρας	7	46,7%	2	28,6%	9	40,9%	0,421
	Γυναίκα	8	53,3%	5	71,4%	13	59,1%	
Ηλικία (έτη)	Μέσος όρος Τυπική Απόκλιση	48,5	11,1	54,0	8,8	50,8	10,5	0,248**

* Fisher's exact test

** t-test ανεξάρτητων δειγμάτων

Πίνακας 2. Πτυχία και ειδικότητες των συμμετεχόντων οδοντιάτρων.

		Επαρχία (ΚΥ) (n=17)		Περιοχή Αστικά (ΙΚΑ) (n=7)		Σύνολο		p
		n	%	n	%	n	%	
PhD/Master/Ειδικότητα	Όχι	11	64,7%	5	71,4%	16	66,7%	0,751
	Ναι	6	35,3%	2	28,6%	8	33,3%	
Άλλο Πτυχίο ΑΕΙ	Όχι	16	94,1%	7	100,0%	23	95,8%	0,512*
	Ναι	1	5,9%	0	0,0%	1	4,2%	

* Fisher p = 0.512

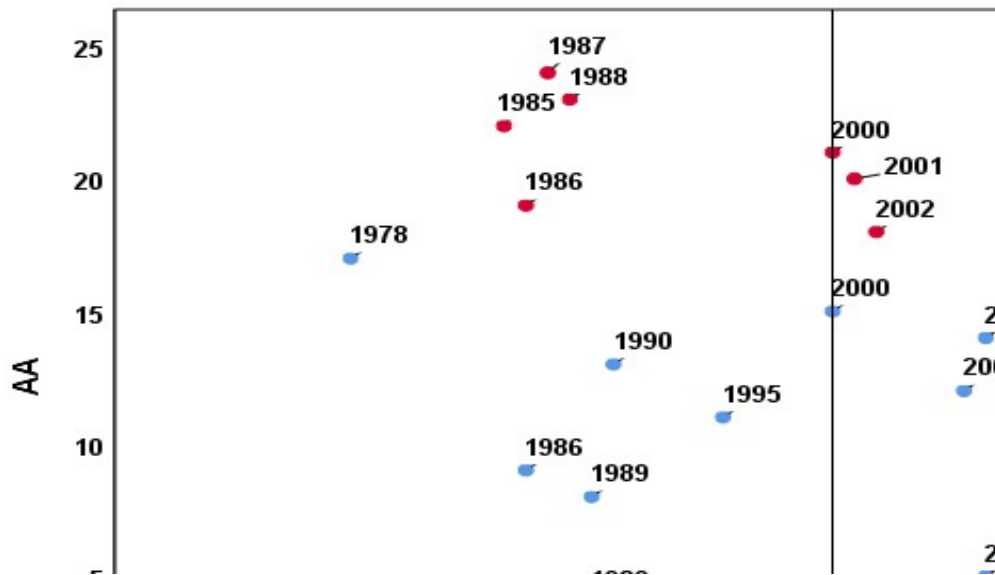
Στο Διάγραμμα 1 της σελίδας 22 καταγράφεται το έτος απόκτησης πτυχίου των συμμετεχόντων. Ο πιο παλιός πτυχιούχος ήταν του 1978. Σήμερα εργάζεται σε επαρχιακό κέντρο υγείας. Ο νεώτερος πτυχιούχος σε αστικό κέντρο ήταν του 1985. Οι τρεις από τους επτά πτυχιούχους σε αστικό κέντρο είχαν αποφοιτήσει το 2000, 2001 και 2002 αντίστοιχα. Στην περιοχή των επαρχιακών κέντρων δύο πτυχιούχοι είναι του 2013 και ένας του 2014.

Έχοντας ως δεδομένο το έτος του πιο παλαιού πτυχίου, τα έτη των υπολοίπων οδοντιάτρων ανάγονται ως έτη μετά το 1978. Το αναγόμενο έτος λήψης πτυχίου για το σύνολο είναι $18,3 \pm 10,7$ έτη. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα έτη των οδοντιάτρων που υπηρετούν σε επαρχιακό Κ.Υ. ($19,8 \pm 11,6$) και όσων υπηρετούν σε αστικά Κ.Υ. ($14,7 \pm 7,8$) ($p = 0,299$).

Η προϋπηρεσία στο Ε.Σ.Υ. δείχνει μια τάση για διαφοροποίηση $p = 0,066 < 0,100$, μιας και ο μέσος όρος των ετών προϋπηρεσίας είναι $11,3 \pm 12,2$ έτη για τα επαρχιακά Κ.Υ. και $21,3 \pm 9,4$ για τα αστικά Κ.Υ. Το παραπάνω δεν παρατηρήθηκε για την προϋπηρεσία στα Κ.Υ., τα επαρχιακά $8,0 \pm 11,1$ σε σχέση με τα αστικά $13,7 \pm 10,9$ ($p = 0,265$) (βλ. Πίνακα 3 σ. 20).

Στο Διάγραμμα 2, που ακολουθεί στη σελίδα 20, καταγράφονται οι εργαζόμενοι στο Κ.Υ. της μελέτης, καθώς και οι αυτοαναφερόμενες ελλείψεις σε προσωπικό. Να αναφερθεί πως παρατηρήθηκε ότι οι ελλείψεις δεν ξεπερνούν τα 2 άτομα, όπως προκύπτει από τη διαφορά οργανικών θέσεων μείον τις θέσεις των εργαζομένων.

Διάγραμμα 1. Έτος απόκτησης πτυχίου συμμετεχόντων.

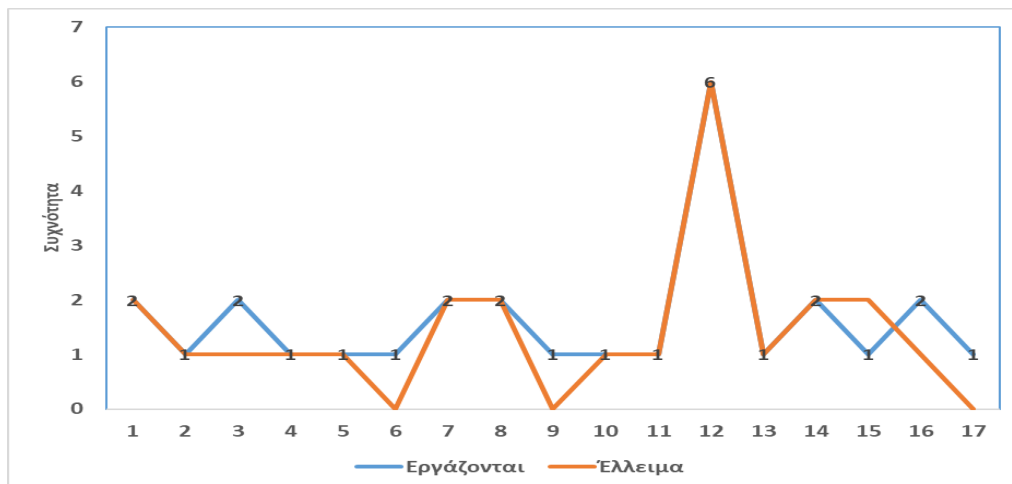


Πίνακας 3. Προϋπηρεσία ερωτώμενων

	Επαρχία (ΚΥ) (n=17)		Περιοχή Αστικά (ΙΚΑ) (n=7)		Σύνολο		P*
	ΜΟ	ΤΑ	ΜΟ	ΤΑ	ΜΟ	ΤΑ	
	Έτος Λήψης πτυχίου από 1978	19,8	11,6	14,7	7,8	18,3	
Προϋπηρεσία ΕΣΥ (έτη)	11,3	12,2	21,3	9,4	14,3	12,1	0,066
Προϋπηρεσία ΚΥ (έτη)	8,0	11,1	13,7	10,9	9,7	11,1	0,265

*t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων

Διάγραμμα 2. Κάλυψη θέσεων στα Κ.Υ. σε οδοντιάτρους.



2.**Ιατρικό Ιστορικό ασθενών**

Στον Πίνακα 4 της σελίδας 24 παρουσιάζονται στοιχεία που σχετίζονται με την τήρηση βιβλίων κίνησης και οδοντιατρικού φακέλου.

Από τα στοιχεία αυτά προκύπτει ότι το 65,2% (15 οδοντίατροι) συνολικά τηρούν βιβλία κίνησης, ενώ το 34,8% (8 οδοντίατροι) συνολικά τηρούν το φάκελο ασθενούς. Το περιεχόμενο του φακέλου περιέχει εργαστηριακά δεδομένα, σύμφωνα με τις δηλώσεις το 20,8% των ερωτώμενων. Επίσης, 7 άτομα (συνολικά το 30,4%) δηλώνουν ότι ενημερώνουν το φάκελο με την επίσκεψη, ενώ 17 άτομα (ποσοστό 70,8%) δηλώνουν ότι καταγράφουν το ιατρικό ιστορικό.

Από τα καταγεγραμμένα στοιχεία παρατηρήθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά $p = 0,002$ μεταξύ των οδοντιάτρων που εργάζονται σε αστικά κέντρα (2 στον αριθμό, ποσοστό 50,0%) και όσων εργάζονται στην επαρχία (0 στον αριθμό, ποσοστό 0,0%). Επίσης, σημαντική διαφορά παρατηρείται στα ποσοστά ενημέρωσης του φακέλου μεταξύ αστικών κέντρων 66,7% ($n = 4$) και επαρχιακών κέντρων 17,6% ($n = 3$) ($p = 0,025$).

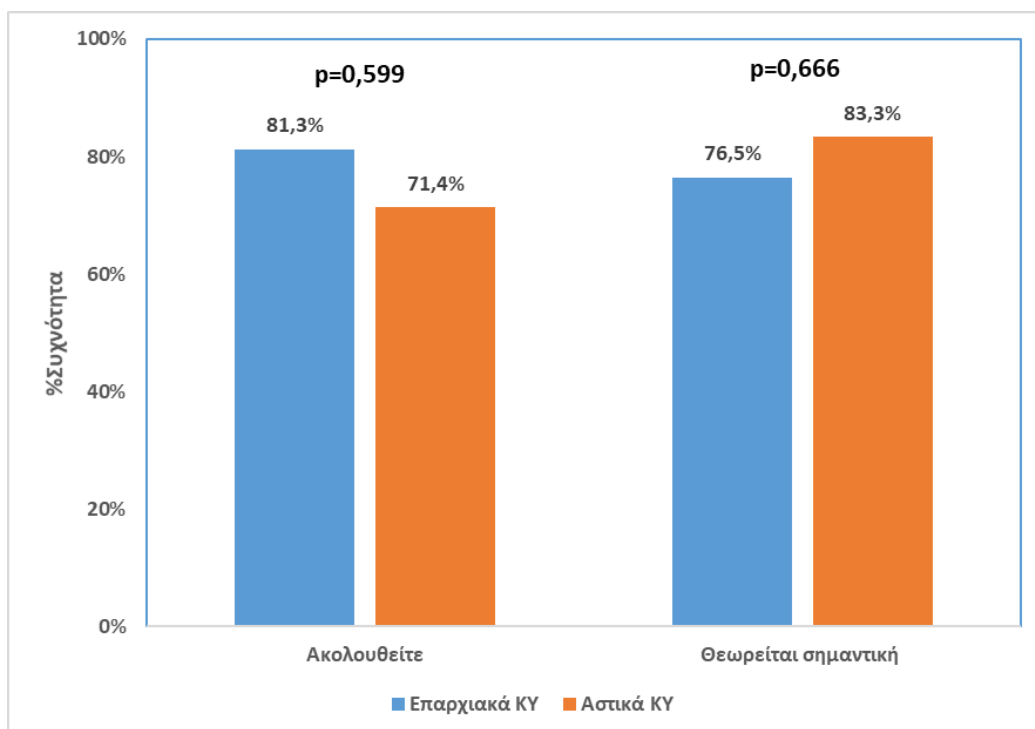
Οι ερωτώμενοι οδοντίατροι δήλωσαν σε ποσοστά 81,3% ($n = 13$) στα επαρχιακά Κ.Υ. και 71,4% ($n = 5$) στα αστικά Κ.Υ. ότι ακολουθούν τα πρωτόκολλα ($p = 0,599$). Αντίστοιχα, τα ποσοστά θεώρησης της σημαντικότητας ήταν 76,5% ($n = 13$) για τα επαρχιακά και 83,3 ($n = 5$) για τα αστικά Κ.Υ. ($p = 0,666$).

Πίνακας 4. Χρήση του οδοντιατρικού φακέλου.

		Περιοχή						p*
		Επαρχία (ΚΥ)		Αστικά (ΙΚΑ)		Σύνολο		
		n	%	n	%	n	%	
Τηρείται βιβλία κίνησης	Όχι	5	31,3%	3	42,9%	8	34,8%	0,591
	Ναι	11	68,8%	4	57,1%	15	65,2%	
Τηρείται φάκελος ασθενούς	Όχι	12	75,0%	3	42,9%	15	65,2%	0,136
	Ναι	4	25,0%	4	57,1%	8	34,8%	
Εάν ναι είναι ηλεκτρονικός;	Όχι	17	100,0%	2	50,0%	19	90,5%	0,002
	Ναι	0	0,0%	2	50,0%	2	9,5%	
Φάκελος με εργαστηριακά-κλινικά;	Όχι	15	88,2%	4	57,1%	19	79,2%	0,088
	Ναι	2	11,8%	3	42,9%	5	20,8%	
Ενημερώνεται με την επίσκεψη	Όχι	14	82,4%	2	33,3%	16	69,6%	0,025
	Ναι	3	17,6%	4	66,7%	7	30,4%	
Περιλαμβάνεται στο ιστορικό οι καπνιστικές συνήθειες;	Όχι	6	35,3%	1	14,3%	7	29,2%	0,033
	Ναι	11	64,7%	6	85,7%	17	70,8%	

*Pearson's χ^2

Διάγραμμα 3. Άποψη και εφαρμογή για πρωτόκολλα.



3.

Μέτρα ασφαλείας

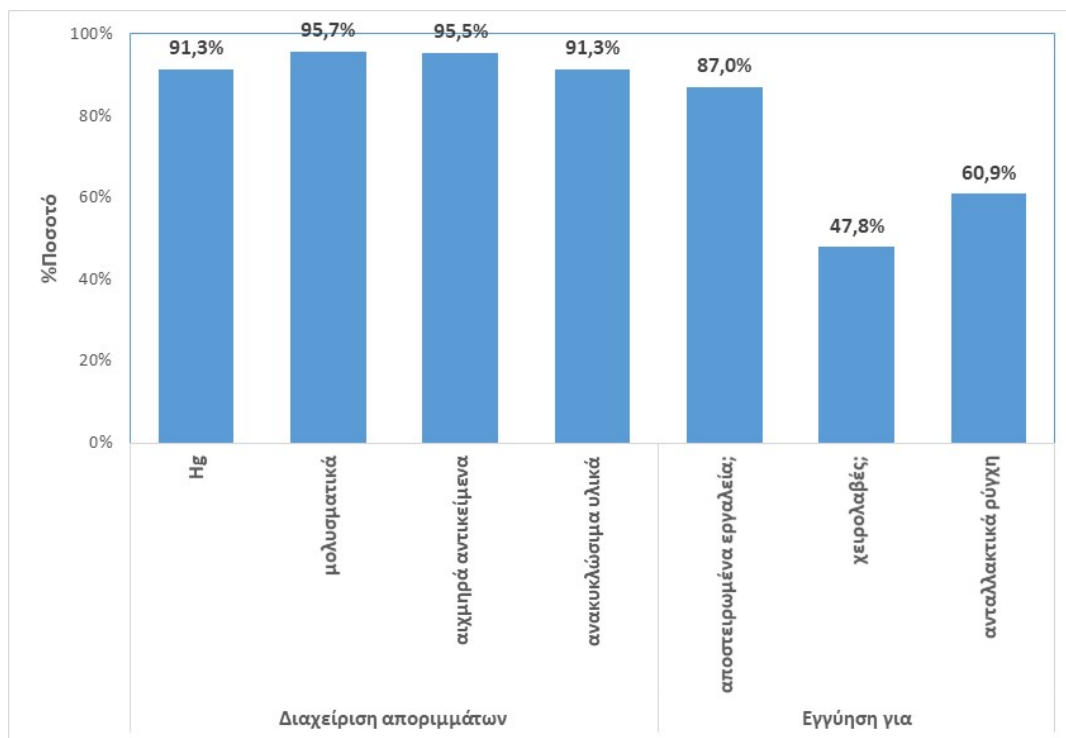
Στην ενότητα αυτή οι ερωτήσεις αφορούν τους μηχανισμούς ασφάλειας, προστασίας και τήρησης στοιχείων συντήρησης του εξοπλισμού. Σε πολύ μεγάλα ποσοστά αλλά όχι απόλυτα, οι οδοντίατροι δηλώνουν ότι υπάρχουν μηχανισμοί ασφαλείας για τα χρησιμοποιούμενα υλικά.

Με βάση τα αποτελέσματα, όλες σχεδόν οι ερωτήσεις κυμάνθηκαν πάνω από το 90% (> 20 άτομα) αποδοχής των δηλώσεων. Στο τμήμα της εγγύησης των υλικών, η συμφωνία ήταν πολύ μικρότερη με ποσοστά 87,0% για τα αποστειρωμένα υλικά, 47,8% για τις χειρολαβές και 60,9% για τα ανταλλακτικά ρύγχη. Οι απαντήσεις για καθεμία από τις ερωτήσεις δεν διαφοροποιήθηκαν σε σχέση με το Κ.Υ. (αστικό ή επαρχιακό) (βλ. Διάγραμμα 4 σ. 26).

Τα φάρμακα, το είδος του εξοπλισμού και η συντήρησή του παρουσιάζονται στις ερωτήσεις 26-32. Τα ποσοστά με φθίνουσα σειρά ήταν: στην χρήση δεικτών αποστείρωσης αλλά και στην ασφαλή αποθήκευση φαρμάκων στο 95,7%, στην τήρηση νομοθετικών κριτηρίων στην προμήθεια στο 87,0%, στην ύπαρξη Η/Υ με Internet στο 78,3%, στην σωστή συντήρηση εξοπλισμού στο 69,6%, στην τήρηση αρχείων συντήρησης στο 65,2% και στην ύπαρξη εντύπου υποβολής παραπόνων στο 69,6% (βλ. Πίνακα 5 σ. 26).

Η γενικότερη αξιολόγηση του εξοπλισμού παρουσιάζεται παρακάτω στον Πίνακα 6 της σελίδας 27. Η κυρίαρχη επιλογή από τους ερωτώμενους οδοντιάτρους ήταν ότι ο εξοπλισμός ήταν μέτριος (επιλογή από 10 οδοντιάτρους, ποσοστό 41,7%), ενώ καλή αξιολογήθηκε συνολικά η υποδομή (επιλογή από 10 οδοντιάτρους, ποσοστό 41,7%). Η ανταπόκριση του οδοντιατρικού τμήματος για κάλυψη αναγκών στην Π.Φ.Υ., καθώς και η συνολική αξιολόγηση της οργάνωσης και της λειτουργίας χαρακτηρίστηκε ως καλή με ποσοστά 54,2% (n = 13) και 50,0% (n = 12). Οι συγκρίσεις μεταξύ των αποτελεσμάτων ανάμεσα σε αστικά και επαρχιακά Κ.Υ. δεν ήταν εφικτή λόγω του μεγάλου αριθμού των επιλογών.

Διάγραμμα 4. Διαχείριση απορριμμάτων και εγγύηση ανταλλακτικών.



Πίνακας 5. Εξοπλισμός και συντήρηση εξοπλισμού.

	Όχι		Ναι		Δεν ξέρω	
	n	%	n	%	n	%
Χρήση δεικτών αποστείρωσης στους κλιβάνους	0	0,0%	22	95,7%	1	4,3%
Ασφαλής αποθήκευση φαρμάκων	0	0,0%	22	95,7%	1	4,3%
Πληρούνται τα νομοθετικά κριτήρια στην προμήθεια;	1	4,3%	20	87,0%	2	8,7%
Υπάρχει Η/Υ με πρόσβαση στο Internet;	4	17,4%	18	78,3%	1	4,3%
Υπάρχει κατάλληλη συντήρηση εξοπλισμού;	5	21,7%	16	69,6%	2	8,7%
Τηρούνται γραπτά αρχεία συντήρησης εξοπλισμού	5	21,7%	15	65,2%	3	13,0%
Υπάρχει έντυπο υποβολής παραπόνων	6	26,1%	16	69,6%	1	4,3%

Πίνακας 6. Γενική Αξιολόγηση του εξοπλισμού και της υποδομής.

	Ανεπαρκές		Μέτριο		Καλό		Πολύ καλό		Άριστο	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Αξιολόγηση εξοπλισμού οδοντιατρείου	2	8,3%	10	41,7%	9	37,5%	1	4,2%	2	8,3%
Συνολική αξιολόγηση υποδομής	2	8,3%	8	33,3%	10	41,7%	2	8,3%	2	8,3%
Αξιολόγηση επιπέδου ανταπόκρισης στις ανάγκες ΠΟΦ	0	0,0%	1	4,2%	13	54,2%	7	29,2%	3	12,5%
Συνολική αξιολόγηση οργάνωσης και λειτουργίας τμήματος	0	0,0%	2	8,3%	12	50,0%	8	33,3%	2	8,3%

4.

Προαγωγή υγείας και διαχείριση χρόνιων νοσημάτων.

Σε αυτήν την ενότητα αναπτύσσονται ζητήματα για τις γνώσεις, αντιλήψεις και θέσεις των οδοντιάτρων για την προαγωγή υγείας και την διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων. Οι ερωτώμενοι στηρίζουν στο ίδιο ποσοστό 66,7% (n = 16) ότι υπάρχει ομάδα αλλά και οργανωμένο πρόγραμμα οδοντιατρικού ελέγχου (βλ. Διαγράμματα 5α και 5β σ. 29).

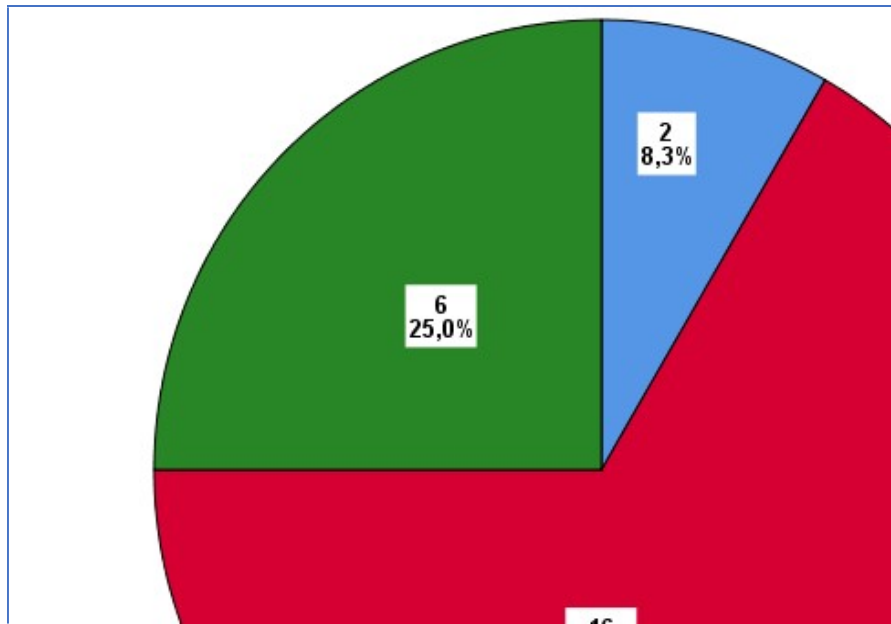
Οι ερωτήσεις 39-45 αφορούν στις δραστηριότητες πρόληψης και αγωγής στοματικής υγείας για παιδιά 0-18 ετών. Μέσα στις δράσεις συμπεριλαμβάνονται εκτός από εκπαίδευση και προγράμματα εξετάσεων μαθητών. Τα αποτελέσματα των ερωτήσεων παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 6 της σελίδας 30.

Οι δράσεις σε προγράμματα επιμόρφωσης έδειξαν ότι γίνονται αρκετά συχνά (1 φορά/έτος) στα περισσότερα Κ.Υ. Αν, επίσης, ειδοωθεί αθροιστικά για τα 2 τελευταία χρόνια ξεπερνούν το 70%. Η πιο συχνή δράση που γίνεται σε κάθε έτος είναι η αγωγή στοματικής υγείας, όπως αυτοαναφέρεται από είκοσι οδοντιάτρους (ποσοστό 83,3%), ενώ ακολουθεί η ενημέρωση των γονέων και των δασκάλων (επιλογή από 18 οδοντιάτρους, ποσοστό 75,0%) και η ενημέρωση σε νηπιαγωγεία και δημοτικά (επιλογή από 15 οδοντιάτρους, ποσοστό 62,5%).

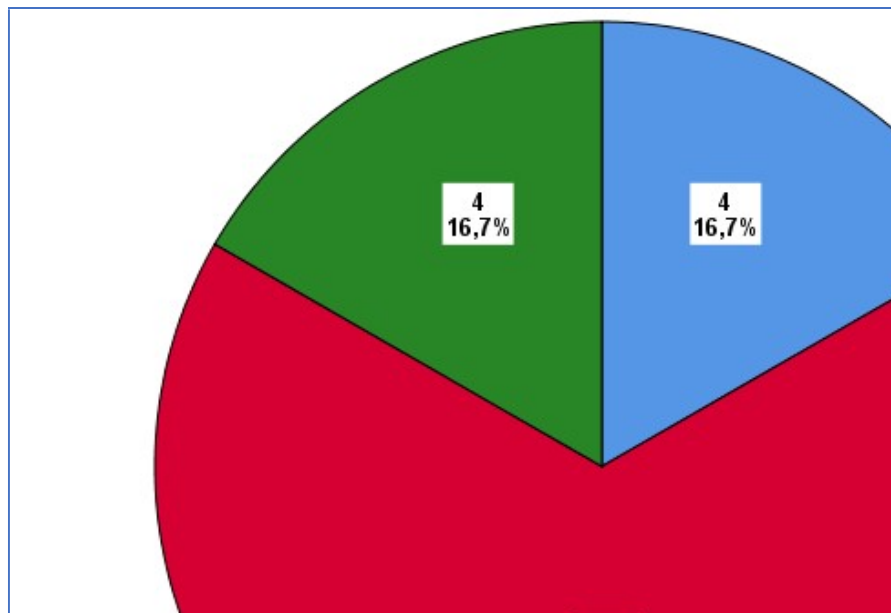
Σε ότι αφορά στο τμήμα των οδοντιατρικών εξετάσεων, οι κυριότερες δράσεις/ πρωτοβουλίες που γίνονται κάθε χρόνο είναι η εξέταση των μαθητών δημοτικού (21, ποσοστό 87,5%), η φθορίωση (21, ποσοστό 87,5%), ενώ χαμηλότερα είναι ο έλεγχος σε μαθητές Γυμνασίου-Λυκείου (14, ποσοστό 58,3%).

Οι αντίστοιχες δράσεις που αφορούν τους ενήλικες ή ειδικές κατηγορίες όπως ΑΜΕΑ παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 7 της σελίδας 28. Σε αυτές τις ομάδες, οι παρεμβάσεις δεν είναι συχνές και η πιο συχνή επιλογή είναι το «όχι όσο είμαι εγώ εδώ» και το «σπάνια». Πιο αναλυτικά, η επιλογή «**όχι όσο είμαι εγώ εδώ**» παρουσιάζει ποσοστό 45,8% (n = 11) για τη δράση ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης ενηλίκων, με την ίδια επιλογή να παρουσιάζει ποσοστό 54,5% (n = 12) για τον προσυμπτωματικό έλεγχο για Ca στόματος. Τέλος, ποσοστό 39,1% (n = 11) παρουσιάζεται στην δράση «τακτικός οδοντιατρικός έλεγχος σε άτομα με Χ.Ψ.Π. (Χρόνια Ψυχολογικά Προβλήματα).

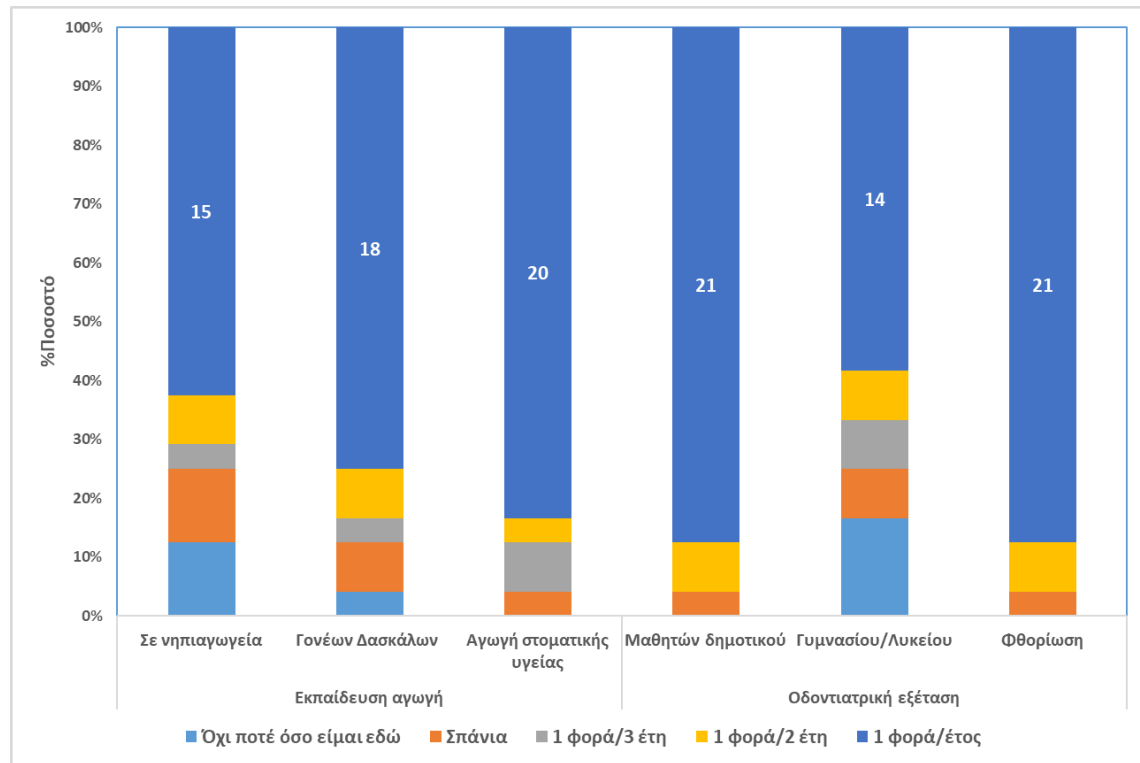
Διάγραμμα 5α. Γνώση ύπαρξης και σχεδίου ομάδας Π.Φ.Υ.



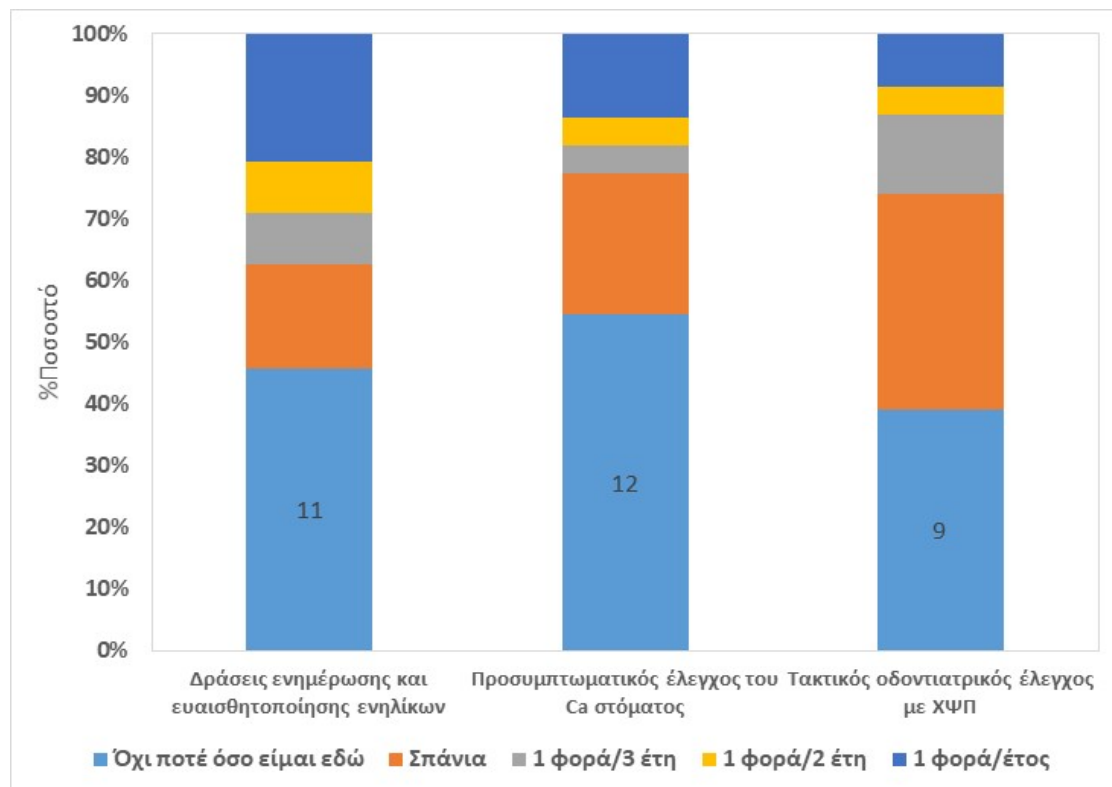
Διάγραμμα 5β. Γνώση ύπαρξης οργανωμένου προγράμματος οδοντιατρικού ελέγχου.



Διάγραμμα 6. Προγράμματα και δράσεις του τμήματος Π.Φ.Υ. του Κ.Υ. σε σχολεία.



Διάγραμμα 7. Προγράμματα και δράσεις του τμήματος Π.Φ.Υ. του Κ.Υ. σε ενήλικες και ειδικές ομάδες.



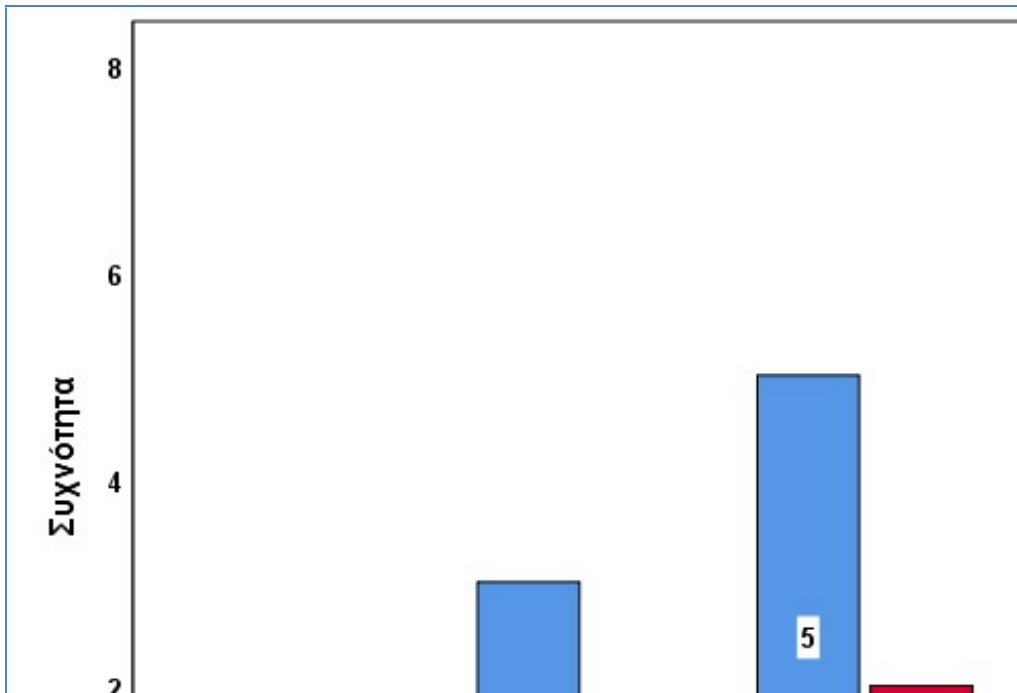
Η ενημέρωση των ασθενών για τις βλαπτικές συνέπειες του καπνίσματος παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 8α της σελίδας 32. Οι απαντήσεις των οδοντιάτρων έδειξαν ότι σχεδόν όλοι, 22 στα 24 άτομα (ποσοστό 91,7%), ενημερώνουν τουλάχιστον συχνά για τις βλαπτικές συνέπειες του καπνίσματος, με τα ποιο μεγάλα ποσοστά να παρουσιάζονται στην επιλογή «πάντα» (12 άτομα, ποσοστό 50,0%). Δεν παρουσιάστηκε κάποια σημαντική στατιστικά διαφορά στις απαντήσεις μεταξύ επαρχιακών και αστικών Κ.Υ. ($p > 0.05$).

Στο Διάγραμμα 8β της σελίδας 32 παρουσιάζεται η ευχαρίστηση από την διασύνδεση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με την Δευτεροβάθμια. Οι 10 από τους 24 (ποσοστό 43,5%) δηλώνουν ότι η διασύνδεση είναι πολύ καλή, ενώ ότι είναι άριστη δηλώνουν 5 άτομα 21,7%. Μόλις 2 άτομα δηλώνουν ως ανεπαρκή την διασύνδεση (ένας/μία από επαρχιακό και ένας/μία από αστικό Κ.Υ.). Δεν παρουσιάστηκε κάποια σημαντική στατιστικά διαφορά στις απαντήσεις μεταξύ επαρχιακών και αστικών Κ.Υ. ($p > 0.05$).

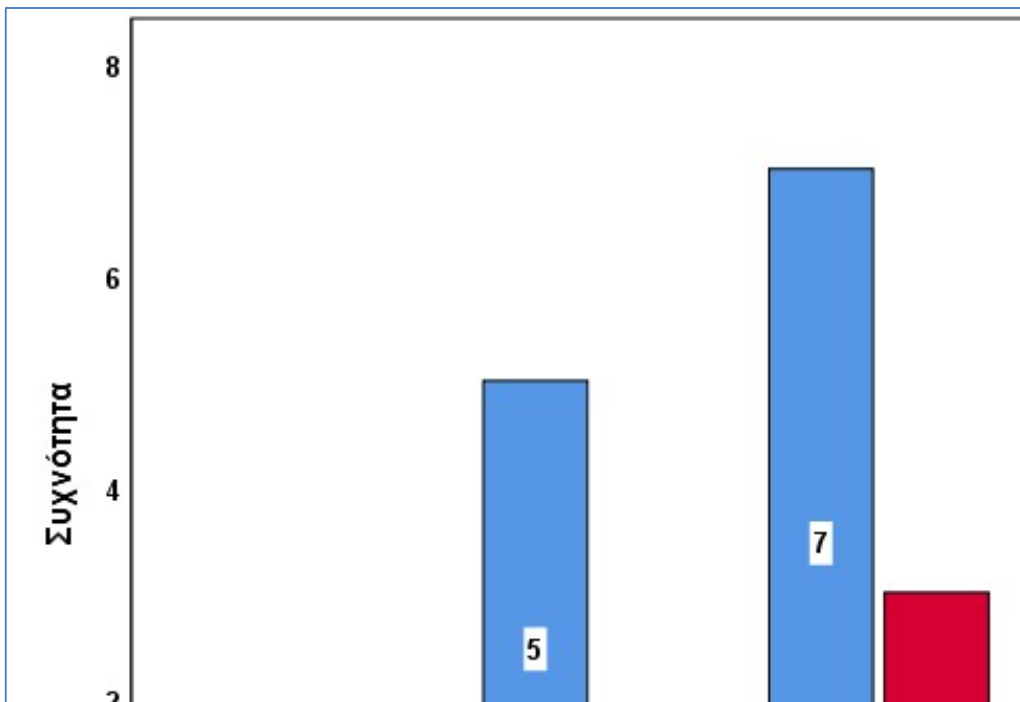
Στοιχεία που σχετίζονται τόσο με τη φυσική, όσο και με την κοινωνική προσβασιμότητα παρουσιάζονται στον Πίνακα 7 της σελίδας 33. Το 100% των ερωτώμενων δηλώνει ότι οι ανασφάλιστοι έχουν πρόσβαση, 18 άτομα (ποσοστό 75%) συνολικά δηλώνουν ότι υπάρχουν υποδομές για πρόσβαση σε ΑΜΕΑ και 22 άτομα (ποσοστό 91,7%) των οδοντιάτρων δηλώνουν ότι υπάρχουν υποδομές προσβάσιμες σε όλους. Σχετικά με την κίνηση στο τελευταίο έτος, το 78,2% (ποσοστό 17 άτομα) δηλώνει ότι υπάρχει αυξημένη κίνηση στο Κ.Υ.. το τελευταίο έτος με το ποσοστό στα αστικά Κ.Υ. να είναι 100%. Ο λόγος της αυξημένης κίνησης θεωρήθηκε ότι είναι η οικονομική κρίση επιλογή από 15 άτομα (ποσοστό 65,2%).

Στο Διάγραμμα 9 της σελίδας 33 παρατηρήθηκε ότι οι ερωτώμενοι έδειξαν να κρίνουν καλή (41,2% επαρχιακά, 71,4% αστικά) και πολύ καλή (47,1% επαρχιακά, 28,6% αστικά) την αξιολόγηση τους σχετικά με το οδοντιατρικό τμήμα που εργάζονται.

Διάγραμμα 8α. Ενημέρωση για βλαπτικές συνέπειες του καπνίσματος από τους οδοντιάτρους των Κ.Υ.



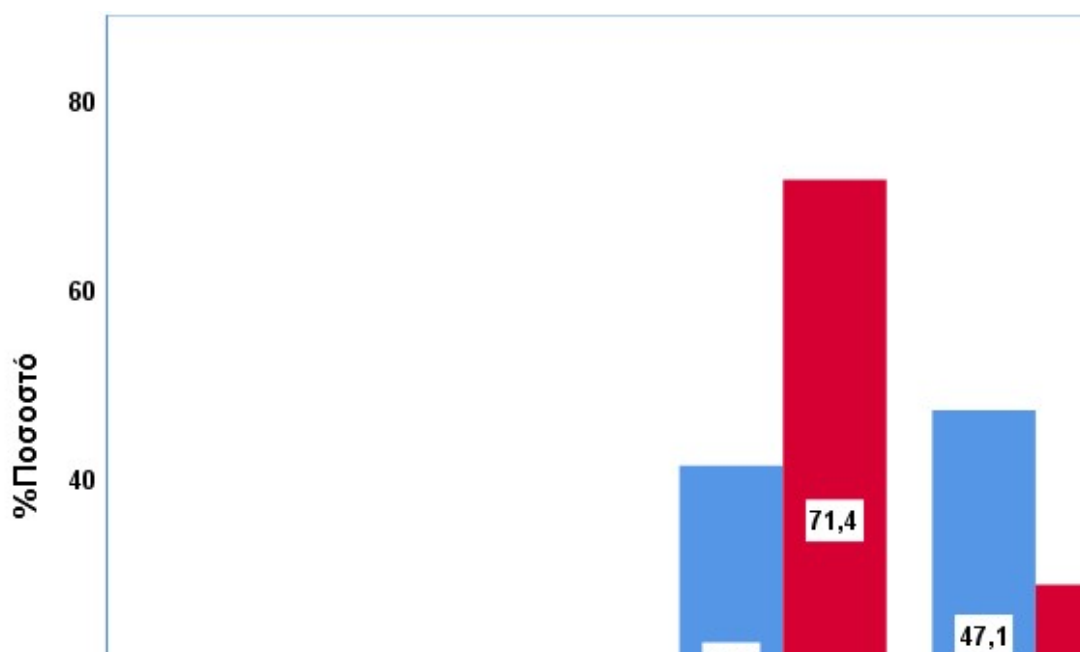
Διάγραμμα 8β. Ενημέρωση για βλαπτικές συνέπειες του καπνίσματος από τους οδοντιάτρους των Κ.Υ.



Πίνακας 7. Προσβασιμότητα στο Κ.Υ.

		ΚΥ					
		Επαρχιακά		Αστικά		Σύνολο	
		n	%	n	%	n	%
Οι ανασφάλιστοι έχουν πρόσβαση ;	Όχι	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Ναι	17	100,0%	7	100,0%	24	100,0%
	Δεν ξέρω	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Υποδομές προσβάσιμες σε ΑΜΕΑ;	Όχι	0	0,0%	4	57,1%	4	16,7%
	Ναι	16	94,1%	2	28,6%	18	75,0%
	Δεν ξέρω	1	5,9%	1	14,3%	2	8,3%
Υποδομές προσβάσιμες σε όλους;	Όχι	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Ναι	17	100,0%	5	71,4%	22	91,7%
	Δεν ξέρω	0	0,0%	2	28,6%	2	8,3%
Αυξημένη κίνηση το τελευταίο έτος ;	Όχι	6	35,3%	0	0,0%	6	25,0%
	Ναι	10	58,8%	7	100,0%	17	70,8%
	Δεν ξέρω	1	5,9%	0	0,0%	1	4,2%
Αυξημένη κίνηση λόγω οικονομικής κρίσης	Όχι	2	12,5%	0	0,0%	2	8,7%
	Ναι	9	56,3%	6	85,7%	15	65,2%
	Δεν ξέρω	5	31,3%	1	14,3%	6	26,1%

Διάγραμμα 9. Συνολική αξιολόγηση του οδοντιατρικού τμήματος υπηρεσίας.



5.

Συνθήκες εργασίας

Οι συνθήκες εργασίας, οι σχέσεις με συναδέλφους και οι οικονομικές αποδοχές είναι μερικές από τις αντιλήψεις που ολοκληρώνουν την εικόνα που προκύπτει για την οδοντιατρική κάλυψη από τα Κ.Υ. Στον Πίνακα 8 της σελίδας 36 παρουσιάζονται οι απαντήσεις από αυτά τα ερωτήματα και πιο συγκεκριμένα:

Πάρα πολύ σημαντική θεωρείται η συμμετοχή των οδοντιάτρων σε προγράμματα συνεχιζόμενης κατάρτισης (17 άτομα στον αριθμό, ποσοστό 70,8%), με τα ποσοστά σε επαρχία και πόλη να είναι 76,5% (13 άτομα) και 57,1% (4 άτομα).

Όλοι οι οδοντίατροι δηλώνουν ικανοποιημένοι ή πολύ ικανοποιημένοι από τη συνεργασία με το υπόλοιπο προσωπικό με ποσοστά 41,7% (10 άτομα) και 58,3% (14 άτομα) αντίστοιχα. Μέτρια ικανοποίηση προκύπτει από τις συνθήκες του Κ.Υ. για ένα ποσοστό 25,0% (6 άτομα), ενώ το 54,2% (6 άτομα) δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι. Σε καμία από τις δύο τελευταίες ερωτήσεις δεν παρουσιάστηκαν διαφοροποιήσεις στα ποσοστά ανάλογα με τον τύπο του Κ.Υ.

Η επάρκεια της αμοιβής σε σχέση με την προσπάθεια που καταβάλλουν οι οδοντίατροι παρουσίασε μεγαλύτερη μεταβλητότητα με συνολικά ποσοστά 8,3% στο καθόλου, 16,7% στο λίγο, 45,8% στο μέτρια, 29,2% στο πολύ.

Στο ανοικτό ερώτημα «**Πώς φαντάζεστε μια αποδοτικότερη συνεργασία;**» από το σύνολο των 24 οδοντιάτρων, 10 άτομα έδωσαν απάντηση, με τα 3 από αυτά να απαντούν «**Δεν γνωρίζω**». Να σημειωθεί ότι δεν υπάρχει μια σαφής κατεύθυνση στις απαντήσεις των ερωτώμενων ως προς το τι σημαίνει ο όρος «αποδοτικότερη συνεργασία». Δύο από τους ερωτώμενους θεωρούν ότι ως Κ.Υ. «*υπάρχει πολύ καλή συνεργασία*» όπως και ότι «*η συνεργασία που έχω ήδη είναι άρτια*», παραπέμποντας τόσο στην παρούσα κατάσταση όσο και στις αναμενόμενες προσδοκίες για την εργασία.

Υπάρχουν όμως και απαντήσεις που συνδέονται μάλλον έμμεσα με την αποδοτικότερη συνεργασία, η οποία για τους ερωτώμενους σχετίζεται με την ύπαρξη

προσωπικού και με την συμμετοχή τους σε ζητήματα ΔΥ. Πιο συγκεκριμένα η πρόταση για: «περισσότερο νέο προσωπικό στο οδοντιατρείο», «ύπαρξη βοηθού», «αυξημένη συμμετοχή οδοντιάτρων σε ζητήματα Δημόσιας Υγείας (επιτροπές, εμβολιασμοί)» αλλά και «λιγότερη γραφειοκρατία» είναι χαρακτηριστικές των απαντήσεων (βλ. Πίνακα σ. 36).

Καταλήγοντας, ενδιαφέρον παρουσιάζει η τοποθέτηση: «*ότι ο έλεγχος (σσ. οδοντιατρικός) και τα ραντεβού θα πρέπει να γίνονται βάση σχεδίου θεραπείας όχι από ηλεκτρονικό ραντεβού με σκοπό ολοκληρωμένο σχέδιο θεραπείας και όχι αποσπασματικές (σσ. οδοντιατρικές) πράξεις*», η οποία εκτός από την επιθυμία για στοχευμένη και αποδοτικότερη εργασία, απαιτεί και τη σωστή συνεργασία μεταξύ των συμβαλλομένων μερών (οδοντίατροι, διοίκηση, γραμματεία, ασθενείς).

Συνοψίζοντας, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, μπορούμε να πούμε ότι δεν υπήρξε μια σαφής απάντηση ή κατεύθυνση στο πως εννοούν οι οδοντίατροι την «αποδοτικότερη συνεργασία». Υπάρχουν αποσπασματικές απαντήσεις, η σύνθεση των οποίων δείχνει την βασική ιδέα προς την κατεύθυνση της ερώτησης.

Στην ερώτηση **«Αναφέρατε προκλήσεις που αντιμετωπίζετε καθώς και τα θετικά της εργασίας σας»** αναλύονται οι προκλήσεις και τα θετικά της εργασίας του οδοντιάτρου ενός Κ.Υ. Από τα 10 άτομα που απάντησαν στην ερώτηση, ένα άτομο δήλωσε ότι δεν γνωρίζει. Οι απαντήσεις των υπολοίπων συναδέλφων οδοντιάτρων μπορούν να συνοψισθούν στα εξής:

Σε ότι αφορά στα θετικά σημεία της εργασίας των οδοντιάτρων, η κυρίαρχη τάση είναι η ευχαρίστηση που προσφέρει η εργασία τους αλλά και η κοινωνική προσφορά. Ειδικά η κοινωνική προσφορά αφορά τόσο τα παιδιά όσο και το ότι οι υπηρεσίες παρέχονται σε άγονες περιοχές. Συγκεκριμένες προτάσεις, όπως «*Η ικανοποίηση από την πρόληψη και προαγωγή στοματικής υγείας στους μαθητές*» ή «*(θεωρώ) θετικό ότι προσφέρεται κοινωνικό οδοντιατρικό έργο*», δηλώνουν ότι οι ερωτώμενοι οδοντίατροι νοιώθουν ικανοποίηση από το έργο τους. Ωστόσο, η πιο εντυπωσιακή φράση που περικλείει τη σημαντικότητα του ρόλου είναι: «*το χαμόγελο ικανοποίησης του ασθενούς λόγω εργασιών και συνεργασίας*».

Σε ορισμένες περιπτώσεις οι καλές σχέσεις με τους συναδέλφους αλλά και με το υπόλοιπο προσωπικό αναφέρονται ως θετικά της εργασίας στο Κ.Υ.

Πίνακας 8. Χαρακτηρισμός συνθηκών εργασίας.

		ΚΥ					
		Επαρχιακά		Αστικά		Σύνολο	
		n	%	n	%	n	%
Πόσο σημαντική θεωρείτε τη συμμετοχή οδοντιάτρων σε προγράμματα συνεχιζόμενης κατάρτισης	Μέτρια	1	5,9%	0	0,0%	1	4,2%
	Πολύ	3	17,6%	3	42,9%	6	25,0%
	Πάρα πολύ	13	76,5%	4	57,1%	17	70,8%
Πόσο ικανοποιημένος είστε από τη συνεργασία σας με το λοιπό προσωπικό του ΚΥ σας;	Πολύ	7	41,2%	3	42,9%	10	41,7%
	Πάρα πολύ	10	58,8%	4	57,1%	14	58,3%
	Μέτρια	4	23,5%	2	28,6%	6	25,0%
Πόσο ικανοποιημένος από τις συνθήκες στο ΚΥ	Πολύ	9	52,9%	4	57,1%	13	54,2%
	Πάρα πολύ	4	23,5%	1	14,3%	5	20,8%
	Καθόλου	2	11,8%	0	0,0%	2	8,3%
Λαμβάνοντας υπόψη την προσπάθεια θεωρείται επαρκείς τις αποδοχές σας;	Λίγο	4	23,5%	0	0,0%	4	16,7%
	Μέτρια	6	35,3%	5	71,4%	11	45,8%
	Πολύ	5	29,4%	2	28,6%	7	29,2%

Πώς φαντάζεστε μια αποδοτικότερη συνεργασία;
1. Έχουμε σαν Κ.Υ. πολύ καλή συνεργασία
2. Καλύτερος οδοντιατρικός εξοπλισμός
3. Βοηθό ύπαρξη - Αυξημένη συμμετοχή οδοντιάτρων σε ζητήματα Δημόσιας Υγείας (επιτροπές, εμβολιασμός)
4. Λιγότερη γραφειοκρατία
5. Η συνεργασία που έχω ήδη είναι άρτια
6. Περισσότερο νέο προσωπικό στο οδοντιατρικό
7. Δ/Γ
8. Δ/Γ
9. Έλεγχος και ραντεβού βάση σχεδίου θεραπείας όχι από ηλεκτρονικό ραντεβού με σκοπό ολοκληρωμένο σχέδιο θεραπείας όχι αποσπασματικές πράξεις
10. Δ/Γ

Άλλο θετικό σημείο που μπορεί να συνεκτιμηθεί είναι ότι οι οδοντίατροι δηλώνουν τουλάχιστον επαρκή εξοπλισμό για την εργασία τους.

Τα προβλήματα, ή αλλιώς προκλήσεις, μπορούν να συνοψισθούν σε δύο κυρίως σημεία. Το πρώτο σημείο συνοψίζεται στην συγκεκριμένη φράση: «*Λανθασμένες συμπεριφορές από μερίδα ασθενών*» και αναφέρεται από 2 τουλάχιστον οδοντιάτρους. Το δεύτερο σημείο είναι η: «*Καλύτερη οργάνωση (της δουλειάς). Εκπροσώπηση στη Διοίκηση*», κάτι που έχει τονισθεί όχι μόνο σε αυτή την ερώτηση αλλά και σε άλλα σημεία της συνέντευξης (βλ. Πίνακα σ. 38).

Συνοπτικά, η εργασία του οδοντίατρου σε ένα Κ.Υ., χαρακτηρίζεται ως ικανοποιητική με σταθερό υλικοτεχνικό εξοπλισμό, με καλές σχέσεις σε σχέση με τους συναδέλφους αλλά και με την αίσθηση ότι ο οδοντίατρος παρέχει σημαντικό κοινωνικό έργο.

Στην ομάδα ερωτήσεων «**Ποιες θεωρείτε ότι είναι οι ανάγκες των ασθενών σας; Ποιες από αυτές που νομίζετε μπορείτε να ικανοποιήσετε και ποιες όχι; Έχετε κάποιες προτάσεις βελτίωσης;**» από τους 24 οδοντιάτρους, οι λιγότεροι από τους μισούς (μόλις 11 άτομα) έδωσαν κάποια απάντηση σχετικά με τις ανάγκες των ασθενών και την ικανοποίησή τους, ενώ μόλις 2 απάντησαν «**Δεν γνωρίζω**».

Οι περισσότεροι (4 στον αριθμό) υποστηρίζουν πως οι ασθενείς τους εμφανίζουν ανάγκες που: «*Εμπίπτουν σε όλο το φάσμα της κλινικής οδοντιατρικής*», αναφέροντας επακριβώς τις εργασίες που χρειάζονται, με κάποιους από αυτούς να δηλώνουν την αδυναμία τους να πραγματοποιήσουν κάποιες από αυτές. Επίσης, μέσα από τις απαντήσεις τους (2 στον αριθμό) εμφανίζεται η ανάγκη για συνεχή και καλύτερο ανεφοδιασμό σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό. Μάλιστα, σε μία από αυτές τις απαντήσεις επισημάνθηκε η «*μέτρια οδοντιατρική και στοματική υγιεινή*» και η «*καθυστερημένη άφιξη στην οδοντιατρική περίθαλψη*» (βλ. Πίνακα σ. 40).

Τέλος, τους ερωτώμενους απασχόλησε το ζήτημα της οργάνωσης, τόσο των ραντεβού όσο και γενικά των τμημάτων τους, για την ομαλή λειτουργία των ίδιων και την ορθή αντιμετώπιση των ασθενών.

Αναφέρατε προκλήσεις που αντιμετωπίζετε καθώς και τα θετικά της εργασίας σας.

1. Λανθασμένες συμπεριφορές από μερίδα ασθενών
2. Μεγάλος αριθμός ασθενών - Πρόληψη και προαγωγή στοματικής υγείας στους μαθητές
3. Γραφειοκρατία, Ελαστικότητα σχέσεων εργασίας, Ικανοποίηση από την παροχή περιθωρίων σε άγονες περιοχές υπαίθρου
4. Σταθερή υλικοτεχνική στήριξη -Καλύτερη οργάνωση (εκπροσώπηση στη Διοίκηση) - Καλύτερη συνεργασία με τους ασθενείς - Επαρκείς υποδομές
5. Δεν αντιμετωπίζω προβλήματα. Θετικό είναι ότι προσφέρεται κοινωνικό οδοντιατρικό έργο
6. Ενασχόληση με παιδιά (προγράμματα πρόληψης) -Γραφειοκρατία
7. Καλό επίπεδο συνεννόησης με συναδέλφους, συνεργασία με νοσηλευτικό προσωπικό ικανοποιητική όπως και με διοικητικό και τεχνικό τμήμα. Μέτρια σχετικά παροχή υλικού εξοπλισμού (π.χ. ακτινογραφία)
8. ΔΓ
9. Χαμόγελο ικανοποίησής ασθενή λόγω εργασιών και συνεργασίας - Καθημερινή ενημέρωση στον ασθενή για την προληπτική οδοντιατρική - υλικοτεχνικός εξοπλισμός
10. Υλικοτεχνικός εξοπλισμός -απρεπή συμπεριφορά ασθενών

Στις ερωτήσεις ανοικτού τύπου «Κατά τη διάρκεια της πανδημίας ποιες είναι οι προκλήσεις που αντιμετωπίζετε; Τι θα έπρεπε να γίνει;» αναλύονται οι προκλήσεις που αντιμετωπίζει ο οδοντίατρος ενός Κ.Υ. σε καιρό πανδημίας και οι προτάσεις που θα μπορούσαν να εφαρμοστούν για τη διαχείρισή τους.

Σύμφωνα με τις 10 τελικά απαντήσεις που δόθηκαν σε αυτήν την ερώτηση, η κυρίαρχη πρόκληση που έχει να αντιμετωπίσει ο οδοντίατρος εν καιρώ πανδημίας είναι η ανασφάλεια και ο φόβος. Η ανασφάλεια και ο φόβος μήπως αρρωστήσει ο ίδιος, λόγω «της μεταδοτικότητας (σσ. του ιού)» αφενός και της «έλλειψης εξοπλισμού» αφετέρου.

Όλες οι προτάσεις των οδοντιάτρων συγκλίνουν στην ανάγκη λήψης πρόσθετων μέτρων για την προστασία των ίδιων αλλά και για την ομαλή λειτουργία των Κ.Υ. Ενδεικτικές είναι η απαντήσεις που εστιάζουν στην ανάγκη επάρκειας ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού: «*οδοντιατρικού εξοπλισμού (αερότορ-μικρομορ), μασκών υψηλής προφύλαξης και μασκών*» (βλ. Πίνακα σ. 41).

Γενικά, η αναγνώριση των ελλείψεων και η επισήμανση της υιοθέτησης νέων μέτρων για την ασφάλεια των οδοντιάτρων και των ασθενών καταγράφηκε και τονίστηκε από όλους τους ερωτώμενους.

Στις ανοικτές ερωτήσεις «**Ποιος πιστεύετε θα έπρεπε να είναι ο ρόλος σας στην Π.Φ.Υ.; Τι ισχύει; Τι θα έπρεπε να γίνει διαφορετικά;**» από το σύνολο των 11 οδοντιάτρων που έδωσαν κάποια απάντηση, οι 4 εστίασαν στον προληπτικό χαρακτήρα της δουλειάς τους, ενώ οι 2 απάντησαν «**Δεν γνωρίζω**».

Από τις 9 τελικά δηλώσεις που καταγράφηκαν σε αυτήν την ερώτηση, η κυρίαρχη άποψη είναι ότι η πρόληψη και η προαγωγή της στοματικής υγείας είναι η βασική προτεραιότητα για τους οδοντιάτρους. Η πραγματικά κυρίαρχη αντίληψη της πρόληψης συνοδεύεται και από σχολιασμό από τους ερωτώμενους: «*Μεγαλύτερη βάση (σσ. στην πρόληψη) στα παιδιά, γονείς στην εκπαίδευση*» ...δήλωσε ένας από τους ερωτώμενους, εστιάζοντας σε ειδικές ομάδες την πρόληψη και την προαγωγή της στοματικής υγείας, ενώ ένας δεύτερος αναφέρει ότι δεν αποτελεί μόνο θέμα της ειδικότητας του αλλά και άλλων: «*... και επιπλέον πρέπει να συνεργαζόμαστε στενά με τους άλλους επαγγελματίες υγείας στην πρόληψη στην κοινότητα*».

Η πρόταση πρόληψης δεν σταματάει μόνο στην αντιμετώπιση των «κοινών» προβλημάτων όπως η τερηδόνα, η ουλίτιδα κλπ. Δύο από τους ερωτώμενους στηρίζουν ότι μέσα στις διαδικασίες θα πρέπει αφενός να γίνεται «*... screening για τον καρκίνο του στόματος*» αλλά και αφετέρου, από πλευράς ενημέρωσης, να υπάρχει «*...επίσης δημιουργία οδοντιατρικού φακέλου και διασύνδεσης με άλλα Κ.Υ.*» (βλ. Πίνακα σ. 42).

Από τους ερωτώμενους, δεν εκφράστηκε κάποια αδυναμία στο να εφαρμοστούν οι πολιτικές πρόληψης και προαγωγής της στοματικής υγείας, όπως και από την άλλη μεριά δεν αναλύθηκαν πιθανές δυνατότητες που βοηθούν ως προς αυτή την κατεύθυνση. Ως προς το επίπεδο της ικανοποίησης, τέλος, τέθηκε από έναν

ερωτώμενο ότι είναι ικανοποιημένος/-η, ενώ δεν έγιναν επιπλέον προτάσεις βελτίωσης.

Ποιες θεωρείτε ότι είναι οι ανάγκες των ασθενών σας; Ποιες από αυτές που νομίζετε μπορείτε να ικανοποιήσετε και ποιες όχι; Έχετε κάποιες προτάσεις βελτίωσης;

1. Σε επίπεδο Α' Βάθμιας φροντίδας υγείας πιστεύω ότι γίνεται το καλύτερο δυνατό για παροχή οδοντιατρικής φροντίδας
2. Οδοντικές εμφράξεις, αποτρυγώσεις, ενδοδοντικές θεραπείες και προσθετικές αποκαταστάσεις. Δεν μπορούμε να ικανοποιήσουμε τις ενδοδοντικές θεραπείες και τα προσθετικά
3. Εμπίπτουν σε όλο το φάσμα της κλινικής οδοντιατρικής. Για την ικανοποίηση τους συνιστούν σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό και την ύπαρξη βοηθού
4. Καλύτερη οργάνωση, θέσπιση πρωτοκόλλου αντιμετώπισης περιστατικών
5. Οι ασθενείς έχουν τις συνήθεις οδοντιατρικές ανάγκες οι οποίες νομίζω ότι ικανοποιούνται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο
6. Ενδοδοντική θεραπεία -Συνεχής εφοδιασμός ΚΥ με υλικοτεχνικό εξοπλισμό
7. Δεν ικανοποιούνται οι ανάγκες στις προσθετικές εργασίες
8. Να κάνουμε προσθετικές εργασίες στους ηλικιωμένους επειδή το κόστος για τους περισσότερους είναι δυσβάστακτο
9. Μέτρια οδοντιατρική και στοματική υγιεινή - απουσία σοβαρής προσθετικής αποκατάστασης - καθυστερημένη άφιξη στην οδοντιατρική περίθαλψη
10. Κοινωνική οδοντοστοιχία
11. Έλεγχος και ραντεβού βάση σχεδίου θεραπείας όχι από ηλεκτρονικό ραντεβού με σκοπό ολοκληρωμένο σχέδιο θεραπείας όχι αποσπασματικές πράξεις
12. Δ/Γ
13. Δ/Γ

**Κατά την διάρκεια της πανδημίας ποιες είναι οι προκλήσεις που αντιμετωπίζετε;
Τι θα έπρεπε να γίνει;**

1. **Ανάγκη ενημέρωσης του κόσμου για την πανδημία και λήψη περισσότερων προστατευτικών μέτρων** καθότι είμαστε σαν επαγγελματίες υγείας σε πολύ στενή επαφή με τον ασθενή.
2. **Μεγάλη προσέλευση ασθενών - Επάρκεια οδοντιατρικού εξοπλισμού (αερότορ-μικρομορ)**
3. **Μεγάλη ταχύτητα που προϋποθέτει η στενή επαφή του ασθενούς-οδοντιάτρου. Ένταξη σε Βαρέα ΒΑΕ**
4. **Κάπως καλύτερη προετοιμασία για την διαχείριση των περιστατικών (υλικοτεχνικά) με τα νέα μέτρα - Αδυναμία εξυπηρέτησης του ίδιου αριθμού ασθενών με πριν**
5. **Λόγω της μεταδοτικότητας τους ιού σε συνθήκες εργασίας αλλάζουν ριζικά τα μέτρα που λαμβάνονται είναι ικανοποιητικά**
6. **Ελλιπής αριθμός ΜΑΠ και εξοπλισμό για ικανοποίηση ικανού αριθμού ασθενών**
7. **Να μην αρρωστήσω -Δεν υπάρχει επάρκεια σε μάσκες υψηλής προφύλαξης και στολές**
8. **Ο καθορισμός ραντεβού ανά μια ώρα για τον αερισμό του χώρου**
9. **Ανασφάλεια και φόβος σχετικά με τη μεταδοτικότητα - Καθυστερημένες αφίξεις και μειωμένος επανέλεγχος**
10. **Ανασφάλεια λόγω έλλειψης εξοπλισμού - θα έπρεπε κατά την άποψη μου να λαμβάνεται υπόψη η έλλειψη προσωπικού που συνεπάγεται λύση με προσωπικό σε αναμονή (τράπεζα προσωπικού)**

**Ποιος πιστεύετε θα έπρεπε να είναι ο ρόλος σας στην Π.Φ.Υ.; Τι ισχύει;
Τι θα έπρεπε να γίνει διαφορετικά;**

1. Ο ρόλος του οδοντιάτρου είναι πολύ σημαντικός καθώς η πρόληψη της στοματικής υγείας είναι ο καλύτερος τρόπος "θεραπείας" και επιπλέον πρέπει να συνεργαζόμαστε στενά με τους άλλους επαγγελματίες υγείας στην πρόληψη στην κοινότητα
2. Πρόληψη και προαγωγή της στοματικής υγείας του πληθυσμού ευθύνης του ΚΥ. Θεωρώ πως γίνεται ικανοποιητικά
3. ΔΓ
4. [Πρόληψη] Μεγαλύτερη βάση στα παιδιά, γονείς (εκπαίδευσης) για την πρόληψη
5. Παρέχω κατά το δυνατόν οδοντιατρικές υπηρεσίες. Δεν μπορεί να γίνει με διαφορετικό τρόπο
6. Θα έπρεπε να δίνει βάση στην πρόληψη χωρίς να παραγκωνίζεται η θεραπεία
7. ΔΓ
8. Ενίσχυση της ΠΦΥ σε επίπεδο πόρων, υλικών καθώς και ενημέρωσης των ασθενών σχετικά με θέματα πρόληψης, προαγωγής και χρήσης υπηρεσιών υγείας. Επίσης δημιουργία οδοντιατρικού φακέλου και διασύνδεσης με άλλα ΚΥ
9. Πρόληψη -προαγωγή της υγείας σε ενήλικο πληθυσμό - screening για καρκίνο στόματος
10. Μετάδοση μολυσματικής λοίμωξης - δυσκολία με εργασίες παραγωγής αερολύματος -Χρειάζεται ομάδα εργασία με νοσηλεύτρια βοηθό οδοντιατρικής και χειρών
11. Ο ρόλος που είχα ως ιατρός του τέως-ΙΚΑ (οδοντοθεραπευτική)

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σε αυτήν τη μελέτη επιχειρήθηκε η αποτύπωση και αξιολόγηση των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. σχετικά με την Οδοντιατρική Περίθαλψη στα Κέντρα Υγείας της Κρήτης. Διερευνήθηκαν χαρακτηριστικά στελέχωσης, οργάνωσης και λειτουργίας των οδοντιατρείων. Η προαγωγή της στοματικής υγείας, η διαχείριση χρόνιων νοσημάτων, η ικανοποίηση των οδοντιάτρων που στελεχώνουν τις παραπάνω δομές όπως επίσης και η σύγκριση μεταξύ Κ.Υ. αστικού τύπου και Κ.Υ. της περιφέρειας ήταν ερωτήματα που απασχόλησαν την παρούσα εργασία.

Παρατηρήθηκε πως το σύνολο των οδοντιάτρων που συμμετείχαν στην έρευνα είναι ικανοποιημένοι από τη συνεργασία τους με το λοιπό προσωπικό του Κ.Υ. τους. Θετική ήταν η γνώμη της συντριπτικής πλειοψηφίας των ερωτηθέντων για τις συνθήκες στο Κ.Υ. γενικότερα, εύρημα που δεν ανατρέπει αντίστοιχες απαντήσεις σε προηγούμενες έρευνες, όπου φαίνεται πως οι οδοντίατροι της 7^{ης} Υ.ΠΕ. απολαμβάνουν ένα θετικό περιβάλλον εργασίας.

Στα περισσότερα ερωτήματα της έρευνας υπήρξε μια σχετική σύμπνοια απόψεων, με μόνο σημείο διχογνωμίας την επάρκεια των αποδοχών. Η σχετική πλειοψηφία είχε ουδέτερη γνώμη, ενώ οι απαντήσεις των υπολοίπων χωρίστηκαν ισομερώς σε θετικές και αρνητικές. Κανένας από τους οδοντιάτρους που εργάζεται σε Κ.Υ. αστικού τύπου δεν δήλωσε δυσαρεστημένος από τις αποδοχές του, ενώ σε άτομα με λιγότερη προϋπηρεσία φαίνεται να υπάρχει αρνητική συσχέτιση με την επάρκεια των αποδοχών.

Οι διαφορές ανάμεσα σε οδοντιατρικά τμήματα Κ.Υ. της επαρχίας και Κ.Υ. αστικού τύπου εντοπίστηκαν κυρίως σε θέματα οργάνωσης και λειτουργίας του οδοντιατρείου και πιο συγκεκριμένα σε ότι έχει να κάνει με τα στοιχεία του ασθενή. Αν και η πλειοψηφία των οδοντιάτρων τηρεί βιβλίο κίνησης ανεξάρτητα από το Κ.Υ. που εργάζεται, παρ' όλα αυτά, μόνο στα αστικού τύπου Κ.Υ. υπάρχει ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς, ο οποίος ενημερώνεται με την επίσκεψη και περιλαμβάνει εργαστηριακά και κλινικά ευρήματα κάτι που κάνει την ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση όλων των οδοντιάτρων στη τήρηση των αρχείων επιβεβλημένη (Cole, McMichael, 2009).

Αναλύοντας τα αποτελέσματα της εργασίας που έχουν να κάνουν με τη στελέχωση των οδοντιατρείων, παρατηρήθηκε ότι ο αριθμός των οδοντιάτρων στα περιφερειακά Κ.Υ. το 2020 ήταν 18, ενώ το 2010 και πιο πριν, για τον ίδιο αριθμό

δομών ο αριθμός ήταν 19 (Άτλας Υγείας). Παλαιότερη πανελλαδική έρευνα έδειξε πως από το 2008 μέχρι το 2012 υπήρξε μείωση 44% στον αριθμό του οδοντιατρικού δυναμικού των Κ.Υ. της χώρας (Συγγελάκης και συν., 2012). Στη Κρήτη η αντίστοιχη μείωση ήταν 35% και αυτό καταδεικνύεται από τη προκήρυξη της 7^{ης} Υ.ΠΕ. για 6 οδοντιάτρους σε Κ.Υ. της περιφέρειας το 2018 (Δ.Τ. 7^{ης} Υ.ΠΕ 18-12-2018). Τα υπόλοιπα προβλήματα που είχαν παρατηρηθεί και αφορούσαν τη στελέχωση των οδοντιατρικών τμημάτων ήταν το γήρας του οδοντιατρικού δυναμικού και η αύξηση του όγκου ασθενών (Συγγελάκης, 2012). Σήμερα ο μέσος όρος ηλικίας των οδοντιάτρων στα Κ.Υ. της 7^{ης} Υ.ΠΕ. είναι τα 51 έτη, ηλικία στην οποία η γνωστική λειτουργία του ανθρώπου κορυφώνεται (C. Hertzog, 2008) και φανερώνει πως η γήρανση του οδοντιατρικού πληθυσμού δεν αποτελεί πρόβλημα το 2020.

Με τη προσθήκη ερωτησέων ανοικτού τύπου στο αρχικό ερωτηματολόγιο δόθηκε η δυνατότητα αποτύπωσης των κυρίαρχων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι οδοντίατροι στα Κ.Υ. ανεξαρτήτως τύπου. Αυτό που φαίνεται να προβληματίζει περισσότερο είναι η υποστελέχωση των οδοντιατρικών τμημάτων από πλευράς βοηθητικού προσωπικού, που, αν και διαθέτουν τα τμήματα, παρ' όλα αυτά, η πλειοψηφία είναι οριακή και με αρκετούς οδοντιάτρους που δεν διαθέτουν να κάνουν ειδική αναφορά για αυτό το θέμα στο συγκεκριμένο είδος ερωτήσεων. Ένα άλλο αρνητικό που παρατηρήθηκε είναι η έλλειψη σταθερής υλικοτεχνικής υποστήριξης για την οποία θα ξαναγίνει αναφορά παρακάτω.

Με εξαίρεση ένα οδοντιατρικό τμήμα, στις υπόλοιπες ο όγκος των ασθενών δεν προξένησε προβληματισμό αν και οι περισσότερες δομές υποστήριζαν ότι η κίνηση το τελευταίο έτος είναι αυξημένη με τους οδοντιάτρους που εργάζονται σε Κ.Υ. αστικού τύπου στο σύνολο τους να υποστηρίζουν τη παραπάνω δήλωση ως ορθή. Η πλειοψηφία υποστήριξε πως η αύξηση της προσέλευσης οφείλεται στην οικονομική κρίση, δήλωση που συνάδει με τα ευρήματα παλαιότερων ερευνών, με τη διαφορά ότι στο παρελθόν το σύνολο των ερωτηθέντων σχεδόν την υποστήριζε, ενώ στη παρούσα έρευνα μιλάμε για μια ενισχυμένη πλειοψηφία (Συγγελάκης, 2012).

Ακόμα μια βελτίωση σε σχέση με το παρελθόν είναι η μεγάλη αύξηση των οδοντιάτρων που υιοθετούν πρωτόκολλα και κατευθυντήριες οδηγίες από αναγνωρισμένους φορείς στην κλινική πράξη, που αν και στο παρελθόν είχε καθολικά αναγνωριστεί η ανάγκη τους, εντούτοις η υιοθέτησή τους δεν ήταν στο ίδιο επίπεδο με την αναγνώριση, ενώ υπάρχουν και χώρες στις οποίες μεγάλο ποσοστό των οδοντιάτρων αντιτίθενται στην υιοθέτηση πρωτοκόλλων υπό τον φόβο

περιορισμών στη κλινική πράξη (Van Der Sanden, Mettes, Plasschaert, Van't Hof, Grol, Verdonschot, 2003).

Λόγω της φύσης του επαγγέλματος, οι μηχανισμοί απόρριψης και διαχείρισης μολυσματικών, όπως και οι διαδικασίες αποστείρωσης και συντήρησης, ήταν πάντα επαρκείς και σε υψηλά ποσοστά επί του συνόλου. Λόγος είναι πως με τη κατάλληλη αποστείρωση μπορούμε να επιτύχουμε τον έλεγχο της διασποράς των λοιμώξεων και έλεγχο της μετάδοσης μολυσματικών νόσων (Laheij, Kistler, Belibasakis, Välimaa, de Soet, 2011). Η αύξηση αυτών των ποσοστών στη παρούσα έρευνα οφείλεται στη πρόοδο της τεχνολογίας και την απόφαση της 7^{ης} Υ.ΠΕ. σε ετήσια βάση να πιστοποιεί τις υπηρεσίες που παρέχονται στα Κ.Υ. ευθύνης της και όχι στην έλλειψη ευαισθητοποίησης ορισμένων συμμετεχόντων στις παλαιότερες έρευνες (ISO 9001:2015 18PROC003725109 2018-09-21). Η πρόοδος της τεχνολογίας βοήθησε με την έννοια ότι ιατροτεχνικός εξοπλισμός που παλαιότερα είχε υψηλό κόστος κτήσης, πλέον είναι διαθέσιμος σε τιμή φιλική για τον κρατικό προϋπολογισμό. Θα πρέπει όμως να σημειωθεί πως αν και τα ποσοστά χρήσης μηχανισμών ασφαλούς και περιβαλλοντικά υπεύθυνης απόρριψης και διαχείρισης αποβλήτων και απορριμμάτων, όπως και της αποστείρωσης των εργαλείων συνάδουν με τα ποσοστά αντίστοιχων ερευνών στο εξωτερικό, το ποσοστό αποστείρωσης των χειρολαβών αν και δεν μπορεί να θεωρηθεί απογοητευτικό, είναι ξεκάθαρα κατώτερο (Jing Su, Xiao-Hong Deng, Zheng Sun, 2012).

Σε ότι έχει να κάνει με τη προαγωγή υγείας και τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων, δεν έχουν αλλάξει πολλά μιας και η ουσία της πρωτοβάθμιας οδοντιατρικής φροντίδας παραμένει σταθερή. Η συμβολή του οδοντιάτρου στη πρόληψη, αλλά και στη διακοπή του καπνίσματος είναι αναγνωρισμένη με μεγάλα οφέλη στη στοματική υγεία (Christoph A Ramseier, Saman Warnakulasuriya, Ian G. Needleman, 2010). Η συντριπτική πλειοψηφία ανέφερε πως ενημερώνει τους ασθενείς για τις βλαπτικές συνέπειες του καπνίσματος σε συχνή βάση. Τα πολύ υψηλά ποσοστά συμμετοχής των οδοντιάτρων σε δράσεις προαγωγής υγείας ετήσιας βάσης παραμένουν σχεδόν αμετάβλητα, με κάποιους δείκτες να έχουν μια πτωτική τάση στην υπάρχουσα έρευνα λόγω νεότητας του οδοντιάτρου στη συγκεκριμένη θέση ή λήξης συμβάσεων εργασίας την περίοδο αναφοράς του ερωτηματολογίου.

Η διεξαγωγή της έρευνας έγινε κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 η οποία προκλήθηκε από τον ιό SARS-CoV-2 (ΕΟΔΥ, 2020). Λόγω των ιδιαιτέρων και πρωτοφανών συνθηκών κρίθηκε αναγκαία η διερεύνηση των προκλήσεων που αντιμετώπισαν οι οδοντίατροι τους πρώτους μήνες της πανδημίας, όπως επίσης και

ποιά είναι η άποψη τους για την αντιμετώπιση της. Στην αρχή της πανδημίας καμία δημόσια δομή παροχής υπηρεσιών υγείας δεν είχε την επάρκεια μέσω ατομικής προστασίας (Π.Ο.Ε.ΔΗ.Ν., 2020). Αυτό αποτυπώθηκε και στις απαντήσεις που έδωσαν οι οδοντίατροι στην έρευνα με τον φόβο λόγω της εγγύτητας με τον ασθενή που χαρακτηρίζει την οδοντιατρική περίθαλψη, σε συνδιασμό με την ανεπάρκεια Μ.Α.Π. να κυριαρχούν με εμφατικό τρόπο. Άξιο αναφοράς κρίνεται το γεγονός πως κανένας από τους συμμετέχοντες δεν εξέφρασε κάποιου είδους δυσαρέσκειας αναφορικά με κατευθυντήριες οδηγίες προφύλαξης και γενικότερα τη διαχείριση της πανδημίας (Ε.Ο.Ο., 2020).

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η μελέτη διεξήχθη στα επαρχιακά και αστικά Κέντρα Υγείας της Κρήτης όπου, ο αριθμός τους και ο αριθμός των οδοντιάτρων που εργάζονται σε αυτά δεν είναι αρκετός για την γενίκευση των αποτελεσμάτων. Επίσης λόγω των ιδιαίτερων συνθηκών που επικρατούσαν κατά τη διάρκεια της έρευνας, ήταν αδύνατη η πραγματοποίηση επιτόπιου ελέγχου όπως επίσης η διεξοδικότερη ποιοτική έρευνα. Τα αποτελέσματα όμως κατέδειξαν παρόμοιες παραμέτρους με παλαιότερες έρευνες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω αποτελέσματα της μελέτης τα συμπεράσματα είναι τα εξής:

- Η Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Φροντίδα λειτουργεί ακόμα στον απόηχο της οικονομικής κρίσης που στιγμάτισε τη χώρα στις αρχές της προηγούμενης δεκαετίας.
- Υπάρχει αναμφισβήτητα βελτίωση των συνθηκών που επικρατούν στα οδοντιατρικά τμήματα σε αντίθεση με τη πτωτική τάση που παρατηρήθηκε τη περίοδο 2008-2012.

- Παρατηρήθηκε στασιμότητα στην ένταξη και τήρηση του ηλεκτρονικού φακέλου ασθενή, που αν και πιο διαδεδομένη η χρήση του σε σχέση με παλαιότερα εξακολουθεί, το ποσοστό ενσωμάτωσης του δεν είναι ικανοποιητικό. Κρίνεται επιβεβλημένη η ευαισθητοποίηση των οδοντιάτρων μέσω προγραμμάτων εκμάθησης όπως επίσης και η εποικοδομητική κριτική σε πιθανές ελλείψεις του προγράμματος.
- Υπάρχει έλλειψη σταθερής υλικοτεχνικής υποστήριξης. Δεν είναι πρωτόγνωρο να πραγματοποιείται αγορά νέου εξοπλισμού και η τυπική συντήρηση του να μη πραγματοποιείται με αποτέλεσμα τη δυσλειτουργία του και τον εξαναγκασμό των οδοντιάτρων να βρουν πρωτότυπες λύσεις. Από την άλλη υπάρχουν περιπτώσεις όπου υλικά παραμένουν σε αποθήκες μέχρι την ημερομηνία λήξης του με συνέπεια να καταστρέφονται. Θα πρέπει να εξεταστεί ως πιθανή λύση, η διαχείριση του προϋπολογισμού των οδοντιατρείων να γίνεται από την συντονιστική επιτροπή των οδοντιάτρων με την διακριτική εποπτεία των τμημάτων προμηθειών και ενιαίας τεχνικής υπηρεσίας ώστε σε ετήσια βάση να πραγματοποιούνται στοχευμένες προμήθειες με βάση τις πραγματικές ανάγκες του κάθε ιατρείου και εργασίες συντήρησης.
- Η στελέχωση των οδοντιατρείων έχει βελτιωθεί σε σχέση με παλαιότερα, υπάρχουν όμως αρκετά ιατρεία που λειτουργούν χωρίς την ύπαρξη βοηθητικού προσωπικού.
- Τα οδοντιατρικά τμήματα των Κ.Υ. της Υ.ΠΕ. συνεχίζουν να προσφέρουν πολύτιμες υπηρεσίες στις τοπικές κοινότητες και ιδιαίτερα μάλιστα σε αδύναμες ομάδες του πληθυσμού.
- Τα προγράμματα προαγωγής υγείας ιδίως στα παιδιά συνεχίζουν να είναι κεντρικός πυλώνας της Π.Ο.Φ. με πιο συχνή πραγματοποίησή τους σε σχέση με παλαιότερα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αδαμακίδου Θ – Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α., *Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα*, Νοσηλευτική, 2008, 47 (3).
2. Baâdoudi F. – Maskrey N. – Listl S. – van der Heijden G. – Duijster D., *Improving oral healthcare: towards measurement?*, British Dental Journal, 221 (9), 2016, σ. 547-548.
3. Βλασιάδης Κ. – Κουτσαμάνη Μ., *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας σε Οδοντιατρικές Μονάδες*, Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική, 5, 2012.
4. Campbell S. – Roland M. – Buetow S., *Defining quality of care*, Soc. Sc. Med. 2000; 51: 1611-1625.
5. Cole A. – McMichael A., *Audit of dental practice record-keeping: a PCT-coordinated clinical audit by Worcestershire dentists.*, Prim Dent Care, 2009.
6. Δημητριάδης Δ. - Κωνσταντινίδης Ρ. - Ντόκος Ε., *Προσεγγίζοντας τη Δημόσια Οδοντιατρική Υγεία*, Ελλ. Νοσοκ. Οδοντ. 1: 13-18, 2009.
7. Economou Ch., *The impact of the economic crisis on health care systems*, Social Cohesion and Development, 2012, 7 (1).
8. ΕΕΣΥ, *Το «αίτημα της ποιότητας» στην Οδοντιατρική. Κατευθύνσεις και προτάσεις για τη διασφάλιση και τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας της οδοντιατρικής φροντίδας στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα υγείας*, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα 2007.
9. «Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Στοματική Υγεία 2008-2012», *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία*, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα 2008, σ. 30.
10. ΕΟΟ – ΥΥΚΑ, *Μελέτη για την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού και την ανάλυση του κόστους και των δαπανών της οδοντιατρικής περίθαλψης*, Αθήνα 2006.
11. FDI, *Oral health worldwide. A report by FDI World Dental Federation*, Geneva 2014.
12. FDI, *The challenge of oral disease - A call for global action - The Oral Health Atlas*, Myriad Editions, UK, 2015².

13. «Η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα: Κοινωνικές Ανισότητες στην Υγεία», *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία*, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα 2008, σ. 102-108.
14. Harvey G., *Quality in Health Care: Traditions, Influences and Future Directions*, International Journal for Quality in Health Care, 1996.
15. Christopher Hertzog, Arthur F. Kramer, Robert S. Wilson and Ulman Lindenberger, *Enrichment Effects on Adult Cognitive Development Can the Functional Capacity of Older Adults Be Preserved and Enhanced?* PSYCHOLOGICAL SCIENCE IN THE PUBLIC INTEREST, Volume 9, Number 1, 2008.
16. IOM, *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, National Academy Press, Washington D.C., 2001.
17. ΙΤΑ, *Ο ρόλος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στη Δημόσια Υγεία*, Αθήνα 2009, σ. 104.
18. Jatrana S. – Crampton P. – Filoche S., *The case for integrating oral health into primary health care*, NZ Med. J., 2009.
19. Jing Su – Xiao-Hong Deng – Zheng Sun, *A 10-year survey of compliance with recommended procedures for infection control by dentists in Beijing*, 2012, PMID: 22568740.
20. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. – Λάγιου Α. – Βιβιλάκη Β., «Τομείς δράσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» στο Αθηνά Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου κ.ά., *Εφαρμογές Καλών Πρακτικών Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*, ΣΕΑΒ, Αθήνα 2015, σ. 47-54.
21. Κυριόπουλος Γ. – Αθανασάκης Κ. – Πάβη Ε., *Οικονομική κρίση και Υγεία. Ένα δοκίμιο πολιτικής οικονομίας για την ανασυγκρότηση του υγειονομικού τομέα*, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2012.
22. Κυριόπουλος Γ. – Λιονής Χ. – Τσίαντου Β. – Σουλιώτης Κ. – Ολλανδέζος Μ. – Μυλωνά Κ., *Σχέδιο Δράσης για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, Ειδική Υπηρεσία Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα 2008.
23. Laheij A. M. G. A. – Kistler J. O. – Belibasakis G. N. – Välimaa H. – de Soet J. J., *Healthcare-associated viral and bacterial infections in dentistry*, 2011 PMID: 22701774.

24. Λαμπαδάκης Ι. και συν., *Η παροχή Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Φροντίδας από τα Κέντρα Υγείας. Ο ρόλος, η σημασία και οι προοπτικές της. Στοματολογία*, 56: 78-89, 1999.
25. Λιαρόπουλος Λ., *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*, τ. Α΄, ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις ΜΕΠΕ, Αθήνα 2007.
26. Λιαρόπουλος Λ., *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*, τ. Β΄, ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις ΜΕΠΕ, Αθήνα 2010.
27. Λιονής Χ. – Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. – Λάγιου Α. – Βιβιλάκη Β., «Ολοκληρωμένη (απαρτιωμένη) και εστιασμένη στον άνθρωπο Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Εισαγωγικά σχόλια και ο ρόλος της διεπιστημονικής ομάδας υγείας» στο Αθηνά Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου κ.ά., *Εφαρμογές Καλών Πρακτικών Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*, ΣΕΑΒ, Αθήνα 2015, σ. 16-21.
28. Λιονής Χ. – Μερκούρης Μ., *Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προτάσεις για τη βελτίωσή της, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 12, 2000.
29. Locker D., *Oral health and quality of life*, Oral Health Preview Dent 2004; 2 (Suppl. 1): 247-253.
30. OECD, *Regions at a Glance*, Organization for Economic Cooperation and Development, Paris 2007.
31. Οικονόμου Χ., *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα. Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας*, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Αθήνα, 2012.
32. Ουλής Κ. – Θεοδώρου Μ. – Μαστρογιαννάκης Τ. – Μαμάη-Χωματά Ε. – Πολυχρονοπούλου Α. – Παπαγιαννούλη Α. – Αθανασούλη Θ., *Η επιδημιολογική κατάσταση της στοματικής υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Προτάσεις για τη βελτίωσή της*, *Ελληνικά Στοματολογικά Χρονικά* 2009, 53.
33. Ovretveit J., *Formulating a health quality improvement strategy for a developing country*, International Journal of Health Care Quality Assurance, 17 (7), 2004.
34. «Πώς να ζούμε με ένα ΕΞΥΠΙΝΟ ΣΤΟΜΑ. Ο οδηγός σας για την καλή στοματική σας υγεία», FDI World Dental Federation, 2016, σ. 3.
35. Patel R., *The state of oral health in Europe. Report commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe*, September 2012.

36. Petersen P., *Global policy for improvement of oral health in the 21st century-implications to oral health research of World Health Assembly*, WHO, Community Dent Oral Epidemiol. 2009.
37. *Public Dental Service... the safety-net for oral health*, BDA, November 2014.
38. Ramseier Christoph A. – Warnakulasuriya Saman – Needleman Ian G., *Consensus Report: 2nd European Workshop on Tobacco Use Prevention and Cessation for Oral Health Professionals*, PMID: 20361571.
39. Sheiham Aubrey, *Oral health, general health and quality of life*, Bulletin of the World Health Organization, 83 (9), 2005, 644.
40. Σίμου Έφη, «Εισαγωγικό Σημείωμα: Δικαίωμα στην Υγεία», *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία*, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα 2008, σ. 26-27.
41. Συγγελάκης Α., *Η υγεία και το Κράτος Πρόνοιας στην εποχή της Παγκοσμιοποίησης*, Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Ειδίκευσης στην Κοινωνική Οδοντιατρική, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Οδοντιατρικής, ΕΚΠΑ, Αθήνα 2002.
42. Συγγελάκης Α., *Οικονομία και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας*, Σημειώσεις για το εαρινό εξάμηνο 2009-2010, Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, ΤΕΙ Αθήνας, Αιγάλεω 2010.
43. Συγγελάκης Α. – Κωλέτση-Κουνάρη Χ. – Πολυχρονοπούλου Α. – Παναγιωτάκος Δ. – Λιονής Χ., *Αποτύπωση και αξιολόγηση της στελέχωσης και οργάνωσης των Οδοντιατρικών Τμημάτων των Κέντρων Υγείας του Ε.Σ.Υ.*, Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική, 2012.
44. Συγγελάκης Α., *Η δημόσια οδοντιατρική φροντίδα στην Ελλάδα: Μελέτη των παρεχόμενων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας οδοντιατρικής φροντίδας των Κέντρων Υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Ελλάδας και η αξιολόγησή τους*, Αθήνα 2014.
45. Strasser R., *Rural health around the world: challenges and solution*, Family Practice, 2003.
46. Stuckler D. – Basu S. – Suhrcke M. – Coutts A. – McKee M., *The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis*, Lancet 2009.

47. Stuckler D. – Basu S. – Suhrcke M. – McKee M., *The health implications of financial crisis: A review of the evidence*, Ulster Med J 2009.
48. *The World Health Report 2000 - Health Systems: improving performance*, World Health Organization, Geneva 2000.
49. *The World Health Report 2003 - Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme*, World Health Organization, Geneva 2003.
50. *The World Health Report 2008 - Primary Health Care: Now More Than Ever*, World Health Organization, Geneva 2008.
51. Tomar S. – Cohen L., *Attributes of an ideal oral health care system*, J Public Health Dent., 2010.
52. Van der Sanden W. J. M. – Mettes D. G. – Plasschaert A. J. M. – Van't Hof M. A. – Grol R. P. T. M. – Verdonschot E. H., *Clinical practice guidelines in dentistry: opinions of dental practitioners on their contribution to the quality of dental care*, 2003 PMID: 12679506.
53. Βιβιλάκη Β. - Αδαμακίδου Θ., «Η φροντίδα στην κοινότητα από την ομάδα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» στο Αθηνά Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου κ.ά., *Εφαρμογές Καλών Πρακτικών Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*, ΣΕΑΒ, Αθήνα 2015, σ. 36-41.
54. Watt RG., *Emerging theories into the social determinants of health: implications for oral health promotion*, Community of Dental and Oral Epidemiology, 2002.
55. Watt RG et al., *Social inequalities in oral health: from evidence to action*, International Centre for Oral Health Inequalities Research and Policy, London (UK) 2015.
56. Wilkinson R. - Marmot M., *Social Determinants of Health. The Solid Facts*, World Health Organization, Copenhagen, 2003.

Ιστοσελίδες

1. <https://eody.gov.gr/covid-19-odigies-gia-prosopiko-limenon/?print=print>.
2. <https://www.hc-crete.gr>, προκήρυξη θεσεων κλαδου ιατρων εσυ για τις αποκεντρωμενες οργανικες μοναδες της 7ης υ.πε. κρητης δελτιο τυπου 18-12-2018.
3. <https://www.hc-crete.gr/Media/Default/diakhyrkseis-teyxh/%CE%94%CE%99%CE%91%CE%9A%CE%97%CE%A1%CE%A5%CE%9E%CE%97%20%CE%9C%CE%95%20%CE%91%CE%94%CE%91%CE%9C-13.pdf> (ISO 9001:2015 18PROC003725109 2018-09-21).
4. <https://www.poedhn.gr/deltia-typoy/item/5009-aparadekti-i-egkyklios-tou-eody-gia-ta-metra-prostasias-ton-ygeionomikon-mas-stelnei-os-provata-epi-sfagi-sta-peristatika-koronoioy-logo-elleipseon>.
5. <https://eoo.gr/odigies-profylaxis-gia-ergazomenous-se-odontiatreia-kai-astheneis>.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
UNIVERSITY OF CRETE

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΩΝ
FACULTY OF MEDICINE

Τ.Θ. 2208, 71003 Ηράκλειο, Κρήτη
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

P.O. Box 2208, Heraklion
DEPARTMENT OF SOCIAL MEDICINE

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΕΤΑΙ ΣΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ

I) ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Βαθμός Οδοντίατρου

0 Συντονιστής ΚΥ 1 Διευθυντής 2 Επιμελητής Α' 3

2. Ηλικία:

0 Άρρεν 1 Θήλυ

3. Φύλο

4. Έτος λήψης πτυχίου Οδοντιατρικής:

5. Έχετε Διδακτορικό, Τίτλο Αναγνωρισμένης Ειδικότητας Γναθοχειρουργικής), Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης ή Εξειδίκευσης;

0 Όχι

1 Ναι (σημειώστε Ίδρυμα έκδοσης τίτλου και επιστημονικό πεδίο).....

7. Χρόνος προϋπηρεσίας στο Ε.Σ.Υ. (σε ακέραιο αριθμό ετών):.....
8. Χρόνος προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο Κ.Υ. (σε ακέραιο αριθμό ετών):

(II) ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟΥ

9. Πόσες είναι οι οργανικές θέσεις οδοντιάτρων στο Κ.Υ.;
10. Πόσοι οδοντίατροι εργάζονται στο Κ.Υ. αυτή την περίοδο;
11. Ποιος ο αριθμός νοσηλευτικού και λοιπού υγειονομικού προσωπικού (νοσηλεύτες, επισκ. Υγείας κ.α.) που απασχολείται στο Οδοντιατρικό Τμήμα του Κ.Υ.;
12. Θεωρείτε ότι η στελέχωση του Οδοντιατρικού Τμήματος για την κάλυψη των αναγκών είναι :
- 0 Ανεπαρκής 1 Μέτρια 2 Καλή 3 Πολύ καλή 4 Άριστη

(III) ΟΡΓΑΝΩΣΗ – ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

13. Πώς καθορίζεται το ραντεβού με τον ασθενή;
- 0 Μέσω της γραμματείας του Κ.Υ. 1 Μέσω του οδοντιατρείου 2 Με άλλον τρόπο
14. Ποιος ο συνολικός αριθμός επισκέψεων που πραγματοποιήσαν στο Οδοντιατρικό Τμήμα οι ασθενείς το α' εξάμηνο του 2019 ;
15. Ποιος ο αριθμός των οδοντιατρικών πράξεων, ανά είδος, που πραγματοποιήθηκαν το α' εξάμηνο του 2019 ;
- A. Προληπτικής Οδοντιατρικής....., B. Οδοντικής Χειρουργικής.....,
- Γ. Περιοδοντολογίας....., Δ. Ενδοδοντίας.....,
- E. Εξακτικής/Στοματικής Χειρουργικής....., ΣΤ. Άλλες.....

16. Τηρείται βιβλίο κίνησης (ατομική καρτέλα) οδοντιατρικών ασθενών;

17. Τηρείται φάκελος ασθενούς στο οδοντιατρείο;

18. Εάν ναι, τηρείται ηλεκτρονικός οδοντιατρικός φάκελος;

19. Ο φάκελος ασθενούς εμπεριέχει εργαστηριακά και κλινικά ευρήματα (περιλαμβανομένων ακτινογραφιών – και πανοραμικών – καθώς και των σχεδίων θεραπείας);

20. Ενημερώνεται ο φάκελος του ασθενούς, κάθε φορά που επισκέπτεται το Οδοντιατρικό Τμήμα του Κ.Υ.;

21. Περιλαμβάνεται στο ιστορικό ερώτηση σχετική με τις καπνιστικές συνήθειες του ασθενούς;

22. Ακολουθείτε πρωτόκολλα/ κατευθυντήριες οδηγίες αναγνωρισμένων φορέων στην κλινική πράξη;

23. Θεωρείτε σημαντικό την εφαρμογή

γ. βελόνες – αιχμηρά αντικείμενα

δ. ανακυκλώσιμα υλικά

25. Το Οδοντιατρικό Τμήμα μπορεί, στη σημερινή κατάσταση, να εγγυηθεί ότι σε κάθε ασθενή χρησιμοποιούνται:

α. αποστειρωμένα εργαλεία;

β. χειρολαβές (micromotor, aerotor), οι οποίες αποστειρώνονται σε αυτόκαυστο Τύπου Β πριν από κάθε χρήση;

γ. ανταλλακτικά ρύγχη (μεταλλικά ή πλαστικά) για την αεροϋδροσύριγγα, που αλλάζουν πριν από κάθε χρήση;

26. Χρησιμοποιείτε στους κλιβάνους δείκτες αποστείρωσης;

27. Η προμήθεια των απαιτούμενων ιατροτεχνολογικών προϊόντων (υλικών, αναλωσίμων και εξοπλισμού) πληροί τις προδιαγραφές ασφάλειας που θέτει η εθνική και κοινοτική νομοθεσία;

28. Τα φάρμακα, τα υλικά και τα αναλώσιμα, που χρησιμοποιούνται στην κλινική πράξη, αποθηκεύονται και διατηρούνται με ασφαλή και κατάλληλο τρόπο στο Οδοντιατρείο του Κέντρου Υγείας;

29. Γίνεται κατάλληλη συντήρηση του εξοπλισμού σε τακτικά

33. Πώς αξιολογείτε το επίπεδο του εξοπλισμού του οδοντιατρείου;

0 Ανεπαρκές 1 Μέτριο 2 Καλό 3 Πολύ

34. Πώς αξιολογείτε συνολικά το επίπεδο της υποδομής (εγκ
εξοπλισμός) του οδοντιατρείου;

0 Ανεπαρκές 1 Μέτριο 2 Καλό 3 Πολύ

35. Πώς αξιολογείτε το επίπεδο ανταπόκρισης του Οδοντιατρικού Τμ
στις ανάγκες Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Φροντίδας του πληθ
ους;

0 Ανεπαρκές 1 Μέτριο 2 Καλό 3 Πολύ

36. Πώς αξιολογείτε συνολικά την οργάνωση και λειτουργία του Οδο
ντιατρικού Τμήματος του Κ.Υ.;

0 Ανεπαρκής 1 Μέτρια 2 Καλή 3 Πολύ

(IV) ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ & ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

37. Υπάρχει στο Κ.Υ. ομάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.);

0
Όχι

38. Αν υπάρχει στο Κ.Υ. ομάδα Π.Φ.Υ., έχει οργανωμένο πρόγραμμα ελέγχου;

0
Όχι

Αναπτύσσονται από το Οδοντιατρικό Τμήμα του Κ.Υ. οι παρακάτω πρόληψης και αγωγής στοματικής υγείας για παιδιά 0 έως 18 ετών, συχνά;

ΟΧΙ, ποτέ όσο είμαι εδώ	Σπάνια
----------------------------------	--------

39. Εκπαίδευση βρεφονηπιαγωγών, γονέων παιδιών προσχολικής ηλικίας, επίσκεψη σε παιδικό σταθμό ή/και νηπιαγωγείο με σκοπό την ευαισθητοποίηση σε θέματα αγωγής στοματικής υγείας;

0 1

42. Οδοντιατρική εξέταση μαθητών στο χώρο του δημοτικού σχολείου ή στο χώρο του Κ.Υ.;
- 0 1 2 3 4
-
43. Οδοντιατρική εξέταση μαθητών στο χώρο του γυμνασίου ή/και λυκείου ή στο χώρο του Κ.Υ.;
- 0 1 2 3 4
-
44. Ενημέρωση γονέων (παιδιών σχολικής ηλικίας) για τα ευρήματα της εξέτασης με επιστολή και πρόσκληση για να κλείσουν ραντεβού στο Κ.Υ.;
- 0 1 2 3 4
-
45. Τοπική εφαρμογή φθορίου στο σχολείο ή κατά το ραντεβού στο Κ.Υ.;
- 0 1 2 3 4
-
46. Αναφορικά με τα παιδιά και τους εφήβους ηλικίας 6-18 ετών, που επισκέφθηκαν το Οδοντιατρικό Τμήμα του Κ.Υ. κατά το α' εξάμηνο του 2019, σε ποιο ποσοστό τους επί τοις εκατό (%) πραγματοποιήσατε τοπική εφαρμογή φθορίου;
47. Αναφορικά με τα παιδιά ηλικίας 6-12 ετών, που επισκέφθηκαν το Οδοντιατρικό Τμήμα του Κ.Υ. κατά το α' εξάμηνο του 2019, σε ποιο ποσοστό τους επί τοις εκατό (%) πραγματοποιήσατε προληπτική έμφραξη οπών και σχισμών (sealants) των πρώτων μόνιμων γομφίων;
48. Αναφορικά με τα παιδιά ηλικίας 12-18 ετών, που επισκέφθηκαν το Οδοντιατρικό Τμήμα του Κ.Υ. κατά το α' εξάμηνο του 2019, σε ποιο ποσοστό τους επί τοις εκατό (%) πραγματοποιήσατε προληπτική έμφραξη οπών και σχισμών (sealants) των δεύτερων μόνιμων γομφίων;.....

Αναπτύσσονται από το Οδοντιατρικό Τμήμα του Κ.Υ. οι παρακάτω πρόληψη, προαγωγής υγείας και διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων για ΝΑΙ, πόσο συχνά;

	ΟΧΙ, ποτέ όσο είμαι εδώ	Σπάνια
49. Δράσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης ενηλίκων μέσω τοπικών φορέων ή σε εργασιακούς χώρους ή άλλους μαζικούς χώρους, για θέματα στοματικής υγείας	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
50. Προσυμπτωματικός έλεγχος για έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του στόματος σε άτομα υψηλού κινδύνου (καπνιστές, αλκοολικούς, ηλικιωμένους κλπ);	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
51. Τακτικός οδοντιατρικός έλεγχος σε ασθενείς με χρόνιες ψυχικές παθήσεις (ψυχώσεις, νοητική στέρωση, κλπ) ή/και ΑΜΕΑ;	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
52. Ενημερώνετε τους ασθενείς για τις βλαπτικές συνέπειες του κ στοματική τους υγεία;		

54. Οι ανασφάλιστοι έχουν πρόσβαση στην οδοντιατρική φροντίδα από το Κ.Υ.;

0 Όχι . 1 Ναι 2 Δεν ξέρω

55. Είναι η υποδομή του οδοντιατρείου πλήρως προσβάσιμη σε άτομα με ΑΜΕΑ);

0 Όχι 1 Ναι 2 Δεν ξέρω

56. Είναι το οδοντιατρείο πλήρως προσβάσιμο και φιλικό πια ανθρώπους (ηλικιωμένοι, άτομα με ψυχική διαταραχή, άτομα ιδιαιτερότητες κτλ);

0 Όχι 1 Ναι 2 Δεν ξέρω

57. Έχετε παρατηρήσει αυξημένη κίνηση ασθενών στο Οδοντιατρικό το τελευταίο έτος;

0 Όχι 1 Ναι 2 Δεν ξέρω

58. Αν ναι, θεωρείτε ότι αυξημένη προσέλευση συνδέεται με την οικ

0 Όχι 1 Ναι 2 Δεν ξέρω

60. Πόσο σημαντική θεωρείτε τη συμμετοχή οδοντιάτρων σε προγράμματα (ημερίδες, σεμινάρια, συνέδρια, κτλ)

0 Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ

61. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τη συνεργασία σας με το λοιπό προσωπικό;

0 Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ

62. Πως φαντάζεστε μια αποδοτικότερη συνεργασία;

63. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις συνθήκες εργασίας στο Κ.Υ. σας;

0 Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ

64. Αναφέρατε προκλήσεις που αντιμετωπίζετε καθώς και τα θετικά της εργασίας;

65. Λαμβάνοντας υπόψη την προσπάθεια και τα επιτεύγματα σας, θεωρείτε ότι η εργασία σας είναι αποδοτική;

0 Καθόλου 1 Λίγο 2 Μέτρια 3 Πολύ

67.Κατα την διάρκεια της πανδημίας ποιές είναι οι προκλήσεις που αντιμετ

68.Ποιός πιστεύετε θα έπρεπε να ο ρόλος σας στην ΠΦΥ? Τι ισχύει τι θα έ

ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7^Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
Ταχ. Δ/ση: 3^ο χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου – Μοιρών, 71500,
Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης
Πληροφορίες: **Μανουράς Ανδρέας**
Τηλ: 2813 404433
Fax: 2810 331570
Email: dprogram@hc-crete.gr

22.10.2020 07:32:32
ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦ
ΨΗΦΙΑΚΑ
ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟ
ΑΠΟ
ΚΑΛΙΟΠΗ
ΜΑΝΟΥΡΑΚΗ

ΑΠ:

ΠΡΟΣ: κ. Μπάκα /
Οδοντίατρος, Με
Φοιτητής Ιατρικής
Κρήτης.

ΚΟΙΝ:

- 1) κ. Αγαπίου Δη
7^{ης} ΥΠΕ Κρήτη
- 2) Σ.Ε.Λ. Κέντρω

ΘΕΜΑ: «Έγκριση έρευνας στα Κέντρα Υγείας 7^{ης} Υ.ΠΕ Κρήτης, στο πλαίσιο
ΣΧΕΤΙΚΑ: 1.Την με αρ. πρωτ. 44001/25-9-20 αίτηση του κ. Μπάκα Δημήτρ
στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Κρήτης.

Σας ενημερώνουμε ότι, λαμβάνοντας υπόψη την ανωτέρω σχετική αίτη
εγκρίνουμε τη διεξαγωγή έρευνας στα Κέντρα Υγείας της 7^{ης} Υ.ΠΕ Κρήτης,
ερωτηματολογίου στους Οδοντίατρους που υπηρετούν στα Κέντρα Υγ
Μεταπτυχιακής Εργασίας στο Π.Μ.Σ. «Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών
του Πανεπιστημίου Κρήτης, από τον κ. Μπάκα Δημήτριο, με θέμα
πρωτοβάθμιας οδοντιατρικής περίθαλψης στα Κέντρα Υγείας της Κρήτης
Τσιλιγιάννη Ιωάννας, Επίκουρης Καθηγήτριας Κοινωνικής Ιατρικής.

Η έγκριση δίνεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

α) της ανώνυμης συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου και αφού
εθελοντική τους συμμετοχή οι οδοντίατροι.

β) της δέσμευσης ότι πριν την παρουσίαση της εργασίας θα ι
αποτελεσμάτων της έρευνας στη Διοίκηση της 7^{ης} Υ.ΠΕ Κρήτης και στο επ
ΥΠΕ Κρήτης. Η υποβολή της περίληψης θα πρέπει να γίνει με τη χρήση
περίληψης αποτελεσμάτων για την 7^η Υ.ΠΕ, η οποία μπορεί να αναζητηθεί κ
σύμφωνα με τον www.hc-crete.gr/τηλ/ερευναForm.docx Η δέσμευση αυτή αφορά

ΑΔΕΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

21/2/2021

Ταχυδρομείο Yahoo - Fwd: άδεια χρήσης ερωτη

Fwd: άδεια χρήσης ερωτηματολογίου

Από: KONSTANTINOS VLASIADIS (vlasiadis.dent@gmail.com)

Προς: d_bakas@yahoo.gr

Ημερομηνία: Πέμπτη, 18 Απριλίου 2019, 10:56 μ.μ. EEST

----- Forwarded message -----

Από: **Aristomenis Syngelakis** <aristomenis.syngelakis@gmail.com>

Date: Πέμ, 18 Απρ 2019 στις 10:08 μ.μ.

Subject: Re: άδεια χρήσης ερωτηματολογίου

To: KONSTANTINOS VLASIADIS <vlasiadis.dent@gmail.com>

Μετά χαράς!

Παρακαλώ κρατήστε με ενήμερο για την πρόοδο της εργασίας.

Στη διάθεσή σας!

Αριστομένης Συγγελάκης
6955474871

Στάλθηκε από το iPhone μου

18 Απρ 2019, 7:54 μμ, ο χρήστης «KONSTANTINOS VLASIADIS <vlasiadis.dent

Αξιότιμη κε Συγγελάκη καλησπέρα σας.

Ονομάζομαι Κώστας Βλασιάδης και είμαι διευθυντής ΕΣΥ στο ΠαΓΝΗ. Με στρογγυλό τραπέζι στο Πανελλήνιο στα Ιωάννινα, με τον καθηγητή κ. Τζού Σας στέλνω αυτό το μήνυμα προκειμένου να σας ζητήσω την άδεια χρήση κατασκευάσατε και χρησιμοποιήσατε στη διδακτορική σας διατριβή με τίτλο φροντίδα στην Ελλάδα, Μελέτη των παρεχόμενων υπηρεσιών πρωτοβάθμ των Κέντρων Υγείας του εθνικού συστήματος υγείας της Ελλάδας και αξιολ στο ερωτηματολόγιο που αξιολογεί την ποιότητα της οδοντιατρικής περίθα Το ερωτηματολόγιο θα χρησιμοποιήσουμε στη μεταπτυχιακή εργασία του μεταπτυχιακού φοιτητή στο ΠΜΣ 'Δημόσια Υγεία - Πρωτοβάθμια φροντίδα - Υπηρεσίες υγείας', Σχολή Ιατρικής, Παν/μιο Κρήτης, στην οποία με τη κα Τσιλιγιάννη, επίκουρη καθηγήτρια Κοινωνικής Ιατρικής, Κώστας