

# Κατ' οίκον παροχή οδοντιατρικής φροντίδας - Μια κοινωνική αναγκαιότητα για ευπαθείς κοινωνικές ομάδες

Αναστασία Ε. Κοσιώνη<sup>1</sup>, Φλώρα Ζερβού-Βάλβη<sup>2</sup>

Ο σκοπός της εργασίας αυτής είναι να περιγραφούν το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο, οι ανάγκες, η υπάρχουσα κατάσταση και οι κατευθύνσεις για την άσκηση της κατ οίκον οδοντιατρικής στην χώρα μας.

Η κατ' οίκον οδοντιατρική περίθαλψη αποτελεί μία κοινωνική αναγκαιότητα για τα άτομα εκείνα τα οποία για διάφορους ιατρικούς, κοινωνικούς, επαγγελματικούς ή γεωγραφικούς λόγους δεν έχουν πρόσβαση σε οργανωμένη οδοντιατρική μονάδα. Κυρίως αφορά στα ευπαθή ηλικιωμένα άτομα που είναι καθηλωμένα στο σπίτι τους ή σε κάποιο ίδρυμα. Στα περισσότερα ευρωπαϊκά κράτη εφαρμόζεται τόσο από ιδιωτικούς, όσο κυρίως από δημόσιους φορείς παροχής στοματικής υγείας ενώ στην Ελλάδα το νομικό πλαίσιο παραμένει ακόμα ασαφές. Για την άσκηση της κατ οίκον οδοντιατρικής απαιτούνται συγκεκριμένες γνώσεις και δεξιότητες, οι περισσότερες από τις οποίες περικλείονται στο γνωστικό αντικείμενο της Γηροδοντιατρικής, όπως είναι η γνώση και αξιολόγηση της γενικής κατάστασης υγείας και των συνοδών προβλημάτων, η οργάνωση του χρόνου και του χώρου παροχής στοματικής φροντίδας, η χρήση κατάλληλου εξοπλισμού και η ανάπτυξη ασθενοκεντρικού σχεδίου θεραπείας.

Δύο είναι οι βασικοί άξονες ενίσχυσης της κατ οίκον οδοντιατρικής θεραπείας. Ο πρώτος αφορά στην εκπαίδευση φοιτητών και οδοντιάτρων στις βασικές αρχές και τεχνικές της μεθόδου και ο δεύτερος στη νομοθετική ρύθμιση. Με βάση αυτούς τους άξονες μπορούν πράγματι να παρασχεθούν κατ' οίκον σημαντικές ποιοτικές οδοντιατρικές υπηρεσίες σε άτομα που δεν μπορούν να μεταφερθούν σε ιατρείο.

Ιδιαίτερης σημασίας θα είναι και η ένταξη της κατ οίκον οδοντιατρικής φροντίδας στα πλαίσια παροχών της δημόσιας οδοντιατρικής φροντίδας.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 6: 43-48, 2013

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οδοντιατρική περίθαλψη παραδοσιακά παρέχεται εντός οργανωμένων και ειδικά αδειοδοτηθέντων χώρων, όπως είναι τα ιδιωτικά οδοντιατρεία ή πολυοδοντιατρεία (Κώδικας οδοντιατρικής δεοντολογίας, ΠΔ 39, άρθρο 31.1, ΦΕΚ 3879, 1/4/2009) και τα οδοντιατρεία του δημόσιου συστήματος υγείας. Ο κανόνας λοιπόν είναι η παροχή οδοντιατρικής φροντίδας σε οδοντιατρείο, όπου πληρούνται συγκεκριμένες προδιαγραφές. Ωστόσο υπάρχουν περιπτώσεις όπου η πρόσβαση σε οργανωμένη οδοντιατρική μονάδα δεν είναι εφικτή, για διάφορους κοινωνικοϊατρικούς λόγους.

Εφόσον κάθε πολίτης έχει δικαίωμα πρόσβασης στην οδοντιατρική φροντίδα, θα πρέπει να υπάρχουν εναλλακτικοί τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος. Στις περι-

**Λέξεις κλειδιά:** Κατ' οίκον οδοντιατρική, Γηροδοντιατρική.

<sup>1</sup> Επίκουρη Καθηγήτρια Κινητής Προσθετικής Οδοντιατρικού Τμήματος ΕΚΠΑ

<sup>2</sup> Συντονίστρια Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Δρ Οδοντιατρικής, MPhil Med

Ιδρύματα προέλευσης:

Εργαστήριο Προσθετικής Οδοντιατρικού Τμήματος ΕΚΠΑ, Γνωστικό αντικείμενο Γηροδοντιατρικής και Οδοντιατρικό Τμήμα - Ειδική Μονάδα ΑμεΑ Ενηλίκων, Γενικό Νοσοκομείο «Ασκληπιείο Βούλας»

πτώσεις αυτές θα πρέπει (και στη χώρα μας) η οδοντιατρική αντιμετώπιση να παρέχεται «εκτός οδοντιατρείου», στον χώρο και στον τόπο όπου διαμένει ο ασθενής προσωρινά ή μόνιμα. Δηλαδή σε πόλεις, απομακρυσμένα νησιά ή ορεινά χωριά, σε σπίτια, γηροκομεία, νοσηλευτικές μονάδες, κέντρα ημερήσιας φροντίδας, σχολεία, ορφανοτροφεία, σωφρονιστήρια, στρατιωτικές ζώνες κ.λπ. Στην ευρύτερη έννοια της «οδοντιατρικής εκτός οδοντιατρείου» συμπεριλαμβάνονται οι κινητές οδοντιατρικές μονάδες, οι οποίες είναι μεγάλα οχήματα κατάλληλα διαμορφωμένα έτσι ώστε να εσωκλείουν πλήρως διαμορφωμένα οδοντιατρεία και οι οποίες μεταβαίνουν σε περιοχές-στόχους και παρέχουν οδοντιατρική περίθαλψη εντός του χώρου τους και η κατ' οίκον οδοντιατρική, που παρέχεται εντός του χώρου διαμονής του ασθενούς. Ο σκοπός της εργασίας αυτής είναι να περιγραφούν το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο, οι ανάγκες, η υπάρχουσα κατάσταση και οι κατευθύνσεις για την άσκηση της κατ' οίκον οδοντιατρικής στην χώρα μας.

### **ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ**

Η κατ' οίκον παροχή οδοντιατρικής φροντίδας αποτελεί κατηγορία της «κατ' οίκον νοσηλείας (Κ.Ο.Ν.)». Ο όρος «κατ' οίκον νοσηλεία» περιλαμβάνει δύο έννοιες αντιφατικές, που όμως συνδυάζονται επ' ωφελεία του ασθενούς. Ως Κ.Ο.Ν. νοείται η παροχή ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών από οργανωμένες μονάδες κατ' οίκον ή με απλά λόγια «η μετάβαση του νοσοκομείου στο σπίτι του ασθενούς» (“hospital care at home”) διαφέροντας σαφώς από την απλή ιατρική επίσκεψη κατ' οίκον. Η Κ.Ο.Ν. αποτελεί δικαίωμα των ασθενών και τμήμα της πρωτοβάθμιας φροντίδας σε όλα τα σύγχρονα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας. Στην Ελλάδα εφαρμόζεται από το 1979 από το Δ.Ι.Π. «ΜΕΤΑΞΑ» μόνο για καρκινοπαθείς και από το 1987 από το Ογκολογικό Νοσοκομείο «Αγ. Ανάργυροι» για καρκινοπαθείς επίσης<sup>1</sup>.

Νομοθετικά, πάντως, πρώτη μνεία παροχής Κ.Ο.Ν. από το ΕΣΥ γίνεται στο Νόμο 1397/83. Στο άρθρο 15 του νόμου αυτού αναφέρεται ότι η νοσηλεία και η παρακολούθηση αρρώστων που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο είναι υποχρέωση και σκοπός των Κέντρων Υγείας, στο δε άρθρο 18 ότι οι γενικοί ιατροί πέρα από την υπηρεσία τους στο κέντρο υγείας ή το περιφερειακό ιατρείο εκτελούν και επισκέψεις στα σπίτια των αρρώστων ανάλογα με την κατάστασή τους.

Με το νόμο 2071/1992, άρθρο 28 (ΦΕΚ Α123 19920715, περί Εκσυγχρονισμού και Οργάνωσης Συστήματος Υγείας) καθιερώθηκε η κατ' οίκον νοσηλεία, αφέθηκε όμως να καθορισθούν με προεδρικά διατάγματα οι όροι και οι προϋποθέσεις για την παροχή της. Συγκεκριμένα, με το άρθρο 28 καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις για την παροχή της, ο χρόνος έναρξης του συστήματος, οι κατηγορίες ασθενών, οι τυχόν εξειδικευμένες ιατρικές ή νοσηλευτικές πράξεις, τα νοσηλευτικά ιδρύματα ή άλλες μονάδες του Τομέα Υγείας ή Πρόνοιας ή Κοινωνικών Ασφαλίσεων του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που με τη μέριμνα και ευθύνη τους

θα εφαρμόζεται η κατ' οίκον νοσηλεία, επιπλέον καθορίζονται οι δαπάνες κινήσεως των ατόμων, η συμμετοχή του ασφαλιστικού φορέα του νοσηλευόμενου στις δαπάνες της νοσηλείας καθώς και κάθε άλλη λεπτομέρεια. Με το άρθρο 29 του ίδιου νόμου ορίστηκε ότι με κοινή Υπουργική Απόφαση των Υπουργών, Προεδρίας Οικονομικών και Υγείας μπορούν να συσταθούν μονάδες νοσηλείας υπό τη διεύθυνση ιατρού σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου του ν.δ.2592/1953, η στελέχωση και λειτουργία των οποίων αφέθηκε να ρυθμιστεί με Προεδρικό διάταγμα. Με το δε άρθρο 30 θεσμοθετήθηκε η σύσταση Υπηρεσίας κατ' οίκον νοσηλείας στο Υπουργείο Υγείας, της οποίας το οργανόγραμμα, η στελέχωση, η οργάνωση και η λειτουργία ομοίως αφέθηκαν να ρυθμισθούν με Προεδρικό διάταγμα.

Μεταγενέστερα, με το Νόμο 2519/8/97, άρθρο 21, ορίστηκε ότι τα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. και τα Κέντρα Υγείας μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας, αφήνεται δε πάλι με υπουργική απόφαση να ορισθούν οι κατηγορίες ασθενών και παθήσεων για τις οποίες αυτή θα εφαρμόζεται, όπως και ο τρόπος οργάνωσης, οι προϋποθέσεις και η διαδικασία<sup>1,2</sup>.

Το Προεδρικό Διάταγμα υπ αριθμ. 84, 10/4/2001, άρθρο 4.2, ανέφερε ότι: «ιατρική πράξη εκτός έδρας του Φορέα Παροχής Υγείας (ΦΠΥ) επιτρέπεται μόνο στις περιπτώσεις που προβλέπονται από τα άρθρα 14 και 15 του ΑΝ 1565/39 (ΦΕΚ Α 16)». Ο συγκεκριμένος νόμος ανέφερε ότι: «Τακτικά περιηγήσεις προς παροχήν ιατρικής συνδρομής επιτρέπονται τη εγκρίσει του οικείου ιατρικού Συλλόγου, όταν συνηγορούν προς τούτο ιδιαίτερα τοπικά συνθήκα». Κατά βάση λοιπόν εδίνετο στους ιατρικούς και οδοντιατρικούς συλλόγους μία δυνατότητα ευρύτερης ερμηνείας του ζητήματος, τουλάχιστον όσον αφορά στους ιδιώτες γιατρούς και οδοντιάτρους.

Το 2014 δύο επιπλέον Νόμοι αναφέρονται σε αυτό το ιδιαίτερο είδος νοσηλείας:

α) Ο Νόμος 4272, άρθρο 35, που θεσμοθετεί την ανάπτυξη και οργάνωση κατ' οίκον νοσηλείας όχι μόνον από νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου αλλά και από νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου που παρέχουν υπηρεσίες υγείας και δεν υπάγονται στο ΕΣΥ, από δημοτικά ιατρεία και νομικά πρόσωπα δημοσίου και ιδιωτικού δικαίου των δήμων που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, ακόμη δε και από Ιδιωτικές Μονάδες Υγείας καθώς και από ιδιώτες επαγγελματίες υγείας.

β) Ο Νόμος 4238, άρθρο 27, που αναφέρεται στην παροχή περίθαλψης με κινητές μονάδες. Σύμφωνα με αυτόν, δύναιται να συνιστώνται Κινητές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ως μονάδες των Δ.Υ.Πε. ή των Νοσοκομείων, για την εξυπηρέτηση των αναγκών Υγείας σε περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Επίσης δύναιται να λειτουργούν Κινητές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και από λοιπά Ν.Π.Δ.Δ. και Ο.Τ.Α., Ν.Π.Ι.Δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, καθώς και από σωματεία και εταιρείες Αστικού Δικαίου.

Έτσι, σήμερα υπάρχουν δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας σε αρκετές πόλεις.

Όμως, καμιά σχετική νομοθετική ρύθμιση δεν έχει γίνει

μέχρι σήμερα σχετικά με την κατ' οίκον οδοντιατρική φροντίδα.

Η αβελτηρία αυτή της πολιτείας δεν στάθηκε ικανή να ανακόψει την υλοποίησή της. Έτσι, η κατ' οίκον οδοντιατρική φροντίδα είναι μια πραγματικότητα στην χώρα μας και αρκετοί οδοντίατροι, μεμονωμένα ή μέσω εταιριών, παρέχουν υπηρεσίες κατ' οίκον, κατά τον τρόπο και με τα μέσα που οι ίδιοι κρίνουν και εκτιμούν ότι είναι τα κατάλληλα<sup>2</sup>.

### **ΠΟΙΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΕΠΩΦΕΛΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ**

Η κατ' οίκον οδοντιατρική φροντίδα προσφέρει ιδιαίτερες υπηρεσίες σε άτομα με σοβαρά προβλήματα υγείας, προσωρινά ή μόνιμα, τα οποία καθιστούν δυσχερή ή αδύνατη τη μετακίνησή τους σε οδοντιατρική μονάδα<sup>3</sup>. Στις περιπτώσεις αυτές συμπεριλαμβάνονται ασθενείς κατακεκλιμένοι ή με σοβαρά προβλήματα κινητικότητας και αναπηρίας (πχ. αρθρίτιδες, ρευματικές παθήσεις, κατάγματα ισχίων, προχωρημένο παρκινσονισμό, καθήλωση στο κρεβάτι για οποιοδήποτε λόγο όπως από τροχαίο) αλλά και ασθενείς με νευρολογικές ή ψυχιατρικές παθήσεις, στους οποίους η μετακίνηση σε άγνωστο περιβάλλον προκαλεί σύγχυση και αποπροσανατολισμό (πχ. σε ασθενείς με νόσο Alzheimer, οδοντιατρική φοβία κ.λπ). Επίσης περιλαμβάνονται ασθενείς ανοσοκατασταλμένοι, που η είσοδός τους στο νοσοκομείο εγκυμονεί κίνδυνο προσβολής από ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, καρκινοπαθείς τελικού σταδίου και ασθενείς με χρόνια καρδιοαναπνευστικά προβλήματα τελικού σταδίου.

Ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών των ανωτέρω κατηγοριών ανήκει στην τρίτη και τέταρτη ηλικία, καθώς η ιδιαίτερα αυξημένη ευπάθεια και αναπηρία καθιστούν συχνά απαγορευτική την πρόσβαση σε οδοντιατρική φροντίδα.

Η Παγκόσμια Μελέτη Υγείας (World Health Survey, 2002-2004) σε 54 χώρες κατέδειξε ότι 14% των ενηλίκων παρουσίαζαν τουλάχιστον ένα ή δύο σοβαρά προβλήματα που περιορίζαν τις καθημερινές τους δραστηριότητες, ποσοστό που έφτανε το 39% στους ηλικιωμένους<sup>4</sup>. Στην προηγούμενη μελέτη τα αντίστοιχα ποσοστά για την Ελλάδα προσέγγιζαν το 12,4% για τους ενήλικες και το 21,1% για τους ηλικιωμένους άνω των 65, με 11,9% εξ αυτών να πάσχει από σοβαρά προβλήματα κινητικότητας<sup>4</sup>. Το 2005, 21,8% των ενηλίκων άνω των 18 ετών στις ΗΠΑ δήλωσαν προβλήματα που εμπόδιζαν τις καθημερινές τους δραστηριότητες, ποσοστό που στα ηλικιωμένα άτομα άνω των 65 ετών έφτανε το 51,8%<sup>5</sup>. Ειδικότερα, 4% δήλωσε δυσκολία στο να βγει έξω από το σπίτι, ποσοστό που στους ηλικιωμένους έφτανε το 13,7%<sup>5</sup>. Η αδυναμία αυτοφροντίδας μαζί με το γεγονός της αυξημένης παρουσίας φυσικών δοντιών αυξάνει και τα οδοντικά προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν (τερηδόνα, περιοδοντική νόσος κ.ά.). Ωστόσο, στοματικά προβλήματα δεν καταγράφονται μόνο στους ενόδοντες, αλλά και στους νωδούς ασθενείς που φέρουν κινητές προσθετικές εργασίες. Είναι

συχνή η παρουσία φλεγμονών και μολύνσεων (στοματίτιδες, υπερπλασίες, έλκη, συγγελίτιδα κ.λπ.), που έχουν ως επίκεντρο την χρήση οδοντοστοιχιών, χωρίς συστηματική φροντίδα από τον ίδιο τον ασθενή ή τους φροντιστές, αλλά και χωρίς τακτικούς επανελέγχους από τον οδοντίατρο<sup>6,7</sup>.

Πέραν των προβλημάτων υγείας, υπάρχουν και άλλα αίτια δυσκολίας ή αδυναμίας πρόσβασης σε οδοντιατρικές μονάδες. Καταγράφεται σε διαβιούντες σε ιδρύματα, όπως είναι τα ορφανοτροφεία, τα γηροκομεία και άλλες μονάδες μακροχρόνιας φροντίδας αλλά και τα σωφρονιστήρια, οι χώροι υποδοχής αστέγων ή μεταναστών, ή τα στρατιωτικά σώματα που για διάφορους λόγους βρίσκονται σε απομακρυσμένες περιοχές.

Στην Ελλάδα που είναι μία ορεινή και νησιωτική χώρα, φραγμοί στην οδοντιατρική περίθαλψη προκύπτουν και από γεωγραφικούς λόγους αφού σε πολλές απομακρυσμένες περιοχές δεν υπάρχουν εν πλήρη λειτουργία ιδιωτικές ή δημόσιες οδοντιατρικές μονάδες.

Από τις παραπάνω κατηγορίες ασθενών εκείνοι που ωφελούνται περισσότερο από την κατ' οίκον οδοντιατρική ανήκουν στην πρώτη κατηγορία των ατόμων με προβλήματα υγείας. Οι διαβιούντες σε ιδρύματα και οι κάτοικοι απομακρυσμένων περιοχών μπορούν να ωφεληθούν σημαντικά από τη λειτουργία πλήρως εξοπλισμένων κινητών μονάδων παροχής οδοντιατρικής φροντίδας, οι οποίες μπορούν να μετακινηθούν και να εγκατασταθούν προσωρινά σε προαυλία ιδρυμάτων, σχολεία, πλατείες και να προσφέρουν οργανωμένες υπηρεσίες φροντίδας, επιπέδου ανάλογου με εκείνες που παρέχονται σε χώρους οδοντιατρείων. Τέτοιες δράσεις αποτελούν υποχρέωση του δημόσιου συστήματος οδοντιατρικής περίθαλψης καθώς οι συγκεκριμένες τοπικές συνθήκες συχνά συνοδεύονται και από ποικίλα κοινωνικοοικονομικά προβλήματα.

### **Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΜΠΕΙΡΙΑ**

Η κατ' οίκον οδοντιατρική ασκείται στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες (Αυστρία, Κύπρος, Δανία, Φινλανδία, Γαλλία, Γερμανία, Λετονία, Νορβηγία, Λουξεμβούργο, Ηνωμένο Βασίλειο, Μάλτα)<sup>8</sup>, κυρίως μέσω των οδοντιάτρων του δημόσιου τομέα, αλλά και στις ΗΠΑ<sup>9</sup>, Καναδά<sup>10</sup> και Αυστραλία<sup>11,12</sup> με κύριο στόχο τους ευπαθείς ηλικιωμένους στο σπίτι ή σε ιδρύματα.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο που διαθέτει ένα από τα πιο οργανωμένα συστήματα δημόσιας ιατρικής και οδοντιατρικής φροντίδας έχουν αναπτυχθεί συγκεκριμένες κατευθυντήριες οδηγίες για την κατ' οίκον οδοντιατρική περίθαλψη<sup>9</sup>.

Δυστυχώς σε παγκόσμιο επίπεδο οι ελεύθεροι επαγγελματίες οδοντίατροι δεν εντάσσουν συχνά την κατ' οίκον θεραπεία, σε σπίτια ή ιδρύματα, στο θεραπευτικό τους οπλοστάσιο. Αιτίες αποφυγής αποτελούν οι δύσκολες συνθήκες εργασίας<sup>13</sup>, η απουσία κατάλληλου εξοπλισμού<sup>10,12,14</sup>, η έλλειψη χρόνου<sup>10,14</sup>, οικονομικά ζητήματα<sup>10,12,13</sup>, η ανασφάλεια ως προς τη θεραπευτική προσέγγιση<sup>13</sup> και η ανεπαρκής εκπαίδευση<sup>12</sup>.

### ΑΝΑΓΚΑΙΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ

Για την άσκηση της κατ' οίκον οδοντιατρικής απαιτούνται συγκεκριμένες γνώσεις και δεξιότητες, οι περισσότερες από τις οποίες περικλείονται στο γνωστικό πεδίο της Γηροδοντιατρικής, όπως είναι η γνώση και αξιολόγηση της γενικής κατάστασης υγείας και των συνοδών προβλημάτων η ικανότητα διαχείρισης επείγουσών ιατρικών καταστάσεων, αλλά και η οργάνωση του χρόνου, του χώρου και του κατάλληλου εξοπλισμού<sup>3,15, 16</sup>.

### ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ

Ο αναγκαίος εξοπλισμός περιλαμβάνει υλικά και εργαλεία που μεταφέρονται στον χώρο άσκησης της οδοντιατρικής περιθαλψής<sup>3, 15</sup>.

#### Α) γενικός εξοπλισμός

Ο γενικός εξοπλισμός περιλαμβάνει τα απαραίτητα γραμματειακά έγγραφα (για λήψη ιστορικού, συνταγογράφηση κλπ), εξεταστικό φακό (συμβατικό ή κεφαλής), εξεταστικό σετ (κάτοπτρο, λαβίδα, ανιχνευτήρα), μέσα για την πρόληψη των λοιμώξεων (γάντια, μάσκα, αντισηπτικά επιφανείας, πετσέτες, πετσετοκάτοχο, πλαστικά ποτήρια, μέσα διαχείρισης των απορριμμάτων κλπ) και εξοπλισμό για επείγοντα (κατάλληλα φάρμακα, οξυγόνο).

#### Β) ειδικός εξοπλισμός

Ο ειδικός εξοπλισμός περιλαμβάνει εργαλεία και υλικά που χρησιμοποιούνται στις διάφορες οδοντιατρικές πράξεις (πχ. προσθετικά, επανορθωτικά, περιοδοντικά, χειρουργικά) και τα οποία μεταφέρονται από τον οδοντίατρο ανάλογα με την περίπτωση που καλείται να αντιμετωπίσει.

#### Γ) κουτιά μεταφοράς

Ο εξοπλισμός μπορεί να μεταφερθεί σε κουτιά μεταφοράς, που καλό είναι να είναι πλαστικά, για να καθαρίζονται και να απολυμαίνονται εύκολα.

#### Δ) ειδικές φορητές οδοντιατρικές μονάδες

Στο εμπόριο διατίθενται μεγάλη ποικιλία σε ποιότητα και τιμές φορητών οδοντιατρικών μονάδων, που περιλαμβάνουν ό,τι είναι αναγκαίο για την πλήρη οδοντιατρική θεραπεία (αερότορ, μικρομότορ, συσκευή υπερήχων, αεροσυμπιεστή, φιάλη νερού για τα κοπτικά εργαλεία, σιελαντλία / αναρρόφηση, φιάλη συλλογής λυμάτων κ.λπ). Στο εμπόριο διατίθενται επίσης πτυσσόμενες οδοντιατρικές έδρες, ερεισικά κεφαλα και φορητά ακτινογραφικά μηχανήματα.

### ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ

Πριν από την πρώτη επίσκεψη στον ασθενή, ο οδοντίατρος θα πρέπει να αντλήσει πληροφορίες σχετικά με: α) το οδοντιατρικό πρόβλημα του ασθενούς, επείγον ή χρόνιο, β) τη γενική κατάσταση υγείας και τα λαμβανόμενα φάρμακα, γ) το περιβάλλον διαβίωσης, δ) την παρουσία φροντιστή, νοσηλεύτη ή επιβλέποντα, ε) τον τρόπο μετάβασης και στάθμευσης<sup>3, 15</sup>.

Τις πληροφορίες αυτές τις λαμβάνει από τον ασθενή (αν είναι εφικτό), από τους φροντιστές, από το «υπεύθυνο πρόσωπο» για τον ασθενή και συχνά είναι αναγκαίο να

προηγηθεί συνεννόηση και με το θεράποντα ιατρό. Αυτές οι πληροφορίες θα τον βοηθήσουν ώστε να προετοιμάσει τον κατάλληλο εξοπλισμό, να διασφαλίσει την παρουσία βοηθού, αν αυτό κριθεί αναγκαίο και να διαμορφώσει αποτελεσματικό σχέδιο θεραπείας. Αν η επίσκεψη είχε προγραμματιστεί σε προγενέστερο χρόνο καλό είναι να προηγηθεί τηλεφωνική επιβεβαίωση.

### ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΠΕΡΙΒΑΛΟΝΤΟΣ

Σε κάθε περίπτωση είναι αναγκαίο να τηρηθεί η προστασία της ιδιωτικότητας του ασθενούς κατά την εξέταση και τη θεραπεία. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία στα ιδρύματα, όπου συχνά η απομόνωση δεν είναι εύκολη, αλλά και στις οικίες. Σκόπιμο είναι να προστατεύονται τα προσωπικά δεδομένα από τυχόν τρίτους παρόντες (πχ. οικιακή βοηθό, άλλοι συγγαίτικοι, συγγενείς κ.λπ.)<sup>3</sup>. Θα πρέπει επίσης να διασφαλίζεται πρόσβαση σε νερό και ηλεκτρικό και προστασία από πιθανή διασπορά λοιμώξεων<sup>17</sup>, αλλά και η προσωπική προστασία του θεράποντα από εξωγενείς παράγοντες.

Ιδιαίτερα στα ιδρύματα θα πρέπει να διασφαλίζεται η επιβεβαίωση της ταυτότητας του ασθενούς αλλά και των παρισταμένων συγγενών ή άλλων φροντιστών.

Η διαμόρφωση του χώρου είναι σημαντική καθώς απαιτείται ένας ελάχιστος χώρος εργασίας, μία επιφάνεια για την τοποθέτηση εργαλείων και υλικών και κατάλληλος φωτισμός. Η παρουσία βοηθού βοηθά κατά πολύ στους χειρισμούς (πχ. φωτισμός πεδίου, διατήρηση ασθενούς σε κατάλληλη θέση κ.λπ).

Πολλές φορές κρίνεται αναγκαία και η παρουσία ενός συγγενή ή φροντιστή, που γνωρίζει το χώρο αλλά και καθησυχάζει και ηρεμεί τον ασθενή.

### ΣΧΕΔΙΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Στην πρώτη επίσκεψη ο οδοντίατρος θα διαγνώσει αν ο ασθενής είναι σε θέση να επικοινωνήσει αποτελεσματικά με το θεράποντα, να ενημερωθεί για την κατάσταση της υγείας του και να συναινέσει κατόπιν ενημέρωσης στη θεραπεία. Σε αντίθετη περίπτωση είναι αναγκαία η λήψη συναίνεσης από τον κατά νόμον υπεύθυνο «κηδεμόνα» του ασθενούς.

Η αντιμετώπιση του πόνου και της φλεγμονής αποτελούν πάντα την πρώτη προτεραιότητα. Το σχέδιο θεραπείας θα πρέπει να είναι εξατομικευμένο, απλό, ρεαλιστικό και εύκολα αναπροσαρμόσιμο.

Χωρίς ιδιαίτερη δυσκολία αντιμετωπίζονται οι απλές εξαγωγές, η περιοδοντική θεραπεία, η κατασκευή ή επιδιόρθωση ολικών και μερικών οδοντοστοιχιών, η τοποθέτηση εμφράξεων και η συνολική διαχείριση της τερηδόνας, η αντιμετώπιση της ξηροστομίας και συνηθισμένων βλαβών του στόματος (πχ. στοματίτιδες), παρέχονται οδηγίες για την πρόληψη στοματικών βλαβών και γίνεται οδοντιατρική εκπαίδευση τόσο των ασθενών όσο και των φροντιστών.

Η κατ' οίκον οδοντιατρική μπορεί να αξιοποιήσει την τεχνική της ατραυματικής οδοντιατρικής<sup>16</sup>. Πρόκειται για μία εξαιρετικά απλή, οικονομική και εύκολη στην εφαρ-

μογή τεχνική αφαίρεσης της τερηδόνας με εργαλεία χειρός και τοποθέτησης συγκολλούμενου υλικού<sup>18</sup>.

Συνιστάται αποφυγή της τέλεσης οδοντιατρικών πράξεων που ενδέχεται να δημιουργήσουν επιπλοκές μη αντιμετωπίσιμες στην οικία.

### **ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΜΜΑΔΑ**

Στην Οδοντιατρική Σχολή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών στα τελευταία χρόνια η κατ' οίκον Οδοντιατρική περιλαμβάνεται στα μαθήματα τόσο της Γηροδοντιατρικής όσο και της Οργάνωσης και Διαχείρισης Οδοντιατρείου.

Για τους μεγαλύτερους σε ηλικία οδοντιάτρους είναι απαραίτητες σχετικές εκπαιδευτικές δράσεις στα πλαίσια της συνεχούς επιμόρφωσης. Ανάλογες πρωτοβουλίες έχουν ήδη αναλάβει ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Αττικής (5η ημερίδα, 25/9/2010), η Στοματολογική Εταιρεία Κρήτης (19η Παγκρήτια Στοματολογική Σύνοδος, 20-22/5/2011), και ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Πειραιά σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής (9/02/2013).

Είναι γεγονός ότι η παροχή οδοντιατρικής φροντίδας υψηλής ποιότητας κατ' οίκον δεν είναι εύκολη και εμπεικλείει πολλές ιδιαιτερότητες. Χρειάζεται γνώσεις, εμπειρία, υπομονή, αγάπη προς τον αδύναμο συνάνθρωπο και σεβασμό της ιδιαιτερότητάς του και του χώρου του, μεταφερόμενο αναγκαίο εξοπλισμό και αποφυγή της τέλεσης εκείνων των οδοντιατρικών πράξεων που ενδέχεται να δημιουργήσουν τέτοιες επιπλοκές, οι οποίες δεν θα μπορούσαν να αντιμετωπισθούν στο σπίτι. Εάν τηρούνται, όμως, αυτές οι προϋποθέσεις, μπορούν να παρέχονται κατ' οίκον σημαντικές ποιοτικές υπηρεσίες σε άτομα που η φυσική και η ιατρική τους κατάσταση ή οι συνθήκες διαβίωσης δεν επιτρέπουν τη μεταφορά τους<sup>19</sup>.

### **Η ΑΝΑΓΚΗ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ**

Όπως ειπώθηκε σε προηγούμενη παράγραφο, το σύστημα κατ' οίκον παροχής περίθαλψης δεν είναι ακόμα κατοχυρωμένο νομικά στην Ελλάδα, ώστε οι μεν παρέχοντες αυτές τις υπηρεσίες να θεωρείται ότι δεν προβαίνουν σε «πλανοδιακή» (κατά τον παλαιότερα προσφιλή όρο) άσκηση και να είναι εξασφαλισμένοι από πειθαρχικούς ή ποινικούς κινδύνους και από αστικές διεκδικήσεις, οι δε ασθενείς να περιθάλπονται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Δεδομένου ότι η στοματική υγεία είναι δικαίωμα όλων και ουδείς πρέπει να στερείται υπηρεσιών υψηλής ποιότητας, απαραίτητη είναι η έκδοση υπουργικής απόφασης η οποία να ρυθμίζει τις προϋποθέσεις για τη σωστή παροχή της κατ' οίκον οδοντιατρικής φροντίδας<sup>2</sup>.

Είναι ακόμα επιτακτική ανάγκη η κατ' οίκον οδοντιατρική θεραπεία να ενταχθεί ουσιαστικά, αποσαφηνισμένα και σε ευρεία βάση στις υποχρεώσεις της δημόσιας οδοντιατρικής περίθαλψης με κατάλληλη νομοθετική παρέμβαση, ενημέρωση και εκπαίδευση του προσωπικού<sup>19</sup>.

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η κατ' οίκον οδοντιατρική αποτελεί μία κοινωνική αναγκαιότητα για πολλές κοινωνικές ομάδες και κυρίως για τους ευπαθείς ηλικιωμένους. Δεν θα πρέπει να θεωρείται ως κατ'εξαίρεση θεραπευτική προσέγγιση, αλλά ως προσέγγιση ρουτίνας για όσους παραμένουν καθηλωμένοι στο σπίτι τους ή αδυνατούν να μεταφερθούν σε οδοντιατρείο.

Δύο είναι οι βασικοί άξονες ενίσχυσης της κατ' οίκον οδοντιατρικής θεραπείας. Ο πρώτος αφορά στην εκπαίδευση φοιτητών και οδοντιάτρων στις βασικές αρχές και τεχνικές της μεθόδου και ο δεύτερος στη νομοθετική ρύθμιση.

Ιδιαίτερης σημασίας θα είναι και η ένταξη της κατ' οίκον οδοντιατρικής φροντίδας στα πλαίσια παροχών της δημόσιας οδοντιατρικής φροντίδας.

Με βάση αυτούς τους άξονες μπορούν πράγματι να παρασχεθούν κατ' οίκον σημαντικές ποιοτικές οδοντιατρικές υπηρεσίες σε άτομα που δεν μπορούν να μεταφερθούν σε ιατρείο.

### **SUMMARY**

#### **Domiciliary dental care:**

#### **A social necessity for frail social groups**

Anastassia E. Kossioni, Flora Zervou-Valvi

*hellenic hospital dentistry 6: 43-48, 2013*

*Domiciliary dental care is necessary for those patients who have no access to a fixed dental clinic due to various general, social, medical or geographical reasons. It particularly addresses the oral care needs of frail and dependent older persons, residing in their homes or in long-term care settlements.*

*Domiciliary treatment is offered in most European countries (Austria, Cyprus, Denmark, Finland, France, Germany, Norway, the UK, Malta, Luxemburg), mainly through the public care system, and in other countries such as the USA, Australia and Canada. However, many private dental practitioners feel unprepared and unwilling to provide domiciliary dental care due to inadequate training, lack of equipment, financial reasons, lack of time or unfavorable working conditions.*

*The necessary skills for providing domiciliary dental care are: thorough assessment of the patients general medical condition and the ability to consent, provision of emergency care, good organisation of the dental visits in terms of time, transportation and preparation of the necessary portable equipment, and efficient communication with other members of the health care team and the carers. It is very important to protect the patients privacy and have a close cooperation with the carers.*

*The portable equipment includes a general kit (eg. portable light, paper towels, face masks, emergency equipment, basic dental examination tools, administrative*

*papers), specialized equipment (materials and tools for prosthetics, periodontal, conservative and surgical care) and carrying boxes. Portable dental units are also available in the market.*

*The treatment plan needs to be simple, individualised, realistic, adaptable, and patient-centered. Easy to do procedures are the simple extractions, tooth scaling, dental fillings, particularly using the ART technique, manufacturing or repairing dentures, the management of xerostomia, diagnosis and management of many oral lesions, prevention and dental education.*

*The two important elements for an efficient domiciliary dental care are clear legal aspects of practice and adequate training of dentists at an undergraduate and a CPD level.*

**Key words:** *Domiciliary dental care; Geriatric Dentistry.*

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Καμμιλάτος Χ, Κολιοπούλου Α: Κατ' οίκον νοσηλεία. Εισήγηση στο Στρογγυλό Τραπέζι της Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής και του Οδοντιατρικού Συλλόγου Πειραιά «Κατ' οίκον παροχή οδοντιατρικής φροντίδας» (Συντονίστρια Φ. Ζερβού-Βάλβη). Επιστημονική Ημερίδα Οδοντιατρικού Συλλόγου Πειραιά «Ειδικές Περιπτώσεις Οδοντιατρικής Περιθαλψης», Ευγενίδειο Ίδρυμα, 9/02/2013.
2. Κατσίκης Α: Νομικό πλαίσιο της κατ' οίκον παροχής οδοντιατρικής φροντίδας. Εισήγηση στο Στρογγυλό Τραπέζι της Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής και του Οδοντιατρικού Συλλόγου Πειραιά «Κατ' οίκον παροχή οδοντιατρικής φροντίδας» (Συντονίστρια Φ. Ζερβού-Βάλβη). Επιστημονική Ημερίδα Οδοντιατρικού Συλλόγου Πειραιά «Ειδικές Περιπτώσεις Οδοντιατρικής Περιθαλψης», Ευγενίδειο Ίδρυμα, 9/02/2013.
3. Lewis D, Fiske J: Guidelines for the delivery of a domiciliary oral healthcare service. British Society for Disability and Oral Health. August 2009  
[http://www.bsdh.org.uk/guidelines/BSDH\\_Domiciliary\\_Guidelines\\_August\\_2009.pdf](http://www.bsdh.org.uk/guidelines/BSDH_Domiciliary_Guidelines_August_2009.pdf), όπως αυτό εμφανίζεται στις 3/9/2014.
4. Mitra S, Sambamoorthi U: Disability prevalence among adults: estimates for 54 countries and progress towards a global estimate. Discussion paper No: 2013-06. Department of Economics. Fordham University, July 2013.
5. CDC: Prevalence and Most Common Causes of Disability Among Adults -- United States, 2005.  
<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5816a2.htm#tab1>, όπως εμφανίζεται στις 3/9/2014.
6. Κοσιώνη Α, Ζερβού-Βάλβη Φ: Συνήθεις βλάβες του βλεννογόνου του στόματος σε ηλικιωμένους σχετιζόμενες με τη χρήση κινητών προσθετικών εργασιών. *Ελλ Νοσ Οδοντ* 2009; 1: 85-90.
7. Kossioni A: The prevalence of denture stomatitis and its predisposing conditions in an older Greek population. *Gerodontology* 2011; 28: 85-90.
8. The Council of European Dentists: Manual of dental practice 2014 (Edition 5).  
<http://www.eudental.eu/library/eu-manual.html>, όπως εμφανίζεται στις 3/9/2014.
9. Nunez B, Chalmers J, Warren J, Ettinger RL, Qian F, McEntee: Opinions on the provision of dental care in Iowa nursing homes. *Spec Care Dentist* 2011; 31(1): 33-40.
10. MacEntee MI, Weiss RT, Waxler-Morrison NE, Morrison BJ: Opinions of dentists on the treatment of elderly patients in long-term care facilities. *J Public Health Dent* 1992; 52(4): 239-44.
11. Chalmers JM, Hodge C, Fuss JM, Spencer AJ, Carter KD, Mathew R: Opinions of dentists and directors of nursing concerning dental care provision for Adelaide nursing homes. *Aust Dent J* 2001; 46: 277-283.
12. Hopcraft MS, Morgan MV, Satur JG, Wright FA: Dental service provision in Victorian residential aged care facilities. *Aust Dent J* 2008; 53: 239-245.
13. Nitschke I, Ilgner A, Müller F: Barriers to provision of dental care in long-term care facilities: the confrontation with ageing and death. *Gerodontology* 2005; 22: 123-129.
14. De Visschere LM, Vanobbergen JN: Oral health care for frail elderly people: actual state and opinions of dentists towards a well-organised community approach. *Gerodontology* 2006; 23: 170-176.
15. Καρκαζής ΗΧ: Κατ' οίκον παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης. Σε: Καρκαζής ΗΧ, Πολυζώης ΓΛ, εκδ. Εισαγωγή στη Γηροδοντιατρική και Γναθοπροσθετική Προσθετική. Αθήνα. Εκδόσεις Μπονισέλ, 1998: 223-228.
16. Κοσιώνη Α: Οδοντιατρική εκτός Οδοντιατρείου. Εισήγηση στην 4η Ημερίδα Επιστημονική ημερίδα του Οδοντιατρικού Συλλόγου Αττικής (3/7/2010) με τίτλο «Νέοι Προσανατολισμοί στην άσκηση της Οδοντιατρικής» (Συντονίστρια Α. Κοσιώνη). Το Περιοδικό του ΟΣΑ, 2010; 96: 10-12.
17. Κοζυράκης Κ, Νικολάτου-Γαλίτη Ο, Πανής Β, Τζούτζας Ι: Μέτρα Πρόληψης Διασποράς Λοιμώξεων. Αθήνα. Πανεπιστήμιο Αθηνών, Οδοντιατρική Σχολή 2011,  
[http://www.dent.uoa.gr/fileadmin/dent.uoa.gr/uploads/usefull\\_files/infections2011.pdf](http://www.dent.uoa.gr/fileadmin/dent.uoa.gr/uploads/usefull_files/infections2011.pdf), όπως εμφανίζεται στις 3/9/2014.
18. Frencken JE: The ART approach using glass-ionomers in relation to global oral health care. *Dent Mater* 2010; 26(1): 1-6.
19. Ζερβού-Βάλβη Φ: Συμπεράσματα. Εισήγηση στο Στρογγυλό Τραπέζι της Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής και του Οδοντιατρικού Συλλόγου Πειραιά «Κατ' οίκον παροχή οδοντιατρικής φροντίδας» (Συντονίστρια Φ. Ζερβού-Βάλβη). Επιστημονική Ημερίδα Οδοντιατρικού Συλλόγου Πειραιά «Ειδικές Περιπτώσεις Οδοντιατρικής Περιθαλψης», Ευγενίδειο Ίδρυμα, 9/02/2013.

#### Επικοινωνία:

Αναστασία Ε. Κοσιώνη

Τηλ.: 210-7461212.

e-mail: akossioni@dent.uoa.gr