

Αποτύπωση και αξιολόγηση της στελέχωσης και οργάνωσης των Οδοντιατρικών Τμημάτων των Κέντρων Υγείας του Ε.Σ.Υ.

Αριστομένης Ι. Συγγελάκης¹, Χαριτίμη Κωλέτση-Κουνάρη², Αργυρώ Πολυχρονοπούλου², Δημοσθένης Παναγιωτάκος³, Χρήστος Λιονής⁴

ΕΙΣΑΓΩΓΗ Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η αποτύπωση και αξιολόγηση της στελέχωσης, οργάνωσης και λειτουργίας των Οδοντιατρικών Τμημάτων (Ο.Τ.) των Κέντρων Υγείας (Κ.Υ.) του Ε.Σ.Υ. στην Ελλάδα.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ Προσκλήθηκαν και οι 192 οδοντίατροι που εργάζονται σε Κ.Υ. και των 7 Υγειονομικών Περιφερειών (Υ.Πε.) της χώρας, συμμετείχαν στην έρευνα οι 135 εξ αυτών (70,3% συμμετοχή). Οι 68 (50,4%) ήταν άνδρες 55,3±6,6 ετών και οι 67 (49,6%) ήταν γυναίκες 54,3±4,5 ετών. Απεστάλη ταχυδρομικά προτυποποιημένο ερωτηματολόγιο 92 βασικών ερωτημάτων στο οποίο διερευνήθηκαν οι ακόλουθοι άξονες: δημογραφικά χαρακτηριστικά, στελέχωση, οργάνωση και λειτουργία των Ο.Τ., δραστηριότητα προαγωγής της στοματικής υγείας και διαχείρισης χρονίων νοσημάτων, εκπαιδευτική δραστηριότητα, επαγγελματική καταπόνηση και ικανοποίηση. Στην παρούσα εργασία η ανάλυση εστιάσθηκε στα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τη στελέχωση, την οργάνωση και τη λειτουργία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Παρατηρήθηκε υποστελέχωση των Ο.Τ. των Κ.Υ. Συγκεκριμένα, μόνο στα 24 από τα 50 Κ.Υ. είχαν καλυφθεί και οι 2 προβλεπόμενες οργανικές θέσεις, στα 39 Κ.Υ. που είχαν 3 οργανικές θέσεις κανένα δεν είχε 3 οδοντιάτρους και μόλις στα 18 εξ αυτών υπηρετούσαν 2 οδοντίατροι. Το 76,7% των οδοντιάτρων έλαβε το πτυχίο του έως το 1985. Το 22,6% των οδοντιάτρων ανέφεραν ότι διαθέτουν διδακτορικό ή μεταπτυχιακό, ενώ το 7,6% διαθέτει και άλλο πτυχίο Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι. Το 74,8% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι τηρείται βιβλίο κίνησης ασθενών ενώ μόλις το 28,1% δήλωσε ότι τηρείται φάκελος ασθενούς. Το σύνολο των οδοντιάτρων δήλωσε ότι χρησιμοποιεί καλά αποστειρωμένα εργαλεία, αλλά μόλις το 37,4% δήλωσε ότι εγγυάται χειρολαβές που αποστειρώνονται σε αυτόκαυστο τύπου Β πριν από κάθε χρήση. Το 56,7% των οδοντιάτρων αξιολογεί ως ανεπαρκές ή μέτριο το επίπεδο υποδομής του οδοντιατρείου. Τέλος, το 45% των οδοντιάτρων θεωρεί ανεπαρκή ή μέτρια τη διασύνδεση του Κ.Υ. με τις υπηρεσίες δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας οδοντιατρικής φροντίδας. Εντούτοις, το 81,3% αξιολογεί από καλό έως άριστο το επίπεδο ανταπόκρισης του Ο.Τ. στις ανάγκες Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Φροντίδας (Π.Ο.Φ.) του πληθυσμού αναφοράς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Είναι αναγκαία η άμεση παρέμβαση της Πολιτείας για την πληρέστερη στελέχωση, τη βελτίωση των υποδομών και της οργάνωσης ώστε να καταστεί δυνατή η αναβάθμιση της κοινωνικά αναγκαίας, ιδίως κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης, Π.Ο.Φ. που παρέχεται από το Ε.Σ.Υ.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 5: 11-20, 2012

Λέξεις κλειδιά: Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Φροντίδα, Ε.Σ.Υ., αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας, Κέντρα Υγείας, Δημόσια Οδοντιατρική Υγεία.

¹ Οδοντίατρος, Πολιτικός & Διοικητικός Επιστήμων, MSc Κοινωνικής Οδοντιατρικής, MSc Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Υποψήφιος Διδάκτωρ Κοινωνικής Οδοντιατρικής, ΕΚΠΑ

² Αναπλ. Καθηγήτρια, Εργαστήριο Προληπτικής και Κοινωνικής Οδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

³ Καθηγητής Βιοστατιστικής και Επιδημιολογίας της Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο.

⁴ Καθηγητής, Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης.

Ίδρυμα προέλευσης:

Εργαστήριο Προληπτικής & Κοινωνικής Οδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Φροντίδα (Π.Ο.Φ.) αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) και της Δημόσιας Υγείας και περιλαμβάνει υπηρεσίες πρόληψης, αγωγής και προαγωγής της υγείας, καθώς και υπηρεσίες θεραπείας ή αποκατάστασης (βασική οδοντιατρική φροντίδα)^{1,2}. Η πλήρης ένταξη της Π.Ο.Φ. στο ολοκληρωμένο σύστημα υπηρεσιών Π.Φ.Υ. αποτελεί την κατεύθυνση που δίνουν οι διεθνείς οργανισμοί για λόγους μεγιστοποίησης της αποτελεσματικότητας, της ισότητας στην πρόσβαση, της ποιότητας και της αποδοτικότητάς τους³⁻⁵. Η κατεύθυνση αυτή είναι πιστή στη φιλοσοφία της Άλμα Άτα και τον Καταστατικό Χάρτη της Οπτάβα. Ενισχύεται δε σημαντικά από την εδραιωμένη, πλέον, στην ε-

πιστημονική κοινότητα άποψη ότι η στοματική υγεία είναι αναπόσπαστο τμήμα της γενικής υγείας και της ποιότητας ζωής, γεγονός που επιτάσσει την κοινή αντιμετώπιση οδοντιατρικών και χρόνιων γενικών νόσων, στο πλαίσιο της ολοκληρωμένης στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία. Επιπλέον, η βιωσιμότητα της Π.Ο.Φ. εξασφαλίζεται καλύτερα μέσα από την ένταξη στο ολοκληρωμένο σύστημα υπηρεσιών Π.Φ.Υ.^{5,8}

Στην χώρα μας η δημόσια παροχή υπηρεσιών Π.Ο.Φ. υλοποιείται κυρίως από τα Οδοντιατρικά Τμήματα (Ο.Τ.) των Κ.Υ. του Ε.Σ.Υ. και τις μονάδες του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Ανάμεσα στις βασικές υποχρεώσεις των Ο.Τ. των Κ.Υ. περιλαμβάνονται η παροχή πλήρους οδοντιατρικής φροντίδας σε ηλικίες 0-18 ετών καθώς και η αντιμετώπιση όλων των έκτακτων περιστατικών των ενηλίκων της περιοχής ευθύνης τους, ανεξάρτητα από ασφαλιστική ή όχι κάλυψη⁹. Σύμφωνα με το θεσμικό πλαίσιο η συντριπτική πλειοψηφία των Κ.Υ. αστικού και μη αστικού τύπου διαθέτει Ο.Τ., ωστόσο ο αριθμός των εν λειτουργία Ο.Τ. των Κ.Υ. συνεχώς μειώνεται ως απόρροια της υστέρησης του ρυθμού προσλήψεων σε σχέση με το ρυθμό αποχωρήσεων (κυρίως λόγω συνταξιοδότησης) αλλά και εξαιτίας άλλων παραγόντων (π.χ. μετακίνηση οδοντιάτρων από τα Κ.Υ. στα νοσοκομεία για την κάλυψη αναγκών ή σε άλλες υπηρεσίες)^{10,11}.

Όσον αφορά στην παροχή υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα, παρατηρούνται, μεταξύ άλλων, πολύ χαμηλές δημόσιες δαπάνες, έλλειψη συντονισμού της δημόσιας οδοντιατρικής φροντίδας, ανισότητες στην κάλυψη και την παροχή υπηρεσιών, απουσία αξιολόγησης και ελέγχου της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών τόσο στο δημόσιο όσο και τον ιδιωτικό τομέα, ενώ παράλληλα απουσιάζει η ουσιαστική και ολοκληρωμένη μέριμνα για την Προληπτική και Κοινωνική Οδοντιατρική. Ως συνέπεια των ανωτέρω, και παρά τη συνολικά υψηλή δαπάνη για την οδοντιατρική φροντίδα, καταγράφονται μη ικανοποιητικοί δείκτες στοματικής υγείας στον ελληνικό πληθυσμό ενώ παράλληλα παρατηρούνται σημαντικές ανισότητες στην κάλυψη των οδοντιατρικών αναγκών¹⁰⁻¹³.

Όπως ήταν αναμενόμενο, λόγω της βαθιάς οικονομικής κρίσης παρατηρήθηκε περαιτέρω επιδείνωση στην οδοντιατρική περίθαλψη του πληθυσμού και διεύρυνση των ανισοτήτων στη στοματική υγεία^{14,15}. Η επιδείνωση αυτή θα μπορούσε να αποδοθεί αφενός μεν στη ραγδαία μείωση της αγοραστικής δύναμης των πολιτών και αφετέρου στην περαιτέρω υποχώρηση της δημόσιας χρηματοδότησης και παροχής οδοντιατρικής φροντίδας, ως αποτέλεσμα και της επικρατούσας αντίληψης ότι η οδοντιατρική φροντίδα είναι πολυτέλεια σε περιόδους οικονομικής κρίσης¹⁶.

Σκοπός της εργασίας αυτής ήταν να αποτυπώσει και να αξιολογήσει την στελέχωση και οργάνωση των Οδοντιατρικών Τμημάτων των Κέντρων Υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ

Δείγμα της έρευνας

Για τους σκοπούς της έρευνας εστάλησαν προσκλήσεις για συμμετοχή στο σύνολο των 192 οδοντιάτρων που ερ-

γάζονται στα Κ.Υ. των 7 Υγειονομικών Περιφερειών (Υ.Πε.) της χώρας. Εξ αυτών δέχτηκαν να συμμετάσχουν οι 135 (70,3% συμμετοχή): 68 (50,4%) ήταν άνδρες 55,3±6,6 ετών και 67 (49,6%) ήταν γυναίκες 54,3±4,5 ετών.

Μεθοδολογία της δειγματοληψίας

Όπως προαναφέρθηκε, απεστάλη πρόσκληση συμμετοχής στην έρευνα και το συνοδευτικό υλικό και στους 192 οδοντιάτρους των Κ.Υ. της χώρας. Ακολούθησε συμπληρωματική ταχυδρομική αποστολή, σε όσους δήλωσαν ότι δεν έλαβαν το υλικό για διάφορους λόγους. Η αποστολή επαναλήφθηκε επίσης με φαξ και ηλεκτρονικό ταχυδρομείο στις περιπτώσεις εκείνες όπου, κατόπιν τηλεφωνικής επικοινωνίας, κρίθηκε απαραίτητο. Οι απαντήσεις ελήφθησαν με όλους τους δυνατούς τρόπους, κυρίως όμως μέσω ταχυδρομείου, κατά την περίοδο 17.7.2012 - 24.10.2012. Η έρευνα έλαβε την άδεια του Υπουργείου Υγείας (αρ. πρωτ. 1293/21.6.2012).

Καταγραφή μετρήσιμων χαρακτηριστικών

Χρησιμοποιήθηκε ένα ημι-ποσοτικοποιημένο ερωτηματολόγιο, κατόπιν κατάλληλης, για τις ανάγκες της έρευνας, διαμόρφωσης. Συνοπτικά, οι ερωτήσεις προέκυψαν από την επισκόπηση ανάλογων προσπαθειών του Υπουργείου Υγείας και του ΚΕ.Σ.Υ. για την οργάνωση, αξιολόγηση και ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων από το Ε.Σ.Υ. υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας, όπως αυτές αποτυπώθηκαν σε εγκυκλίους, υπουργικές αποφάσεις, αποφάσεις του ΚΕ.Σ.Υ. και εργαλείων αξιολόγησης που χρησιμοποιήθηκαν¹⁷⁻²¹. Παράλληλα αξιοποιήθηκε η τρέχουσα διεθνής βιβλιογραφία²²⁻⁴⁶.

Δημογραφικά χαρακτηριστικά. Εκτός της ηλικίας και του φύλου διερευνήθηκαν ο βαθμός του οδοντιάτρου, το έτος λήψης πτυχίου Οδοντιατρικής, η κατοχή άλλου πτυχίου ή/και Διδακτορικού Διπλώματος, Τίτλου Ειδικότητας, Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδικότητας ή Διπλώματος Κλινικής Εξειδίκευσης, τα χρόνια προϋπηρεσίας στο Ε.Σ.Υ. και το συγκεκριμένο Κ.Υ.

Στελέχωση Οδοντιατρικού Τμήματος του Κ.Υ. Οι ερωτήσεις αφορούσαν:

- Στον αριθμό των οργανικών θέσεων και στον αριθμό των οδοντιάτρων που πραγματικά απασχολούνται στο Κ.Υ.,
- Στον αριθμό του νοσηλευτικού και λοιπού υγειονομικού προσωπικού που απασχολείται στο Ο.Τ.,
- Στην αξιολόγηση από τους οδοντιάτρους της στελέχωσης του Ο.Τ.

Οργάνωση και λειτουργία του Ο.Τ. του Κ.Υ. Οι ερωτήσεις αφορούσαν στα εξής:

- Στον τρόπο καθορισμού του ραντεβού, το συνολικό αριθμό επισκέψεων που πραγματοποιήσαν οι ασθενείς στο Ο.Τ. και στον αριθμό των οδοντιατρικών πράξεων ανά είδος κατά το α' εξάμηνο του 2012,
- Στην τήρηση βιβλίου κίνησης, φακέλου ασθενούς (συμβατικού και ηλεκτρονικού, ο οποίος εμπεριέχει εργαστηριακά και κλινικά ευρήματα και ενημερώνεται σε κάθε επίσκεψη)^{41,42}.

Περιλήφθηκαν επίσης ερωτήσεις που αφορούσαν στα εξής:

- Στην εφαρμογή πρωτοκόλλων/κατευθυντήριων οδηγιών αναγνωρισμένων φορέων στην κλινική πράξη και στη σημασία που αποδίδουν οι οδοντίατροι στα πρωτόκολλα²⁸⁻³¹.
- Στην ύπαρξη μηχανισμών ασφαλούς απορρίψης και περιβαλλοντικά υπεύθυνης διαχείρισης του υδραργύρου, των μολυσματικών απορριμμάτων, των βελονών και αιχμηρών αντικειμένων και των ανακυκλώσιμων υλικών³¹⁻³³.
- Στο αν είναι σε θέση το Ο.Τ. να εγγυηθεί τη χρήση καλά αποστειρωμένων και ασφαλών εργαλείων, χειρολαβών και αεροϋδροσύριγγας σε κάθε ασθενή^{31,33-37}.
- Στο αν γίνεται κατάλληλη συντήρηση του εξοπλισμού σε τακτική βάση και σύμφωνα με τις απαιτήσεις του κατασκευαστή και αν τηρούνται σχετικά αρχεία³² και στην ασφαλή και κατάλληλη αποθήκευση και διατήρηση των φαρμάκων, υλικών και αναλώσιμων, που χρησιμοποιούνται στην κλινική πράξη³¹.
- Στην ύπαρξη εντύπου υποβολής παραπόνων και προτάσεων βελτίωσης από τους ασθενείς^{28,31} καθώς και στο εάν υπάρχει θεσμοθετημένη διαδικασία υποβολής παραπόνων ή / και προτάσεων βελτίωσης από τους οδοντίατρος των Κ.Υ. προς τη Διοίκηση του Ε.Σ.Υ.
- Στην ύπαρξη στο Ο.Τ. Η/Υ με πρόσβαση στο Internet^{38,39}. Επίσης ζητήθηκε από τους οδοντίατρος η αξιολόγηση του επιπέδου του εξοπλισμού και της συνολικής υποδομής του οδοντιατρείου καθώς και η αξιολόγηση της οργάνωσης και λειτουργίας του Ο.Τ. του Κ.Υ. και της ανταπόκρισής του στις ανάγκες Π.Ο.Φ. του πληθυσμού ευθύνης του.
- Στην αξιολόγηση από τους οδοντίατρος της υφιστάμενης διασύνδεσης της υπηρεσίας τους με τις υπηρεσίες δευτεροβάθμιας ή/και τριτοβάθμιας οδοντιατρικής φροντίδας στις οποίες συνήθως παραπέμπουν τους ασθενείς τους⁴⁰.
- Στην αξιολόγηση του επιπέδου ανταπόκρισης του Ο.Τ. στις ανάγκες Π.Ο.Φ. του πληθυσμού ευθύνης του Κ.Υ.

Στατιστική Ανάλυση

Πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση, όπου οι ποσοτικές μεταβλητές περιγράφονται με τη μέση τιμή ± τυπική απόκλιση. Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτη και σχετική συχνότητα (%). Χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό λογισμικό (SPSS 18.0, SPSS Inc. Illinois, USA).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δημογραφικά στοιχεία

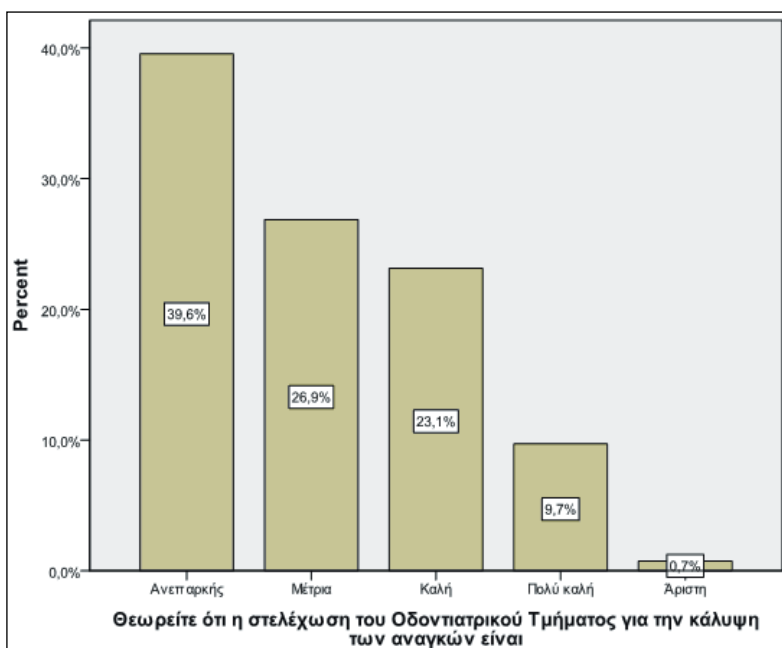
Όπως προαναφέρθηκε, στην έρευνα δέχτηκαν να συμμετάσχουν οι 135 εκ των 192 οδοντιάτρων (n=68 άνδρες 55,3±6,6 ετών, n=67

Πίνακας 1

ΠΟΣΟΙ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΙ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ ΣΤΟ Κ.Υ. ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΚΑΙ ΠΟΣΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ ΣΤΟ Κ.Υ.;

		Πόσες είναι οι οργανικές θέσεις οδοντιάτρων στο Κ.Υ.;						Σύνολο
		1	2	3	4	5	6	
Πόσοι οδοντίατροι εργάζονται στο Κ.Υ. αυτή την περίοδο	1	20	26	21	4	4	1	76
	2	0	24	18	6	4	0	52
	3	0	0	0	4	3	0	7
Σύνολο		20	50	39	14	11	1	135

γυναίκες 54,3±4,5 ετών) που εργάζονται στα Κ.Υ. της χώρας (ποσοστό συμμετοχής 70,3%). Οι οδοντίατροι που συμμετείχαν προέρχονταν από τα 110 εκ των 142 οδοντιατρικών τμημάτων των Κ.Υ. που διαθέτουν στην πράξη έστω κι έναν οδοντίατρο (ποσοστό συμμετοχής 77,5%). Το 57% των οδοντιάτρων που συμμετείχαν κατείχαν το βαθμό του Συντονιστή Διευθυντή ή Διευθυντή! Ο μέσος χρόνος προϋπηρεσίας στο Ε.Σ.Υ. ήταν 20,1±7,3 έτη ενώ ο μέσος χρόνος προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο ΚΥ ήταν 17,8±8,1 έτη. Το 40,6% των οδοντιάτρων που εργάζονται στα Κ.Υ. έλαβε το πτυχίο του έως το 1980 ενώ 76,7% έλαβε το πτυχίο του έως το 1985. Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, το 22,6% των οδοντιάτρων διαθέτουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών ή τίτλο αναγνωρισμένης εξειδίκευσης ή δίπλωμα κλινικής εξειδίκευσης, ενώ το 7,6% των οδοντιάτρων διαθέτουν και άλλο πτυχίο.



Εικ. 1: Κατανομή των απόψεων των οδοντιάτρων για τη στελέχωση στα Κ.Υ. της μελέτης.

Στελέχωση Ο.Τ.

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζεται η κάλυψη των οργανικών θέσεων οδοντιάτρων στα Κ.Υ. της μελέτης. Συγκεκριμένα, στα 50 Κ.Υ. που είχαν 2 οργανικές θέσεις, μόλις στα 24 υπηρέτουσαν και οι δύο οδοντίατροι και στα 26 από ένας, στα 39 Κ.Υ. που είχαν 3 οργανικές θέσεις κανένα δεν είχε και τους 3 οδοντιάτρους ενώ μόλις στα 18 υπηρέτουσαν από δύο οδοντίατροι και στα 21 από ένας.

Διαπιστώθηκε επίσης, μειωμένη στήριξη του Ο.Τ. από νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας ή λοιπό υγειονομικό προσωπικό του Κ.Υ. Συγκεκριμένα, το 71,2% των οδοντιάτρων δήλωσαν ότι στο Ο.Τ. δεν απασχολούνταν κανένα άτομο από το νοσηλευτικό και λοιπό υγειονομικό προσωπικό του Κ.Υ., το 25% δήλωσαν ότι στο Ο.Τ. απασχολούνταν ένα άτομο ενώ μόλις το 3,8% δήλωσαν ότι στο Ο.Τ. απασχολούνταν δύο άτομα από το νοσηλευτικό και λοιπό υγειονομικό προσωπικό του Κ.Υ. Επίσης, το 66,5% των οδοντιά-

τρων θεωρεί ότι η στελέχωση των οδοντιατρικών τμημάτων είναι μέτρια ή ανεπαρκής (εικ. 1).

Οργάνωση και λειτουργία Ο.Τ.

Ο μέσος αριθμός επισκέψεων που πραγματοποιήσαν οι ασθενείς στο Οδοντιατρικό Τμήμα των Κ.Υ. το α' εξάμηνο του 2012 ήταν 960 ± 537 . Οι οδοντιατρικές πράξεις στην πλειοψηφία τους ήταν προληπτικής οδοντιατρικής (ΜΟ: 470 ± 447 πράξεις). Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σε σχέση με τον τρόπο καθορισμού των ραντεβού με τους ασθενείς και στον Πίνακα 3 τα σχετικά με την τήρηση αρχείων (συμβατικών και ηλεκτρονικών).

Σε ποσοστό 45,7% οι οδοντίατροι των Κ.Υ. δήλωσαν ότι περιλαμβάνεται στο ιατρικό ιστορικό ερώτηση αναφορικά με τις καπνιστικές συνήθειες του ασθενούς ενώ σε ποσοστό 61,5% οι οδοντίατροι των Κ.Υ. ανέφεραν ότι ακολουθούν συγκεκριμένα πρωτόκολλα ή και κατευθυντήριες ο-

δηγίες, και σε ποσοστό 90,7% θεωρούν σημαντική την εφαρμογή των πρωτοκόλλων.

Όσον αφορά τους μηχανισμούς ασφαλούς απόρριψης και περιβαλλοντικά υπεύθυνης διαχείρισης των αποβλήτων και απορριμμάτων της οδοντιατρικής πράξης και την ασφαλή αποστείρωση των οδοντιατρικών εργαλείων και εξαρτημάτων του εξοπλισμού, που χρησιμοποιούνται στην κλινική πράξη, τα αποτελέσματα περιλαμβάνονται στους Πίνακες 4 και 5.

Επίσης:

- το 94,8% των οδοντιάτρων δήλωσε ότι τα φάρμακα και τα υλικά αποθηκεύονται και διατηρούνται με ασφαλή και κατάλληλο τρόπο στο οδοντιατρείο του Κ.Υ.,
- το 40% των οδοντιάτρων δήλωσε ότι γίνεται κατάλληλη συντήρηση του εξοπλισμού, ενώ το 5,9% δήλωσε ότι δεν γνωρίζει αν γίνεται,
- το 54,7% των οδοντιάτρων δήλωσε ότι τηρούνται αρχεία για την συντήρηση του εξοπλισμού ενώ το 5,7% δήλωσε ότι δεν γνωρίζει αν τηρούνται.

Το 87,2% των οδοντιάτρων δήλωσαν ότι στο Ο.Τ. όπου υπηρετούν δεν υπάρχει έντυπο υποβολής παραπόνων ή/και προτάσεων ενώ

Πίνακας 2		
ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ ΤΩΝ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ		
Μέθοδος καθορισμού ραντεβού	N	%
μέσω της γραμματείας του Κ.Υ.	23	17,3
μέσω του οδοντιατρείου	97	72,9
με άλλους τρόπους	13	9,8

Πίνακας 3		
ΤΗΡΗΣΗ ΑΡΧΕΙΩΝ		
	N	%
Τήρηση βιβλίου κίνησης ασθενών	101	74,8
Τήρηση φακέλου ασθενούς	38	28,1
Εξ όσων τηρούν φάκελο ασθενούς:		
τήρηση ηλεκτρονικού φακέλου	14	38,9
καταγραφή εργαστηριακών και κλινικών ευρημάτων	16	38,1
ενημέρωση φακέλου σε κάθε συνεδρία	36	85,7

Πίνακας 4								
ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΣΦΑΛΟΥΣ ΑΠΟΡΡΙΨΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΑ ΥΠΕΥΘΥΝΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΩΝ ΑΠΟΒΛΗΤΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΡΡΙΜΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΡΑΞΗΣ								
	Υδράργυρος		Μολυσματικά απορρίμματα		Βελόνες - αιχμηρά αντικείμενα		Ανακυκλώσιμα υλικά	
	v	%	v	%	v	%	N	%
Όχι	70	51,9	29	21,5	5	3,7	56	41,5
Ναι	52	38,5	100	74,1	129	95,5	68	50,4
Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	13	9,6	6	4,4	1	0,8	11	8,1

Πίνακας 5								
ΜΕΤΡΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΔΙΑΣΠΟΡΑΣ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ								
	Αποστειρωμένα εργαλεία		Χειρολαβές, οι οποίες αποστειρώνονται σε αυτόκαυστο Τύπου Β πριν κάθε χρήση		Ανταλλακτικά ρύγχη (μεταλλικά ή πλαστικά) για την αεροϋδροσύριγγα, που αλλάζουν πριν από κάθε χρήση		Δείκτες αποστείρωσης στους κλιβάνους;	
	N	%	N	%	N	%	v	%
Όχι	0	0	80	59,3	80	59,3	33	24,4
Ναι	134	99,3	49	36,3	51	37,8	96	71,1
Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	1	0,7	6	1,4	4	2,9	6	4,5

το 55,6% δήλωσαν ότι το Ο.Τ. του Κ.Υ. διαθέτει Η/Υ με πρόσβαση στο διαδίκτυο. Το 56,7% των οδοντιάτρων της έρευνας αξιολογεί ως ανεπαρκές ή μέτριο το επίπεδο υποδομής (εγκαταστάσεις και εξοπλισμός) του οδοντιατρείου, το 41,8% ως καλό ή πολύ καλό και μόλις το 1,5% το θεωρεί άριστο. Παρ' όλα αυτά, το 42,2% θεωρεί ότι η συνολική οργάνωση και λειτουργία του οδοντιατρικού τμήματος είναι πολύ καλή ή άριστη (τα αναλυτικά στοιχεία ανά Υ.Πε. περιλαμβάνονται στον Πίνακα 6). Τέλος, το 45% των οδοντιάτρων θεωρεί ανεπαρκή ή μέτρια τη διασύνδεση του Κ.Υ. με τις υπηρεσίες πρωτο-

βάθμιας ή δευτεροβάθμιας οδοντιατρικής φροντίδας υγείας. Εν τούτοις, το 81,2% αξιολογεί από καλό έως άριστο το επίπεδο ανταπόκρισης του Ο.Τ. του Κ.Υ. στις ανάγκες Π.Ο.Φ. του πληθυσμού αναφοράς.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα εργασία αναδείχθηκε η σημαντική υποστελέχωση των οδοντιατρικών τμημάτων των Κ.Υ., τόσο από οδοντιατρικό, όσο και λοιπό υγειονομικό προσωπικό. Το επίπεδο εκπαίδευσης των οδοντιάτρων χαρακτηρίζε-

Πίνακας 6									
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ Κ.Υ. (ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ ΑΝΑ Υ.ΠΕ.)									
		Υγειονομική Περιφέρεια							Σύνολο
		1	2	3	4	5	6	7	
Ανεπαρκής	N	0	0	0	1	4	1	0	6
	%	,0%	,0%	,0%	4,2%	20,0%	2,4%	,0%	4,4%
Μέτρια	N	2	2	2	3	3	9	0	21
	%	40,0%	10,5%	14,3%	12,5%	15,0%	22,0%	,0%	15,6%
Καλή	N	0	11	3	12	6	12	7	51
	%	,0%	57,9%	21,4%	50,0%	30,0%	29,3%	58,3%	37,8%
Πολύ καλή	N	3	6	7	6	6	16	5	49
	%	60,0%	31,6%	50,0%	25,0%	30,0%	39,0%	41,7%	36,3%
Άριστη	N	0	0	2	2	1	3	0	8
	%	,0%	,0%	14,3%	8,3%	5,0%	7,3%	,0%	5,9%

ται υψηλό σε ό,τι αφορά στα τυπικά τους προσόντα. Αναφέρθηκαν προβλήματα οργάνωσης, υστέρηση στο επίπεδο των υποδομών και του εξοπλισμού ενώ παράλληλα παρατηρήθηκε θετική στάση σε σχέση με την εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών, την άσκηση προληπτικής οδοντιατρικής ή την εφαρμογή προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος. Παρά τους περιορισμούς της παρούσας έρευνας, τα ευρήματά της μπορούν να αξιοποιηθούν από τους αρμόδιους φορείς στη βελτίωση της δημόσιας πρωτοβάθμιας οδοντιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα.

Με βάση τα ευρήματα της έρευνας και σε συνδυασμό με τα διαθέσιμα από Υπουργείο Υγείας στοιχεία, προκύπτει σημαντική και συνεχής μείωση του αριθμού των Ο.Τ. των Κ.Υ. που λειτουργούν καθώς και των οδοντιάτρων που απασχολούνται σε αυτά. Συγκεκριμένα, ενώ έχουν προβλεφθεί 512 οργανικές θέσεις οδοντιάτρων σε 195 Ο.Τ. στα Κ.Υ., όπου το 2006 υπηρέτουσαν 342 οδοντίατροι¹⁰, το 2010 ήταν εν λειτουργία 152 Ο.Τ. όπου εργάζονται 241 οδοντίατροι¹¹. Στην παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε η λειτουργία μόλις 142 Ο.Τ. όπου εργάζονται συνολικά 192 οδοντίατροι. Πρόκειται για μείωση 44% σε μία περίοδο έξι, μόλις, ετών! Επιπλέον, παρατηρείται σχετική γήρανση του ανθρώπινου δυναμικού που στελεχώνουν τα Ο.Τ. των Κ.Υ. Η κατάσταση επιδεινώνεται από τη σημαντική υστέρηση που καταγράφηκε σε σχέση με την υποστήριξη του Ο.Τ. από λοιπό υγειονομικό προσωπικό που εργάζεται στο Κ.Υ. (νοσηλεύτες, επισκέπτες υγείας κ.α.). Το εύρημα αυτό, πέραν της απομείωσης του προσωπικού του δημόσιου τομέα υγείας λόγω της οικονομικής κρίσης, αποκαλύπτει και τη μειωμένη προτεραιότητα της οδοντιατρικής στο πλαίσιο του Ε.Σ.Υ.

Από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψε ότι η ακολουθούμενη διαδικασία στα Ο.Τ. των Κ.Υ., ως προς την τήρηση βιβλίου κίνησης ασθενών και οδοντιατρικού φακέλου ασθενούς, υπολείπεται σημαντικά σε σχέση με τα διεθνή δεδομένα^{25,27,41}, και ευλόγως προκαλεί προβληματισμό. Εξ αυτών μάλιστα που τηρούν φάκελο ασθενούς, λιγότεροι από 4 στους 10 τηρούν ηλεκτρονικό οδοντιατρικό φάκελο ασθενούς (συνολικά δηλαδή μόλις το 11% των οδοντιάτρων που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσε ότι τηρεί ηλεκτρονικό οδοντιατρικό φάκελο ασθενούς). Το στοιχείο αυτό, σε συνδυασμό με το χαμηλό ποσοστό πρόσβασης του Ο.Τ. των Κ.Υ. στο διαδίκτυο, αναδεικνύει μία τεχνολογική υστέρηση του οδοντιατρικού προσωπικού των Κ.Υ. του Ε.Σ.Υ. Επίσης προκαλεί προβληματισμό το χαμηλό ποσοστό των οδοντιάτρων που δήλωσαν ότι ο φάκελος ασθενούς περιέχει εργαστηριακά και κλινικά ευρήματα (38,1% όσων τηρούν φάκελο ασθενούς, δηλαδή μόλις 10,7% στο σύνολο των συμμετεχόντων). Παρά ταύτα, θεωρείται θετικό το γεγονός ότι το 85,7% όσων τηρούν οδοντιατρικό φάκελο δηλώνουν ότι ενημερώνουν τον φάκελο κάθε φορά που επισκέπτεται ο ασθενής το Ο.Τ.

Είναι γεγονός ότι και σε διεθνές επίπεδο έχει παρατηρηθεί κακή ποιότητα τήρησης γραπτών αρχείων²⁵, μεγάλες αποκλίσεις μεταξύ των οδοντιάτρων²⁷ και μη τήρηση του οδοντιατρικού φακέλου ασθενούς, με ολοκληρωμένο και σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες τρόπο, από την πλειοψηφία των οδοντιάτρων, ιδίως στο δημόσιο τομέα^{25,41}. Ωστόσο η εικόνα στα Κ.Υ. της χώρας μας σε σχέση με το ζή-

τημα αυτό δεν είναι καθόλου ικανοποιητική, λαμβάνοντας υπόψη ότι παρατηρείται απόσταση μεταξύ της υποκειμενικής αντίληψης των οδοντιάτρων για την επαρκή τήρηση του οδοντιατρικών αρχείων σε σχέση με αυτό που πραγματικά θα έπρεπε να κάνουν βάσει των κατευθυντήριων οδηγιών⁴². Η κατάσταση αυτή αδικεί τη συνολική προσπάθεια των οδοντιάτρων που εργάζονται στα Κ.Υ. και υπογραμμίζει την ανάγκη εκπαίδευσης και την ευαισθητοποίηση των οδοντιάτρων στην τήρηση των αρχείων καθώς και την ανάγκη ύπαρξης σχετικής οδηγίας και παρακολούθησης της εφαρμογής της από το Υπουργείο Υγείας²⁷.

Σε σχέση με την πρόληψη ή διακοπή του καπνίσματος, η συμβολή του οδοντίατρου είναι καλά τεκμηριωμένη, όπως και οι θετικές συνέπειές της στην βελτίωση της στοματικής υγείας των ατόμων⁴³⁻⁴⁵. Στην παρούσα εργασία, το ποσοστό των οδοντιάτρων των Κ.Υ. που δήλωσαν ότι περιλαμβάνεται στο ιατρικό ιστορικό ερώτηση σχετική με τις καπνιστικές συνήθειες του ασθενούς κρίνεται ως μη ικανοποιητικό. Ωστόσο, φαίνεται ότι παρά την έλλειψη σχετικής ερώτησης στο ιστορικό, στοιχείο που περισσότερο συνδέεται με πιθανά ελλείμματα στην οργάνωση της οδοντιατρικής φροντίδας, οι οδοντίατροι δεν είναι αρνητικοί ή αδιάφοροι στο ζήτημα δεδομένου ότι είναι υψηλό το ποσοστό αυτών που δήλωσαν ότι ενημερώνουν τους ασθενείς για τις βλαπτικές συνήθειες του καπνίσματος.

Σε πολύ υψηλό ποσοστό οι οδοντίατροι των Κ.Υ. ανέφεραν ότι ακολουθούν πρωτόκολλα ή/και κατευθυντήριες οδηγίες αναγνωρισμένων φορέων και ότι θεωρούν σημαντική την εφαρμογή τους. Τα στοιχεία αυτά υποδηλώνουν τη θετική στάση τους σε παρεμβάσεις βελτίωσης της οργάνωσης της παροχής της φροντίδας. Παρά ταύτα, απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση καθώς συχνά παρατηρείται απόκλιση μεταξύ της υποκειμενικής αντίληψης των οδοντιάτρων για την τήρηση των διαδικασιών και της πραγματικότητας⁴² ενώ πιθανώς στη θετική στάση των οδοντιάτρων έχει συντελέσει το γεγονός ότι δεν έχει θεθεί σε υποχρεωτική βάση η εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών καθώς σ' αυτή την περίπτωση ενδεχομένως να επικρατούσε ο φόβος της μείωσης της επαγγελματικής τους αυτονομίας²⁹.

Όσον αφορά στους μηχανισμούς ασφαλούς απόρριψης και περιβαλλοντικά υπεύθυνης διαχείρισης των αποβλήτων και απορριμμάτων της οδοντιατρικής πράξης, τα αποτελέσματα είναι πολύ ικανοποιητικά σε σχέση με τις βελόνες και τα αιχμηρά αντικείμενα, σχετικά ικανοποιητικά σε σχέση με τα μολυσματικά απορρίμματα, ενώ είναι μη ικανοποιητικά για τον υδράργυρο και τα ανακυκλώσιμα υλικά. Αναδεικνύεται επίσης διαφορετική συμπεριφορά μεταξύ των διαφόρων Ο.Τ. των Κ.Υ. του Ε.Σ.Υ. ενώ θα αναμέναμε ενιαία αντιμετώπιση του ζητήματος. Το γεγονός αυτό της απόκλισης μεταξύ των Ο.Τ. πιθανώς οφείλεται στη διαφορά εκπαίδευσης, ευαισθητοποίησης και επαγγελματισμού των οδοντιάτρων και των διοικήσεων των Κ.Υ. αλλά και στην απουσία αποστολής από το Υπουργείο Υγείας πρωτοκόλλου - κατευθυντήριων οδηγιών για το ζήτημα.

Το σύνολο των οδοντιάτρων που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη δήλωσε ότι εγγυάται τη χρήση αποστειρω-

μένων εργαλείων σε κάθε ασθενή, στοιχείο εξαιρετικά ενθαρρυντικό. Παρά ταύτα, προκαλούν προβληματισμό οι απαντήσεις σε σχέση με την χρήση σε κάθε ασθενή αποστειρωμένων σε αυτόκαυστο τύπου Β χειρολαβών και ανταλλακτικών ρυγχών στην αερούδροσύριγγα, που αλλάζουν πριν από κάθε χρήση ή την χρήση δεικτών αποστείρωσης στους κλιβάνους. Το ζήτημα αυτό ποικίλλει στις διάφορες χώρες. Για παράδειγμα, σε σχέση με τη μη αποστείρωση των χειρολαβών πριν από κάθε χρήση, ανάλογα προβλήματα παρουσιάζονται στην Τουρκία⁴⁷, στην Ιορδανία⁴⁸ ή, σε μικρότερο βαθμό, στην Δημοκρατία της Ιρλανδίας⁴⁹. Μεγάλη απόκλιση από τις κατευθυντήριες οδηγίες παρατηρείται και στη Βραζιλία, όπου η κατάσταση είναι χειρότερη στις δημόσιες οδοντιατρικές υπηρεσίες⁵⁰. Αντιθέτως, εξαιρετικές πρακτικές στο ζήτημα αυτό επιδεικνύουν ο Καναδάς⁵¹, η Σκωτία⁵², η Κίνα⁵³ κ.α. Στην χώρα μας η κατάσταση δεν έχει βελτιωθεί σε σχέση με την προηγούμενη δεκαετία¹⁹ καθώς δεν έγινε καμία οργανωμένη προσπάθεια αναβάθμισης του βασικού, έστω, οδοντιατρικού εξοπλισμού. Εντούτοις, σημαντική ευθύνη αποδίδεται και στην ελλιπή γνώση και ευαισθητοποίηση των οδοντιάτρων για τη σημασία των μέτρων αυτών στον αποτελεσματικό έλεγχο των λοιμώξεων⁵⁴. Αντιθέτως, το πολύ υψηλό ποσοστό των οδοντιάτρων που δήλωσαν ότι τα φάρμακα, τα υλικά και τα αναλώσιμα αποθηκεύονται και διατηρούνται με ασφαλή και κατάλληλο τρόπο στο οδοντιατρείο του Κ.Υ. υποδηλώνει ότι οι οδοντίατροι αντιλαμβάνονται την ευθύνη τους στο συγκεκριμένο ζήτημα και δείχνουν τη σχετική ευαισθησία.

Η τακτική (προληπτική) συντήρηση του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού με βάση ένα πρωτόκολλο απαιτήσεων, που συνήθως θέτει ο κατασκευαστής και η τεκμηρίωσή της με γραπτά αρχεία είναι απαραίτητη για την ασφάλεια της κλινικής πράξης^{55,56}. Πάντως, στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, μόλις το 40% των οδοντιάτρων δήλωσε ότι γίνεται κατάλληλη συντήρηση του εξοπλισμού σε τακτική βάση, εκ των οποίων μόλις το 54,7% δήλωσε ότι τηρούνται αρχεία για την συντήρηση του εξοπλισμού. Τα ευρήματα αυτά είναι ανησυχητικά και αναδεικνύουν το έλλειμμα εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης των οδοντιάτρων και της διοίκησης του Ε.Σ.Υ. στο μείζον αυτό ζήτημα, την πλημμελή ή ανύπαρκτη υποστήριξη των Κ.Υ. από την Τεχνική Υπηρεσία του εποπτεύοντος νοσοκομείου αλλά και την απουσία μηχανισμού διασφάλισης της ποιότητας. Η εκπαίδευση του προσωπικού σε συνδυασμό με την ύπαρξη γραπτών οδηγιών συντήρησης σε κάθε Κ.Υ. και τη δυνατότητα καταφυγής σε εξειδικευμένη τεχνική βοήθεια θα βελτιώσει την κατάσταση⁵⁷.

Το πολύ υψηλό ποσοστό των οδοντιάτρων που ανέφεραν ότι δεν υπάρχει έντυπο υποβολής παραπόνων ή/και προτάσεων αναδεικνύει τη μειωμένη σημασία που αποδίδεται από το Σύστημα Υγείας της χώρας μας για τη γνώμη των πολιτών σε σχέση με την παρεχόμενη φροντίδα. Η καταγραφή και διαχείριση των παραπόνων των ασθενών, διαδικασία παγιωμένη σε άλλες χώρες³¹, αποτελεί στοιχείο σοβαρής αντιμετώπισης των ασθενών, χωρίς να είναι απαραίτητα δείκτης καλής ποιότητας της φροντίδας⁴⁶. Το γεγονός ότι δεν υπάρχει διαδικασία καταγραφής της γνώμης των ασθενών - εκτός από το έντυπο υποβολής παρα-

πόνων απουσιάζουν και τα ερωτηματολόγια ικανοποίησης των ασθενών¹⁹ - υποδηλώνει, ενδεχομένως, την ανησυχία των οδοντιάτρων και διοικήσεων για τυχόν αρνητική αξιολόγηση από τους ασθενείς ή/και τη συναίσθηση της αδυναμίας τους να υπερβούν χρόνιες αδυναμίες του Ε.Σ.Υ. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των αναλύσεων, περίπου οι μισοί εκ των οδοντιάτρων ανέφεραν ότι στο Ο.Τ. όπου εργάζονται υπάρχει Η/Υ με πρόσβαση στο διαδίκτυο. Η επίδοση αυτή αναδεικνύει μία σημαντική υστέρηση των Ο.Τ. των Κ.Υ. του Ε.Σ.Υ. σε σχέση με τις δομές της Π.Ο.Φ. (δημόσιες και ιδιωτικές) στον ανεπτυγμένο κόσμο^{38,39} και απηχεί κυρίως τη χαμηλή προτεραιότητα της Π.Φ.Υ. και της Οδοντιατρικής στο συνολικό σχεδιασμό του δημόσιου συστήματος υγείας. Δεδομένης της υστέρησης της υλικοτεχνικής υποδομής⁵⁸, η αρνητική αξιολόγηση του Ο.Τ. σε ό,τι αφορά στον εξοπλισμό και συνολικά την υλικοτεχνική υποδομή από την πλειοψηφία των οδοντιάτρων είναι αναμενόμενη. Ωστόσο η θετική αξιολόγηση των οδοντιάτρων για την οργάνωση και λειτουργία του Ο.Τ., την ανταπόκρισή του στις ανάγκες Π.Ο.Φ. του πληθυσμού ευθύνης τους και τη συνολική του επίδοση οφείλεται στην προσπάθεια του ανθρώπινου δυναμικού, παρά τα προβλήματα, να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις των πολιτών. Υποδηλώνει ωστόσο και τη διάθεση υπεράσπισης του Ε.Σ.Υ. από τους λειτουργούς του.

Περιορισμοί

Βασικότερος περιορισμός της παρούσας εργασίας είναι ότι η χρήση ερωτηματολογίου χωρίς τη δυνατότητα αυτοψίας ενέχει τον κίνδυνο υποκειμενικού χαρακτήρα των απαντήσεων. Σημειώνεται, ωστόσο, ότι η αυτοαξιολόγηση των οδοντιάτρων ως ερευνητική μέθοδος προτείνεται από το ΚΕ.Σ.Υ. και το Υπουργείο Υγείας σε σειρά διαδοχικών αποφάσεων¹⁷⁻²¹ ενώ αποτελεί διαδεδομένη διεθνώς επιστημονική μέθοδο για τη διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας και για την διαρκή επαγγελματική ανάπτυξη των οδοντιάτρων³⁰. Δεύτερος περιορισμός είναι ότι στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας επελέγη η μέθοδος αξιολόγησης της δομής και, κυρίως, των διαδικασιών και όχι των αποτελεσμάτων. Πέραν της αυτονόητης δυσκολίας αποτίμησης των αποτελεσμάτων (η οποία θα απαιτούσε π.χ. κλινική εξέταση, συνέντευξη με χρήστες των υπηρεσιών κτλ.), είναι γνωστό ότι οι δείκτες αξιολόγησης που στηρίζονται στις διαδικασίες έχουν αναπτυχθεί επαρκώς, σε αντίθεση με τους δείκτες αξιολόγησης αποτελεσμάτων, που είναι δύσκολο να αναπτυχθούν λόγω της δυσκολίας συλλογής σχετικών στοιχείων^{25,28}.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η μείωση του αριθμού των εν λειτουργία Ο.Τ. των Κ.Υ., η υποστελέχυσή τους και τα ελλείμματα οργάνωσης και υποδομών που παρουσιάζουν, καθιστούν δυσχερή την ανταπόκρισή τους στον αυξημένο φόρτο εργασίας και τα πολλαπλά καθήκοντα που θεσμικά τους έχουν ανατεθεί (παροχής οδοντιατρικής φροντίδας στο ιατρείο, προαγωγής της υγείας στην Κοινότητα, εκπόνησης επιδημιολογικών ερευνών των νόσων του στόματος

κτλ). Η προώθηση της ενοποίησης και συλλειτουργίας των μονάδων Π.Φ.Υ. του Ε.Σ.Υ. και του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. θα μπορούσε ενδεχομένως να αποβεί χρήσιμη, υπό την προϋπόθεση της ουσιαστικής ενίσχυσης του ενιαίου δημόσιου δικτύου και όχι της συρρίκνωσης του στο βωμό των δημοσιονομικών σκοπιμοτήτων. Επιπλέον, κρίνονται ως απολύτως αναγκαίες η επιστροφή στα Κ.Υ. όσων οδοντιάτρων έχουν μετακινηθεί σε άλλες υπηρεσίες, η πραγματοποίηση προσλήψεων οδοντιάτρων κατά προτεραιότητα καθώς και η στήριξη των Ο.Τ. των Κ.Υ. με λοιπό υγειονομικό προσωπικό. Απαιτείται, επίσης, η άμεση παρέμβαση της διοίκησης του Ε.Σ.Υ. για τη βελτίωση της διασύνδεσης της Π.Ο.Φ. με τις υπηρεσίες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας οδοντιατρικής φροντίδας. Την ανάγκη της διασύνδεσης και του συντονισμού της Πρωτοβάθμιας με την Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας έχει διαπιστώσει και η Υποεπιτροπή για την Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα της Εθνικής Επιτροπής Στοματικής Υγείας⁵⁹. Επίσης, η παρέμβαση χρειάζεται και για την ενίσχυση της υποστήριξης του Κ.Υ. από τις υπηρεσίες του εποπτεύοντος νοσοκομείου. Στο πλαίσιο αυτό, το έλλειμμα στον εξοπλισμό και την υλικοτεχνική υποδομή θα μπορούσε εν μέρει να αντιμετωπισθεί με βάση στοχευμένες κινήσεις χωρίς υψηλό κόστος.

Ωστόσο μείζονος σημασίας για την ασφάλεια και ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι η άμεση εκπόνηση και αποστολή από το Υπουργείο Υγείας οδηγίων στα Κ.Υ. για την οργάνωση της διαδικασίας παροχής της φροντίδας, με έμφαση στην τήρηση των αρχείων με πλήρη και αξιόπιστο τρόπο, την πρόληψη της διασποράς των λοιμώξεων, την περιβαλλοντικά υπεύθυνη διαχείριση των αποβλήτων και απορριμμάτων της οδοντιατρικής πράξης και τη συντήρηση του εξοπλισμού, καθώς και η εισαγωγή μηχανισμού παρακολούθησης της εφαρμογής των οδηγιών αυτών στην κλινική πράξη. Μεσοπρόθεσμα, η προτυποποίηση των διαδικασιών και η διασφάλιση και πιστοποίηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας αποτελεί την ενδεδειγμένη λύση, δεδομένης μάλιστα της θετικής στάσης των οδοντιάτρων των Κ.Υ. στην εισαγωγή κλινικών πρωτοκόλλων και κατευθυντήριων οδηγιών που αναδύεται από την παρούσα μελέτη. Παράλληλα, θεωρείται απαραίτητη η εισαγωγή ενός συστήματος συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των οδοντιάτρων για την κάλυψη υπαρκτών αναγκών και την παροχή κινήτρων και προϋποθέσεων βελτίωσης των γνώσεων και δεξιοτήτων.

Τα παραπάνω αναδεικνύουν τελικά την ανάγκη εκπόνησης ενός σχεδίου άμεσης ανασυγκρότησης της δημόσιας οδοντιατρικής φροντίδας, στο πλαίσιο της πλήρους και ισότιμης ένταξης της οδοντιατρικής φροντίδας στο Σύστημα Υγείας, ώστε να υπάρξει πιο αποτελεσματική ανταπόκριση στις κοινωνικές ανάγκες. Προϋπόθεση ωστόσο για την επιτυχία του εγχειρήματος, όπως και κάθε μεταρρύθμισης, είναι η αποκατάσταση της εργασιακής ασφάλειας και σταθερότητας των εργαζομένων στο δημόσιο σύστημα υ-

γείας και η ισχυρή βούληση της Πολιτείας να προτάξει κάθε άλλης στόχευσης την στήριξη και αναβάθμιση του Ε.Σ.Υ., προς όφελος της δημόσιας υγείας, της κοινωνικής συνοχής και της οικονομικής ανάπτυξης.

SUMMARY

Mapping and evaluation of staffing and organization of Dental Departments of the NHS Health Centres

Aristomenis I. Syngelakis, Charitini Koletsis-Kounari, Argy Polychronopoulou, Demosthenes B. Panagiotakos, Christos Lionis

hellenic hospital dentistry 5: 11-20, 2012

INTRODUCTION The aim of this work was to evaluate the staff, organization and operation of Dental Departments of Health Centers (HC) of the National Health System (ESY) in Greece.

METHODOLOGY All the 192 dentists working in HC in the 7 Health Regions of the country were invited to participate in the study; 135 of them agreed to participate (70.3% participation). Of them, 68 (50.4%) were men (55.3 ± 6.6 years) and 67 (49.6%) were women (54.3 ± 4.5 years). A semi-quantitative tool of 92 basic questions was mailed. The following factors were studied: demographics, staffing, organization and operation of the Dental Departments, oral health promotion and chronic disease management activity, educational activity, stress and professional satisfaction. In this work, the analysis was focused only on demographics, staffing, organization and operation.

RESULTS There was understaffing of Dental Departments of the HC. Specifically, only in 24 of the 50 HC were covered both the 2 posts, at 39 HC with 3 posts, none had 3 dentists, and at only 18 of them there worked 2 dentists. 76.7% of the dentists received their DDS until 1985. 22.6% of the dentists had an equal to PhD or MSc degree while 7.7% had also another University degree. 74.6% of dentists reported that they were using a patient flow record, while only 28.4% mentioned that dental clinical record is kept. All the dentists declared that they use sterile instruments but only 36.9% reported that they can guarantee dental hand-pieces sterilised in autoclave type B before use. 56.7% of the dentists considered inadequate or moderate level of dental infrastructure. Finally, 45% of the dentists considered as inadequate or moderate the communication between HC services and secondary or tertiary dental care. However, 81.2% evaluated as good to excellent the level of responsiveness of the Dental Department to the needs of Primary Dental Care of the reference population.

CONCLUSIONS There is an emerge need for intervention by public health authorities in order to fully staffing, improve infrastructure and organization of Dental Departments of the HC, especially during the economic crisis.

Key words: Primary Dental Care; ESY; Evaluation of health services; Health Centres; Public Health Dentistry.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Κωλέτση-Κουνάρη Χ, Μαμάη-Χωματά Ε: Κοινωνική Οδοντιατρική. Αθήνα. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης. 2007: 68.
2. Λαμπιαδάκης Ι, Φανδριδής Ι, Δαμασκηνού Π: Η Παροχή Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Φροντίδας από τα Κέντρα Υγείας. Ο ρόλος, η σημασία και οι προοπτικές της. Στοματολογία 1999; 56: 78-89.
3. Isman RE: Integrating primary oral health care into primary care. J Dent Educ 1993; 57: 846-852.
4. World Health Organization: The World Oral Health Report, Continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Geneva. WHO. 2003.
5. Petersen PE: Global policy for improvement of oral health in the 21st century—implications to oral health research of World Health Assembly 2007. World Health Organization. Community Dent Oral Epidemiol 2009; 37(1): 1-8.
6. Mautsch W, Dickson M: The primary health care approach. In: Pine CM (ed.). Community Oral Health. Oxford. Wright. 1997: 11-19.
7. U.S. Department of Health and Human Services: Oral health in America: a report of the surgeon general. National Institute of Dental and Craniofacial Research. Rockville. National Institutes of Health. 2000. Προσπελάσιμο στο: www.nidr.nih.gov/sgr/sgrweb/home.htm, όπως αυτό εμφανίζεται στις 20.12.2012.
8. New Zealand Ministry of Health: Good Oral Health for All, for Life: The Strategic Vision for Oral Health in New Zealand. Wellington. New Zealand Ministry of Health. 2006.
9. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας: Υπουργική Απόφαση με θέμα «Παροχή οδοντιατρικών φροντίδων από τα Κέντρα Υγείας», αριθμ. πρωτ. Υ1/οικ.5311, Αθήνα. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. 10.11.2000.
10. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης: Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Στοματική Υγεία. Αθήνα. ΥΚΑ. 2008.
11. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης: Υγιεινομικός Χάρτης. Αθήνα. ΥΚΑ. 2012.
12. Economou C: Greece: Health system review. Health Systems in Transition, 2010; 12(7): 1-180. World Health Organization on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies. WHO European Regional Office. Copenhagen. 2010.
13. Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία: Πρόγραμμα Προαγωγής και Καταγραφής της Στοματικής Υγείας. Η επιδημιολογική κατάσταση της στοματικής υγείας του ελληνικού πληθυσμού. ΕΟΟ. Αθήνα. 2005.
14. Ουλής Κ, Θεοδώρου Μ, Μαστρογιαννάκης Τ, Μαμάη-Χωματά Ε, Πολυχρονόπουλου Α, Παπαγιαννούλη Α, Αθανασούλη Θ: Η επιδημιολογική κατάσταση της στοματικής υγείας του Ελληνικού πληθυσμού. Προτάσεις για τη βελτίωσή της. Ελλ Στομ Χρον 2009, 53: 97-120.
15. Υφαντόπουλος ΙΝ, Ουλής Κ: Πρόγραμμα προαγωγής και καταγραφής της στοματικής υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Ανισότητες και ικανοποίηση από τις οδοντιατρικές υπηρεσίες και σχέση της στοματικής υγείας με την ποιότητα ζωής των Ελλήνων. Αθήνα. Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία. 2011.
16. Συγγελάκης Α, Κακούρη Π: Ρήτρα Οδοντιατρικής στο Σύστημα Υγείας. Περιοδικό Ο.Σ.Α. 2012.
17. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας: Απόφαση αρ. 9 της 155^{ης} Ολομέλειας του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας με τίτλο «Διασφάλιση ποιότητας της Οδοντιατρικής Φροντίδας». Αθήνα. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. 2.12.1999.
18. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας: Εγκύκλιος της Υφυπουργού Υγείας με τίτλο «Παροχή οδοντιατρικών φροντίδων από τα Κέντρα Υγείας», αριθμ. πρωτοκόλλου Υ1/οικ.5311. Αθήνα. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας 10.11.2000.
19. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας: Εγκύκλιος Γενικού Γραμματέα, αριθμ. πρωτ. Υ1/οικ.Γ.Π./0246/23.1.2002. Αθήνα. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. 2002.
20. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας: Απόφαση υπ' αρ. 9 της 182^{ης} Ολομέλειας του ΚΕ.Σ.Υ. με τίτλο «Οργάνωση και Παροχή Οδοντιατρικής Φροντίδας από τα Οδοντιατρικά Τμήματα των Κέντρων Υγείας του Ε.Σ.Υ.». Αθήνα. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. 17.4.2003.
21. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας: Απόφαση υπ' αρ. 3 της 188^{ης} Ολομέλειας ΚΕ.Σ.Υ με τίτλο «Αναβάθμιση της Οδοντιατρικής Περίθαλψης σε Νοσοκομεία». Αθήνα. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. 27.11.2003.
22. UK Department of Health: Dental Quality and Outcomes Framework. London. UK Department of Health. 2011. Προσπελάσιμο από http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_126627.pdf, όπως αυτό εμφανίζεται στις 27/12/2012.
23. D'Cruz L: Risk management in clinical practice. Part 1. Introduction. Br Dent J 2010 Jul 10; 209(1): 19-23.
24. UK Department of Health: NHS dental contract: proposals for pilots December 2010. 16/12/2010. Από http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_122789.pdf, όπως αυτό εμφανίζεται στις 27/12/2012.
25. Morgan RG: Quality evaluation of clinical records of a group of general dental practitioners entering a quality assurance programme. Br Dent J. 2001; 191(8): 436-41.
26. Kenny DJ, Conway RM, Johnston DH: The development of ISO 9002 quality management standards for Canadian dental practices. J Can Dent Assoc. 1999; 65(2): 105-8.
27. Cole A, McMichael A: Audit of dental practice record-keeping: a PCT-coordinated clinical audit by Worcestershire dentists. Prim Dent Care. 2009; 16(3): 85-93.
28. Yamalik N: Quality systems in dentistry Part 2. Quality Assurance and Improvement (QA/I) tools that have implications for dentistry. Int Dent J. 2007; 57(6): 459-67.
29. van der Sanden WJ, Mettes DG, Plasschaert AJ, van't Hof MA, Grol RP, Verdonchot EH: Clinical practice guidelines in dentistry: opinions of dental practitioners on their contribution to the quality of dental care. Qual Saf Health Care. 2003; 12(2): 107-11.
30. Poorterman JHG, Van Weert CM, Eijkman MAJ: Quality assurance in dentistry: the Dutch approach. Int J Qual Health Care 1998; 10(4): 345-350.
31. PCC-NHS, primary care dental services clinical governance framework, PCC-NHS, May 2006. Από http://www.berkshirewest.nhs.uk/_store/documents/primary_caredentalservicesclinicalgovernanceframework.pdf, όπως αυτό εμφανίζεται στις 27/12/2012.
32. Συγγελάκης Α, Κράλλης Ι: 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. Τελικό κείμενο Υποεπιτροπής Νέων Τεχνολογιών και Διασφάλισης Ποιότητας στην Οδοντιατρική. Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας. ΥΚΑ. Αθήνα. 2007.
33. Eaton K: Standards in Dentistry. London. Faculty of General Dental Practice. 2006.
34. Kohn WG, Harte JA, Malvitz DM, Collins AS, Cleveland JL, Eklund KJ; Centers for Disease Control and Prevention: Guidelines for infection control in dental health care settings-2003. J Am Dent Assoc. 2004; 135(1): 33-47.
35. Lewis DL, Arens M, Appleton SS, Nakashima K, Ryu J, Boe

- RK et al: Cross-contamination potential with dental equipment. *Lancet* 1992; 340(8830): 1252-4.
36. Smith GW, Smith AJ, Creanor S, Hurrell D, Bagg J, Lappin DF: Survey of the decontamination and maintenance of dental handpieces in general dental practice. *Br Dent J* 2009; 207(4): E7; discussion 160-1.
37. Οδοντιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών: Μέτρα πρόληψης διασποράς λοιμώξεων. 6^η έκδοση. Αθήνα. 2011. Από http://www.dent.uoa.gr/fileadmin/dent.uoa.gr/uploads/useful_files/infections2011.pdf, όπως αυτό εμφανίζεται στις 27/12/2012.
38. Nainar SM, Redford-Badwal DA: Internet usage by pediatric dental practices in Connecticut. *Pediatr Dent* 2002; 24(2): 139-43.
39. Flores-Mir C, Palmer NG, Northcott HC, Khurshed F, Major PW: Perceptions and attitudes of Canadian dentists toward digital and electronic technologies. *J Can Dent Assoc* 2006; 72(3): 243.
40. Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων: Υ.Α. υπ' αριθμ. Α3β/οικ.3686, 15.3.1988, «Παροχή πρωτοβάθμιας οδοντιατρικής φροντίδας στα Κέντρα Υγείας μη αστικών περιοχών». ΦΕΚ 162/Β'/22.3.1988.
41. Helminen SE, Vehkalahti M, Murtomaa H, Kekki P, Ketomäki TM: Quality evaluation of oral health record-keeping for Finnish young adults. *Acta Odontol Scand*. 1998; 56(5): 288-92.
42. Osborn JB, Stoltenberg JL, Newell KJ, Osborn SC: Adequacy of dental records in clinical practice: a survey of dentists. *J Dent Hyg* 2000 Fall; 74(4): 297-306.
43. Ramseier CA, Warnakulasuriya S, Needleman IG, Gallagher JE, Lahtinen A, Ainamo A et al: Consensus Report: 2nd European Workshop on Tobacco Use Prevention and Cessation for Oral Health Professionals. *Int Dent J* 2010; 60(1): 3-6.
44. Warnakulasuriya S, Dietrich T, Bornstein MM, Casals Peidró E, Preshaw PM, Walter C et al: Oral health risks of tobacco use and effects of cessation, *Int Dent J* 2010; 60(1): 7-30.
45. Πολυχρονοπούλου Α, Αγγελόπουλος Α, Παπανικολάου Σ, Αθανασούλη Θ: Ο ρόλος των Ελλήνων οδοντιάτρων στην πρόληψη και τον έλεγχο του καπνίσματος. Οδοντιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών. Εγχειρίδιο οδηγιών για την οδοντιατρική ομάδα. Χωρίς χρονολογία.
46. Yamalik N: Quality systems in dentistry. Part 1. The increasing pressure for quality and implementation of quality assurance and improvement (QA/I) models in health care. *Int Dent J* 2007; 57(5): 338-46.
47. Yüzbaşıoğlu E, Saraç D, Canbaz S, Saraç YS, Cengiz S: A survey of cross-infection control procedures: knowledge and attitudes of Turkish dentists. *J Appl Oral Sci* 2009; 17(6): 565-9.
48. Al-Omari MA, Al-Dwairi ZN: Compliance with infection control programs in private dental clinics in Jordan. *J Dent Educ* 2005; 69(6): 693-8.
49. Healy CM, Kearns HP, Coulter WA, Stevenson M, Burke FJ: Autoclave use in dental practice in the Republic of Ireland. *Int Dent J* 2004; 54(4): 182-6.
50. Bellissimo-Rodrigues WT, Bellissimo-Rodrigues F, Machado AA: Infection control practices among a cohort of Brazilian dentists. *Int Dent J*. 2009; 59(1): 53-8.
51. McCarthy GM, Koval JJ, MacDonald JK: Compliance with recommended infection control procedures among Canadian dentists: results of a national survey. *Am J Infect Control* 1999; 27(5): 377-84.
52. Smith GW, Smith AJ, Creanor S, Hurrell D, Bagg J, Lappin DF: Survey of the decontamination and maintenance of dental handpieces in general dental practice. *Br Dent J* 2009; 207(4): E7; discussion 160-1.
53. Su J, Deng XH, Sun Z: A 10-year survey of compliance with recommended procedures for infection control by dentists in Beijing. *Int Dent J* 2012; 62(3): 148-53
54. Puttaiah R, Miller K, Bedi DR, Shetty S, Almas K, Tse E et al: Comparison of knowledge, attitudes and practice of dental safety from eight countries at the turn of the century. *J Contemp Dent Pract* 2011; 12(1): 1-7.
55. World Health Organization: Medical equipment maintenance programme overview. WHO Medical device technical series. Geneva. WHO. 2011. Από http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501538_eng.pdf, όπως αυτό εμφανίζεται στις 28.12.2012.
56. ECRI Institute: Guidance article-best practices for health technology management. *Health Devices*. 35(12):437-448.
57. Smith AJ, Bagg J, Hurrell D, McHugh S: Sterilization of reusable instruments in general dental practice. *Br Dent J* 2007; 203(8): E16.
58. Συγγελάκης Α: αδημοσίευτα στοιχεία έρευνας για την Π.Ο.Φ. στα Κ.Υ. Ηπείρου και Κρήτης. 2008.
59. Ιατρού Ι, Ζερβού-Βάλβη Φ, Καπλάνης Ν, Κουλατζίδου Σ, Κωνσταντινίδης Ρ, Ράλλης Γ: Θέσεις. Τελικό κείμενο Υποεπιτροπής για την Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα. Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας. ΥΥΚΑ. Αθήνα. 2007.

Διεύθυνση για επικοινωνία:

Αριστομένης Συγγελάκης

Τηλ.: 210 8619100, 6955 474871

e-mail: saristomenis@yahoo.com