

## Νομοθεσία, Ηθική και Κλινική Ευθύνη στην Οδοντιατρική Πράξη: Θεσμικά Όρια και Πρακτικές Εφαρμογές

Αγγελική Γιαννοπούλου-Μιχαλοπούλου<sup>1</sup>

Η οδοντιατρική πράξη συνιστά ένα σημείο τομής μεταξύ της επιστημονικής γνώσης και της ηθικής ευθύνης, εντός ενός συνεχώς εξελισσόμενου θεσμικού και κοινωνικού πλαισίου. Η παρούσα μελέτη εξετάζει κρίσιμες πτυχές της κλινικής διακυβέρνησης, με έμφαση στην ενημερωμένη συναίνεση, την προστασία ευάλωτων ομάδων, την τεκμηρίωση και τα ιατρικά έγγραφα, την εμπιστευτικότητα (Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων (GDPR)) και την οικονομική διαφάνεια. Ιδιαίτερη προσοχή δίδεται στην ερμηνεία των νομικών και δεοντολογικών προτύπων σε πρακτικές καθημερινής εφαρμογής, καθώς και στη συμμόρφωση των επαγγελματιών υγείας με τις αρχές της δεοντολογίας. Τα ευρήματα αναδεικνύουν ότι η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας εξαρτάται από τυποποιημένες διαδικασίες συναίνεσης και καταγραφής, από την ειλικρινή διαχείριση ανεπιθύμητων συμβάντων και από την προσαρμοσμένη φροντίδα για ευάλωτους ασθενείς, ενώ εξακολουθούν να παρατηρούνται κενά εφαρμογής και διαφοροποιήσεις σε εθνικό επίπεδο. Προτείνονται πρακτικά εργαλεία, όπως λίστες ελέγχου, πρότυπα εντύπων και αλγόριθμοι λήψης αποφάσεων, για την ενίσχυση της λογοδοσίας και τη διασφάλιση τεκμηριωμένης, υψηλής ποιότητας οδοντιατρικής φροντίδας. Σκοπός της μελέτης είναι να αναδείξει τον ρόλο των θεσμικών, ηθικών και νομικών πλαισίων στην ενίσχυση της επαγγελματικής ευθύνης του οδοντιάτρου και να προτείνει εφαρμόσιμες στρατηγικές ενσωμάτωσης των αρχών δεοντολογίας στην οδοντιατρική πράξη.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική - οδοντιατρική ειδικής φροντίδας 18(1): 13-31, 2025

### 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παροχή οδοντιατρικής φροντίδας δεν περιορίζεται στην τεχνική δεξιότητα και τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα, αλλά ενσωματώνει ένα ευρύτερο πλαίσιο επαγγελματικής ηθικής, νομικής υπευθυνότητας και κοινωνικής ευαισθησίας. Ο οδοντίατρος, ως λειτουργός της υγείας, καλείται να διαχειρίζεται τις σχέσεις με τους ασθενείς όχι μόνο βάσει επιστημονικής γνώσης, αλλά και με γνώμονα τη δεοντολογία, τη διαφάνεια και τη λογοδοσία<sup>1,2</sup>.

**Λέξεις κλειδιά:** Οδοντιατρική δεοντολογία, κλινική διακυβέρνηση, ενημερωμένη συναίνεση, ιατρικό απόρρητο, νομική ευθύνη, ευάλωτες ομάδες.

1. Αγγελική Γιαννοπούλου-Μιχαλοπούλου  
Οδοντίατρος Ειδικής Φροντίδας

**Προέλευση:** Ελληνική Εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής & Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας

Η έννοια της κλινικής διακυβέρνησης (clinical governance) έχει εδραιωθεί ως κεντρικός πυλώνας για τη διασφάλιση της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας, ενσωματώνοντας στοιχεία όπως η ενημερωμένη συναίνεση, η τεκμηριωμένη κλινική πρακτική, η προστασία ευάλωτων ομάδων, η θεσμική ηθική και η διαφανής οικονομική ενημέρωση<sup>3-5</sup>.

Η έννοια της κλινικής διακυβέρνησης (clinical governance) έχει εδραιωθεί ως κεντρικός πυλώνας για τη διασφάλιση της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας, ενσωματώνοντας στοιχεία όπως η ενημερωμένη συναίνεση, η τεκμηριωμένη κλινική πρακτική, η προστασία ευάλωτων ομάδων, η θεσμική ηθική και η διαφανής οικονομική ενημέρωση<sup>3-5</sup>.

«Η κλινική διακυβέρνηση ορίζεται ως το σύστη-

μα μέσω του οποίου οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης είναι υπεύθυνοι για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας και τη διασφάλιση υψηλών προτύπων φροντίδας»<sup>6-8</sup>.

Οι έννοιες αυτές οφείλουν να ενσωματώνονται σε κάθε πτυχή της οδοντιατρικής δραστηριότητας, από τη διαχείριση του κλινικού φακέλου ασθενούς και τη συγκατάθεση του ασθενούς έως τη δεοντολογική αξιολόγηση των θεραπευτικών αποφάσεων.

Επιπλέον, το νομικό και κανονιστικό πλαίσιο, τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο, ορίζει σαφώς τα όρια και τις υποχρεώσεις του επαγγελματία, ενισχύοντας τη σημασία της επαγγελματικής συμμόρφωσης και της λογοδοσίας. Χαρακτηριστικά, διεθνείς οργανισμοί όπως η Παγκόσμια Οδοντιατρική Ομοσπονδία (FDI World Dental Federation - FDI), το Συμβούλιο Ευρωπαίων Οδοντιάτρων (Council of European Dentists - CED), η Αμερικανική Οδοντιατρική Εταιρεία (American Dental Association - ADA), το Γενικό Οδοντιατρικό Συμβούλιο (Ηνωμένο Βασίλειο) (General Dental Council - GDC) περιγράφουν σαφώς τις θεμελιώδεις αρχές επαγγελματικής συμπεριφοράς, δεοντολογίας, εμπιστευτικότητας και υπευθυνότητας που οφείλουν να διέπουν την άσκηση του οδοντιατρικού επαγγέλματος<sup>9-12</sup>.

Οι αρχές αυτές ευθυγραμμίζονται με τη Παγκόσμια Στρατηγική για τη Στοματική Υγεία (WHO Global Strategy on Oral Health) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (World Health Organization - WHO), η οποία προάγει την ένταξη της στοματικής υγείας στα εθνικά συστήματα υγείας ως θεμελιώδη συνιστώσα της καθολικής κάλυψης υγείας (Universal Health Coverage - UHC)<sup>13</sup>.

Στην Ελλάδα, ο Κώδικας Οδοντιατρικής Δεοντολογίας (Π.Δ. 39/2009) αποτελεί το επίσημο κείμενο θεσμικής οριοθέτησης των οδοντιατρικών υποχρεώσεων.

Η εργασία αυτή επιχειρεί να αναδείξει τις βασικές διαστάσεις της σύγχρονης κλινικής δεοντολογίας στην οδοντιατρική, με στόχο τη διασύν-

δεση θεωρητικών αρχών και πρακτικών εφαρμογών για ασφαλή, υπεύθυνη και ποιοτική φροντίδα. Στο πλαίσιο αυτό, η μελέτη διερευνά πώς τα θεσμικά, ηθικά και νομικά πλαίσια καθοδηγούν την επαγγελματική ευθύνη του οδοντιάτρου και εξετάζει τρόπους ενσωμάτωσης των αρχών δεοντολογίας στη σύγχρονη κλινική πρακτική.

## 2. ΘΕΣΜΙΚΟ, ΝΟΜΙΚΟ ΚΑΙ ΗΘΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Η σύγχρονη οδοντιατρική πράξη δεν περιορίζεται στη θεραπευτική επάρκεια και την τεχνική δεξιότητα, αλλά διέπεται από ένα σύνθετο πλέγμα νομικών, κανονιστικών και δεοντολογικών αρχών που καθορίζουν τις θεμελιώδεις υποχρεώσεις του οδοντιάτρου και τα όρια της επαγγελματικής του αυτονομίας. Το θεσμικό και ηθικό πλαίσιο λειτουργεί ως μηχανισμός διασφάλισης της ποιότητας της φροντίδας, ενισχύοντας τη διαφάνεια, την προστασία των δικαιωμάτων του ασθενούς και τη λογοδοσία του επαγγελματία υγείας. Παράλληλα, αντανακλά την κοινωνική αποστολή του οδοντιάτρου, καθώς η παροχή φροντίδας στοματικής υγείας συνδέεται άρρηκτα με την εμπιστοσύνη της κοινωνίας προς το επάγγελμα και με την υποχρέωση τήρησης υψηλών προτύπων ηθικής και υπευθυνότητας.

Ο Πίνακας 1 παρέχει συνοπτική απεικόνιση των πρακτικών αξόνων κλινικής διακυβέρνησης και των εφαρμογών τους ανά θεματική ενότητα.

### 2.1 Ενημερωμένη Συναίνεση, Διαφάνεια και Επαγγελματική Ευθύνη

Η ενημερωμένη συναίνεση αποτελεί θεμελιώδη αρχή της βιοηθικής και συνιστά νομική και δεοντολογική υποχρέωση κάθε επαγγελματία υγείας. Προϋποθέτει τη συνειδητή και εθελουσία συγκατάθεση του ασθενούς για την εκτέλεση ιατρικής ή οδοντιατρικής πράξης, αφού προηγουμένως έχει παρασχεθεί πλήρης, σαφής και κατανοητή ενημέρωση σχετικά με τη φύση και τον σκοπό της θεραπείας, τα αναμενόμενα οφέλη, τους δυνητικούς κινδύνους και τις πιθανές επιπλοκές, τις διαθέσιμες εναλλακτικές επιλογές και τις επιπτώσεις της μη θεραπείας<sup>1,2,14</sup>.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1**  
**ΠΡΑΚΤΙΚΟΙ ΑΞΟΝΕΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ**  
**ΚΑΙ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ**

| Αξονας                                                              | Εφαρμογές στην πράξη                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ενημερωμένη συναίνεση με επαληθευμένη κατανόηση                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Δομημένη ενημέρωση (οφέλη/κίνδυνοι/εναλλακτικές λύσεις)</li> <li>Μέθοδος teach-back: επαλήθευση και τεκμηρίωση κατανόησης</li> <li>Επανεπιβεβαίωση όταν αλλάζει ουσιαστικά το σχέδιο</li> <li>Χρήση προτύπων εντύπων συναίνεσης (checklists/forms)</li> </ul>                                                 |
| Προστασία ευαλωτότητας με αναλογικές δικλίδες                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Σύντομη εκτίμηση ικανότητας λήψης απόφασης</li> <li>Προσαρμοσμένη επικοινωνία με χρήση επαγγελματιών διερμηνέων και πολιτισμικών διαμεσολαβητών</li> <li>Συμμετοχή φροντιστών κατόπιν συναίνεσης του ασθενούς</li> <li>Εφαρμογή λίστας ελέγχου προστασίας ευάλωτων ομάδων</li> </ul>                          |
| Κουλτούρα ασφάλειας με συστηματική αναφορά και μάθηση               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Μη τιμωρητικό σύστημα αναφοράς συμβάντων (δεκτές και ανώνυμες αναφορές)</li> <li>Μηνιαίες ανασκοπήσεις συμβάντων και βασική ανάλυση αιτιών (root cause analysis)</li> <li>Παρακολούθηση διορθωτικών ενεργειών και επαλήθευση αποτελεσματικότητας</li> <li>Πρότυπα έντυπα/φόρμες αναφοράς συμβάντων</li> </ul> |
| Τεκμηρίωση υψηλής ποιότητας και συμμόρφωση στη διαχείριση δεδομένων | <ul style="list-style-type: none"> <li>Τυποποιημένα υποχρεωτικά πεδία στον Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας (ΗΦΥ/EHR)</li> <li>Μηνιαίος έλεγχος ποιότητας για πληρότητα και συνέπεια</li> <li>Συμμόρφωση με τον GDPR: έλεγχος πρόσβασης, καταγραφή συμβάντων και κρυπτογράφηση δεδομένων</li> <li>Checklists ποιότητας τεκμηρίωσης</li> </ul>               |
| Οικονομική διαφάνεια και δεοντολογία χρεώσεων                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Προ-εκτίμηση κόστους και γραπτή ενημέρωση ασθενούς</li> <li>Τυποποιημένη συμφωνία πράξεων/τιμών</li> <li>Σύνδεση παραστατικών με παρεχόμενες υπηρεσίες</li> <li>Πολιτική αποφυγής υπερθεραπείας</li> <li>Χρήση προτύπων εντύπων οικονομικής ενημέρωσης</li> </ul>                                             |

Η συναίνεση δεν είναι μια απλή υπογραφή, αλλά διαδικασία επικοινωνίας, που προϋποθέτει την ικανότητα του ασθενούς να κατανοήσει και να εκτιμήσει την πληροφορία, καθώς και το δικαίωμα να απορρίψει ή να τροποποιήσει τις προτεινόμενες παρεμβάσεις<sup>15,16</sup>. Η σύγχρονη βιβλιογραφία αναγνωρίζει ότι η συναίνεση πρέπει να εντάσσεται σε ένα πλαίσιο συμμετοχικής λήψης αποφάσεων (shared decision-making), όπου ο ασθενής δεν αποτελεί παθητικό δέκτη πληροφοριών, αλλά ενεργό συμμετοχό στη διαδικασία επιλογής θεραπείας. Η συμμετοχική αυτή προσέγγιση συνδέεται με υψηλότερη ικανοποίηση, καλύτερη συμμόρφωση στις θεραπευτικές οδηγίες και ενίσχυση της σχέσης εμπιστοσύνης<sup>15,16</sup>.

Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται όταν πρόκειται για ευάλωτες ομάδες, όπως παιδιά και άτομα με νοητική υστέρηση. Σε περιπτώσεις όπου ο ασθενής δεν διαθέτει δικαιοπρακτική ικανότητα, η συναίνεση παρέχεται από τον νόμιμο εκπρόσωπο (γονέα, κηδεμόνα ή δικαστικό συμπαραστάτη), σύμφωνα με τις ισχύουσες νομικές προβλέψεις<sup>17</sup>.

Τα ζητήματα γλωσσικών και πολιτισμικών εμποδίων αναδεικνύονται ως καθοριστικοί παράγοντες, καθώς αυτά ενδέχεται να παρεμποδίσουν την πλήρη κατανόηση της πληροφόρησης. Η χρήση κατάλληλων μεταφραστικών εργαλείων, η εμπλοκή διερμηνέων και η προσαρμογή του πληροφοριακού υλικού στις ανάγκες διαφορε-

τικών πληθυσμιακών ομάδων αποτελούν κρίσιμες παραμέτρους για τη διασφάλιση ουσιαστικής συναίνεσης<sup>18,19</sup>.

Η έννοια της «πληροφόρησης» ποικίλλει ανάλογα με την πολυπλοκότητα της πράξης. Μια απλή αποτρύγωση μπορεί να απαιτεί λιγότερη ενημέρωση από μια εξαγωγή ή μια ενδοδοντική θεραπεία. Η τεκμηριωμένη συναίνεση αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση για κάθε παρέμβαση και πρέπει να καταχωρίζεται στον κλινικό φάκελο ή σε γραπτό έντυπο, ιδίως για επεμβατικές πράξεις<sup>20</sup>.

Η ελληνική νομοθεσία σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005 –άρθρο 12) αναγνωρίζει το δικαίωμα του ασθενούς στην πληροφόρηση και την αυτονομία του στη λήψη αποφάσεων. Σύμφωνα δε με τη Οδοντιατρική Δεοντολογία, όπως καθορίζεται στο Π.Δ. 39/2009, ρητά προβλέπει (άρθρο 6) ότι η συναίνεση πρέπει να είναι ελεύθερη, τεκμηριωμένη και καταγεγραμμένη, ενώ ο οδοντίατρος υποχρεούται να παρέχει στον ασθενή την απαραίτητη πληροφόρηση, σε γλώσσα κατανοητή, για τη φύση και τον σκοπό της πράξης, τις πιθανές επιπλοκές και τις εναλλακτικές θεραπείες<sup>21,22</sup>.

Στο πλαίσιο της διαχείρισης ανεπιθύμητων συμβάντων, η συμμόρφωση με την υποχρέωση ειλικρίνειας είναι ουσιώδης. Ο οδοντίατρος οφείλει όχι μόνο να ενημερώνει με σαφήνεια και ειλικρίνεια τον ασθενή για κάθε ανεπιθύμητο γεγονός, αλλά και να μεριμνά για την τεκμηρίωση και επίσημη αναφορά του περιστατικού<sup>23</sup>. Η απλή αναφορά του γεγονότος δεν επαρκεί. Απαιτείται η εφαρμογή κουλτούρας διαφάνειας και μάθησης (learning culture), που εστιάζει όχι στον καταλογισμό ευθυνών αλλά στον εντοπισμό συστημικών αδυναμιών και στην πρόληψη επαναλήψεων. Υπάρχουν διάφοροι μηχανισμοί καταγραφής των ανεπιθύμητων συμβάντων. Σε ένα οδοντιατρείο, τέτοια συμβάντα μπορούν να συζητούνται σε προγραμματισμένες ομαδικές συναντήσεις, μέσα από αναλυτική παρουσίαση της χρονικής σειράς και των αιτίων που τα προκάλεσαν<sup>23,24</sup>.

Η συστηματική καταγραφή των ανεπιθύμητων

συμβάντων αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της κλινικής διακυβέρνησης και καθοριστικό εργαλείο για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών. Στο περιβάλλον ενός οδοντιατρείου, η ανασκόπηση τέτοιων περιστατικών μπορεί να ενσωματωθεί σε τακτικές συναντήσεις της ομάδας, με αναλυτική παρουσίαση της αλληλουχίας γεγονότων που οδήγησαν στο συμβάν. Σε δευτεροβάθμιες δομές φροντίδας, η καταγραφή γίνεται συστηματικά μέσω ειδικών εντύπων, εξασφαλίζοντας την ύπαρξη επίσημου, επαληθεύσιμου αρχείου.

Η τεκμηριωμένη αναφορά επιτρέπει την αναγνώριση επαναλαμβανόμενων προτύπων, τον εντοπισμό περιοχών αυξημένου κινδύνου και, τελικά, την πρόληψη παρόμοιων περιστατικών. Επιπλέον, επαγγελματικοί φορείς και επιστημονικές ενώσεις έχουν θεσπίσει διαδικασίες αναφοράς, παρέχοντας καθοδήγηση και υποστήριξη στους κλινικούς<sup>25</sup>.

Η εφαρμογή συστημάτων κλινικής διακυβέρνησης επιτρέπει την πρόληψη ανεπιθύμητων συμβάντων, την αναγνώριση και διαχείριση των κινδύνων, καθώς και τη συνεχή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Όπως επισημαίνουν οι Patel και Jenkyn (2021), η ορθή υιοθέτηση των αρχών της κλινικής διακυβέρνησης ενισχύει την επαγγελματική ευθύνη των οδοντιάτρων και προάγει ένα περιβάλλον που ευνοεί την ασφάλεια και την εμπιστοσύνη των ασθενών<sup>5</sup>.

Παράλληλα, Η θεσμοθέτηση ανώνυμων ή και μη τιμωρητικών μηχανισμών αναφοράς συνδέεται με μείωση του φόβου πειθαρχικών κυρώσεων, αύξηση του όγκου και της ποιότητας των αναφορών και, τελικά, με σαφέστερη αποτύπωση των συστημικών αιτίων που απαιτούν διορθωτικές παρεμβάσεις. Σκοπός των μηχανισμών αυτών είναι να ενθαρρύνουν την αναφορά λαθών χωρίς τον φόβο δυσφήμισης, ποινικών ή διοικητικών συνεπειών, ενισχύοντας έτσι την ψυχολογική ασφάλεια και την κουλτούρα μάθησης. Ως αποτέλεσμα, οι επαγγελματίες αισθάνονται ασφαλέστεροι να καταγράψουν τα συμβάντα, αυξάνονται οι πραγματικές καταγραφές, τα δεδομένα γίνονται πληρέστερα και αξιοπιστότερα και διευκολύνεται ο εντοπισμός βελ-

τώσιμων σημείων (π.χ. διαδικασίες, εξοπλισμός, ενδοομαδική επικοινωνία). Σε οδοντιατρικά περιβάλλοντα, εξειδικευμένα συστήματα, όπως το Dental Incident Reporting System (DIRS), επιδιώκουν ακριβώς αυτήν τη μετάβαση προς τυποποιημένη, φιλική προς τον χρήστη αναφορά και ανάλυση περιστατικών<sup>24,26-28</sup>. Νεότερα δεδομένα επιβεβαιώνουν ότι η ανάπτυξη και υιοθέτηση φιλικών συστημάτων τύπου DIRS με τυποποιημένη ταξινόμηση αυξάνει τον όγκο και την ποιότητα των αναφορών και διευκολύνει στοχευμένες παρεμβάσεις ασφάλειας<sup>24</sup>.

Στην οδοντιατρική πράξη, η εμπιστοσύνη και η διαφάνεια είναι καθοριστικής σημασίας. Η ενημερωμένη συναίνεση ενισχύει τη σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ οδοντιάτρου και ασθενούς, περιορίζει την πιθανότητα παρανοήσεων ή συγκρούσεων και συμβάλλει στη διασφάλιση της ηθικής και νομικής προστασίας του κλινικού.

## 2.2 Νομοθετικό και Κανονιστικό Πλαίσιο στην Οδοντιατρική Πράξη

Η άσκηση της οδοντιατρικής ρυθμίζεται από ένα πολυεπίπεδο και δυναμικά εξελισσόμενο πλαίσιο, το οποίο συνδυάζει δεσμευτικές νομικές διατάξεις (hard law) με κατευθυντήριες οδηγίες και επαγγελματικά πρότυπα (soft law). Το πλαίσιο αυτό στοχεύει στη διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας, στην προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών και στην καθοδήγηση των επαγγελματιών σε θέματα ηθικής, επαγγελματικής ευθύνης και συμμόρφωσης προς θεσμικά πρότυπα. Η ισχύουσα νομοθεσία καθορίζει με σαφήνεια τις υποχρεώσεις του οδοντιάτρου τόσο στην κλινική πράξη όσο και στον κοινωνικό του ρόλο. Συνολικά, το νομοθετικό και κανονιστικό περιβάλλον δεν αποτελεί απλώς πλαίσιο περιορισμών, αλλά λειτουργεί ως μηχανισμός διασφάλισης ποιότητας, λογοδοσίας και κοινωνικής εμπιστοσύνης.

### 2.2.1 Εθνικό Νομοθετικό και Κανονιστικό Πλαίσιο

Η άσκηση της οδοντιατρικής στην Ελλάδα διέπεται από ειδικό νομικό και δεοντολογικό πλαίσιο, το οποίο εδράζεται τόσο στις γενικές αρχές της ιατρικής δεοντολογίας όσο και σε ειδικές προβλέψεις για το οδοντιατρικό επάγγελ-

μα. Οι γενικές αρχές που περιγράφονται στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005)<sup>21</sup>, όπως ο σεβασμός της αυτονομίας του ασθενούς, η ενημερωμένη συναίνεση, το ιατρικό απόρρητο, η προστασία προσωπικών δεδομένων και η επαγγελματική ευθύνη, ισχύουν πλήρως και για τους οδοντιάτρους.

Παράλληλα, ο Κώδικας Οδοντιατρικής Δεοντολογίας (Π.Δ. 39/2009)<sup>22</sup> εξειδικεύει τις παραπάνω αρχές και τις προσαρμόζει στις ιδιαιτερότητες της οδοντιατρικής πράξης, καθορίζοντας δικαιώματα, υποχρεώσεις και όρια της επαγγελματικής αυτονομίας.

Ρυθμίζει μεταξύ άλλων:

- Το δικαίωμα του οδοντιάτρου να διακόπτει ή να αρνείται την παροχή φροντίδας υπό προϋποθέσεις (άρθρο 5).
- Την υποχρέωση πλήρους ενημέρωσης του ασθενούς και τη λήψη συναίνεσης (άρθρο 6).
- Την τήρηση ιατρικών εγγράφων και την επισημονική υπευθυνότητα στην άσκηση της οδοντιατρικής πράξης (άρθρο 12).
- Την κοινωνική και επαγγελματική ευθύνη του οδοντιάτρου απέναντι στο κοινωνικό σύνολο (άρθρο 20).

Ο Κώδικας συμπληρώνεται από ρυθμιστικά και κανονιστικά έγγραφα επαγγελματικών και εποπικών φορέων (Οδοντιατρικός Σύλλογος, Υπουργείο Υγείας, ΕΟΔΥ, ΕΟΠΥΥ), που καθοδηγούν σε πρακτικά θέματα όπως η συναίνεση, η τεκμηρίωση και η προστασία δεδομένων υγείας.

Πέρα από τους θεμελιώδεις αυτούς κώδικες, το εθνικό πλαίσιο μεταφράζεται σε συγκεκριμένες, ενιαίες λειτουργικές υποχρεώσεις του οδοντιάτρου.

- Νόμιμη άσκηση επαγγέλματος (άδειες, εγγραφές, διατήρηση προσόντων) και συνεχιζόμενη επαγγελματική ανάπτυξη.
- Ασφάλεια και διακυβέρνηση πληροφοριών υγείας σε έντυπα και ηλεκτρονικά συστήματα, με ελεγχόμενη πρόσβαση, σαφείς πολιτι-

- κές διατήρησης και ασφαλούς διαγραφής, κρυπτογράφηση δεδομένων και αναλυτικά αρχεία καταγραφής για ιχνηλασιμότητα.
- Συμμόρφωση με τον GDPR σε όλες τις λειτουργικές διαδικασίες (ραντεβού, απεικονίσεις, κλινικές φωτογραφίες)<sup>29,30</sup>.
  - Πρόληψη και επιτήρηση λοιμώξεων με τεκμηριωμένα πρωτόκολλα απολύμανσης/αποστείρωσης και σχετικές καταγραφές<sup>31</sup>.
  - Ορθή χρήση ιοντίζουσας ακτινοβολίας στην ακτινοδιαγνωστική, με τεκμηρίωση δικαιολόγησης/βελτιστοποίησης και ελέγχους ποιότητας<sup>32,33</sup>.
  - Ιχνηλασιμότητα υλικών και εργασιών στις συνεργασίες με οδοντοτεχνικά εργαστήρια και προμηθευτές.
  - Κανόνες επαγγελματικής επικοινωνίας και προβολής, με αποφυγή παραπλανητικών ισχυρισμών<sup>22</sup>.
  - Διαχείριση κινδύνου και κλινική διακυβέρνηση, με καταγραφή συμβάντων και εσωτερικούς ελέγχους ποιότητας.
  - Προστασία ευάλωτων ομάδων, ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες και ετοιμότητα για επείγοντα (εκπαίδευση BLS/ALS, κατάλληλος εξοπλισμός, καταγραφές).

Επιπλέον, η διασύνδεση με τον Ατομικό Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας (Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (ΗΦΥ/Electronic Health Record – EHR)) ενισχύει τις απαιτήσεις ορθής τεκμηρίωσης και ελεγχόμενης πρόσβασης<sup>34</sup>.

Έτσι, το εθνικό πλαίσιο δεν μένει στη θεωρητική οριοθέτηση της δεοντολογίας, αλλά μετατρέπει τις αρχές σε πράξη, ενισχύοντας μετρήσιμα την ποιότητα, την ασφάλεια και τη λογοδοσία της οδοντιατρικής φροντίδας. Επιπλέον, εναρμονίζεται με το ενωσιακό δίκαιο και τις διεθνείς αρχές. Τα διεθνή αυτά πρότυπα λειτουργούν συμπληρωματικά προς το εθνικό δίκαιο, εναρμονίζοντας ορολογία και διαδικασίες και μεταφέροντας βέλτιστες πρακτικές στην κλινική πράξη.

### 2.2.2 Διεθνές Ρυθμιστικό Πλαίσιο και Επαγγελματική Ευθύνη

Η επαγγελματική ευθύνη στην οδοντιατρική δεν οριοθετείται αποκλειστικά από τα εθνικά νομο-

θετικά πλαίσια. Σε διεθνές επίπεδο, κώδικες δεοντολογίας και κατευθυντήριες οδηγίες επαγγελματικών φορέων (FDI, CED, ADA, GDC), μαζί με στρατηγικές δημόσιας υγείας όπως η WHO Global Strategy on Oral Health, θεμελιώνουν κοινές αρχές για την ποιότητα της φροντίδας, την ασφάλεια των ασθενών, τη διαφάνεια, τη λογοδοσία και την ισότιμη πρόσβαση. Τα κείμενα αυτά καθορίζουν κοινές αρχές, ελάχιστα πρότυπα και διαδικασίες σε διεθνές επίπεδο<sup>35</sup>.

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται τα βασικά διεθνή κείμενα και οι κώδικες που διαμορφώνουν το σύγχρονο πλαίσιο επαγγελματικής ευθύνης και δεοντολογίας στην οδοντιατρική. Παράλληλα τα διεθνή ρυθμιστικά πρότυπα διαδραματίζουν ουσιαστικό ρόλο στη διαμόρφωση ενιαίων αρχών δεοντολογίας, ποιότητας φροντίδας και προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών σε παγκόσμιο επίπεδο. Τα νομικά και κανονιστικά πλαίσια, τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο, οριοθετούν σαφώς τις υποχρεώσεις του επαγγελματία, ενισχύοντας τη σημασία της επαγγελματικής υπευθυνότητας και της συμμόρφωσης προς ηθικές αρχές.

### Ευρωπαϊκό πλαίσιο: επαγγελματικά προσόντα και διασυννοριακή φροντίδα

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, το Συμβούλιο Οδοντιάτρων Ευρώπης (CED) έχει αναπτύξει Κώδικα Δεοντολογίας, ενώ η Οδηγία 2005/36/EK για τα επαγγελματικά προσόντα καθορίζει τα ελάχιστα επίπεδα εκπαίδευσης και διευκολύνει τη διακρατική αναγνώριση επαγγελματικών τίτλων<sup>11,36</sup>.

Συμπληρωματικά, η Οδηγία 2011/24/ΕΕ προσδιορίζει τα δικαιώματα ασθενών στη διασυννοριακή υγειονομική περίθαλψη (ενημέρωση, ποιότητα και ασφάλεια, αποζημίωση), ενισχύοντας διαφάνεια και τυποποίηση πληροφοριών προς τους ασθενείς<sup>37</sup>.

### Ρυθμιστικά παραδείγματα ανά δικαιοδοσία

*Ηνωμένο Βασίλειο:* Το έγγραφο Standards for the Dental Team του εθνικού ρυθμιστικού φορέα General Dental Council (GDC) προσδιο-

ρίξει βασικές αρχές επαγγελματικής συμπεριφοράς, εμπιστευτικότητας, επικοινωνίας, λήψης συναίνεσης και φροντίδας ευάλωτων ομάδων, αποτελώντας δεσμευτικό πρότυπο επαγγελματικής ηθικής και ασφάλειας για τους οδοντιάτρους<sup>9</sup>.

*Ηνωμένες Πολιτείες:* Ο Κώδικας Ηθικής της American Dental Association (ADA) βασίζεται στις αρχές του σεβασμού της αυτονομίας, της ευεργεσίας, της μη κακοποίησης, της δικαιοσύνης και της αλήθειας, καθοδηγώντας την επαγγελματική συμπεριφορά<sup>12</sup>.

*Αυστραλία:* Το έγγραφο Code of Conduct του εθνικού ρυθμιστικού φορέα Dental Board of Australia (DBA) καθορίζει πρότυπα επαγγελματικής συμπεριφοράς και δεοντολογίας, προάγοντας την ασφάλεια και την ποιότητα της οδοντιατρικής φροντίδας. Παράλληλα, το Australian Dental Council (ADC), ως αρμόδιος φορέας εκπαιδευτικής διαπίστευσης, καθορίζει τις επαγγελματικές ικανότητες και τα πρότυπα αποφοίτησης για τους οδοντιάτρους<sup>38,39</sup>.

*Νέα Ζηλανδία:* Το Standards Framework του Dental Council (ηθική, κλινική και πολιτισμική επάρκεια) συνδέει ρητά ελάχιστα επαγγελματικά πρότυπα με μηχανισμούς λογοδοσίας και προστασίας του κοινού<sup>40</sup>.

*Ν. Αφρική:* Οι HPCSA Ethical Guidelines (σειρά «Booklets») συγκροτούν δεσμευτικό πλαίσιο επαγγελματικών/ηθικών κανόνων (διαφήμιση, απόβλητα υγείας, κίνητρα), λειτουργώντας ως σημείο αναφοράς σε ελέγχους επαγγελματικής συμπεριφοράς<sup>41</sup>.

*Καναδά (Οντάριο):* Το RCDSO Standard of Practice-Consent to Treatment (2025) εξειδικεύει νομικές/ηθικές υποχρεώσεις για ενημερωμένη συναίνεση (ιεραρχία υποκατάστατων αποφασίζοντων, τεκμηρίωση, επικοινωνία), προσφέροντας λειτουργικό υπόδειγμα τυποποίησης<sup>42</sup>.

*Κίνα:* Εφαρμόζεται σύστημα αδειοδότησης με εξετάσεις και προδιαγραφές δεξιοτήτων, όπως ορίζονται από την Chinese Stomatological

Association, ενισχύοντας τον έλεγχο ποιότητας στην άσκηση του επαγγέλματος<sup>43</sup>.

*Ιαπωνία:* Το Υπουργείο Υγείας, Εργασίας και Πρόνοιας εποπτεύει την εφαρμογή του Dentists Act, ενώ η Japan Dental Association (JDA) εκδίδει κατευθυντήριες οδηγίες ηθικής και επαγγελματικής συμπεριφοράς για τους οδοντιάτρους<sup>44</sup>.

Σε αντίθεση με τα ανωτέρω, σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες παρατηρείται έλλειψη επαρκούς νομικού πλαισίου, ανεπάρκεια προσωπικού και περιορισμένη πρόσβαση στην εκπαίδευση, γεγονός που επηρεάζει την ποιότητα και την ασφάλεια της οδοντιατρικής φροντίδας.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), η FDI World Dental Federation και η Pan American Health Organization (ΠΑΗΟ) προωθούν παγκόσμιες στρατηγικές για τη βελτίωση της στοματικής υγείας και την ενίσχυση των συστημάτων υγείας<sup>45-47</sup>.

Η κατανόηση αυτών των διαφορών αναδεικνύει τη σημασία της διακρατικής συνεργασίας και της προσαρμογής καλών πρακτικών, με στόχο την ενίσχυση της επαγγελματικής υπευθυνότητας και της ηθικής νομιμοποίησης της οδοντιατρικής πρακτικής σε παγκόσμιο επίπεδο.

Τα διεθνή κανονιστικά πρότυπα αναγνωρίζουν ότι η επαγγελματική υπευθυνότητα δεν περιορίζεται στην κλινική επάρκεια, αλλά περιλαμβάνει και την ηθική υποχρέωση του οδοντιάτρου να σέβεται τα δικαιώματα και την ασφάλεια του ασθενούς. Ο επαγγελματίας υποχρεούται να λειτουργεί με σεβασμό στην αυτονομία, να παρέχει τεκμηριωμένη φροντίδα, να τηρεί τους κανόνες προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και να εφαρμόζει αρχές ισότητας και δικαιοσύνης στην πρόσβαση στη φροντίδα.

Συνολικά, τα διεθνή ρυθμιστικά πρότυπα λειτουργούν συμπληρωματικά προς τα εθνικά νομικά πλαίσια, ενισχύοντας τόσο τη νομική όσο και τη δεοντολογική διάσταση της επαγγελματικής ευθύνης του οδοντιάτρου, προάγοντας την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών σε

παγκόσμιο επίπεδο.

### 2.3 Προστασία Ευάλωτων Ατόμων: Ηθική, Νομική και Κλινική Προσέγγιση

Η προστασία των ευάλωτων ασθενών αποτελεί έναν από τους θεμελιώδεις άξονες της δεοντολογικής και νομικής ευθύνης του οδοντιάτρου. Η ευαλωτότητα δεν προσδιορίζεται μόνο από παθολογικές ή νομικές κατηγορίες, αλλά αναγνωρίζεται ως πολυπαραγοντικό φαινόμενο που συνδέεται με σωματικούς, γνωστικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Σύμφωνα με τη Διεθνή Ταξινόμηση της Λειτουργικότητας, Αναπηρίας και Υγείας (ICF) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), η ευαλωτότητα ερμηνεύεται ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ των ατομικών ικανοτήτων και των περιβαλλοντικών και κοινωνικών περιορισμών που επηρεάζουν τη συμμετοχή του ατόμου στην καθημερινή ζωή<sup>48</sup>. Πρόκειται για μια δυναμική έννοια που απαιτεί εξατομικευμένη αξιολόγηση και ηθικά ευαίσθητη προσέγγιση.

#### 2.3.1 Ηθικές Αρχές και Πρακτική στην Προστασία Ευάλωτων Ασθενών

Σύγχρονες βιοηθικές προσεγγίσεις αντιμετωπίζουν την ευαλωτότητα ως δυναμική και συμφραζόμενη κατάσταση, απορρίπτοντας τη στατική κατηγοριοποίηση συγκεκριμένων ομάδων ως «εκ φύσεως» ευάλωτων. Η αδιαφοροποίητη χρήση του όρου μπορεί να οδηγήσει σε στιγματισμό και αποκλεισμό, γι' αυτό προτείνεται εννοιολογική αποσαφήνιση και λειτουργική (context-specific) αξιολόγηση της ευαλωτότητας. Η αντιμετώπιση της ευαλωτότητας ως σταθερής κατηγορίας περιορίζει την ατομική αυτονομία, ενώ η αναγνώρισή της ως μεταβαλλόμενης κατάστασης ενισχύει την παροχή ουσιαστικής και προσαρμοσμένης φροντίδας<sup>49-54</sup>.

Η κατάσταση περιπλέκεται όταν ο ασθενής εκλαμβάνει εσφαλμένα μια ερευνητική παρέμβαση ως θεραπευτική, γνωστό ως «therapeutic misconception», γεγονός που μπορεί να υπονομεύσει την εγκυρότητα της συναίνεσης και τη στάθμιση κινδύνων-οφελών. Για τον περιορι-

σμό του φαινομένου απαιτούνται πολυεπίπεδες δικλείδες ασφαλείας: σαφής διάκριση ερευνητικού και κλινικού σκοπού στο σύνολο της επανέκθεσης προς τον ασθενή, τεκμηριωμένη χρήση ελέγχου κατανόησης (μέθοδος επαναδιατύπωσης από τον ασθενή (teach-back)), επαρκής χρόνος για ερωτήσεις και λήψη απόφασης χωρίς πίεση, καθώς και αξιολόγηση ικανότητας λήψης απόφασης όπου ενδείκνυται με τυποποιημένα εργαλεία.

Επιπλέον, βοηθά να υπάρχει ένας ανεξάρτητος υποστηρικτής/συνηγός, οι πληροφορίες να δίνονται σε απλή και κατανοητή γλώσσα, σε μορφές προσαρμοσμένες στο επίπεδο κατανόησης πληροφοριών υγείας του ασθενούς, και να χρησιμοποιούνται επαγγελματίες διερμυνείς ή πολιτισμικοί διαμεσολαβητές όπου χρειάζεται. Έτσι ο ασθενής συμμετέχει ουσιαστικά στη λήψη απόφασης και η συναίνεση γίνεται πιο αξιόπιστη και ποιοτική<sup>53,54</sup>.

Καθοριστική είναι και η αρχή της αναλογικότητας προστασίας: οι δικλείδες ασφαλείας πρέπει να κλιμακώνονται ανάλογα με το επίπεδο κινδύνου, την πολυπλοκότητα της διαδικασίας και τη μεταβαλλόμενη ένταση της ευαλωτότητας. Στο πλαίσιο αυτό, προτείνεται δυναμική και συμφραζόμενη (context-specific) επαναξιολόγηση της ευαλωτότητας σε καίρια χρονικά σημεία (π.χ. πριν από κρίσιμες αποφάσεις, μετά από νέα κλινικά δεδομένα), με τεκμηρίωση στο ατομικό φάκελο του ασθενούς και, όπου απαιτείται, επανεπιβεβαίωση της συναίνεσης<sup>53-55</sup>.

Σε περιβάλλον οδοντιατρικής φροντίδας, οι αρχές αυτές μεταφράζονται σε πρακτικές διαδικασίες: τυποποιημένα έντυπα και ηλεκτρονικές φόρμες συναίνεσης με σαφή διάκριση θεραπευτικών και ερευνητικών σκοπών, ενημερωτικά φυλλάδια με παραδείγματα/εικονογράμματα, εφαρμογή μεθόδων ελέγχου κατανόησης, όπως η μέθοδος επαναδιατύπωσης από τον ασθενή (teach-back) και σύντομα τεστ κατανόησης (mini-quizzes), πολιτικές αποφυγής αθέμιτης επιρροής (undue influence) και σύγκρουσης συμφερόντων· καθώς και παραπομπή σε επιτροπή δεοντολογίας (IRB) όταν απαιτείται. Όλα τα παραπάνω οφείλουν να εντάσσονται σε πλαίσιο κλινικής διακυβέρνησης με σαφή αρχεία,

λογοδοσία και μηχανισμούς αναφοράς.

Πέρα από την επικοινωνιακή δεξιότητα, η προσαρμογή του τρόπου ενημέρωσης και η ενίσχυση της συναπόφασης αποτελούν απαιτήσεις κλινικής διακυβέρνησης: τυποποιημένες διαδικασίες συναίνεσης, έλεγχο κατανόησης και τεκμηρίωση κάθε βήματος. Μόνον έτσι η συναίνεση διασφαλίζεται ως έγκυρη, κατανοητή και εθελούσια<sup>56</sup>.

### 2.3.2 Νομικό και Θεσμικό Πλαίσιο Προστασίας Ευάλωτων Ομάδων

Στο πλαίσιο της εσωτερικής έννομης τάξης, η προστασία της ευαλωτότητας εδράζεται σε δεσμευτικούς κανόνες δεοντολογίας και δικαίου. Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005, άρθρο 12) κατοχυρώνει την αυτονομία του ασθενούς και την έγκυρη, ενημερωμένη συναίνεση, προβλέποντας ειδικές ρυθμίσεις για περιπτώσεις περιορισμένης δικαιοπρακτικής ικανότητας και εκπροσώπησης (γονείς, κηδεμόνες και δικαστικοί συμπαραστάτες), καθώς και την υποχρέωση παροχής πληροφόρησης σε κατανοητή γλώσσα<sup>21</sup>. Συμπληρωματικά, ο Κώδικας Οδοντιατρικής Δεοντολογίας (Π.Δ. 39/2009) εξειδικεύει τις απαιτήσεις για τεκμηριωμένη συναίνεση, διαφάνεια και ευθύνη του κλινικού στη διαχείριση ευάλωτων ασθενών<sup>22</sup>.

Η προστασία δεδομένων υγείας αποτελεί πρόσθετο θεμέλιο της προστασίας ευαλωτότητας: ο GDPR και ο ελληνικός ν. 4624/2019 επιβάλλουν αρχές νομιμότητας, διαφάνειας και ελαχιστοποίησης για τα δεδομένα ειδικών κατηγοριών, καθώς και λογοδοσία, μέσω της εφαρμογής κατάλληλων τεχνικών μηχανισμών και οργανωτικών μέτρων ασφάλειας. Για τον κλινικό αυτό μεταφράζεται σε σαφή ενημέρωση, καταγραφή συγκατάθεσης επεξεργασίας όπου απαιτείται, ελεγχόμενη πρόσβαση και προσαρμογή της επικοινωνίας με γνώμονα τα πιθανά γλωσσικά και πολιτισμικά εμπόδια<sup>29,30</sup>.

Σε διεθνές επίπεδο, οργανισμοί όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η Παγκόσμια Οδοντιατρική Ομοσπονδία υπογραμμίζουν την ισότητα στην πρόσβαση, την προσαρμοσμένη φροντίδα και τον σεβασμό της αξιοπρέπειας και

της αυτονομίας ως προϋποθέσεις για ποιοτική και ασφαλή οδοντιατρική φροντίδα ευάλωτων ασθενών<sup>46,57</sup>. Στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η Οδηγία 2011/24/ΕΕ για τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη ενισχύει την ενημέρωση, τη διαφάνεια και τη συγκρισιμότητα των πληροφοριών προς τους ασθενείς, διευκολύνοντας ιδίως τα ευάλωτα άτομα στην αναζήτηση φροντίδας πέραν των εθνικών συνόρων.

### 2.4 Ηθικά Διλήμματα και Κλινικές Αποφάσεις

Η καθημερινή κλινική πρακτική συχνά φέρνει τον οδοντίατρο αντιμέτωπο με ηθικά διλήμματα, ιδίως όταν η ικανότητα κατανόησης και λήψης απόφασης από τον ασθενή είναι μερικώς επηρεασμένη ή ασταθής (π.χ. οξύς πόνος, άγχος, γνωστική επιβάρυνση, φαρμακευτική καταστολή). Σε τέτοιες περιπτώσεις, η τυπική διαδικασία ενημέρωσης δεν επαρκεί· απαιτείται διευρυμένη διαδικασία ενημέρωσης και συναίνεσης, κλιμακούμενη αναλόγως του επιπέδου κινδύνου και της πολυπλοκότητας της πράξης.

Η προσέγγιση αυτή ευθυγραμμίζεται με σύγχρονες πρακτικές συμμετοχικής λήψης αποφάσεων στην οδοντιατρική και υποστηρίζεται από πρόσφατη βιβλιογραφία<sup>58,59</sup>.

#### Πρακτικός αλγόριθμος εφαρμογής

- *Σύντομη εκτίμηση ικανότητας λήψης απόφασης*  
Ελέγχεται αν ο ασθενής: κατανοεί τις βασικές πληροφορίες, εκτιμά τις συνέπειες, συλλογίζεται τις επιλογές και εκφράζει σταθερή επιλογή. Αν υπάρχουν αναστρέψιμοι παράγοντες (πόνος, άγχος, αφυδάτωση, φαρμακευτική επίδραση), βελτιώνονται<sup>60</sup>.
- *Βελτιστοποίηση συνθηκών κατανόησης*  
Ήσυχο περιβάλλον, επαρκής χρόνος, απλή και σαφής γλώσσα, οπτικά βοηθήματα, διερμηνέας ή πολιτισμικός και διαπολιτισμικός διαμεσολαβητής όπου χρειάζεται, και έλεγχος κατανόησης (π.χ. μέθοδος επαναδιατύπωσης από τον ασθενή, σύντομες δοκιμασίες κατανόησης)<sup>61-63</sup>.
- *Διευρυμένη διαδικασία ενημέρωσης και συναίνεσης*

Η ενημέρωση παρέχεται διαδοχικά και επαναληπτικά (τι; γιατί; οφέλη, κίνδυνοι, επιπλοκές; εναλλακτικές; συνέπειες μη θεραπείας). Τεκμηριώνεται τι εξηγήθηκε, τι κατάλαβε ο ασθενής, ποιες ερωτήσεις τέθηκαν και τι απαντήθηκε. Όταν το σχέδιο αλλάζει ουσιωδώς, γίνεται επανεπιβεβαίωση συναίνεσης<sup>61</sup>.

- *Εμπλοκή τρίτων χωρίς προσβολή απορρήτου*

Όπου ενδείκνυται και με συγκατάθεση του ασθενούς, συμμετέχουν συγγενείς ή νόμιμος εκπρόσωπος (σε μειωμένη ή ανύπαρκτη δικαιοπρακτική ικανότητα). Εφαρμόζονται οι αρχές «υποκατάστατης κρίσης» ή και και «βέλτιστου συμφέροντος», με σεβασμό στο απόρρητο και στην αξιοπρέπεια<sup>21,22</sup>.

- *Αναλογικότητα και χρονισμός της απόφασης*

Όταν η ικανότητα είναι αβέβαιη, οι μη επείγουσες πράξεις αναβάλλονται μέχρι βελτίωσης των συνθηκών· σε επείγον κίνδυνο εφαρμόζεται η ελάχιστη αναγκαία παρέμβαση με τεκμηριωμένη αιτιολόγηση, σύμφωνα με το ισχύον θεσμικό πλαίσιο<sup>2,64</sup>.

- *Διαχείριση άρνησης ή διαφωνίας*

Εξετάζονται οι λόγοι άρνησης (φόβος, κόστος, πεποιθήσεις), προσφέρονται εναλλακτικές χαμηλότερου κινδύνου και, όπου χρειάζεται, αναζητείται δεύτερη γνώμη. Η άρνηση θεραπείας καταγράφεται ρητά, μαζί με τα ενημερωτικά στοιχεία που δόθηκαν<sup>2,64</sup>.

- *Πλήρης τεκμηρίωση*

Καταγράφονται: το περιεχόμενο της ενημέρωσης, ο έλεγχος κατανόησης, τυχόν υποστηρικτικά μέσα και βοηθήματα που χρησιμοποιήθηκαν, παρόντα πρόσωπα (ονόματα και ιδιότητες), οι ερωτήσεις και απαντήσεις, η εκτίμηση ικανότητας, η τελική επιλογή του ασθενούς και η αιτιολόγηση σε περιπτώσεις επείγοντος ή αναβολής.

Σε ιδιαίτερα σύνθετα σενάρια (π.χ. γνωστική έκπτωση και άνοια), οι διαδικασίες συναίνεσης και λήψης απόφασης απαιτούν ενισχυμένες δι-κλείδες ασφαλείας και συνεργασία με διεπιστημονικές ομάδες, όπως τεκμηριώνεται από πρόσφατες ανασκοπήσεις και ποιοτικές μελέτες

στην οδοντιατρική<sup>65</sup>.

Κλείνοντας, η ισότιμη και εξατομικευμένη φροντίδα στο πνεύμα της κλινικής διακυβέρνησης δεν είναι απλώς ηθική προτίμηση, αλλά επαγγελματική υποχρέωση που θωρακίζει ασφάλεια, ποιότητα και λογοδοσία στην οδοντιατρική πράξη<sup>2,21,22,64</sup>.

### 3. ΙΑΤΡΙΚΑ ΕΓΓΡΑΦΑ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Η τήρηση και η ορθή σύνταξη ιατρικών εγγράφων αποτελούν θεμελιώδη υποχρέωση του οδοντιάτρου, με νομική, ηθική και επαγγελματική διάσταση. Τα έγγραφα αυτά διασφαλίζουν την τεκμηρίωση της παρεχόμενης φροντίδας, τη νομική προστασία του επαγγελματία και τη διαφάνεια στην επικοινωνία με άλλους φορείς ή επαγγελματίες υγείας<sup>66,67</sup>.

Επιπλέον, λειτουργούν ως μέσο συνέχειας φροντίδας, διευκολύνοντας την ανασκόπηση της ποιότητας, τον έλεγχο συμμόρφωσης και τη διαχείριση κινδύνου στο πλαίσιο της κλινικής διακυβέρνησης<sup>68,69</sup>.

Στην οδοντιατρική πράξη περιλαμβάνονται διάφοροι τύποι εγγράφων πέραν των κλασικών εντύπων.

Ο κλινικός/οδοντιατρικός φάκελος ασθενούς περιλαμβάνει και ακτινογραφίες, κλινικές φωτογραφίες, ψηφιακά αποτυπώματα και αρχεία σχεδίασης, ηλεκτρονική συνταγογράφηση φαρμάκων και παραπεμπικά, εργαστηριακές εντολές, ηλεκτρονική αλληλογραφία και μηνύματα, καθώς και καταγραφές συγκατάθεσης ή περιστατικών ασφαλείας<sup>68,70</sup>.

- *Ιατρική βεβαίωση*: Πιστοποιεί συγκεκριμένα στοιχεία της κατάστασης υγείας του ασθενούς, κυρίως για διοικητική ή νομική χρήση. Συντάσσεται κατόπιν κλινικής εξέτασης και βάσει των καταγεγραμμένων στοιχείων του φακέλου.
- *Έκθεση*: Περιγραφικό έγγραφο που καταγράφει περιστατικά ή συμβάντα χωρίς αξιολογικές κρίσεις. Χρησιμοποιείται για αντικειμενική αποτύπωση γεγονότων (π.χ.

ανεπιθύμητα συμβάντα) με ικνηλασιμότητα πηγών<sup>68</sup>.

- *Πραγματογνωμοσύνη:* Ειδική γνωμοδότηση που παρέχει ο οδοντίατρος ως εμπειρογνώμονας, περιλαμβάνοντας επιστημονική αξιολόγηση, κυρίως για νομική χρήση. Οφείλει να αναφέρει σαφή μεθοδολογία, βιβλιογραφική τεκμηρίωση και παραδοχές<sup>71,72</sup>.
- *Κλινικός/οδοντιατρικός φάκελος ασθενούς:* Περιλαμβάνει και το ιατρικό ιστορικό, μαζί με όλες τις κλινικές και διοικητικές καταγραφές. Περιέχει τη λεπτομερή καταγραφή της κατάστασης του ασθενούς, των θεραπειών και των αποφάσεων. Κατ' ελάχιστον τεκμηριώνονται: δημογραφικά στοιχεία, ιατρικό, φαρμακευτικό και οδοντιατρικό ιστορικό, κλινικά ευρήματα (οδοντιατρικό διάγραμμα, δείκτες DMFT/DMFS, περιοδοντικές μετρήσεις PPD/BOP, φωτογραφική τεκμηρίωση), διάγνωση, σχέδιο θεραπείας, συναίνεση, εκτέλεση και εξέλιξη, καθώς και παρακολούθηση. Επιπλέον, τηρούνται το απεικονιστικό και ακτινολογικό αρχείο και η ικνηλασιμότητα υλικών και εργασιών<sup>68,69,73</sup>.
- *Οικονομικά έγγραφα:* Αποδείξεις και τιμολόγια σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Συνιστάται διαφανής εκτίμηση οικονομικού κόστους πριν την πράξη και σύνδεση παραστατικών με συγκεκριμένες υπηρεσίες για πλήρη ικνηλασιμότητα<sup>74</sup>. Η συστηματική και ακριβής καταγραφή δεν αποτελεί απλή διοικητική διαδικασία αλλά ουσιώδες στοιχείο της κλινικής φροντίδας, ενισχύοντας την ποιότητα, τη νομική ασφάλεια και την προστασία των δικαιωμάτων του επαγγελματία<sup>66</sup>. Βέλτιστες πρακτικές περιλαμβάνουν καταχωρίσεις που είναι έγκαιρες, ακριβείς, αντικειμενικές, ευανάγνωστες και εύκολα ανακτήσιμες, με σαφή χρονική σήμανση και τεκμηρίωση τυχόν διορθώσεων<sup>68,69,75</sup>.
- *Όλα τα έγγραφα πρέπει να είναι ακριβή, πλήρη και τεκμηριωμένα,* αποφεύγοντας γενικόλογες εκφράσεις και υποκειμενικές κρίσεις<sup>76</sup>.
- *Η ημερομηνία σύνταξης, η υπογραφή και η ταυτότητα του συντάκτη* αποτελούν υποχρεωτικά στοιχεία για λόγους νομικής ευθύνης

και ικνηλασιμότητας.

- *Όλα τα ιατρικά έγγραφα πρέπει να εντάσσονται στον ιατρικό φάκελο του ασθενούς,* σύμφωνα με τον Ν. 3418/2005 (άρθρο 14) και το Π.Δ. 39/2009 (άρθρο 12).

Η υποχρέωση τήρησης επαρκούς και ασφαλούς φακέλου προκύπτει ρητά από το εσωτερικό δίκαιο (Ν. 3418/2005, άρθρα 12 και 14· Π.Δ. 39/2009, άρθρο 12), που κατοχυρώνει το δικαίωμα ενημέρωσης, πρόσβασης και ορθής καταγραφής<sup>21,22</sup>.

Η μετάβαση στα ηλεκτρονικά αρχεία προσφέρει σημαντικά πλεονεκτήματα, αλλά απαιτεί αυστηρή συμμόρφωση με τον Γενικό Κανονισμό για την Προστασία Δεδομένων (GDPR, Κανονισμός ΕΕ 2016/679), ο οποίος καθορίζει τους όρους συλλογής, αποθήκευσης, επεξεργασίας και προστασίας των προσωπικών δεδομένων υγείας εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης<sup>77,78</sup>. Σε επίπεδο εφαρμογής, αυτό μεταφράζεται σε ελάχιστες τεχνικές και οργανωτικές απαιτήσεις: έλεγχο πρόσβασης ανά ρόλο, καταγραφή ενεργειών, κρυπτογράφηση και αντίγραφα ασφαλείας, πολιτικές διόρθωσης και συμπλήρωσης χωρίς διαγραφή πρωτογενούς εγγραφής, τεκμηριωμένες άδειες και συναίνεση επεξεργασίας όπου απαιτείται, και διαδικασίες γνωστοποίησης περιστατικών ασφάλειας<sup>70,71,73</sup>.

Πέραν των ανωτέρω, εφαρμόζονται ο GDPR και ο ελληνικός νόμος εφαρμογής Ν. 4624/2019 με αρχές νομιμότητας, διαφάνειας, ελαχιστοποίησης και λογοδοσίας, καθώς και κατάλληλα τεχνικά και οργανωτικά μέτρα<sup>29,30</sup>. Παράλληλα, ο Εθνικός και Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (ΗΦΥ) θέτει πλαίσιο πρόσβασης και λειτουργιών για πολίτες και επαγγελματίες<sup>34</sup>.

Για τις ακτινολογικές πράξεις, ο φάκελος περιλαμβάνει αιτιολόγηση λήψης, βελτιστοποίηση δόσης και ελέγχους ποιότητας σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της ΕΕΑΕ<sup>33</sup>.

Επιπρόσθετα, η υιοθέτηση διαλειτουργικών προτύπων και σαφών πολιτικών διατήρησης και πρόσβασης ενισχύει τη συνέχεια φροντίδας και

τη συμμόρφωση. Σε ορισμένες δικαιοδοσίες προβλέπονται ελάχιστα χρονικά όρια διατήρησης φακέλων (π.χ. πολυετής φύλαξη φακέλων ενηλίκων και ειδικές ρυθμίσεις για ανηλίκους), ενώ η τηλεodontιατρική απαιτεί τεκμηρίωση ταυτότητας, συναίνεσης, οδηγιών και μεταδεδωμένων της εικονικής συνεδρίας<sup>79</sup>.

Συνολικά, η τήρηση ιατρικών εγγράφων αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της δεοντολογίας και της επαγγελματικής υπευθυνότητας στην odontιατρική, συνδέοντας την ποιότητα φροντίδας με τη νομική ασφάλεια του επαγγελματία<sup>76,80</sup>. Η συστηματική εφαρμογή προτύπων τεκμηρίωσης και ηλεκτρονικής ασφάλειας μετατρέπει την καταγραφή από «γραφειοκρατικό καθήκον» σε βασικό εργαλείο ποιότητας, λογοδοσίας και ασφάλειας για τον ασθενή<sup>69,70,74</sup>.

### 3.1 Τεχνικές Σύνταξης και Νομικής Τεκμηρίωσης Ιατρικών Εγγράφων

Η σύνταξη των ιατρικών εγγράφων αποτελεί κρίσιμο στάδιο για τη διασφάλιση της ποιότητας, της αξιοπιστίας και της νομικής εγκυρότητας της τεκμηρίωσης. Ο odontίατρος καλείται να εφαρμόζει βασικούς κανόνες, όπως:

- Χρήση σαφούς, επιστημονικής και κατανοητής γλώσσας, αποφεύγοντας περίπλοκους νομικούς όρους ή ασαφείς διατυπώσεις που μπορεί να οδηγήσουν σε παρερμηνείες<sup>81</sup>.
- Διαχωρισμός αντικειμενικών δεδομένων (κλινικά ευρήματα, εργαστηριακά αποτελέσματα) από υποκειμενικές εκτιμήσεις ή συμπεράσματα, ώστε να διατηρείται η επιστημονική ακρίβεια.
- Τεκμηρίωση των κλινικών αποφάσεων με αναφορές στη σχετική βιβλιογραφία ή στα ισχύοντα πρωτόκολλα, όπου είναι απαραίτητο<sup>81</sup>.
- Καταγραφή ταυτότητας συντάκτη, ημερομηνίας και υπογραφής, διασφαλίζοντας την ικνηλασιμότητα και τη νομική εγκυρότητα<sup>78</sup>.
- Συνεργασία με νομικούς συμβούλους, ειδικά κατά τη σύνταξη πραγματογνωμοσυνών ή άλλων εγγράφων που προορίζονται για νομική χρήση, για την αποφυγή νομικών ασφαλειών ή λαθών<sup>81</sup>.

Η υιοθέτηση αυτών των πρακτικών ενισχύει την ποιότητα της ιατρικής τεκμηρίωσης, προάγει την επαγγελματική υπευθυνότητα και παρέχει ηθική και νομική προστασία στον odontίατρο και τον ασθενή.

## 4. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΡΑΞΗΣ

Η ορθολογική διαχείριση των οικονομικών πόρων είναι θεμελιώδης για τη βιωσιμότητα της odontιατρικής πράξης, την πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες και τη διατήρηση του επιπέδου φροντίδας. Στην Ελλάδα, η χρηματοδότηση προέρχεται από τον ΕΟΠΥΥ, άμεσες πληρωμές των ασθενών και προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας.

Η οικονομική κρίση συνέβαλε σε μείωση της χρήσης υπηρεσιών, περιορισμό της πρόσβασης ευάλωτων ομάδων και αύξηση άτυπων πληρωμών (informal payments), ιδιαίτερα για υψηλού κόστους ή λιγοστές διαθέσιμες υπηρεσίες<sup>82,83</sup>. Αυτά τα δεδομένα υπογραμμίζουν την ανάγκη για ενίσχυση της οικονομικής διαφάνειας και της ρύθμισης των τιμών.

Το εισόδημα επηρεάζει σημαντικά τη συχνότητα επίσκεψης στον odontίατρο: υψηλότερα εισοδήματα συνδέονται με περισσότερες επισκέψεις, ενώ μεγάλη ηλικία και θετική αυτοαξιολόγηση της υγείας σχετίζονται με λιγότερες επισκέψεις<sup>82,84</sup>.

Η τιμολόγηση πρέπει να βασίζεται σε αρχές διαφάνειας, να ενημερώνεται εκ των προτέρων ο ασθενής, να αποφεύγεται υπερκοστολόγηση και οι περιπτές θεραπείες, και να τηρούνται οι λογιστικοί και φορολογικοί νόμοι. Η ορθή οικονομική διαχείριση επιτρέπει επενδύσεις σε τεχνολογία, αναλώσιμα και εκπαίδευση, βελτιώνοντας τις υπηρεσίες και ενισχύοντας την εμπιστοσύνη.

Σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Σουηδία, η Γερμανία, η Ολλανδία, η Δανία και το Ηνωμένο Βασίλειο, οι δημόσιοι μηχανισμοί κάλυψης των odontιατρικών υπηρεσιών είναι πιο ανεπτυγμένοι σε σύγκριση με τη Νότια Ευρώπη. Η ασφαλιστική κάλυψη περιλαμβάνει ευ-

ρύτερο φάσμα θεραπειών και η συμμετοχή του κράτους στις δαπάνες είναι μεγαλύτερη, περιορίζοντας τις οικονομικές ανισότητες. Αντίθετα, σε χώρες όπως η Ελλάδα, η Βουλγαρία και η Ρουμανία, οι οδοντιατρικές δαπάνες στηρίζονται σε μεγάλο βαθμό σε ιδιωτικές πληρωμές και άτυπες συναλλαγές, με συνέπεια την περιορισμένη πρόσβαση για ευάλωτους πληθυσμούς<sup>85,86</sup>.

## 5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη ανέδειξε ότι η ορθή εφαρμογή της ενημερωμένης συναίνεσης, η προστασία της ευαλωτότητας, η συστηματική αναφορά συμβάντων και η τεκμηρίωση υψηλής ποιότητας αποτελούν διασυνδεδεμένους πυλώνες της κλινικής διακυβέρνησης. Τα ευρήματά μας συμβαδίζουν με πρόσφατα δεδομένα που δείχνουν ότι, παρά την πρόοδο, η εφαρμογή παραμένει άριστη μεταξύ δομών και θεσμικών πλαισίων.

Για παράδειγμα, σε περιβάλλον περιορισμένων πόρων, η επάρκεια της συναίνεσης συχνά υστερεί ως προς το περιεχόμενο, τη γραπτή τεκμηρίωση και την κατανόηση του ασθενούς, στοιχείο που αναδεικνύει την ανάγκη για τυποποίηση και ελέγχους ποιότητας στη διαδικασία ενημέρωσης<sup>87</sup>.

Σε πιο ώριμα συστήματα, πρόσφατη μελέτη 20ετούς παρακολούθησης των Ort και συν. (2025) έδειξε ότι ακόμη και για «καθημερινές» πράξεις (π.χ. τοπική αναισθησία) η συναίνεση παραμένει ετερογενής ως προς το εύρος, το βάθος και την τεκμηρίωση, με σαφή περιθώρια βελτίωσης<sup>88</sup>. Παράλληλα, μελέτες και ανασκοπήσεις για την επικοινωνία οδοντιάτρου-ασθενούς τεκμηριώνουν ότι δομημένες τεχνικές (π.χ. απλή και σαφής γλώσσα, «επανεξήγηση από τον ασθενή», οπτικά βοηθήματα) συνδέονται με υψηλότερη ικανοποίηση και συμμόρφωση, ενώ σε ευρύτερο ιατρικό πλαίσιο παρατηρείται μετατόπιση των προτιμήσεων προς μεγαλύτερη αυτονομία και συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων<sup>89,90</sup>.

Ως προς την ευαλωτότητα, πρόσφατες εργασίες υπενθυμίζουν ότι πρόκειται για δυναμική κατάσταση που μεταβάλλεται ανάλογα με τις συν-

θήκες (π.χ. γνωστική έκπτωση, περιβάλλον φροντίδας, επικοινωνιακά εμπόδια), επιβάλλοντας προσαρμοσμένη συναίνεση και ενισχυμένες δικλείδες προστασίας. Στην οδοντιατρική φροντίδα ατόμων με άνοια, η απόφαση οφείλει να ισορροπεί μεταξύ προσδοκώμενου οφέλους, επιβάρυνσης και προτιμήσεων/αξιών της ασθενούς, με εμπλοκή φροντιστών και διαφάνεια στη συναίνεση<sup>91</sup>.

Στον άξονα «ασφάλεια ασθενών – αναφορά συμβάντων», η πρόσφατη βιβλιογραφία καταγράφει δύο συμπληρωματικές τάσεις: (α) την ποσοτικοποίηση του μεγέθους και της φύσης των συμβάντων στην εξωνοσοκομειακή οδοντιατρική, με σημαντικό ποσοστό προλαμβανόμενων βλαβών, και (β) την ανάπτυξη εξειδικευμένων, φιλικών συστημάτων αναφοράς για οδοντιατρικές δομές (DIRS), που στοχεύουν σε τυποποιημένη ταξινόμηση, καλύτερη χρησιμότητα και κουλτούρα μάθησης. Τα ευρήματα αυτά εναρμονίζονται με τη θέση μας ότι ανώνυμοι και μη τιμωρητικοί μηχανισμοί αναφοράς αυξάνουν την ποσότητα και την ποιότητα των δεδομένων και διευκολύνουν στοχευμένες διορθωτικές παρεμβάσεις<sup>92-94</sup>.

Όπως καταγράφεται στην παρούσα μελέτη, η ποιότητα των ιατρικών εγγράφων αποτελεί κρίσιμη μεταβλητή για τη συνέχεια της φροντίδας, τη λογοδοσία και τη διαχείριση κινδύνων. Πρόσφατα εμπειρικά δεδομένα δείχνουν ότι τα ηλεκτρονικά οδοντιατρικά αρχεία εμφανίζουν διακύμανση ως προς την πληρότητα και την ποιότητα των πεδίων και το επίπεδο λεπτομέρειας των εγγράφων, με άμεση επίδραση σε δείκτες ποιότητας και στη δυνατότητα επιδημιολογικής αξιοποίησης των δεδομένων. Τα ευρήματα αυτά ευθυγραμμίζονται με άλλες μελέτες, οι οποίες τεκμηριώνουν ότι η υιοθέτηση σαφών προτύπων καταγραφής, συστηματικών ελέγχων ποιότητας και πολιτικών προστασίας δεδομένων (GDPR) συνδέεται με υψηλότερη ποιότητα τεκμηρίωσης και μεγαλύτερη ανιχνευσιμότητα κλινικών αποφάσεων<sup>95-97</sup>.

Τέλος, η διάσταση της οικονομικής διαφάνειας κερδίζει έδαφος. Νέα δεδομένα συνδέουν την ποιότητα της «συζήτησης κόστους» με αυξημένη

ικανοποίηση ασθενών, ενισχύοντας το επιχείρημα για τυποποιημένη, έγκαιρη ενημέρωση κόστους ως αναπόσπαστο μέρος της δεοντολογικής πρακτικής και της κοινής λήψης αποφάσεων<sup>98</sup>.

Συνολικά, η διεθνής βιβλιογραφία της τελευταίας διετίας ενισχύει τα συμπεράσματα της μελέτης μας, η ενημερωμένη συναίνεση απαιτεί δομημένες επικοινωνιακές παρεμβάσεις και συστηματικό έλεγχο ποιότητας· η προστασία εύαλωτων προϋποθέτει κλιμακούμενες δικλείδες ασφαλείας, τα συστήματα αναφοράς και μάθησης βελτιώνουν μετρήσιμα την ασφάλεια· και η τεκμηρίωση υψηλής ποιότητας - με συμμόρφωση στον GDPR - λειτουργεί ως πρακτικός μοχλός για ποιότητα, λογοδοσία και εμπιστοσύνη.

## 6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

Η ενότητα συνοψίζει τα κύρια πρακτικά συμπεράσματα και προσδιορίζει τις άμεσες κλινικές προτεραιότητες για εφαρμογή στην καθημερινή οδοντιατρική πράξη.

### 6.1 Συμπεράσματα

Η κλινική διακυβέρνηση στην οδοντιατρική θεμελιώνεται σε πέντε αλληλένδετους άξονες:

- α) Έγκυρη ενημερωμένη συναίνεση με επαληθευμένη κατανόηση,
- β) Προστασία της ευαλωτότητας με αναλογικές δικλείδες,
- γ) Κουλτούρα ασφαλείας με συστηματική αναφορά και μάθηση,
- δ) Τεκμηρίωση υψηλής ποιότητας με πλήρη συμμόρφωση στο πλαίσιο προστασίας δεδομένων (GDPR).
- ε) Οικονομική διαφάνεια και δεοντολογία χρεώσεων

Η ουσιαστική ευθυγράμμιση θεσμικού πλαισίου και καθημερινής πρακτικής επιτυγχάνεται με τυποποιημένες διαδικασίες, εσωτερικούς ελέγχους, συνεχή εκπαίδευση της ομάδας και ελέγξιμες πρακτικές στην τήρηση του ατομικού φακέλου υγείας (έντυπου ή και ηλεκτρονικού).

Η αξιοποίηση πρακτικών εργαλείων - όπως λίστες ελέγχου (checklists), πρότυπα έντυπα και απλοί αλγόριθμοι απόφασης - μειώνει την ετερογένεια, ενισχύει τη λογοδοσία και καλλιεργεί σταθερά την εμπιστοσύνη ασθενών και κοινωνίας.

### 6.2 Κλινικές συστάσεις

Οι παρακάτω κλινικές συστάσεις εξειδικεύουν τους πέντε άξονες της κλινικής διακυβέρνησης που συνοψίζονται στην ενότητα 6.1, μεταφράζοντάς τους σε εφαρμόσιμα βήματα για την καθημερινή οδοντιατρική πράξη.

- *Συναίνεση και επικοινωνία*: Δομημένη ενημέρωση (οφέλη/κίνδυνοι/εναλλακτικές), έλεγχος κατανόησης με μέθοδο επαναδιατύπωσης από τον ασθενή (teach-back), χρόνος για ερωτήσεις, επανεπιβεβαίωση της συναίνεσης όταν το θεραπευτικό σχέδιο μεταβάλλεται ουσιωδώς, με πλήρη τεκμηρίωση.
- *Ευαλωτότητα*: Σύντομη εκτίμηση ικανότητας όταν υπάρχουν ενδείξεις, προσαρμοσμένη επικοινωνία (διερμηνείς/πολιτισμικοί διαμεσολαβητές), εμπλοκή φροντιστών με συναίνεση· αναβολή μη επειγουσών πράξεων αν η ικανότητα είναι αβέβαιη.
- *Ασφάλεια ασθενών και συμβάντα*: Μη τιμωρητικό/ανώνυμο σύστημα αναφοράς, μηνιαίες ανασκοπήσεις, βασική ανάλυση αιτίων (RCA) και παρακολούθηση διορθωτικών ενεργειών, με σύνδεση σε στοχευμένη εκπαίδευση.
- *Τεκμηρίωση και προστασία δεδομένων*: Τυποποιημένα υποχρεωτικά πεδία, σαφείς χρονικές σημάνσεις και μηνιαίοι έλεγχοι ποιότητας· ελεγχόμενη (κατά ρόλο) πρόσβαση, καταγραφή ενεργειών (logs) και καθορισμένες πολιτικές διατήρησης/διόρθωσης. Ισχύει για έντυπο και/ή ηλεκτρονικό ατομικό φάκελο υγείας.
- *Οικονομική διαφάνεια*: Γραπτός προϋπολογισμός με εναλλακτικές, σαφής αντιστοίχιση πράξεων-κόστους, προενημέρωση για μεταβολές· φύλαξη τεκμηρίωσης στον φάκελο.
- *Συμμόρφωση και συνεχής βελτίωση*: Τριμηνιαίοι εσωτερικοί έλεγχοι (φακέλων/συναίνεσης), κύκλος συνεχούς βελτίωσης

(Σχεδιασμός - Υλοποίηση - Έλεγχος - Αναπροσαρμογή, PDCA), ορισμός υπευθύνου ποιότητας και υπευθύνου προστασίας δεδομένων (DPO), τεκμηριωμένες εκπαιδεύσεις. Περιλαμβάνονται η ακτινοπροστασία (απιολόγηση, βελτιστοποίηση, έλεγχοι εξοπλισμού) και ο έλεγχος λοιμώξεων (πρωτόκολλα απολύμανσης/αποστείρωσης με καταγραφές).

## SUMMARY

### Legal, Ethical and Clinical Responsibility in Dental Practice: From Clinical Governance to Practice

Angeliki Giannopoulou - Michalopoulou

*hellenic hospital dentistry – special care dentistry*  
18(1): 13-31, 2025

*Dental practice represents a convergence of scientific knowledge and ethical responsibility within an ever-evolving institutional and social framework. This study explores critical aspects of clinical governance, with emphasis on informed consent, the protection of vulnerable populations, clinical documentation and medical records, confidentiality (GDPR), and financial transparency. Particular attention is given to the interpretation and operationalization of legal and ethical standards in everyday clinical practice, as well as to the compliance of health professionals with core principles of dental ethics. The findings highlight that the quality of care relies on standardized procedures for consent and documentation, transparent management of adverse events, and tailored care for vulnerable patients, while gaps in implementation and national discrepancies remain evident. Practical tools—such as checklists, standardized forms, and decision-making algorithms—are proposed to strengthen accountability and ensure evidence-based, high-quality dental care.*

*The aim of this study is to examine how institutional, ethical, and legal frameworks contribute to strengthening the professional responsibility of dentists, and to propose practical strategies for the integration of ethical principles into dental practice.*

**Keywords:** *Dental ethics; clinical governance; informed consent; data protection (GDPR); accountability; legal responsibility; vulnerable populations.*

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. FDI World Dental Federation. FDI dental ethics manual, 2nd edition. Geneva: FDI World Dental Federation; 2018 [cited 2025 May 15]. Available from: [https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/2020-11/fdi-dental\\_ethics\\_manual\\_2.pdf](https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/2020-11/fdi-dental_ethics_manual_2.pdf)
2. Beauchamp T, Childress J: Principles of Biomedical Ethics: Marking Its Fortieth Anniversary. *Am J Bioeth.* 2019;19 (11):9-12.
3. Scally G, Donaldson LJ: The NHS's 50 anniversary. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ.* 1998;317(7150):61-5.
4. Ghavamabad LH, Vosoogh-Moghaddam A, Zaboli R, Aarabi M: Establishing clinical governance model in primary health care: A systematic review. *J Educ Health Promot.* 2021;10:338.
5. Patel K, Jenkyn I: An introduction to clinical governance in dentistry. *Br Dent J.* 2021;230(8):539-543.
6. NHS England. Governance, patient safety and quality. NHS England; 2023 [cited 2025 Sep 23]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/mat-transformation/matrons-handbook/governance-patient-safety-and-quality/>
7. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. National Safety and Quality Health Service Standards: Clinical Governance Standard. Sydney: ACSQHC; 2023 [cited 2025 Sep 23]. Available from: <https://www.safetyandquality.gov.au/standards/nsqhs-standards/clinical-governance/clinical-governance-standard>
8. Macfarlane AJR: What is clinical governance? *BJA Educ.* 2019;19(6):174-175.
9. General Dental Council. Standards for the Dental Team [Internet]. London: GDC; 2013 [cited 2025 May 16]. Available from: <https://www.gdc-uk.org/docs/defaultsource/standards/gdc-standards-guidance/standards-for-the-dental-team.pdf>
10. FDI World Dental Federation. Vision 2030: Delivering Optimal Oral Health for All [Internet]. Geneva: FDI; 2021 [cited 2025 Jul 20]. Available

- from: <https://www.fdiworld dental.org/vision-2030>
11. Council of European Dentists. Ethical Code for Dentists in the EU [Internet]. Brussels: CED; 2016 [cited 2025 May 16]. Available from: <https://www.eudental.eu/library/council-of-european-dentists>
12. American Dental Association. ADA Principles of Ethics and Code of Professional Conduct [Internet]. Chicago: ADA; 2023 [cited 2025 May 16]. Available from: <https://www.ada.org/about/principles/code-of-ethics>
13. Petersen PE: Global strategy on oral health: A pathway to better oral health for all. Community Dent Oral Epidemiol. 2023;51(3):203-207.
14. Gillon R: Medical ethics: four principles plus attention to scope. BMJ. 1994;309(6948):184-188.
15. Verdugo J, Laughter L, Chambers DW: Shared decision-making in scaling and root planing. Eur J Dent Educ. 2024;28(1):184-190.
16. Jung JY, Ko KA, Strauss FJ, Lee JH, Kim JH, Lee JS: Patient-Centred Preferences for Autonomy and Information-Seeking Among Periodontal Patients in Dental Decision Making. J Clin Periodontol. 2025;52(7):960-970.
17. Council of Europe. Convention on Human Rights and Biomedicine (Oviedo Convention). Oviedo; 1997 [cited 2025 Jul 20]. Available from: <https://www.coe.int/en/web/bioethics/oviedo-convention>
18. Ho JCY, Chai HH, Lo ECM, Huang MZ, Chu CH: Strategies for Effective Dentist-Patient Communication: A Literature Review. Patient Prefer Adherence. 2024;18: 1385-1394.
19. Vandecasteele R, Robijn L, Willems S, De Maesschalck S, Stevens PAJ: Barriers and facilitators to culturally sensitive care in general practice: a reflexive thematic analysis. BMC Prim Care. 2024;25(1):381.
20. General Dental Council. Principle 3: Obtain valid consent [Internet]. London: GDC; [cited 2025 Sep 29]. Available from: <https://standards.gdc-uk.org/pages/principle3/principle3>
21. Νόμος 3418/2005 – Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας. ΦΕΚ 287/Α/28-11-2005.
22. Π.Δ. 39/2009 – Κώδικας Δεοντολογίας Οδοντιάτρων. ΦΕΚ 55/Α/9-4-2009.
23. Quick O: Duties of Candour in Healthcare: The Truth, the Whole Truth, and Nothing but the Truth? Med Law Rev. 2022;30(2):324-347.
24. Siriwatana K, Pongpanich S: Developing and evaluating a dental incident reporting system: a user-centered approach to risk management. BMC Oral Health. 2025;25(1):339.
25. Ensaldó-Carrasco E, Suárez-Ortega MF, Carson-Stevens A, Cresswell K, Bedi R, Sheikh A: Patient Safety Incidents and Adverse Events in Ambulatory Dental Care: A Systematic Scoping Review. J Patient Saf. 2021;17(5):381-391.
26. Kumah A, Zon J, Obot E, Yaw TK, Nketsiah E, Bobie SA: Using Incident Reporting Systems to Improve Patient Safety and Quality of Care. Glob J Qual Saf Healthc. 2024;7(4):228-231.
27. Elmi AH, Hassan RA, Abdi AO, Yusuf FY, Hassan Ibrahim K, Abdi AA: Awareness of reporting practices and barriers to incident reporting among nurses in Mogadishu, Somalia. BMC Nurs. 2025;24(1):1134.
28. Aljabari S, Kadhimi Z: Common Barriers to Reporting Medical Errors. ScientificWorldJournal. 2021; 2021: 6494889.
29. European Union. Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data. s.l. : [cited 2025 Sep 24]. Available from: <http://data.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj>, (General Data Protection Regulation). Off J Eur Union. 2016 May 4;L119:1-88
30. Νόμος 4624/2019: Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, μέτρα εφαρμογής του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 και ενσωμάτωση της Οδηγίας (ΕΕ) 2016/680. ΦΕΚ 137/Α/29-08-2019.
31. Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ). Οδηγίες πρόληψης λοιμώξεων σε οδοντιατρικές μονάδες. Αθήνα: ΕΟΔΥ; 2019. [ανακτήθηκε 24 Σεπ 2025]. Διαθέσιμο από: <https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2019/08/ma-nosokomeia-odigies-6.pdf>
32. Ελληνική Επιτροπή Ατομικής Ενέργειας (ΕΕΑΕ). Οδοντιατρικές εξετάσεις - κατευθυντήριες οδηγίες ακτινο-προστασίας για ιατρικές εκθέσεις. Αθήνα: ΕΕΑΕ; [x.x.]. [ανακτήθηκε 24 Σεπ 2025]. Διαθέσιμο από: <https://eeae.gr/με-μια-ματιά/θέματα-ενδιαφέροντος/ιατρική-έκθεση-σε-ακτινοβολία/οδοντιατρικές-εξετάσεις>
33. Ελληνική Επιτροπή Ατομικής Ενέργειας (ΕΕΑΕ). Ιατρική έκθεση σε ακτινοβολία - κατευθυντήριες οδηγίες και πληροφορίες. Αθήνα: ΕΕΑΕ; [x.x.]. [ανακτήθηκε 24 Σεπ 2025]. Διαθέσιμο από: <https://eeae.gr/με-μια-ματιά/θέματα-ενδιαφέροντος/>

- ιατρική-έκθεση-σε-ακτινοβολία
34. Gov.gr; ΗΔΙΚΑ Α.Ε. Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (ΑΗΦΥ) για πολίτες - πρόσβαση και λειτουργίες [Διαδίκτυο]. Αθήνα: Gov.gr; [x.x.]. [ανακτήθηκε 24 Σεπ 2025]. Διαθέσιμο από: [https://www.gov.gr/ipiresies/ugeia-kai-pronoia/episkepse-kai-noseleia-se-nosokomeio/atomikos-elektronikos-phakelos-ugeias-aepfu-gia-polites?Utm\\_source=chatgpt.com](https://www.gov.gr/ipiresies/ugeia-kai-pronoia/episkepse-kai-noseleia-se-nosokomeio/atomikos-elektronikos-phakelos-ugeias-aepfu-gia-polites?Utm_source=chatgpt.com)
  35. World Health Organization. Global strategy and action plan on oral health 2023–2030 [Internet]. Geneva: WHO; 2024. [cited 2025 Sep 24]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240090538>
  36. European Commission. Directive on the Recognition of Professional Qualifications [Internet]. Brussels: EC; 2024 [cited 2025 May 16]. Available from: [https://single-market-economy.ec.europa.eu/news/modernising-minimum-training-requirements-nurses-dental-practitioners-and-pharmacists-across-eu-2024-03-04\\_en](https://single-market-economy.ec.europa.eu/news/modernising-minimum-training-requirements-nurses-dental-practitioners-and-pharmacists-across-eu-2024-03-04_en)
  37. European Union. Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare [Internet]. Off J Eur Union. 2011 Apr 4;L88:45–65. Consolidated 2025 Jan 12. [cited 2025 Sep 24]. Available from: <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2011/24/2025-01-12/eng>
  38. Dental Board of Australia. Code of conduct [Internet]. Melbourne: DBA; 2023 [cited 2025 May 16]. Available from: <https://www.dentalboard.gov.au/Codes-Guidelines/Code-of-conduct.aspx>
  39. Australian Dental Council. Professional competencies of the newly qualified dental practitioner [Internet]. Melbourne: ADC; 2022 [cited 2025 May 16]. Available from: <https://adc.org.au/accreditation/accredited-programs/professional-competencies/>
  40. Dental Council of New Zealand. Standards Framework for Oral Health Practitioners [Internet]. Wellington: DCNZ; 2021. [cited 2025 Sep 24]. Available from: <https://dcnz.org.nz/assets/Uploads/Practice-standards/Standards-Framework-for-Oral-Health-Practitioners.pdf>
  41. Health Professions Council of South Africa (HPCSA). Ethical guidelines for good practice in the health care professions. Booklet 3 [Internet]. Pretoria: HPCSA; 2020. [cited 2025 Sep 24]. Available from: [https://headroom.co.za/wp-content/uploads/2020/03/HPCSA-Ethics\\_Booklet-03\\_2020-1.pdf](https://headroom.co.za/wp-content/uploads/2020/03/HPCSA-Ethics_Booklet-03_2020-1.pdf)
  42. Royal College of Dental Surgeons of Ontario (RCDSO). Standard of Practice-Consent to Treatment [Internet]. Toronto: RCDSO; 2025. [cited 2025 Sep 24]. Available from: [https://cdn.agilitycms.com/rcdso/pdf/standards-of-practice/RCDSO\\_Standard\\_of\\_Practice\\_Consent\\_to\\_Treatment.pdf](https://cdn.agilitycms.com/rcdso/pdf/standards-of-practice/RCDSO_Standard_of_Practice_Consent_to_Treatment.pdf)
  43. Wang W, Tian Y: Dental practice licensing examination in mainland China. Chin J Dent Educ. 2013;23(2):75–80.
  44. Ministry of Health, Labour and Welfare Japan. Dentists Act [Internet]. Tokyo: MHLW; 2021 [cited 2025 May 16]. Available from: <https://www.japaneselawtranslation.go.jp/en/laws/view/4141/en>
  45. Petersen PE: The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century- the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol. 2003;31 Suppl 1:3–24.
  46. FDI World Dental Federation. Vision 2030: Delivering Optimal Oral Health for All [Internet]. Geneva: FDI; 2021 [cited 2025 May 16]. Available from: <https://www.fdiworlddental.org/vision-2030>
  47. Pan American Health Organization (PAHO), World Health Organization (WHO). Oral Health in the Americas: A Regional Perspective. Washington, D.C.: PAHO; 2008 [cited 2025 May 16]. Available from: [https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OH\\_st\\_WHO.pdf](https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OH_st_WHO.pdf)
  48. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [Internet]. Geneva: WHO; 2001 [cited 2025 May 16]. Available from: <https://www.who.int/classifications/icf/en/>
  49. Bracken-Roche D, Bell E, Macdonald ME, Racine E: The “Vulnerability” of Psychiatric Research Participants: Why This Research Ethics Concept Needs to Be Revisited. Can J Psychiatry. 2016;61(6):335–9.
  50. Bracken-Roche D, Bell E, Macdonald ME, Racine E: The concept of ‘vulnerability’ in research ethics: an in-depth analysis of policies and guidelines. Health Res Policy Syst. 2017;15(1):8.
  51. Appelbaum PS, Lidz CW, Grisso T: Therapeutic Misconception in Research Subjects: Development and Validation of a Measure. Clin Trials. 2012;9(6):748–61.
  52. Heynemann S, Lipworth W, McLachlan S-A, Philip J, John T, Kerridge I: Therapeutic misunderstandings in modern research. Bioethics. 2024;38(2):138–152.

53. Lajoie C, Poleksic J, Bracken-Roche D, MacDonald ME, Racine E: The Concept of Vulnerability in Mental Health Research: A Mixed Methods Study on Researcher Perspectives. *J Empir Res Hum Res Ethics*. 2020;15(3):128–142.
54. Findley MG, Ghosn F, Lowe S: Vulnerability in research ethics: A call for assessing vulnerability and implementing protections. *Proc Natl Acad Sci U S A (PNAS)*. 2024;121 (34):e2322821121.
55. Lange MM, Rogers W, Dodds S: Vulnerability in research ethics: a way forward. *Bioethics*. 2013; 27(6):333–40.
56. Dental Defence Union. Protecting vulnerable patients [Internet]. DDU Journal. Summer 2021 [cited 2025 May 16]. Available from: <https://eddujournal.theddu.com/issue-archive/summer-2021/protecting-vulnerable-patients>
57. World Health Organization. Global Strategy on Oral Health [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2025 May 16]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053603>
58. Hayer N, Wassif HS: General dental practitioners' perceptions of shared decision making: a qualitative study. *Br Dent J*. 2022;232(4):227–231.
59. Murdoch AIK, Blum J, Chen J, Baziotis-Kalfas D, Dao A, Bai K, et al: Determinants of clinical decision making under uncertainty in dentistry: a scoping review. *Diagnostics (Basel)*. 2023;13(6):1076.
60. Radenković M, Mitrović M, Milovanović DR: The importance of decisional capacity evaluation in clinical practice. *Med Glas (Zenica)*. 2023;20(2):237–244.
61. Glaser J, Nouri S, Fernandez A, Sudore RL, Schillinger D, Klein-Fedyshin M, et al: Interventions to improve patient comprehension in informed consent for medical and surgical procedures: an updated systematic review. *Med Decis Making*. 2020;40(2):119–143.
62. Talevski J, Wong Shee A, Rasmussen B, Kemp G, Beauchamp A. Teach-back: A systematic review of implementation and impacts. *PLoS One*. 2020;15(4): e0231350.
63. Jamerson B, Shuster B: Evaluation of informed consent with teach-back and audio assistance to improve willingness to participate in a clinical trial among underrepresented minorities: a randomized pilot trial. *J Empir Res Hum Res Ethics*. 2023;18(5):372–37.
64. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 7th ed. Oxford: Oxford University Press; 2013.
65. Matsuda S, Yoshimura H: Dental decision-making for persons with dementia: a systematic narrative review. *Medicine (Baltimore)*. 2024;103(3):e36555.
66. Charangowda BK: Dental records: An overview. *J Forensic Dent Sci*. 2010;2(1):5–10.
67. Devadiga A: What's the deal with dental records for practicing dentists? Importance in general and forensic dentistry. *J Forensic Dent Sci*. 2014;6(1):9–15.
68. Moshaoa MAL, Moodley L: Audit of dental record-keeping at a university dental hospital. *J Forensic Dent Sci*. 2023;15(2):79–85.
69. Yeoh WC, Yeo DYH, Lim HY, Tan HKX, Nair PNR, Yap AU: Evaluation of quality of record-keeping and root canal treatment outcomes: a retrospective clinical audit. *Eur Endod J*. 2025;10(2):120–128.
70. Mariño RJ, Habibi E, Brett T, Morgan M: Legal issues in digital oral health: a scoping review. *J Am Dent Assoc*. 2024;155(10):909–918.e7.
71. Gonçalves-Ferreira D, Cruz-Correia R, Mons S, Cruz-Correia L: OpenEHR and General Data Protection Regulation: How to design electronic health record systems to support GDPR compliance. *Stud Health Technol Inform*. 2019;257:155–160.
72. Ho JCY, Chai HH, Lo ECM, Huang MZ, Chu CH: Strategies for effective dentist–patient communication: a narrative review. *Patient Prefer Adherence*. 2024;18:1385–1394.
73. Conduah AK, Ofoe S, Siaw-Marfo D: Data privacy in healthcare: Global challenges and solutions. *Digit Health*. 2025;11:20552076251343959.
74. Rahman INA, Shuhaimi U, Roslan N, Nik Mohamed RN: Assessing the recordkeeping quality at the School of Dental Sciences, Hospital USM: A retrospective study. *J Oral Biol Craniofac Res*. 2024;14(1):101–108.
75. Tiwari T, Kondratenko M, Nasiha N, Ong T, Chandrasekaran S, Kostbade G, et al: Evaluating the completeness of electronic health records in dental education: a big data study. *Front Oral Health*. 2025;6:1535164.
76. Demsash AW, Kassie SY, Dubale AT, Chereka AA, Ngusie HS, Hunde MK et al: Health professionals' routine practice documentation and its associated factors in a resource-limited setting: a cross-sectional study. *BMJ Health Care Inform*. 2023;30(1): e100699.

77. Mariño RJ, Zaror C: Legal issues in digital oral health: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2024; 24(1):6.
78. European Parliament and Council. Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data. (General Data Protection Regulation). Official Journal of the European Union. 2016 May 4;L119:1–88. Available from: <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj/eng>
79. Surdu A, Popescu L, Ionescu AC: Telemedicine and digital tools in dentistry: enhancing access, safety, and documentation. *Int J Environ Res Public Health.* 2025;22 (4):2150.
80. Beach J, Oates J: Maintaining best practice in record-keeping and documentation. *Nurs Stand.* 2014;28(36):45-50.
81. Ζαμπετάκης Α. Η σύνταξη ιατρικών εκθέσεων και βεβαιώσεων. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις; 2017.
82. Manski R, Moeller J, Chen H, Widström E, Listl S: Disparity in dental out-of-pocket payments among older adult populations: a comparative analysis across selected European countries and the USA. *Int Dent J.* 2017;67 (3):157-171.
83. López López S, del Pozo Rubio R, Ortega Ortega M, Escribano Sotos F: Catastrophic out of pocket payments for dental treatment: regional evidence from Spain. *BMC Health Serv Res.* 2023;23:784.
84. Orenstein L, Chetrit A, Oberman B, Benderly M, Kalter-Leibovici O: Factors associated with disparities in out-of-pocket expenditure on dental care: results from two cross-sectional national surveys. *Isr J Health Policy Res.* 2020;9(1):30.
85. Winkelmann J, Gómez Rossi J, Schwendicke F, Dimova A, Atanasova E, Habicht T, et al: Exploring variation of coverage and access to dental care for adults in 11 European countries: a vignette approach. *BMC Oral Health.* 2022;22(1):65.
86. Saekel R: Evaluation of different oral care systems: results for Germany and selected highly developed countries. An update of a former study. *Dent Oral Craniofac Res.* 2020;6(3):1–10.
87. Ndagire D, Tshuma I, Mwesigwa CL, Tomson G, Eriksen J, Ekirapa EK, et al: Adequacy of patient informed consent among dental prosthetic patients in Mukono district, Uganda: a cross-sectional study. *BMC Res Notes.* 2025;18:91.
88. Orr DL, Tangade PY, Sanghavi J: A not so local matter: local anaesthetic consent standards—A two-decade follow-up. *J Evid Based Dent Pract.* 2025;25(2):101923.
89. Ho JCY, Sharma S, Krishnamoorthy V, Yusof ZY, Tan YY, Ramseook-Mungur K, et al: Strategies for effective dentist–patient communication: a narrative review. *Int Dent J.* 2024;74(5):567-576.
90. Jung J, Ji JH, Park S, Hwang SY, Kim JH, Lee H, et al: Global trends and time-varying risk factors for patients’ decision-making preferences: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2025; 185(6):640-651.
91. Matsuda S, Yoshimura H: Dental decision-making for persons with dementia: A systematic narrative review. *Medicine (Baltimore).* 2024;103(3):e36555.
92. Siriwatana K, Pongpanich S: A 5-year retrospective analysis of adverse events in dentistry at a university dental hospital. *BMC Oral Health.* 2024;24(1):1294.
93. Siriwatana K, Pongpanich S: Developing and evaluating a dental incident reporting system (DIRS). *BMC Oral Health.* 2025;25(1):339.
94. Tokede B, Yansane A, Walji M, Rindal DB, Worley D, White J, et al: The nature of adverse events in dentistry. *J Patient Saf.* 2024; 20(7):454-460.
95. Kookal KK, Ramapuram JT, Ramoni R, Walji M, Kalenderian E: Dental electronic health records data quality: a practical approach. *J Public Health Dent.* 2024;84(1):31-39.
96. Yeoh KL, Cheung GSP, Wong AWY, Yu V, Wong MCM, Chu CH: Recordkeeping in nonsurgical endodontic treatment: a quality improvement study in a university dental clinic. *J Endod.* 2025; 51(2):223-231.
97. Mariño RJ, Zaror C: Legal issues in digital oral health: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2024;24:6.
98. Tokede B, Yansane A, Walji M, Rindal DB, Worley D, White J, et al: The nature of adverse events in dentistry. *J Patient Saf.* 2024;[epub ahead of print].

---

**Στοιχεία Επικοινωνίας:**

Αγγελική Γιαννοπούλου-Μιχαλοπούλου  
email: a.tsironi@yahoo.gr

