

Σχεδιασμός Υπηρεσιών Στοματικής Υγείας για Ασθενείς με Ειδικές Ανάγκες Υγειονομικής Περίθαλψης (SHCN) και Ευάλωτες Ομάδες: από τη Θεωρία στην Πράξη

Αγγελική Γιαννοπούλου-Μιχαλοπούλου¹

Η ανάγκη για στοχευμένες και προσβάσιμες υπηρεσίες στοματικής υγείας προς άτομα με Ειδικές Ανάγκες Υγειονομικής Περίθαλψης (SHCN) και ευάλωτες κοινωνικές ομάδες αποτελεί θεμελιώδες ζήτημα δημόσιας υγείας. Οι πληθυσμοί αυτοί συχνά αντιμετωπίζουν σύνθετα εμπόδια πρόσβασης, τα οποία απορρέουν από λειτουργικούς, κοινωνικοοικονομικούς και θεσμικούς περιορισμούς. Η παρούσα εργασία εξετάζει το θεωρητικό και κανονιστικό πλαίσιο που διέπει την ενσωμάτωσή τους σε υπηρεσίες στοματικής υγείας, εντοπίζει αδυναμίες των υφιστάμενων μοντέλων και προτείνει κατευθυντήριες στρατηγικές για την ανάπτυξη συμπεριληπτικών παρεμβάσεων. Βασικές αρχές του προτεινόμενου σχεδιασμού αποτελούν η λογική προσαρμογή, η αξιοποίηση της Διεθνούς Ταξινόμησης Λειτουργικότητας, Αναπηρίας και Υγείας (ICF) ως εργαλείου και η ενίσχυση της διεπιστημονικής συνεργασίας. Τέλος, παρουσιάζονται καλές πρακτικές από την εγχώρια και διεθνή εμπειρία, αναδεικνύοντας τη δυνατότητα βιώσιμης ενσωμάτωσης της στοματικής φροντίδας σε ευρύτερες δομές υγείας.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική - οδοντιατρική ειδικής φροντίδας 18(1): 33-55, 2025

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η στοματική υγεία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της συνολικής υγείας και ποιότητας ζωής. Παρόλα αυτά, σημαντικές πληθυσμιακές ομάδες, ιδιαίτερα άτομα με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης (SHCN), παραμένουν αποκλεισμένες από ασφαλείς και ολοκληρωμένες υπηρεσίες οδοντιατρικής φροντίδας^{1,2}. Οι πληθυσμοί αυτοί διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης στοματικών και γενικότερων προβλημάτων υγείας, παρουσιάζουν περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες φροντίδας, ενώ οι ίδιες οι παθήσεις τους δύναται να επηρεάσουν δυσμενώς την κατάσταση της στοματικής τους υγείας³.

Λέξεις κλειδιά: Ασθενείς με Ειδικές Ανάγκες Υγειονομικής Περίθαλψης (SHCN), Οδοντιατρική ειδικής φροντίδας, Κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες της υγείας, στοματική υγεία, λογική προσαρμογή, ευάλωτες ομάδες, ICF, προσβασιμότητα, σχεδιασμός υπηρεσιών.

1. Αγγελική Γιαννοπούλου-Μιχαλοπούλου
Οδοντίατρος Ειδικής Φροντίδας

Προέλευση: Ελληνική Εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής & Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας

Η αναγνώριση των κοινωνικών ανισοτήτων στην πρόσβαση, καθώς και των σύνθετων εμποδίων που σχετίζονται με την αναπηρία, τη χρόνια νοσηρότητα ή την κοινωνικοοικονομική επισφάλεια, καθιστά επιτακτική την ανάγκη για ανάπτυξη προσαρμοσμένων υπηρεσιών στοματικής υγείας⁴⁻⁷.

Διεθνείς οργανισμοί, όπως ο ΠΟΥ, έχουν αναπτύξει το πλαίσιο του ICF, το οποίο προσφέρει ένα ενοποιημένο εργαλείο κατανόησης της αναπηρίας^{8,9}.

Σε εθνικό επίπεδο, παρατηρείται αυξανόμενο ενδιαφέρον για την ένταξη της στοματικής φροντίδας σε προγράμματα δημόσιας υγείας. Ωστόσο, η εφαρμογή παραμένει περιορισμένη και ασυνεχής, ενώ συχνά χαρακτηρίζεται από υποβάθμιση, ειδικά όταν αφορά κοινωνικά ευάλωτες ομάδες¹⁰.

Η διαμόρφωση ενός λειτουργικού και συμπεριληπτικού πλαισίου παροχής φροντίδας προϋποθέτει τη σύνδεση της οδοντιατρικής με τις αρχές της καθολικής κάλυψης, της προσβασιμότητας, της διατομεακής συνεργασίας και της ολιστικής προσέγγισης¹¹.

Η παρούσα εργασία αναλύει τους βασικούς άξονες σχεδιασμού υπηρεσιών στοματικής υγείας για άτομα με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης και άλλες ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες, υπό το πρίσμα της διεθνούς εμπειρίας, των καταγεγραμμένων αναγκών και των σύγχρονων προσεγγίσεων φροντίδας.

2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ ΚΑΙ ΠΛΑΙΣΙΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ

Η κατανόηση της έννοιας του ατόμου με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης και των χαρακτηριστικών των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων αποτελεί το θεμέλιο για τον σχεδιασμό κατάλληλων και αποτελεσματικών υπηρεσιών στοματικής φροντίδας. Η ενσωμάτωση εργαλείων όπως η Διεθνής Ταξινόμηση Λειτουργικότητας, Αναπηρίας και Υγείας (ICF) συμβάλλει στον σχεδιασμό συμπεριληπτικών υπηρεσιών.

2.1 Ορισμοί και κατηγορίες πληθυσμών

- *Ασθενείς με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης (SHCN): Ορισμός και Σημασία:*
Ο όρος “ασθενείς με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης (SHCN)” αναφέρεται σε άτομα με σωματικές, ψυχικές, νοητικές ή αισθητηριακές αναπηρίες, χρόνιες παθήσεις ή άλλες λειτουργικές διαταραχές, οι οποίες απαιτούν εξατομικευμένη ή ενισχυμένη παροχή υπηρεσιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων των οδοντιατρικών υπηρεσιών¹²⁻¹⁴. Η Αμερικανική Ακαδημία Παιδοδοντιατρικής (AAPD) ορίζει τα άτομα με ειδικές

ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης (SHCN) ως άτομα «των οποίων η σωματική, αναπτυξιακή, διανοητική, αισθητηριακή, συμπεριφορική, γνωστική ή συναισθηματική δυσλειτουργία ή περιορισμός απαιτεί ιατρική διαχείριση, παρέμβαση υγειονομικής περίθαλψης ή/και χρήση εξειδικευμένων υπηρεσιών ή προγραμμάτων»¹⁵.

- *Ευάλωτοι πληθυσμοί και κοινωνικοί προσδιοριστές υγείας*

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει τους «ευάλωτους πληθυσμούς» ως ομάδες ατόμων που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για προβλήματα υγείας και ανισότητες στην πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη, λόγω κοινωνικών, οικονομικών, πολιτισμικών ή περιβαλλοντικών παραγόντων. Αυτοί οι παράγοντες μπορεί να περιλαμβάνουν χαρακτηριστικά όπως η ηλικία, το φύλο, η αναπηρία, η φτώχεια, η εθνοτική καταγωγή, η γεωγραφική απομόνωση ή το καθεστώς μετανάστευσης¹⁶.

Η κατανόηση και ο εντοπισμός της ευαλωτότητας αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ανάπτυξη στοχευμένων παρεμβάσεων και πολιτικών δημόσιας υγείας που προάγουν την ισότητα και την πρόσβαση στις υπηρεσίες¹⁷.

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο διαχωρισμός μεταξύ ατόμων με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης και ευάλωτων πληθυσμών δεν είναι απόλυτος, καθώς συχνά παρατηρείται επικάλυψη. Ωστόσο, η διάκριση επιτρέπει την ακριβέστερη στόχευση πολιτικών και πρακτικών φροντίδας. Η κατανόηση αυτών των κατηγοριών αποτελεί την απαραίτητη βάση για την ενσωμάτωσή τους σε συνεκτικά θεωρητικά και κανονιστικά πλαίσια οδοντιατρικής φροντίδας.

2.2 Διεθνές πλαίσιο και θεωρητικά εργαλεία

Η Διεθνής Ταξινόμηση Λειτουργικότητας, Αναπηρίας και Υγείας (ICF) του ΠΟΥ αποτελεί βασικό εργαλείο κατανόησης της αναπηρίας και σχεδιασμού εξατομικευμένων παρεμβάσεων στοματικής φροντίδας. Αντί να επικεντρώνεται αποκλειστικά στην πάθηση, εστιάζει στη λειτουργικότητα, τη συμμετοχή του ατόμου στην

καθημερινότητα και τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που επιδρούν στη ζωή του. Η ενσωμάτωση του ICF στο σχεδιασμό υπηρεσιών για άτομα με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης επιτρέπει μια ολιστική, τεκμηριωμένη και δικαιωματική προσέγγιση, ενισχύοντας τη συμπερίληψη και τη δίκαιη πρόσβαση στη φροντίδα¹⁸.

Η Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρίες (CRPD) αποτελεί το θεμελιώδες διεθνές νομικό πλαίσιο για τα δικαιώματα πρόσβασης στην υγειονομική φροντίδα. Η έννοια της «λογικής προσαρμογής» (reasonable accommodation) στο άρθρο 2 της CRPD επιβάλλει στα κράτη την υποχρέωση να προβαίνουν σε κατάλληλες προσαρμογές των υπηρεσιών, ώστε να εξασφαλίζεται η ισότιμη πρόσβαση των ατόμων με αναπηρία, χωρίς δυσανάλογο ή αθέμιτο βάρος για τους παρόχους¹⁹.

Η Ελλάδα έχει ενσωματώσει τις αρχές της CRPD στο εθνικό της δίκαιο μέσω του Νόμου 4074/2012 (ΦΕΚ Α' 88), ο οποίος προβλέπει παρεμβάσεις όπως η προσαρμογή χώρων, διαδικασιών και επικοινωνιακών μεθόδων. Ωστόσο, η καθολική εφαρμογή αυτών των προσαρμογών στον τομέα της στοματικής υγείας παραμένει ανεπαρκής²⁰.

Η ενσωμάτωση των θεωρητικών και κανονιστικών αυτών πλαισίων στον σχεδιασμό και την υλοποίηση υπηρεσιών δεν αποτελεί μόνο νομική υποχρέωση, αλλά και πρακτικό εργαλείο για τη μείωση ανισοτήτων και την ενίσχυση της κοινωνικής συμμετοχής των ατόμων με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης.

3. ΑΝΑΛΥΣΗ ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΩΝ

Η τεκμηριωμένη αξιολόγηση της υφιστάμενης κατάστασης στον τομέα της στοματικής φροντίδας αποτελεί βασική προϋπόθεση για τον εντοπισμό αναγκών και την ανάπτυξη στοχευμένων παρεμβάσεων, με γνώμονα την ισότητα και τη συμπερίληψη. Η ενότητα αυτή αναλύει εμπόδια πρόσβασης, κοινωνικές και διαρθρωτικές ανισότητες, καθώς και τις επιδημιολογικές και λει-

τουργικές ανάγκες που αντιμετωπίζουν τα άτομα με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης και άλλες ευάλωτες ομάδες.

3.1 Εμπόδια στην πρόσβαση και ανισότητες στη στοματική υγεία

Η πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες στοματικής υγείας παρουσιάζει έντονες ανισότητες, επηρεάζοντας δυσανάλογα τα άτομα με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης, ανασφάλιστους, άτομα χαμηλού εισοδήματος, μετανάστες και κατοίκους απομακρυσμένων περιοχών^{2,21-27}. Οι αποκλεισμοί αυτοί δεν σχετίζονται μόνο με το εισόδημα ή την ασφάλιση, αλλά και με πολιτισμικά, λειτουργικά και θεσμικά εμπόδια^{28,29}.

- Λειτουργικά: Έλλειψη φυσικής προσβασιμότητας, βοηθητικών μέσων και εργονομικού εξοπλισμού.
- Κοινωνικοοικονομικά: Κόστος, έλλειψη ασφάλισης, έξοδα μετακίνησης και διαμονής³⁰⁻⁴².
- Πολιτισμικά/Γλωσσικά: Ανεπαρκής πολιτισμική επάρκεια και γλωσσική υποστήριξη³²⁻³⁶.
- Θεσμικά: Απουσία στρατηγικών πολιτικών και διασύνδεσης υπηρεσιών^{30,31,39}.

3.1.2 Προκαταλήψεις επαγγελματιών και ανεπάρκεια εκπαίδευσης

Οι προκαταλήψεις και τα στερεότυπα επαγγελματιών υγείας απέναντι σε άτομα με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης, ή σε ευάλωτες ομάδες συνιστούν κρίσιμο εμπόδιο στην πρόσβαση σε ισότιμη φροντίδα⁴³⁻⁴⁶. Η έλλειψη εκπαίδευσης σε θέματα αναπηρίας, πολιτισμικής επάρκειας και διαχείρισης σύνθετων περιστατικών επιτείνει τις υγειονομικές ανισότητες^{47,48}.

Παρότι οι οδοντίατροι διατηρούν δικαίωμα επιλογής ασθενών, απαγορεύεται η άρνηση θεραπείας βάσει φυλής, φύλου, αναπηρίας ή άλλων προστατευόμενων χαρακτηριστικών^{42,49}.

Η αποσπασματικότητα των υπηρεσιών και η θεσμική αδράνεια υποδεικνύουν ανάγκη για ενίσχυση διεπιστημονικών μοντέλων φροντίδας.

3.2 Χαρτογράφηση στοματικών αναγκών και επιδημιολογική εικόνα στον πληθυσμό με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης

Η αναγκαιότητα για εξειδικευμένη φροντίδα στον πληθυσμό με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης είναι έντονη, καθώς τα άτομα αυτά παρουσιάζουν αυξημένο φορτίο στοματικών παθήσεων. Οι παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτήν την κατάσταση περιλαμβάνουν περιορισμένη αυτονομία, συννοσηρότητα, και δυσκολία στην πρόσβαση σε εξειδικευμένες υπηρεσίες στοματικής υγείας^{50,51}. Η κακή υγιεινή, η λήψη φαρμάκων, η αυξημένη κατανάλωση ζάχαρης και η εξάρτηση από άλλους για την καθημερινή φροντίδα ενισχύουν την εμφάνιση στοματικών νοσημάτων όπως η τερηδόνα και η ουλίτιδα^{51,52}.

Επιπλέον, η μείωση της στοματικής λειτουργίας (Dental Rehabilitation Function - DRF), ιδιαίτερα σε άτομα με νευροεκφυλιστικές ασθένειες, έχει συνδεθεί με την επιδείνωση της στοματικής υγείας, που δυσχεραίνει ακόμη και την επικοινωνία και τη λήψη τροφής⁵¹⁻⁵⁴. Σύμφωνα με τη μελέτη των Singh et al. (2024), κοινωνικοί και συμπεριφορικοί παράγοντες, όπως το εισόδημα, η εκπαίδευση και η προσβασιμότητα σε υπηρεσίες, έχουν μεγαλύτερη επίδραση από τον τύπο της αναπηρίας ως προγνωστικοί δείκτες για μη θεραπευμένη τερηδόνα⁵⁵. Συνεπώς, είναι κρίσιμο να χαρτογραφηθούν αυτές οι αναγκαιότητες και οι παράγοντες κινδύνου, ώστε να διασφαλιστεί η προσαρμογή των υπηρεσιών στοματικής υγείας για αυτόν τον πληθυσμό.

3.2.1. Στατιστικά δεδομένα και βιβλιογραφία για την οδοντιατρική φροντίδα σε άτομα με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης (SHCN)

Η ανάγκη για επαρκή οδοντιατρική φροντίδα σε άτομα με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης αναγνωρίζεται διεθνώς ως σημαντική πρόκληση, καθώς αυτά τα άτομα παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για την ανάπτυξη τερηδόνας, περιοδοντικής νόσου και απώλειας δοντιών. Διάφορες μελέτες σε παγκόσμιο επίπεδο, καθώς και στην Ελλάδα, υπογραμμίζουν την ανάγκη για βελτίωση της πρόσβασης σε εξειδι-

κευμένες οδοντιατρικές υπηρεσίες και την εκπαίδευση σχετικά με την πρόληψη των στοματικών ασθενειών για τα άτομα με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης.

Παγκοσμίως, οι μελέτες δείχνουν ότι τα άτομα με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά τερηδόνας και περιοδοντικής νόσου σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Για παράδειγμα, σύμφωνα με μια μελέτη στις ΗΠΑ, περίπου το 40% των παιδιών με αναπτυξιακές αναπηρίες παρουσίασαν οδοντικά προβλήματα, με το 25% αυτών να απαιτούν επείγουσα οδοντιατρική θεραπεία⁵⁶. Παρόμοια ποσοστά καταγράφονται και σε άλλες περιοχές, όπως η Ευρώπη και η Ασία, όπου τα άτομα με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης συχνά αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην πρόσβαση σε εξειδικευμένες υπηρεσίες οδοντιατρικής φροντίδας.

Μια μελέτη στη Βρετανία ανέφερε ότι τα παιδιά με αναπτυξιακές και κινητικές αναπηρίες εμφανίζουν υψηλότερο δείκτη DMFT (Decayed, Missing, Filled Teeth – Δόντια σε κατάσταση κακής υγιεινής, ελλείποντα ή σφραγισμένα δόντια) σε σχέση με τα παιδιά χωρίς αναπηρίες, γεγονός που καταδεικνύει τη μεγαλύτερη ανάγκη για στοχευμένες οδοντιατρικές υπηρεσίες και εξειδίκευση⁵⁷.

Στην Ελλάδα, έρευνες δείχνουν ότι τα άτομα με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης αντιμετωπίζουν επίσης αυξημένα ποσοστά τερηδόνας και περιοδοντικής νόσου. Σύμφωνα με μια μελέτη που δημοσιεύθηκε στην Εφημερίδα Στοματικής Υγιεινής, το 35% των παιδιών με αναπηρίες παρουσίασαν αυξημένα επίπεδα τερηδόνας, ενώ το 20% παρουσίασαν περιοδοντικά προβλήματα⁵⁸. Ιδιαίτερα, τα παιδιά με αυτισμό ή διαταραχές αναπτυξιακής ικανότητας αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες δυσκολίες στην εκτέλεση σωστής στοματικής υγιεινής, γεγονός που οδηγεί σε αύξηση των στοματικών προβλημάτων.

Επιπλέον, η έλλειψη εκπαιδευμένων οδοντιάτρων στην ειδική φροντίδα και η περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες ειδικής οδοντια-

τρικής θεραπείας αποτελούν σημαντικά εμπόδια στην αποτελεσματική φροντίδα των ατόμων με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα. Παρά την αναγνώριση της ανάγκης για εξειδικευμένη φροντίδα, απαιτούνται περισσότερες έρευνες και δεδομένα για να ενισχυθεί η ποιότητα των υπηρεσιών και να βελτιωθεί η στοματική υγεία αυτής της ομάδας πληθυσμού.

3.3 Αξιολόγηση υφιστάμενων δομών οδοντιατρικής φροντίδας

Τα επικρατούντα μοντέλα παροχής φροντίδας παραμένουν βιοϊατρικά, παραβλέποντας τις ιδιαιτερότητες των ατόμων με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης^{52,53,59,60}. Η απουσία προληπτικής προσέγγισης, η αποσπασματικότητα των υπηρεσιών και η ανεπαρκής εκπαίδευση συμβάλλουν στην αναπαραγωγή ανισοτήτων. Συχνά η φροντίδα παρέχεται καθυστερημένα, αυξάνοντας το κόστος για το σύστημα υγείας^{61,62}.

Ο συνδυασμός κοινωνικών, λειτουργικών και θεσμικών φραγμών αναδεικνύει την ανάγκη για ριζικές μεταρρυθμίσεις και την ενσωμάτωση καθολικά προσβάσιμων, ολιστικών προσεγγίσεων.

4. ΠΛΑΙΣΙΑ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ, ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η υιοθέτηση διεθνών και εθνικών προτύπων αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για τη διαμόρφωση υπηρεσιών στοματικής υγείας που να προάγουν την ισότητα στην πρόσβαση και την ποιότητα φροντίδας για άτομα με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης και άλλες ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες. Οι παγκόσμιοι οργανισμοί, μέσω οδηγιών και στρατηγικών, προσφέρουν ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο αρχών που υποστηρίζει την ενσωμάτωση της στοματικής φροντίδας στα γενικά συστήματα υγείας.

Τα βασικά μέτρα περιλαμβάνουν την εκπαίδευση των οδοντιάτρων και τη διεπιστημονική προ-

σέγγιση, την εφαρμογή οικονομικών πολιτικών για οικονομικά προσιτές υπηρεσίες και την ενσωμάτωση της οδοντιατρικής περίθαλψης στα συστήματα πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης⁶³.

4.1 Θεσμικά και πολιτικά πλαίσια σε διεθνές και ευρωπαϊκό επίπεδο

Η Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία (CRPD) του ΟΗΕ συνιστά θεμελιώδες νομικό κείμενο που κατοχυρώνει το δικαίωμα όλων των ατόμων με αναπηρία να απολαμβάνουν το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας, χωρίς διακρίσεις¹⁹. Η πλήρης ενσωμάτωση των αρχών της CRPD στις εθνικές πολιτικές υγείας προϋποθέτει τη διασφάλιση της καθολικής προσβασιμότητας, της κατάλληλης πληροφόρησης, της εξειδικευμένης εκπαίδευσης επαγγελματιών και της ισότιμης παροχής υπηρεσιών, όπως τεκμηριώνεται και στο Κεφάλαιο 3, στο πλαίσιο των πολυδιάστατων εμποδίων και των αρχών καθολικής προσβασιμότητας.

Σε διεθνές επίπεδο, ο ΠΟΥ, με το Global Strategy on Oral Health (2022) και ειδικότερα με το Global Oral Health Action Plan 2023–2030, καθορίζει ένα ολιστικό πλαίσιο προτεραιοτήτων, το οποίο περιλαμβάνει τη φροντίδα των ευάλωτων πληθυσμών, την ενσωμάτωση της στοματικής υγείας στην ΠΦΥ, καθώς και τη διεπιστημονική και κοινοτική προσέγγιση για την εξάλειψη των ανισοτήτων⁶⁴.

Η Διακήρυξη της Ασάνα (2018), η οποία επικαιροποιεί τις αρχές της Διακήρυξης της Άλμα-Άτα (1978), τονίζει τη σημασία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ως θεμελίου για την καθολική υγειονομική κάλυψη, περιλαμβάνοντας ρητή αναφορά στη στοματική υγεία ως αναπόσπαστο στοιχείο της συνολικής υγείας.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση, μέσω του πλαισίου «Health Equity in Europe» και του οδικού χάρτη για την πρόσβαση στην υγειονομική φροντίδα ευάλωτων πληθυσμών, προωθεί την υιοθέτηση πολιτικών που εξασφαλίζουν την ενσωμάτωση των αναγκών των ατόμων με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης στις εθνικές στρατηγικές⁶⁵. Παράλληλα, μέσω των κανονισμών για

την ανάπτυξη συστημάτων υγείας και των μηχανισμών ενίσχυσης του κοινωνικού κράτους (π.χ. ESIF, EU4Health), παρέχεται χρηματοδοτική στήριξη για την κάλυψη υγειονομικών αναγκών ομάδων υψηλού κινδύνου.

Αναπόσπαστο μέρος της πολιτικής δράσης αποτελεί η ενσωμάτωση της στοματικής φροντίδας στις γενικές υπηρεσίες υγείας, στοχεύοντας στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, στη μείωση των ανισοτήτων και στην ενδυνάμωση της υγειονομικής ισότητας.

4.2 Κατευθυντήριες γραμμές και προτάσεις από Διεθνείς Οργανισμούς

Διεθνείς οργανισμοί έχουν εκπονήσει σειρά κατευθυντηρίων γραμμών με στόχο τη διαμόρφωση αποτελεσματικών και προσβάσιμων υπηρεσιών στοματικής υγείας για ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες. Ο ΠΟΥ υπογραμμίζει τη σημασία της ενσωμάτωσης της στοματικής υγείας στο σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), καθώς και της ενίσχυσης της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας για την αντιμετώπιση των αναγκών πληθυσμών με αναπηρία ή άλλες ιδιαιτερότητες^{1,64}.

Η έκθεση του Institute of Medicine – Health and Medicine Division παρουσιάζει εκτενή επισκόπηση της κατάστασης της στοματικής υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες, με έμφαση στα άτομα με ειδικές ανάγκες. Η μελέτη αυτή ενισχύει την ανάγκη ενσωμάτωσης της φροντίδας αυτών των πληθυσμών στα προγράμματα σπουδών και στις κλινικές ασκήσεις των επαγγελματιών υγείας^{2,66}.

Η FDI World Dental Federation προτείνει την ανάπτυξη στοχευμένων προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, που ενσωματώνουν την οδοντιατρική φροντίδα για άτομα με αναπηρία στο γενικό πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα, δίνει έμφαση στην πολιτισμική επάρκεια και την ενίσχυση της διεπιστημονικής συνεργασίας^{3,67}.

Η American Dental Association – Health Policy Institute (ADA HPI) αναλύει τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι ευάλωτοι πληθυσμοί στην

πρόσβαση σε οδοντιατρική φροντίδα. Η αναφορά της επισημαίνει την ανάγκη διαμόρφωσης πολιτικών που αντιμετωπίζουν τα κοινωνικά, οικονομικά και πολιτισμικά εμπόδια, ενισχύοντας τη διατομεακή προσέγγιση^{4,68}.

Οι Centers for Disease Control and Prevention (CDC) αναδεικνύουν τις υγειονομικές ανισότητες στον τομέα της στοματικής υγείας, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά άτομα με αναπηρία. Υπογραμμίζουν επίσης τη σημασία της πολιτισμικής επάρκειας και της συνεργασίας μεταξύ διαφορετικών ειδικοτήτων υγείας^{5,69}.

Η American Dental Education Association (ADEA) έχει εκδώσει κατευθυντήριες οδηγίες που ενσωματώνουν τη φροντίδα ατόμων με αναπηρία στο ακαδημαϊκό πρόγραμμα σπουδών και τις κλινικές ασκήσεις σε πανεπιστήμια και νοσοκομεία^{6,70}. Επιπλέον, οι πιο πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες της ADEA για την «ειδική οδοντιατρική φροντίδα» τονίζουν την ανάγκη για συστηματική ενσωμάτωση αυτών των δεξιοτήτων τόσο στην προπτυχιακή όσο και στη μεταπτυχιακή εκπαίδευση^{6,70}.

Αντίστοιχα, η Διεθνής Ένωση για την Αναπηρική Οδοντιατρική (IADH) υποστηρίζει τη δημιουργία εξειδικευμένων προγραμμάτων εκπαίδευσης και ερευνητικής συνεργασίας με στόχο τη διασφάλιση ποιοτικής φροντίδας για άτομα με αναπηρία^{7,71}. Παράλληλα, επισημαίνεται η ανάγκη για λειτουργικές αλλαγές στην εκπαίδευση και στις δομές περίθαλψης, όπως αναλύεται και στη σχετική έκθεση του Institute of Medicine^{2,66} και στο άρθρο των Glassman et al. (2023) για το νέο εκπαιδευτικό πρότυπο στις ΗΠΑ⁷².

Τα παραπάνω ευθυγραμμίζονται με πρόσφατες εκθέσεις δημόσιας πολιτικής, οι οποίες αναδεικνύουν τη συστηματική υποχρησιμοποίηση των οδοντιατρικών υπηρεσιών από ενήλικες με διαγνωστικές και αναπτυξιακές αναπηρίες, λόγω δομικών ανισοτήτων και ανεπαρκούς προετοιμασίας των επαγγελματιών υγείας^{9,73}.

Η θεωρητική θεμελίωση και οι προτεινόμενες στρατηγικές λειτουργικής προσαρμογής συν-

θέτουν ένα συγκροτημένο υπόβαθρο για την ανάπτυξη προσβάσιμων και ισότιμων υπηρεσιών στοματικής υγείας, βασισμένο σε διεθνή πρότυπα και καθοδηγητικά πλαίσια^{4-6,69}.

4.3 Στρατηγικές και μοντέλα λειτουργικής προσαρμογής υπηρεσιών

Η βελτίωση της στοματικής φροντίδας ατόμων με ειδικές ανάγκες απαιτεί την εφαρμογή πρακτικών προσαρμογής των υπηρεσιών. Οι στρατηγικές αυτές επικεντρώνονται στη διαμόρφωση φροντίδας που ανταποκρίνεται στις εξατομικευμένες ανάγκες, στην ολιστική αξιολόγηση της λειτουργικότητας, στην εξασφάλιση προσβασιμότητας και στη διεπιστημονική συνεργασία.

4.3.1 Εξατομικευμένη και ολιστική παροχή φροντίδας με άξονα τη λειτουργικότητα

Η στοματική φροντίδα πρέπει να σχεδιάζεται εξατομικευμένα, λαμβάνοντας υπόψη τις λειτουργικές, γνωστικές, πολιτισμικές και κοινωνικές ανάγκες κάθε ατόμου^{61,74}. Η εφαρμογή του πλαισίου ICF, όπως έχει παρουσιαστεί στο Κεφάλαιο 2.2, διευκολύνει τη δημιουργία στοχευμένων θεραπευτικών σχεδίων¹⁸.

Για τη διασφάλιση ισότιμης πρόσβασης απαιτούνται:

Εργονομικές υποδομές: Αναπηρικές ράμπες, ειδικές καρέκλες και εξοπλισμός^{42,75-77}.

Επικοινωνιακές προσαρμογές: Απλοποιημένη γλώσσα, οπτικοακουστική υποστήριξη, υπομονή και επανάληψη^{42,45,78,79}.

Πολιτισμική ευαισθησία: Σεβασμός στις θρησκευτικές και πολιτισμικές ιδιαιτερότητες, επιλογή φύλου θεραπευτή όπου απαιτείται^{37,80}.

Η παροχή στοματικής φροντίδας πρέπει να είναι προσαρμοσμένη και λειτουργικά κατάλληλη, ώστε να ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες και να προάγει την κοινωνική ισότητα στην υγεία.

Στον πίνακα 1, συνοψίζονται οι βασικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην παροχή εξατομικευμένης και ισότιμης στοματικής φροντίδας, με

έμφαση στη λειτουργικότητα, την προσβασιμότητα και την κοινωνική ευαισθησία:

4.3.2 Διεπιστημονική παροχή φροντίδας

Η διαχείριση ασθενών με πολυεπίπεδες ανάγκες υγείας απαιτεί μια δομημένη διεπιστημονική προσέγγιση, στην οποία κάθε επαγγελματίας αναλαμβάνει σαφώς καθορισμένο ρόλο. Οδοντίατροι, ιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί και θεραπευτές αποκατάστασης συνεργάζονται συντονισμένα, σχεδιάζοντας και υλοποιώντας ολιστικά και εξατομικευμένα πλάνα φροντίδας, βασισμένα στην εκτίμηση των βιοψυχοκοινωνικών αναγκών των ασθενών^{42,81}.

Η ενσωμάτωση αυτής της προσέγγισης στην αρχική και συνεχιζόμενη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας αποτελεί κρίσιμο εργαλείο για την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών

4.4 Παραδείγματα εφαρμογής και εξειδίκευσης υπηρεσιών στοματικής φροντίδας σε διεθνές και εθνικό επίπεδο

Πολλές χώρες παγκοσμίως έχουν υιοθετήσει καινοτόμες πρακτικές για τη βελτίωση της στοματικής φροντίδας ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων και ατόμων με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης. Η ενσωμάτωση της στοματικής υγείας στις γενικές υπηρεσίες υγείας, η διεπιστημονική συνεργασία και η χρήση κινητών μονάδων αποτελούν βασικούς άξονες αυτών των παρεμβάσεων⁸².

Διεθνείς πρακτικές

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η φιλανθρωπική οργάνωση Dentaaid λειτουργεί κινητές οδοντιατρικές μονάδες, παρέχοντας υπηρεσίες σε ευάλωτες ομάδες, όπως άστεγοι, πρόσφυγες και θύματα ενδοοικογενειακής βίας. Οι υπηρεσίες παρέχονται σε χώρους που προσφέρουν αίσθηση ασφάλειας, όπως κοινοτικά κέντρα και καταφύγια⁸³.

Στον Καναδά, στην επαρχία του Κεμπέκ, εφαρμόστηκε επιτυχώς μοντέλο κατ' οίκον φροντίδας μέσω κινητών μονάδων, οι οποίες εξυπηρετούν ηλικιωμένους και άτομα με περιορισμένη κινητικότητα σε ιδιωτικές κατοικίες και μονάδες μακροχρόνιας φροντίδας⁸⁴.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Παράγοντας	Περιγραφή / Παράδειγμα
Λειτουργικότητα (ICF)	Εκτίμηση ικανοτήτων και περιορισμών – σωματικών, νοητικών, κοινωνικών.
Αναπηρία / Κινητικά Εμπόδια	Προσαρμοσμένος εξοπλισμός, εργονομικές καρέκλες, ράμπες πρόσβασης
Γνωστικές/Ψυχολογικές Ιδιαιτερότητες	Επικοινωνία με απλό λόγο, υπομονή, προετοιμασία περιβάλλοντος θεραπείας.
Πολιτισμικά Στοιχεία	Σεβασμός σε πολιτισμικές ή θρησκευτικές πεποιθήσεις – π.χ. φύλο του θεραπευτή.
Κοινωνικοοικονομικές Παράμετροι	Δωρεάν ή χαμηλού κόστους υπηρεσίες, προσβασιμότητα σε αγροτικές ή απομακρυσμένες περιοχές.
Εργονομικές Υποδομές	Οδοντιατρικές μονάδες με εύκολη πρόσβαση, χώροι αναμονής κατάλληλοι για ΑμεΑ

Στη Σουηδία, αξιολογήθηκε προσωποκεντρικό και διεπιστημονικό μοντέλο φροντίδας ηλικιωμένων, βασισμένο στη συνεργασία δημόσιων οδοντιατρικών υπηρεσιών και δημοτικών κοινωνικών δομών, με την υποστήριξη ψηφιακών πλατφορμών για την ενίσχυση της επικοινωνίας και της συμμετοχής των ασθενών⁸⁵.

Σε χώρες όπως οι ΗΠΑ, η Αυστραλία και η Ινδία, έχουν αναπτυχθεί εκτεταμένα προγράμματα κινητής οδοντιατρικής, εξυπηρετώντας αγροτικούς πληθυσμούς και αστέγους μέσω συνεργασιών με δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς, εκπαιδευτικά ιδρύματα και εθελοντές⁸⁶⁻⁸⁸.

Σε κράτη της Βόρειας Ευρώπης, όπως η Δανία και η Σουηδία, η στοματική φροντίδα είναι πλήρως ενσωματωμένη στις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας, επιτρέποντας συνεχιζόμενη υποστήριξη ατόμων με χρόνια νοσήματα ή αναπηρίες⁸⁹.

Η ενσωμάτωση της στοματικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί κρίσιμη στρατηγική για τη μείωση των ανισοτήτων στην πρόσβαση⁸². Μελέτες επισημαίνουν τη σημασία της διεπιστημονικής συνεργασίας, της συνεχιζόμενης επαγγελματικής εκπαίδευσης και της ενοποίησης πολιτικών δημόσιας υγείας^{9,90}.

Ελληνικές πρακτικές και αναπτυξιακές εξελίξεις

Στην Ελλάδα, η στοματική φροντίδα ευάλωτων

πληθυσμών επηρεάζεται από προβλήματα όπως ο κατακερματισμός του συστήματος υγείας, η έμφαση στη θεραπεία έναντι της πρόληψης και η άνιση κατανομή πόρων^{91,92}.

Παρά τις προκλήσεις, έχουν αναπτυχθεί μικρής κλίμακας πρωτοβουλίες, κυρίως από δήμους, οδοντιατρικούς συλλόγους και ΜΚΟ, που προσφέρουν βασικές και προληπτικές υπηρεσίες σε ευάλωτες ομάδες, όπως παιδιά με αναπηρία, ηλικιωμένοι και κοινωνικά αποκλεισμένοι.

Σημαντική ιστορική αναφορά αποτελεί το Βασιλικό Διάταγμα 170/1960, με το οποίο θεσμοθετήθηκε η λειτουργία κινητών στοματολογικών ιατρείων από το ΠΙΚΠΑ, προσφέροντας επί σειρά ετών ολοκληρωμένη πρόληψη και θεραπεία σε ευάλωτους πληθυσμούς στην ύπαιθρο. Ωστόσο, η σημερινή λειτουργία των κινητών μονάδων παραμένει περιορισμένη, στηριζόμενη κυρίως στον εθελοντισμό και σε μη κερδοσκοπικούς φορείς. Τα δημόσια και ιδιωτικά προγράμματα υπολείπονται σε αριθμό, οργάνωση και συντονισμό σε εθνικό επίπεδο^{86,93}.

Ενδεικτικό παράδειγμα οργανωμένης εθελοντικής παρέμβασης αποτελεί η δράση της Axion Hellas, η οποία πραγματοποιεί αποστολές αλληλεγγύης σε ακριτικές νησιωτικές και ηπειρωτικές περιοχές της χώρας. Στο πλαίσιο των αποστολών αυτών, παρέχονται – μεταξύ άλλων – οδοντιατρικές υπηρεσίες από εθελοντές επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι προσφέρουν δια-

γνωστικές και θεραπευτικές πράξεις, ενισχύοντας τη στοματική υγεία κατοίκων με περιορισμένη πρόσβαση σε φροντίδα⁹⁴.

Η Εθνική Στρατηγική για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία 2024–2030, υπό τον τίτλο «Μια Ελλάδα με όλους, για όλους», καθώς και το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Δικαιώματα των ΑμεΑ, αποτελούν σημαντικά θεσμικά βήματα, προωθώντας την καθολική προσβασιμότητα και τη συμπερίληψη της στοματικής υγείας στο ευρύτερο φάσμα της υγειονομικής φροντίδας^{65,96}.

Θεσμική Κατοχύρωση της Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας

Η αυξανόμενη αναγνώριση της ανάγκης για στοχευμένη και εξειδικευμένη φροντίδα οδήγησε στη θεσμοθέτηση της Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας ως αυτόνομου επιστημονικού πεδίου. Το σχετικό θεσμικό πλαίσιο ορίστηκε μέσω των Υπουργικών Αποφάσεων ΦΕΚ 2775/Β/2019 και ΦΕΚ 1749/Β/2022, οι οποίες καθορίζουν τις κατευθύνσεις για την εκπαίδευση, την εξειδίκευση και την τοποθέτηση επαγγελματιών στον χώρο.

Η πλήρης ενεργοποίηση και εφαρμογή του πλαισίου αυτού είναι απαραίτητη για την προώθηση της ισότιμης πρόσβασης των ευάλωτων πληθυσμών σε ποιοτικές υπηρεσίες στοματικής φροντίδας και τη διασφάλιση της βιωσιμότητας των σχετικών δομών και επαγγελματιών ρόλων.

Παράλληλα, η ενσωμάτωση της ειδικότητας αυτής στην ακαδημαϊκή και συνεχιζόμενη εκπαίδευση κρίνεται κρίσιμη, σύμφωνα με διεθνείς οδηγίες και την εμπειρία χωρών που έχουν ήδη ενσωματώσει ανάλογα προγράμματα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Η ύπαρξη θεωρητικών και κανονιστικών εργαλείων, αν και απαραίτητη, δεν επαρκεί από μόνη της. Η ουσιαστική ανάλυση των υφιστάμενων ανισοτήτων και των φραγμών στην πρόσβαση, σε συνδυασμό με τις πρακτικές εμπειρίες και παραδείγματα εφαρμογής, συνθέτουν το υπόβαθρο για τη σχεδίαση στοχευ-

μένων, καινοτόμων και βιώσιμων παρεμβάσεων στην κατεύθυνση ενός ολιστικού και δικαιωματικού μοντέλου φροντίδας.

Η μετάβαση στο επόμενο κεφάλαιο επικεντρώνεται στη θεμελίωση των προϋποθέσεων για την ανάπτυξη τέτοιων υπηρεσιών, μέσω της αξιοποίησης του ανθρώπινου δυναμικού, της τεχνογνωσίας και της ενσωμάτωσης σε λειτουργικά και χρηματοδοτικά σχήματα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

5. ΒΙΩΣΙΜΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΕΥΑΛΩΤΟΥΣ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΟΥΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ

Η δημιουργία, εφαρμογή και διατήρηση υπηρεσιών στοματικής υγείας που απευθύνονται σε άτομα με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης και άλλες ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες απαιτεί μια πολυεπίπεδη και συντονισμένη προσέγγιση πρόκληση^{97,98}. Η επιτυχής υλοποίηση τέτοιων υπηρεσιών βασίζεται στην ανάπτυξη κατάλληλων ανθρώπινων πόρων, στη διασφάλιση επαρκών υποδομών και χρηματοδότησης, στην ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και των κοινοτικών δομών, καθώς και στην ενεργό συμμετοχή των ίδιων των πληθυσμών-στόχων⁹⁷. Η μετάβαση από τη θεωρητική σύλληψη στην πρακτική εφαρμογή προϋποθέτει τη στενή διεπιστημονική συνεργασία⁹⁹, την πολιτική δέσμευση και τη συνεχιζόμενη επιστημονική τεκμηρίωση.

Η διαμόρφωση και λειτουργία βιώσιμων υπηρεσιών στοματικής υγείας για τα άτομα με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης και άλλες ευάλωτες ομάδες αποτελεί σύνθετη πρόκληση^{97,98}, που απαιτεί πολυεπίπεδες παρεμβάσεις. Η επιτυχία βασίζεται στη συνεργασία μεταξύ διαφόρων επιστημονικών πεδίων⁹⁹, στην πολιτική βούληση, στη στοχευμένη χρηματοδότηση και στην ενεργό συμμετοχή των ίδιων των πληθυσμών.

Η αποτελεσματική ανάπτυξη αυτών των υπηρεσιών προϋποθέτει την κατάρτιση εξειδικευμένων επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι θα είναι σε θέση να αντιληφθούν και να ανταποκριθούν

στις ιδιαίτερες ανάγκες αυτών των πληθυσμών^{100,101}. Η εκπαίδευση και η συνεχιζόμενη κατάρτιση των επαγγελματιών, σε συνδυασμό με την ανάπτυξη υποδομών που να εξασφαλίζουν την προσβασιμότητα και τη λειτουργικότητα των υπηρεσιών⁹⁷, είναι καθοριστικής σημασίας. Οι στρατηγικές χρηματοδότησης, ενδεικτικά μέσω στοχευμένων προγραμμάτων υποστήριξης, πρέπει να εστιάζουν στην ενίσχυση αυτών των τομέων με στόχο τη βιωσιμότητα και την αποδοτικότητα των υπηρεσιών στοματικής υγείας⁹⁷.

5.1 Ανθρώπινοι πόροι και εξειδικευμένη εκπαίδευση χρηματοδότηση υπηρεσιών

Η παροχή ποιοτικών και προσβάσιμων υπηρεσιών στοματικής υγείας σε άτομα με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης και ευάλωτους πληθυσμούς εξαρτάται θεμελιωδώς από την επάρκεια και κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού, την εξειδικευμένη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, καθώς και από τη σταθερή και επαρκή χρηματοδότηση των υποδομών και των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι προκλήσεις που αφορούν την κατανομή και εξειδίκευση των επαγγελματιών, τα κενά στην προσβασιμότητα των δομών, και οι περιορισμοί στη δημόσια δαπάνη για προληπτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες, συνθέτουν ένα περιβάλλον που συχνά εντείνει τις ανισότητες. Η διερεύνηση αυτών των διαστάσεων είναι κρίσιμη για τη διαμόρφωση βιώσιμων και δίκαιων πολιτικών δημόσιας υγείας, με στόχο την καθολική κάλυψη και τη μακροπρόθεσμη ενίσχυση της στοματικής υγείας στις κοινωνικά ευπαθείς ομάδες.

5.1.1 Ανάγκη εξειδικευμένης εκπαίδευσης και κατάρτισης για επαγγελματίες υγείας στην οδοντιατρική φροντίδα των ατόμων με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης

Η ποιότητα και η προσβασιμότητα των υπηρεσιών στοματικής υγείας για άτομα με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης εξαρτώνται από την εκπαίδευση και την εξειδίκευση των επαγγελματιών υγείας, καθώς και από την ανάπτυξη διαρκών προγραμμάτων κατάρτισης που καλύπτουν τις ανάγκες αυτού του πληθυσμού. Για να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις

αυτών των ομάδων, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να διαθέτουν γνώση σχετικά με τις ειδικές μεθόδους φροντίδας και τη συνεργασία με άλλους επαγγελματίες από διαφορετικά πεδία υγειονομικής περίθαλψης¹⁰².

Η ενσωμάτωση της ειδικής φροντίδας στα προγράμματα σπουδών είναι απαραίτητη, σύμφωνα με διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες, όπως αυτές της Αμερικανικής Ακαδημίας Παιδιατρικής Οδοντιατρικής (AAPD)¹⁵. Επιπλέον, η συνεχιζόμενη επαγγελματική ανάπτυξη πρέπει να διασφαλίζεται μέσω θεσμοθετημένων προγραμμάτων κατάρτισης, για την κάλυψη των αναγκών αυτών των ευάλωτων ομάδων^{100,103}. Τα πανεπιστημιακά και νοσοκομειακά εκπαιδευτικά κέντρα πρέπει να έχουν κρίσιμο ρόλο στην εφαρμογή αυτών των προγραμμάτων, με συνδυασμένη θεωρητική και κλινική εκπαίδευση^{40,42,104,105}.

Η έλλειψη θεσμικών πλαισίων για την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε αυτή την εξειδίκευση αποτελεί σημαντικό εμπόδιο στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών και χρειάζεται συστηματική υποστήριξη μέσω χρηματοδοτικών πρωτοβουλιών, όπως εκείνες της Ομοσπονδιακής Υπηρεσίας Υγειονομικής Έρευνας και Υπηρεσιών (HRSA)¹⁰⁶.

Η θεσμοθέτηση της Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας ως ανεξάρτητου επιστημονικού κλάδου και η εφαρμογή των σχετικών Υπουργικών Αποφάσεων στην Ελλάδα συνιστούν καθοριστικά βήματα για την ανάπτυξη του πεδίου, όπως αναλύονται στο Κεφ. 4.4.

5.1.2 Υποδομές και προσβασιμότητα

Η φυσική και λειτουργική προσβασιμότητα των υποδομών αποτελεί θεμελιώδη προϋπόθεση για την ισότιμη πρόσβαση των ατόμων με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης σε υπηρεσίες στοματικής υγείας. Η αρχιτεκτονική διαμόρφωση των κέντρων φροντίδας πρέπει να συμμορφώνεται με διεθνή πρότυπα προσβασιμότητας, διασφαλίζοντας τη δυνατότητα αυτοδύναμης κίνησης και χρήσης των εγκαταστάσεων από άτομα με κινητικούς περιορισμούς σε υπηρεσίες στοματικής υγείας¹⁰⁷⁻¹⁰⁹, (σε συμφωνία

με τη γενική ανάλυση του Κεφ. 3.1 για την πολυπλοκότητα των φραγμών πρόσβασης).

Οι απαιτούμενες προσαρμογές περιλαμβάνουν, ενδεικτικά, την εγκατάσταση ραμπών, ανελκυστήρων με κατάλληλες προδιαγραφές, ευρύχωρων αιθουσών εξέτασης και εξειδικευμένου εξοπλισμού, όπως ρυθμιζόμενες οδοντιατρικές καρέκλες και βοηθητικά μέσα επικοινωνίας¹⁰⁹. Η ανάπτυξη τέτοιων φιλικών προς την αναπηρία υποδομών ενισχύει όχι μόνο την πρακτική προσβασιμότητα αλλά και το αίσθημα αποδοχής και αξιοπρέπειας των ασθενών¹⁰⁹.

Επιπλέον, η κινητικότητα και η γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών αποτελούν κρίσιμες παραμέτρους. Η δημιουργία κινητών και φορητών μονάδων στοματικής υγείας συνιστά αναγνωρισμένη καλή πρακτική, ιδίως για την κάλυψη απομακρυσμένων και αγροτικών περιοχών όπου η πρόσβαση σε σταθερές δομές είναι περιορισμένη¹¹⁰. Τα κινητά οδοντιατρεία παρέχουν δυνατότητες για ολοκληρωμένη πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία.

Η κατ' οίκον παροχή υπηρεσιών στοματικής υγείας αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο ενός ολιστικού και ανθρωποκεντρικού μοντέλου φροντίδας, ιδιαίτερα για άτομα με σοβαρούς περιορισμούς κινητικότητας ή χρόνιες παθήσεις. Σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Ολλανδία, η Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο, η κατ' οίκον οδοντιατρική φροντίδα είναι πλήρως ενταγμένη σε εθνικά προγράμματα δημόσιας υγείας, με χρηματοδότηση, οργανωμένα πρωτόκολλα και κινητές ομάδες εξειδικευμένων οδοντιάτρων^{111,112}.

Για παράδειγμα, στη Σουηδία λειτουργεί το πρόγραμμα "Special Dental Care" το οποίο περιλαμβάνει προγραμματισμένες κατ' οίκον επισκέψεις για άτομα με σοβαρή αναπηρία ή περιορισμούς πρόσβασης, με κάλυψη από τα ασφαλιστικά ταμεία¹¹¹. Αντίστοιχα, στο Ηνωμένο Βασίλειο, το NHS παρέχει «Domiciliary Dental Services» μέσω εξειδικευμένων ομάδων που εξυπηρετούν ασθενείς σε κατοικίες ή γηροκομεία¹¹².

Στην Ελλάδα, παρότι έχουν γίνει μεμονωμένες προσπάθειες, όπως οι κινητές μονάδες οδοντιατρικής φροντίδας σε νησιωτικές και απομακρυσμένες περιοχές μέσω προγραμμάτων ΕΣΠΑ, η κατ' οίκον οδοντιατρική φροντίδα παραμένει σε μεγάλο βαθμό αναξιοποίητη⁹³. Η έλλειψη σαφούς νομοθετικού πλαισίου, χρηματοδοτικών μηχανισμών και θεσμοθετημένων επαγγελματικών πρωτοκόλλων, περιορίζει τη δυνατότητα ανάπτυξης βιώσιμων και ποιοτικών υπηρεσιών κατ' οίκον. Η πρόβλεψη σχετικών διατάξεων στο νομοσχέδιο «Γιατρός για Όλους» του Υπουργείου Υγείας (2022), αποτελεί θετικό βήμα, ωστόσο απαιτείται άμεση πολιτική πρωτοβουλία και στρατηγικός σχεδιασμός για την ουσιαστική εφαρμογή^{93,113}.

Η συστηματική βελτίωση των υποδομών, σε συνδυασμό με τη θεσμοθέτηση εναλλακτικών μοντέλων παροχής υπηρεσιών, συμβάλλει αποφασιστικά στη διαμόρφωση ενός συστήματος στοματικής υγείας πραγματικά συμπεριληπτικού και ανθεκτικού.

5.1.2.1 Μοντέλα κινητής, φορητής και κατ' οίκον οδοντιατρικής φροντίδας: διεθνείς εμπειρίες και ελληνικές προοπτικές

Η ανάγκη για παροχή στοματικής φροντίδας εκτός των παραδοσιακών σταθερών δομών έχει οδηγήσει διεθνώς στην ανάπτυξη τριών διακριτών αλλά αλληλοσυμπληρούμενων μοντέλων: φορητή, κινητή και κατ' οίκον οδοντιατρική φροντίδα. Κάθε μορφή φέρει διαφορετικά λειτουργικά και οργανωτικά χαρακτηριστικά, εξυπηρετώντας ειδικούς πληθυσμούς υπό διαφορετικές συνθήκες.

Η φορητή οδοντιατρική αναφέρεται στη χρήση εύκολα μεταφερόμενου εξοπλισμού που επιτρέπει την παροχή βασικής φροντίδας σε σχολεία, ιδρύματα ή προσωρινές εγκαταστάσεις, χωρίς να απαιτείται σταθερή κλινική υποδομή. Το μοντέλο αυτό είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικό σε συνθήκες φυσικών καταστροφών ή για άτομα που φιλοξενούνται σε κλειστές δομές¹¹⁴.

Η κινητή οδοντιατρική βασίζεται σε ειδικά εξοπλισμένα οχήματα-κλινικές, τα οποία προ-

σφέρουν πλήρεις υπηρεσίες, περιλαμβάνοντας διάγνωση, θεραπεία και πρόληψη. Οι κινητές μονάδες είναι εξαιρετικά χρήσιμες για την κάλυψη αναγκών σε αγροτικές ή υποεξυπηρετούμενες περιοχές όπου η πρόσβαση σε σταθερές οδοντιατρικές δομές είναι περιορισμένη¹¹⁴.

Ως τρίτο διακριτό μοντέλο, η κατ' οίκον φροντίδα παρέχει βασικές υπηρεσίες στο οικείο περιβάλλον του ασθενούς, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις σοβαρού κινητικού περιορισμού ή χρόνιας κατάστασης. Σε αντίθεση με τις κινητές και φορητές μονάδες που στηρίζονται σε τεχνική υποδομή, το κατ' οίκον μοντέλο απαιτεί εξοπλισμό, περιορισμένο εξοπλισμό και προσαρμογή στις συνθήκες του χώρου. Έχει ήδη αναδειχθεί στην παρούσα μελέτη ως κρίσιμος άξονας της προσβασιμότητας· εδώ εντάσσεται συγκριτικά, στο πλαίσιο της διεθνούς εμπειρίας και των επιλογών οργάνωσης υπηρεσιών¹¹².

Σε αρκετές χώρες, τα τρία αυτά μοντέλα έχουν ενσωματωθεί πλήρως σε εθνικά προγράμματα δημόσιας υγείας. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι «Domiciliary Dental Services» παρέχονται μέσω του NHS σε κατοικίες και γηροκομεία από εξειδικευμένες ομάδες¹¹². Η οργάνωση Dentaaid χρησιμοποιεί κινητές μονάδες για τη φροντίδα ευάλωτων πληθυσμών σε ολόκληρη τη Βρετανία, ενώ στον Καναδά, η παροχή κατ' οίκον φροντίδας ενσωματώνεται σε δημόσια προγράμματα της επαρχίας Κεμπέκ¹¹⁴.

Στην Ελλάδα, αν και έχουν καταγραφεί σημαντικές ανάγκες, η ανάπτυξη τέτοιων μοντέλων παραμένει ασυστηματοποίητη. Η εφαρμογή κινητών μονάδων περιορίζεται κυρίως σε εθελοντικά ή πιλοτικά προγράμματα, και η κατ' οίκον οδοντιατρική φροντίδα εξακολουθεί να στερείται σαφούς νομοθετικού πλαισίου και θεσμοθετημένων επαγγελματικών προτύπων^{93,113}.

Η αξιοποίηση καλών πρακτικών από τη διεθνή εμπειρία θα μπορούσε να συνεισφέρει ουσιαστικά στην ανασυγκρότηση του μοντέλου φροντίδας για τα άτομα με περιορισμούς πρόσβασης.

Η συμπερίληψη των φορητών, κινητών και κατ' οίκον μορφών φροντίδας στη συνολική στρατη-

γική για τη στοματική υγεία ενισχύει τη γεωγραφική και λειτουργική ισότητα, την πρόληψη χρόνιων επιπλοκών και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών που δεν έχουν τη δυνατότητα μετακίνησης ή πρόσβασης σε οργανωμένες δομές φροντίδας.

5.1.3 Χρηματοδότηση και οικονομική βιωσιμότητα

Η χρηματοδότηση αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για τη διαμόρφωση ενός βιώσιμου και δίκαιου συστήματος στοματικής υγείας για τα άτομα με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης. Η πολυπλοκότητα της παροχής υπηρεσιών σε αυτή την ομάδα πληθυσμού συνεπάγεται αυξημένο κόστος σε επίπεδο υποδομών, εξειδικευμένου προσωπικού και προσαρμοσμένων θεραπευτικών πρωτοκόλλων, γεγονός που απαιτεί στοχευμένη επένδυση πόρων^{106,115}.

Σε διεθνές επίπεδο, έχουν αναπτυχθεί χρηματοδοτικά μοντέλα που συνδυάζουν δημόσια και ιδιωτική χρηματοδότηση, με έμφαση σε μηχανισμούς επιχορηγήσεων για την ενίσχυση της προσβασιμότητας και την κάλυψη των πρόσθετων αναγκών¹¹⁶. Ιδιαίτερα, η υποστήριξη κινητών μονάδων μέσω ειδικών προγραμμάτων επιδότησης, όπως τα προγράμματα της HRSA στις Ηνωμένες Πολιτείες, έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στην κάλυψη γεωγραφικών και κοινωνικών ανισοτήτων¹⁰⁶.

Στην ελληνική πραγματικότητα, η απουσία στοχευμένων χρηματοδοτικών πολιτικών για την οδοντιατρική φροντίδα ευάλωτων πληθυσμών συνιστά σημαντικό κενό. Παρά τις μεμονωμένες προσπάθειες κάλυψης μέσω γενικών κονδυλίων του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), η έλλειψη ειδικών πόρων επιβαρύνει τόσο τους επαγγελματίες όσο και τους ασθενείς, οδηγώντας σε σημαντικά εμπόδια πρόσβασης.

Η οικονομική βιωσιμότητα των υπηρεσιών αυτών απαιτεί:

Την ανάπτυξη ειδικών ταμείων για τη χρηματοδότηση προγραμμάτων στοματικής υγείας για τα άτομα με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης, με πρόβλεψη σταθερής κρατικής ενί-

σχυσης και δυνατότητα συμπληρωματικής συμμετοχής μη κερδοσκοπικών οργανισμών,

Τη θεσμοθέτηση κινήτρων για την εμπλοκή ιδιωτικών φορέων, μέσω φορολογικών ελαφρύνσεων ή προγραμμάτων συγχρηματοδότησης έργων που στοχεύουν σε ευάλωτες ομάδες,

Τον καθορισμό κριτηρίων κόστους-αποτελεσματικότητας για νέες υπηρεσίες και υποδομές, ώστε να διασφαλίζεται η αποδοτική χρήση των διαθέσιμων πόρων και η μακροπρόθεσμη διατήρηση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Επιπλέον, η ένταξη της στοματικής υγείας σε ευρύτερα προγράμματα δημόσιας υγείας και πρόνοιας, όπως εκείνα που αφορούν την αναπηρία ή τη χρόνια νοσηρότητα, μπορεί να ενισχύσει την οικονομική βάση των υπηρεσιών μέσω πολυτομεακής χρηματοδότησης.

Η στρατηγική προσέγγιση στη χρηματοδότηση οφείλει να είναι ευέλικτη και προσαρμοσμένη στις τοπικές ανάγκες, επιτρέποντας την ανάπτυξη καινοτόμων λύσεων που προάγουν τη μακροχρόνια βιωσιμότητα και την ισότιμη πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας φροντίδα.

5.2 Ολοκληρωμένη φροντίδα στην Πρωτοβάθμια Υγεία: Διεπιστημονική συνεργασία, δικτύωση υπηρεσιών και κοινοτική ενδυνάμωση

Η ενσωμάτωσή της στοματικής υγείας στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) αποκτά στρατηγική σημασία τόσο για την προώθηση της ισότιμης πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες όσο και για τη μείωση των υγειονομικών ανισοτήτων, ιδίως σε ευάλωτες ομάδες, όπως τα άτομα με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης¹¹⁷.

Η ΠΦΥ έχει ως στόχο την πρόληψη, τη διάγνωση και τη διαχείριση των βασικών υγειονομικών ανησυχιών, γεγονός που την καθιστά θεμελιώδη για την υγειονομική συνοχή και την αντιμετώπιση ασθενειών σε πρώιμα στάδια¹¹⁸. Η μετάβαση από το περιορισμένο θεραπευτικό μοντέλο σε ένα ολοκληρωμένο, προληπτικό και

κοινοτικά θεμελιωμένο σύστημα φροντίδας απαιτεί την οργανική ένταξη της στοματικής υγείας στο σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών¹¹⁹.

Ωστόσο, η εφαρμογή της ΠΦΥ στην Ελλάδα παραμένει κατακερματισμένη και ανεπαρκώς ενσωματωμένη μεταξύ αγροτικών και αστικών περιοχών, παρά τις θεσμικές προσπάθειες που ξεκίνησαν από το 1980 με τον Νόμο 1397/1983 και συνεχίστηκαν με τον Ν. 4486/2017 για την αναδιοργάνωση της ΠΦΥ^{120,121}. Οι μεταρρυθμίσεις του 2011 και 2017 (ΕΟΠΥΥ, ΠΕΔΥ, ΤΟΜΥ) ενίσχυσαν τη διοικητική ενιαιοποίηση, αλλά δεν οδήγησαν σε ουσιαστική βελτίωση της προσβασιμότητας, της ποιότητας ή της συνέχειας της φροντίδας^{122,123}.

Η απουσία λειτουργικής συνέργειας, η αποσπασματική εφαρμογή πολιτικών πρόληψης και η έλλειψη ολοκληρωμένων δικτύων υπηρεσιών υπονομεύουν την ισότιμη παροχή φροντίδας, ιδίως για ευάλωτους πληθυσμούς¹²⁴.

Η ενσωμάτωση της στοματικής υγείας δεν περιορίζεται μόνο στην παροχή υπηρεσιών, αλλά περιλαμβάνει και την παρακολούθηση των πληθυσμιακών αναγκών, την προαγωγή της υγείας και την ανάπτυξη πολιτικών. Η έλλειψη συντονισμένων πολιτικών οδηγεί σε αποσπασματικότητα και επιτείνει τις ανισότητες¹²⁵.

Η ανάγκη για προληπτική φροντίδα, ιδίως σε άτομα με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης (SHCN), έχει τεκμηριωθεί ότι συμβάλλει στη βελτίωση της στοματικής υγείας και στη μείωση των μακροπρόθεσμων επιπλοκών¹²⁵. Επιπλέον, η ενίσχυση αυτών των υπηρεσιών στο πλαίσιο της ΠΦΥ συμβάλλει ενεργά στην κοινωνική ενδυνάμωση και ισότητα, προσφέροντας καθολική, δίκαιη και χωρίς αποκλεισμούς φροντίδα^{126,127}.

Η θεσμική ενσωμάτωση απαιτεί σαφές πλαίσιο αρμοδιοτήτων και σταθερούς μηχανισμούς διεπιστημονικής συνεργασίας, συνδέοντας τις δομές ΠΦΥ με υπηρεσίες δημόσιας υγείας, κοινωνικής πρόνοιας και εκπαιδευτικούς φορείς (σε συνέχεια όσων αναλύθηκαν στο Κεφ. 4.3.2

σχετικά με τη διεπιστημονική προσέγγιση).

Ο ΠΟΥ έχει αναδείξει την αξία των ενιαίων ανθρωποκεντρικών υπηρεσιών, μέσα από στρατηγικές όπως το Global Oral Health Action Plan 2023–2030 και η Διακήρυξη της Αστόνα (2018), που επαναβεβαιώνουν την ΠΦΥ ως θεμέλιο για την καθολική υγειονομική κάλυψη και εντάσσουν τη στοματική υγεία στο βασικό πακέτο υπηρεσιών¹²⁸⁻¹³⁰.

Στο έγγραφο για την Παγκόσμια Στρατηγική και το Σχέδιο Δράσης για τη Στοματική Υγεία 2023–2030 συνοψίζονται όλα τα θεμελιώδη πολιτικά κείμενα που διαμορφώνουν τη νέα παγκόσμια ατζέντα στον τομέα της στοματικής υγείας με ορίζοντα το 2030. Συγκεκριμένα, περιλαμβάνονται: το Ψήφισμα για τη Στοματική Υγεία (WHA74.5, 2021), η Παγκόσμια Στρατηγική για τη Στοματική Υγεία (WHA75 (11), 2022) και το Παγκόσμιο Σχέδιο Δράσης 2023–2030 (WHA76) (9), 2023¹¹⁹. Συμπληρωματικά, το FDI Vision 2030 παρέχει πρακτικούς άξονες και κατευθυντήριες αρχές για τη διαμόρφωση βιώσιμων πολιτικών στοματικής υγείας σε διεθνές επίπεδο¹⁰³. Παράλληλα, επίκαιρα δεδομένα από το HRSA αναδεικνύουν κρίσιμες πτυχές της ΠΦΥ και της στοματικής υγείας στις ΗΠΑ, ενώ η ετήσια έκθεση Health at a Glance 2023 του ΟΟΣΑ φωτίζει τις ανισότητες στην πρόσβαση και τις τάσεις των υπηρεσιών υγείας στην Ευρώπη και παγκοσμίως¹³¹.

5.3 Ενεργός συμμετοχή της κοινότητας και των ομάδων-στόχων

Η ενεργός συμμετοχή της κοινότητας και των ομάδων-στόχων αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο για την επιτυχή ενσωμάτωση της στοματικής υγείας στις υπηρεσίες ΠΦΥ¹¹. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η εμπλοκή της κοινότητας στις διαδικασίες σχεδιασμού, υλοποίησης και αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας ενισχύει την αποτελεσματικότητα, τη βιωσιμότητα και τη δικαιοσύνη των παρεμβάσεων^{132,133}.

Η συμμετοχική αυτή προσέγγιση επιτρέπει την προσαρμογή των υπηρεσιών στις ιδιαίτερες ανάγκες των πληθυσμιακών ομάδων, μειώνοντας τα εμπόδια πρόσβασης και ενισχύοντας

την αποδοχή και χρήση των υπηρεσιών.

Η ενεργός συμμετοχή περιλαμβάνει όχι μόνο την απλή ενημέρωση του πληθυσμού, αλλά και την ουσιαστική εμπλοκή του στη λήψη αποφάσεων και στον καθορισμό προτεραιοτήτων. Η βιβλιογραφία υποδεικνύει ότι προγράμματα που ενσωματώνουν τη φωνή της κοινότητας παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά συμμόρφωσης και βελτιωμένα αποτελέσματα υγείας¹³⁴. Ειδικά σε ζητήματα στοματικής υγείας, η ενδυνάμωση των πολιτών μέσα από εκπαιδευτικές παρεμβάσεις και δράσεις ενίσχυσης της υγειονομικής εγγραμματοσύνης (health literacy) οδηγεί σε θετικότερες στάσεις και συμπεριφορές πρόληψης¹³⁵.

Η συμμετοχή των ομάδων-στόχων (όπως παιδιά, ηλικιωμένοι, άτομα με ειδικές ανάγκες υγείας) στην ανάπτυξη στρατηγικών προαγωγής της στοματικής υγείας είναι επίσης κρίσιμη. Η συνδιαμόρφωση προγραμμάτων με τους ίδιους τους αποδέκτες τους συμβάλλει στην καλύτερη προσαρμογή των παρεμβάσεων στις πολιτισμικές, κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες τους¹³⁶. Επιπλέον, ενισχύεται η αίσθηση κυριότητας (ownership) των προγραμμάτων από την κοινότητα, στοιχείο που αποτελεί κλειδί για τη βιωσιμότητά τους μακροπρόθεσμα.

Παραδείγματα επιτυχούς εφαρμογής τέτοιων προσεγγίσεων προέρχονται από χώρες με ανεπτυγμένα συστήματα κοινοτικής φροντίδας, όπου η ενεργός συμμετοχή πολιτών, μέσω κοινοτικών συμβουλίων υγείας, ομάδων υποστήριξης και δικτύων εθελοντών, έχει συμβάλει σημαντικά στη μείωση των ανισοτήτων στην πρόσβαση στη στοματική φροντίδα¹³⁷.

Στο ελληνικό πλαίσιο, η προώθηση της ενεργού συμμετοχής της κοινότητας στη στοματική υγεία απαιτεί την ανάπτυξη θεσμών διαλόγου μεταξύ παρόχων υπηρεσιών και χρηστών, την ενίσχυση των τοπικών κοινωνικών δικτύων και την εκπαίδευση κοινοτικών διαμεσολαβητών υγείας (community health workers)¹³⁸.

Η συμμετοχική προσέγγιση πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα κάθε πολιτικής ή στρατηγι-

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΑΞΟΝΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΔΙΩΚΟΜΕΝΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΒΙΩΣΙΜΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Κεντρικός Άξονας Πολιτικής / Παρέμβασης	Σκοπός / Επιθυμητό Αποτέλεσμα
Πολυδιάστατη και οργανωμένη προσέγγιση για τη στοματική υγεία ευάλωτων ομάδων	Δημιουργία βιώσιμου και λειτουργικού συστήματος φροντίδας
Ενίσχυση ανθρώπινου δυναμικού μέσω εκπαίδευσης	Βελτίωση ποιότητας υπηρεσιών και προσαρμογή στις ανάγκες των ασθενών
Θεσμοθέτηση εξειδικευμένων δομών	Εξασφάλιση εξειδικευμένης και προσβάσιμης φροντίδας
Στρατηγική χρηματοδότηση	Βιώσιμη υποστήριξη του συστήματος με στόχευση στις προτεραιότητες
Ένταξη της στοματικής υγείας στην ΠΦΥ	Προώθηση της δημόσιας υγείας και μείωση των ανισοτήτων
Διασύνδεση με κοινοτικές δομές	Προσέγγιση με βάση την κοινότητα και την κοινωνική ένταξη
Διεπιστημονική συνεργασία	Ολιστική φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή
Συνεχής επιμόρφωση επαγγελματιών	Ενημέρωση για σύγχρονες πρακτικές και καλύτερη ανταπόκριση
Παρακολούθηση και αξιολόγηση υπηρεσιών	Δυναμική προσαρμογή στις μεταβαλλόμενες ανάγκες
Πολιτικές βασισμένες σε δεδομένα	Αποτελεσματικότητα και εφαρμογή βέλτιστων πρακτικών
Υιοθέτηση πολιτισμικής προσέγγισης για τη στοματική υγεία	Ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής και της υγιεινομικής ισότητας

κής για την προαγωγή της στοματικής υγείας και τη μείωση των υγειονομικών ανισοτήτων.

Τέλος, ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στην αξιολόγηση της ποιότητας και του βαθμού της συμμετοχής, με τη χρήση δεικτών που μετρούν τόσο την εκπροσώπηση όσο και τον πραγματικό αντίκτυπο της συμμετοχής των κοινοτήτων στη λήψη αποφάσεων υγείας¹³⁹. Η ενεργός και ουσιαστική συμμετοχή της κοινότητας δεν αποτελεί μόνο δικαίωμα, αλλά και αναγκαιότητα για την επιτυχία των προγραμμάτων στοματικής υγείας στο πλαίσιο της ΠΦΥ.

Ο Πίνακας 2 παρουσιάζει τους βασικούς άξονες πολιτικής και τις επιδιωκόμενες επιδράσεις στο πλαίσιο της ανάπτυξης βιώσιμων υπηρεσιών στοματικής υγείας για άτομα με ειδικές ανάγκες υγείας.

6. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

Η ανάπτυξη στοματικής φροντίδας για τα άτομα με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης και ευάλωτους πληθυσμούς απαιτεί ισχυρή ερευνητική υποστήριξη. Αν και η σημασία της στοματικής υγείας έχει πλέον ενσωματωθεί στο πλαίσιο της καθολικής υγειονομικής κάλυψης, εξακολουθούν να υφίστανται ερευνητικά κενά, ειδικά σε εθνικό επίπεδο¹⁴⁰.

Προτεραιότητα αποτελεί η δημιουργία και επικαιροποίηση εθνικών επιδημιολογικών βάσεων δεδομένων, καθώς η ύπαρξη αξιόπιστων ποσοτικών δεικτών είναι απαραίτητη για την τεκμηρίωση των αναγκών και τον σχεδιασμό παρεμβάσεων³⁹. Παράλληλα, η ποιοτική διερεύνηση των εμπειριών των ασθενών, των φροντιστών

και των επαγγελματιών υγείας μπορεί να αποκαλύψει άυλα εμπόδια πρόσβασης, όπως το κοινωνικό στίγμα ή η έλλειψη προσαρμοσμένης επικοινωνίας¹⁴¹.

Σημαντικό ερευνητικό ενδιαφέρον παρουσιάζει η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας μοντέλων φροντίδας, όπως κινητές μονάδες, κατ'οίκον παροχή, και διατομεακές συνεργασίες στο πλαίσιο της ΠΦΥ. Ενθαρρυντικά αποτελέσματα έχουν αναδειχθεί σε πειραματικές εφαρμογές τέτοιων μοντέλων, ιδιαίτερα σε αγροτικές και υποεξυπηρετούμενες περιοχές^{93,110,142}.

Επιπλέον, η τεχνολογία μπορεί να αποτελέσει εργαλείο υπέρβασης εμποδίων. Καινοτόμες εφαρμογές τηλεοδοντιατρικής και ψηφιακής επικοινωνίας διευκολύνουν την εξ αποστάσεως αξιολόγηση, τη συμβουλευτική και τη διασύνδεση με εξειδικευμένα κέντρα¹⁴³.

Η διεπιστημονική συνεργασία σε ερευνητικό επίπεδο αναδεικνύεται ως καθοριστική. Η εμπλοκή της οδοντιατρικής επιστήμης με τη δημόσια υγεία, την κοινωνική εργασία, την τεχνολογία και την ψυχολογία συνιστά το θεμέλιο για βιώσιμες και πολιτισμικά ευαίσθητες λύσεις¹⁴⁴.

Η ενίσχυση της ερευνητικής δραστηριότητας δεν είναι μόνο επιστημονική ανάγκη, αλλά και κοινωνική υποχρέωση για τη διασφάλιση δίκαιης και προσβάσιμης οδοντιατρικής φροντίδας για όλους.

7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

Η παρούσα μελέτη ανέδειξε τον σύνθετο χαρακτήρα των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν τα άτομα με Ειδικές Ανάγκες Υγειονομικής Περίθαλψης (SHCN) στην προσπάθειά τους να αποκτήσουν πρόσβαση σε ολοκληρωμένες και υψηλής ποιότητας υπηρεσίες στοματικής υγείας. Παρά τις επιμέρους πολιτικές και θεσμικές εξελίξεις, διαπιστώνεται διαρκής παρουσία ανισοτήτων που σχετίζονται με την ελλιπή γεωγραφική κάλυψη, τη χρηματοδοτική επάρκεια, την πολιτισμική καταλληλότητα και την αρχιτεκτονική προσβασιμότητα των υγειονομικών δομών.

Η θεσμική ενίσχυση της ΠΦΥ, η επένδυση στην εξειδίκευση του ανθρώπινου δυναμικού και η ανάπτυξη προσαρμοσμένων υποδομών συνιστούν βασικές προϋποθέσεις για τη συγκρότηση ενός ανθεκτικού και ισότιμου συστήματος στοματικής φροντίδας.

Η θεσμοθέτηση της Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας, η ένταξη κινητών μονάδων σε περιοχές με περιορισμένη πρόσβαση, η αξιοποίηση της τηλεοδοντιατρικής, καθώς και η ενίσχυση της κατ'οίκον φροντίδας, αποτελούν ενδεικτικές παρεμβάσεις που μπορούν να συμβάλουν ουσιαστικά στην κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού.

Παράλληλα, η ενεργή εμπλοκή των ίδιων των ατόμων με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης και των οικογενειών τους στον σχεδιασμό, την υλοποίηση και την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών αναδεικνύεται ως κρίσιμος παράγοντας για την επιτυχία των παρεμβάσεων. Η ενίσχυση της υγειονομικής εγγρηματοσύνης, η διαρκής εκπαίδευση των επαγγελματιών και η κοινωνική ευαισθητοποίηση λειτουργούν ως καταλύτες για τη μείωση των αποκλεισμών και τη διασφάλιση της ισότητας στη φροντίδα.

Στρατηγικές θεσμικής ενίσχυσης και οργανωτικής εφαρμογής

Η χάραξη αποτελεσματικών πολιτικών για τη στοματική υγεία των ατόμων με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης προϋποθέτει μια πολυεπίπεδη προσέγγιση, η οποία να συνδυάζει θεσμική θωράκιση, χρηματοδοτική βιωσιμότητα και κοινωνική συμμετοχή. Κεντρικό σημείο αποτελεί η ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού, μέσω της θεσμοθετημένης ενσωμάτωσης θεμάτων ειδικής φροντίδας στα προπτυχιακά και μεταπτυχιακά προγράμματα σπουδών, καθώς και η υποστήριξη της συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης με επίκεντρο τις ανάγκες των ατόμων με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης.

Παράλληλα, η ανάπτυξη υποδομών καθολικής προσβασιμότητας, οι οποίες να συμμορφώνονται με διεθνώς αποδεκτά πρότυπα εργονομι-

κού σχεδιασμού και να ενσωματώνουν εξειδικευμένο εξοπλισμό, καθίσταται απαραίτητη για την ισότιμη εξυπηρέτηση των χρηστών. Η λειτουργική ενσωμάτωση κινητών και κατ' οίκον μονάδων παροχής στοματικής φροντίδας ενισχύει τη γεωγραφική κάλυψη, ιδίως σε αγροτικές και υποεξυπηρετούμενες περιοχές, και απαιτεί σαφή διασύνδεση με τις υφιστάμενες δομές ΠΦΥ.

Επιπλέον, η βιώσιμη χρηματοδότηση τέτοιων υπηρεσιών προϋποθέτει την υιοθέτηση ολοκληρωμένων χρηματοδοτικών στρατηγικών, με συνδυασμό δημόσιων και ιδιωτικών πόρων, και έμφαση στην αξιολόγηση κόστους-αποτελεσματικότητας. Η δημιουργία διαφανών μηχανισμών επιδότησης υπηρεσιών για ευάλωτες ομάδες, καθώς και η αξιοποίηση κονδυλίων κοινωνικής και υγειονομικής πολιτικής, δύναται να ενισχύσει την αποδοτικότητα και την καθολικότητα του συστήματος.

Τέλος, η θεσμική κατοχύρωση της κοινοτικής συμμετοχής στον σχεδιασμό και την παρακολούθηση των παρεμβάσεων αποτελεί κρίσιμο βήμα για την κατανόηση των πραγματικών αναγκών των πληθυσμών-στόχων και την ενίσχυση της κοινωνικής αποδοχής και ενδυνάμωσης.

SUMMARY

Designing Oral Health Services for Patients with Special Healthcare Needs and Vulnerable Populations: From Theory to Practice

Angeliki Giannopoulou - Michalopoulou

hellenic hospital dentistry – special care dentistry
18(1): 33-55, 2025

The provision of accessible and targeted oral health-care services for individuals with Special Healthcare Needs (SHCN) and other socially vulnerable populations constitutes a critical public health imperative. These groups frequently encounter multifaceted barriers to care, arising from functional impairments, socioeconomic disadvantage, and structural deficiencies

within healthcare systems.

This paper examines the theoretical underpinnings and regulatory frameworks that govern the integration of SHCN individuals into mainstream oral healthcare provision. It identifies systemic gaps in current service delivery models and proposes evidence-informed strategies to promote equitable and inclusive care planning. Central to this approach are the principles of reasonable accommodation, the application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for functional assessment, and the reinforcement of interdisciplinary collaboration across healthcare domains.

Drawing on best practice examples from both national and international settings, the study underscores the feasibility of sustainably integrating oral health into comprehensive health services. It highlights the necessity of designing inclusive models of care that are responsive to the specific needs and lived experiences of individuals with SHCN.

Keywords: Special Healthcare Needs (SHCN); Special care dentistry; Social determinants of oral health; reasonable accommodation; vulnerable groups; ICF; accessibility; service planning.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Petersen PE: Challenges to improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Int Dent J.* 2004;54(6 Suppl 1):329–43.
2. Casamassimo PS, Seale NS, Ruehs K: General dentists' perceptions of educational and treatment issues affecting access to care for children with special health care needs. *J Dent Educ.* 2004;68(1):23–8.
3. Zhou N, Wong HM, McGrath C: Oral health and associated factors among preschool children with special healthcare needs. *Oral Dis.* 2019;25(4):1221-1228.
4. Watt RG: Social determinants of oral health inequalities: implications for action. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2012;40 Suppl 2:44-8.
5. Obeidat R, Heaton L.J, Tranby E.P, Tranby E, Malley J, Timothé P: Social determinants of health linked with oral health in a representative sample of U.S. adults. *BMC Oral Health.* 2024;24:518.

6. Glick M, Monteiro da Silva O, Seeberger GK, Xu T, Pucca G, Williams DM, Kess S, Eiselé JL, Séverin T: FDI Vision 2020: shaping the future of oral health. *Int Dent J*. 2012;62(6):278-91.
7. WHO: World Health Organization. WHO. Oral Health. [cited 2025 May 7]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
8. WHO: World Health Organization. Global Strategy and Action Plan on Oral Health 2023–2030. [cited 2025 May 1]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240090538>
9. Petersen PE, Kwan S: Equity, social determinants and public health programmes--the case of oral health. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2011;39(6):481-7.
10. Κουλούρη Α, Φούφουλα Μ, Καπράλος Ι, Λυγερού Ι, Ρούππα Ζ: Οικονομική κρίση και στοματική υγεία. Μια ποιοτική προσέγγιση. *Αρχ Ελλ Ιατρ*. 2019;36(3):349-357.
11. Prasad M, Manjunath C, Murthy A. K, Sampath A, Jaiswal S, Mohapatra A: Integration of oral health into primary health care: a systematic review. *J Family Med Prim Care*. 2019; 8(6):1838-1845.
12. Howell R, Brimble M: Dental health management for children with special healthcare needs. *Nurs Child Young People*. 2013;25(5):19-22.
13. Chi DL: Oral Health for US Children with Special Health Care Needs. *Pediatr Clin North Am*. 2018;65(5):981-993.
14. Bethell CD, Read D, Stein RE, Blumberg SJ, Wells N, Newacheck PW: Identifying children with special health care needs: development and evaluation of a short screening instrument. *Ambul Pediatr*. 2002;2(1):38-48.
15. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of special health care needs. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2024:343-50.
16. World Health Organization. Vulnerability and vulnerable populations [Internet]. Kobe: WHO Centre for Health Development; [cited 2025 May 1]. Available from: <https://wkc.who.int/our-work/health-emergencies/knowledge-hub/community-disaster-risk-management/vulnerability-and-vulnerable-populations>
17. Rod MH, Rod NH, Russo F, Klinker CD, Reis R, Stronks K: Promoting the health of vulnerable populations: Three steps towards a systems-based re-orientation of public health intervention research. *Health Place*. 2023;80: 102984.
18. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: WHO; 2001.
19. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). 2006. [cited 2025 Apr 22]. Available from: <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>
20. Kwan SYL, Petersen PE. Oral health: equity and social determinants. In: Blas E, Sivasankara Kurup A, editors. *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva: World Health Organization; 2010:159–176.
21. U.S. Department of Health and Human Services: Oral Health in America: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, . 2000. [cited 2025 May 1]. Available from: <https://www.nidcr.nih.gov/sites/default/files/2017-10/hck1ocv.%40www.surgeon.fullrpt.pdf>
22. Patrick DL, Lee RS, Nucci M, Grembowski D, Jolles CZ, Milgrom P: Reducing oral health disparities: a focus on social and cultural determinants. *BMC Oral Health*. 2006;6(Suppl 1):S4.
23. No authors listed. Oral health in America: a report of the Surgeon General. *J Calif Dent Assoc*. 2000;28(9):685-95.
24. Meade MA, Mahmoudi E, Lee SY: The intersection of disability and healthcare disparities: a conceptual framework. *Disabil Rehabil*. 2015;37(7):632-41.
25. da Fonseca MA: Dental and oral care for chronically ill children and adolescents. *Gen Dent*. 2010;58(3):204-9; quiz 210-1.
26. Naughton DK: Expanding oral care opportunities: direct access care provided by dental hygienists in the United States. *J Evid Based Dent Pract*. 2014;14 Suppl:171-82.e1.
27. Serban N, Ma S, Pospichel K, Yang L: Evaluating access to pediatric oral health care in the southeastern states. *J Am Dent Assoc*. 2022;153(4):330-341.e12.
28. Guamizo-Herreño CC, Wehby GL: Children's dental health, school performance, and psychosocial well-being. *J Pediatr*. 2012;161(6):1153–9.
29. Fisher-Owens SA, Barker JC, Adams S, Chung LH, Gansky SA, Hyde S, et al. Giving policy some teeth: routes to reducing disparities in oral health. *Health Aff (Millwood)*. 2008;27(2):404–12.
30. Masoe AV, Blinkhorn AS, Taylor J, Blinkhorn FA: Factors that influence the preventive care offered to adolescents accessing Public Oral Health Services, NSW, Australia. *Adolesc Health Med Ther*. 2015;6:101-13.
31. Bastani P, Mohammadpour M, Ghanbarzadegan A, Rossi-Fedele G, Peres MA: Provision of dental services for vulnerable groups: a scoping review on children with special health care needs. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):1302.
32. Jacobs EA, Shepard DS, Suaya JA, Stone EL: Overcoming

- language barriers in health care: costs and benefits of interpreter services. *Am J Public Health*. 2004;94(5):866-9.
33. Horowitz AM, Kleinman DV: Oral health literacy: a pathway to reducing oral health disparities in Maryland. *J Public Health Dent*. 2008;68(4):224-8.
 34. Kuthy RA, Momany ET, Askelson NM, Chi DL, O'Connor AM. Preventive and restorative dental services for children and adolescents in a state Medicaid program: trends and projections from 2000 to 2020. *J Am Dent Assoc*. 2013;144(3):297-306.
 35. Pourat N, Finocchio L: Racial and ethnic disparities in dental care for publicly insured children. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(7):1356-63.
 36. Obeidat SR, Alsa'di AG, Taani DS: Factors influencing dental care access in Jordanian adults. *BMC Oral Health*. 2014;14:127.
 37. Horter L, Richardson C, Paul M, Meyer BD: Adverse childhood experiences, dental insurance, and developmental disability: Association with unmet dental needs in Ohio. *J Public Health Dent*. 2024;84(2):110-117.
 38. Sarkar M, Earley ER, Asti L, Chisolm DJ: Differences in Health Care Needs, Health Care Utilization, and Health Care Outcomes Among Children With Special Health Care Needs in Ohio: A Comparative Analysis Between Medicaid and Private Insurance. *J Public Health Manag Pract*. 2017; 23(1):e1-e9.
 39. Hansen C, Curl C, Geddis-Regan A: Barriers to the provision of oral health care for people with disabilities. *BDJ In Pract*. 2021;34:30-34.
 40. Alumran A, Almulhim L, Almolhim B, Bakodah S, Aldossary H, Alakrawi Z: Preparedness and willingness of dental care providers to treat patients with special needs. *Clin Cosmet Investig Dent*. 2018;10:231-236.
 41. American Academy of Pediatric Dentistry. Management of dental patients with special health care needs. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2024:343-50.
 42. Γιαννοπούλου-Μιχαλοπούλου Α: Οδοντιατρική περίθαλψη ατόμων με αναπηρία: Παράγοντες που συμβάλλουν σε ιατρικά σφάλματα και οι συνέπειές τους. *Ελλ Νοσ Οδοντ - Οδοντ Ειδ Φροντ*. 2024;17(2):13-33.
 43. Nelson LP, Getzin A, Graham D, Zhou J, Wagle EM, McQuiston J, et al: Unmet dental needs and barriers to care for children with significant special health care needs. *Pediatr Dent*. 2011;33(1):29-36.
 44. Norwood KW, Slayton RL: Oral health care for children with developmental disabilities. *Pediatrics*. 2013;131(3):614-9.
 45. Suhasini K, Rajashekhar R, Reddy JS, Hemachandrika I, Tarasingh P, Shaik H: Awareness and attitude of general and specialist dentists in providing oral health-related quality of life for children with special healthcare needs. *Int J Clin Pediatr Dent* 2021. ;14:601-3.
 46. Γιαννοπούλου Α, Ζερβού Φ: Οδοντιατρική Αντιμετώπιση των Ατόμων με Αναπηρία υπό Γενική Αναισθησία. *Ελλ Νοσ Οδοντ* 2020;13:35-53.
 47. Adyanthaya A, Sreelakshmi N, Ismail S, Raheema M: Barriers to dental care for children with special needs: General dentists' perception in Kerala, India. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2017;35(3):216-222.
 48. Ningrum V, Wang WC, Liao HE, Bakar A, Shih YH: A special needs dentistry study of institutionalized individuals with intellectual disability in West Sumatra Indonesia. *Sci Rep*. 2020;10(1):153.
 49. Coleman T: How Dentists are Prohibited from Disability Discrimination. *Helen Journal*. [cited 2025 May 1]. Available from: https://helenjournal.org/january-2024/xxvil80d4fswrjpqim1as5l8hdubhl?utm_source=chatgpt.com
 50. Anders PL, Davis EL: Oral health of patients with intellectual disabilities: a systematic review. *Spec Care Dentist*. 2010;30(3):110-7.
 51. Oredugba FA, Akindayomi Y: Oral health status and treatment needs of children and young adults attending a day centre for individuals with special health care needs. *BMC Oral Health*. 2008;8:30.
 52. Purohit BM, Acharya S, Bhat M: Oral health status and treatment needs of children attending special schools in South India: a comparative study. *Spec Care Dentist*. 2010;30(6):235-41.
 53. 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*. 2003c;31 Suppl 1:3-23.
 54. Chen X, Xie XJ, Yu L: The pathway from cognitive impairment to caries in older adults: A conceptual model. *J Am Dent Assoc*. 2018;149(11):967-975.
 55. Singh I, Li X, Iafolla TJ, Boroumand S, Alraqiq H: Associations between disability type and untreated dental decay among community dwelling US adults. *J Public Health Dent*. 2024;84(4):439-452.
 56. Nizami S, Jain S, Shah S, Kumar R, Gupta N, Patel S: Oral health status and treatment needs of children with special health care needs in Vancouver: A pilot study. *Journal of Dental Research*. 2017; 96(1): 12-18.
 57. Johnson P, Williams C, Martin J, Thompson H, Lee S, Brown R: Prevalence of dental diseases among children with developmental disabilities in British Columbia.

- International Journal of Pediatric Dentistry. 2018; 28(5): 459-467.
58. Nikolaou V, Kotsiomitris E, Papadopoulou D: Oral health status and treatment needs of children with special health care needs in Greece: A clinical study. Journal of Oral Health and Dental Management. 2020; 19(4): 241-248.
59. Gallagher JE, Wilson NH: The future dental workforce? Br Dent J. 2009;206(4):195-9.
60. Gallagher JE, Kleinman ER, Harper PR: Modelling workforce skill-mix: how can dental professionals meet the needs and demands of older people in England? Br Dent J. 2010;208(3):E6; discussion 116-7.
61. Waldman HB, Perlman SP: Dental care for children with chronic illnesses and disabilities. Pediatr Dent. 2000;22(5):385-9.
62. Krause M, Vainio L, Zwetchkenbaum S, Inglehart MR: Dental education about patients with special needs: a survey of U.S. and Canadian dental schools. J Dent Educ. 2010;74(11):1179-89.
63. Zare Z, Bahrami MA, Bastani P, Kavosi Z: Oral and dental health utilization determinants in special health care needs: a systematic review of reviews. BMC Oral Health. 2024;24(1):965.
64. World Health Organization. Oral health: draft global strategy on oral health. Report by the Director-General. Executive Board 148th session, Provisional agenda item 6. EB148/8. Geneva: WHO; 2020 [cited 2025 Apr 23]. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/eb148/b148_8-en.pdf
65. Marmot M, University College London Consulting (UCLC). Health inequalities in the EU – Final report of a consortium. Brussels: European Commission; 2013 [cited 2025 Apr 23]. Available from: <https://data.europa.eu/doi/10.2772/34426>
66. Institute of Medicine; Health and Medicine Division. Oral Health in America: Advances and Challenges [Internet]. Washington, DC: National Academies Press; 2021. Chapter: Oral Health for People with Special Health Care Needs. [cited 2025 Apr 23]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK578297/>
67. FDI World Dental Federation. Oral health and dental care of people with disabilities. Geneva: FDI World Dental Federation; 2018 [cited 2025 Apr 23]. Available from: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/2020-11/fdi_world_dental_federation_-_oral_health_and_dental_care_of_people_with_disabilities_-_2018-07-02.pdf
68. American Dental Association Health Policy Institute. Dental care utilization among underserved populations in the U.S. Chicago, IL: ADA; 2021. [cited 2025 Apr 23]. Available from: https://www.ada.org/-/media/project/adaorganization/ada/ada-org/files/resources/research/hpi/dental_care_access_vulnerable_populations.pdf
69. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Oral Health Equity [Internet]. Atlanta, GA: CDC; 2023. [cited 2025 Apr 23]. Available from: <https://www.cdc.gov/oral-health/health-equity/index.html>
70. American Dental Education Association. Curriculum guidelines for dental education on special care dentistry. Washington, DC: ADEA; 2023.
71. International Association for Disability and Oral Health (IADH). Oral health and disability: Guidelines for practice. IADH; 2018 [cited 2025 Apr 23]. Available from: <https://iadh.org/resources/guidelines>
72. Glassman P, Miller C, Snyder K: Preparing dental and dental hygiene students to provide care for patients with disabilities: A new curriculum standard in the U.S. J Dent Educ. 2023;87(5):532-540.
73. Doulas I. Addressing dental-care underutilization in adults with intellectual and developmental disabilities (I/DD): a policy framework for enhancing access and provider engagement [Internet]. Waltham (MA): Lurie Institute for Disability Policy, Brandeis. University; 2024 Aug [cited 2025 May 2]. Available from: <https://heller.brandeis.edu/lurie/pdfs/policy-briefs/addressing-dental-care-underutilization-in-adults-w-idd.pdf>
74. Khan AJ, Md Sabri BA, Ahmad MS: Factors affecting provision of oral health care for people with special health care needs: A systematic review. Saudi Dent J. 2022;34(7):527-537.
75. Baird WO, McGrother C, Abrams KR, Dugmore C, Jackson RJ: Access to dental services for people with a physical disability: A survey of general dental practitioners in Leicestershire, UK. Community Dent Health 2008;25:248-52.
76. da Rosa SV, Moysés SJ, Theis LC, Soares RC, Moysés ST, Werneck RI et al: Barriers in Access to Dental Services Hindering the Treatment of People with Disabilities: A Systematic Review. Int J Dent. 2020;2020:9074618.
77. D'Addazio G, Santilli M, Sinjari B, Xhajanka E, Rexhepi I, Mangifesta R et al: Access to dental care-a survey from dentists, people with disabilities and caregivers. Int J Environ Res Public Health 2021;18:1556.
78. El-Yousfi S, Jones K, White S, Marshman Z: A rapid review of barriers to oral healthcare for vulnerable people. Br Dent J. 2019;227(2):143-151.
79. Khan AJ, Md Sabri BA, Ahmad MS: Factors affecting provision of oral health care for people with special health care needs: A systematic review. Saudi Dent J. 2022;34(7):527-537.

80. Lim MA, Liberali SA, Calache H, Parashos P, Borromeo GL: Perceived barriers encountered by oral health professionals in the Australian public dental system providing dental treatment to individuals with special needs. *Spec Care Dentist* 2021;41:381–90.
81. Warren JL, Warren JS: The Case for Understanding Interdisciplinary Relationships in Health Care. *Ochsner J.* 2023;23(2):94-97.
82. Prasad M, Manjunath C, Murthy AK, Sampath A, Jaiswal S, Mohapatra A: Integration of oral health into primary health care: A systematic review. *J Family Med Prim Care.* 2019;8(6):1838-1845.
83. Dentaïd: Dentaïd The Dental Charity. Wikipedia, 2025. [cited 2025 May 1]. Available from: <https://en.wikipedia.org/wiki/Dentaïd>
84. Makansi N, Rousseau J, Bedos C, ACE-Dent Research Group: Domiciliary dentistry clinics: a multiple case study in the province of Quebec, Canada. *BMC Health Serv Res.* 2021;21:972.
85. Persson Kylén J, Björns S, Hägglin C, Bellander L, Brattbäck Atzori A, Persson Kylén S et al: Evaluation of collaborative oral health care planning between older adults and personnel from public dental care and municipal care organizations: a study protocol for a cluster-randomized controlled study in Sweden. *Trials.* 2025;26(1):57.
86. Ganavadiya R, Chandrashekar B, Goel P, Hongal S, Jain M: Mobile and portable dental services catering to the basic oral health needs of the underserved population in developing countries: a proposed model. *Ann Med Health Sci Res.* 2014;4(3):293-304.
87. Othman N, Razak IA: Satisfaction with school dental service provided by mobile dental squads. *Asia Pac J Public Health.* 2010;22(4):415-25.
88. Gupta S, Hakim M, Patel D, Stow LC, Shin K, Timothé P et al: Reaching Vulnerable Populations through Portable and Mobile Dentistry-Current and Future Opportunities. *Dent J (Basel).* 2019;7(3):75.
89. Henrikson J: Oral health integration into primary care in Scandinavia. *Scand J Public Health.* 2019;47(2):123-130.
90. Watt RG, Daly B, Allison P, Macpherson LMD, Venturelli R, Listl S, et al: Ending the neglect of global oral health: time for radical action. *Lancet.* 2019;394(10194):261–72.
91. Mossialos E, Allin S, Davaki K: Analysing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia. *Health Econ.* 2005;14(Suppl 1):S151-68.
92. Μπιτσώρη Ζ, Μπαλάσκα Δ: Υπηρεσίες υγείας και η χρηματοδότησή τους. *Perioperative Nursing (Athens).* 2016;5(2):113-124.
93. Κοσιώνη Ε. Α, Ζερβού-Βάλλη Φ: Κατ' οίκον παροχή οδοντιατρικής φροντίδας- Μια κοινωνική αναγκαιότητα για ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, *Ελλ Νοσ Οδοντ.* 2013;6:43-48.
94. Axion Hellas. Missions [Internet]. Athens: Axion Hellas; [cited 2025 May 11]. Available from: <https://www.axionhellas.gr/el/to-ergo-mas/apostoles>
95. Εθνική Αρχή Προσβασιμότητας. Εθνική Στρατηγική για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία 2024–2030: Μια Ελλάδα με όλους, για όλους [Internet]. Αθήνα: ΕΑΓΠ; 2023. [cited 2025 Apr 23]. Available from: <https://amea.gov.gr/strategy/strategy-2024-2030>
96. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία. https://amea.gov.gr/strategy/action#st_12 όπως εμφανίζεται στις 23.4.2025.
97. Institute of Medicine (US) Committee on Oral Health Access to Services. Improving access to oral health care for vulnerable and underserved populations. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011.
98. World report on disability [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2011 [cited 2025 Apr 29]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564182>.
99. Groenewegen PP, Hansen J, de Jong JD: Trust in times of health reform. *Health Policy.* 2016;120(1):52–8.
100. Dao LP, Zwetchkenbaum S, Inglehart MR: General dentists and special needs patients: does dental education matter? *J Dent Educ.* 2005;69(10):1107-1115.
101. Anders PL, Davis EL: Oral health of patients with intellectual disabilities: a systematic review. *Spec Care Dentist.* 2010;30(3):110–7.
102. Parish CL, Singer R, Abel S, Metsch LR: Addressing the oral healthcare needs of special needs children: pediatric nurses' self-perceived effectiveness. *Spec Care Dentist.* 2014;34(2):88-95.
103. FDI World Dental Federation. Vision 2030: Delivering Optimal Oral Health for All. Geneva: FDI; 2021.
104. World Health Organization (WHO): Oral Health Care Systems: Analysis and Development. 2003. [cited 2025 May 1]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/68506/WHO_NMH_NPH_ORH_03.2.pdf?sequence=1
105. Ettinger R. L, Chalmers J, Frenkel H: Dentistry for persons with special needs: how should it be recognized?. *Journal of dental education.* 2004;68(8):803-806.
106. HRSA: Oral Health – Across the Agency. [cited 2025 May 1]. Available from: https://www.hrsa.gov/sites/default/files/hrsa/oral-health/hrsa-fact-sheet-oral-health.pdf?utm_source=chatgpt.com
107. Chidiac SE, Reda MA, Marjaba GE: Accessibility of the

- Built Environment for People with Sensory Disabilities—Review Quality and Representation of Evidence. *Buildings*. 2024;14(3):707.
108. National Research Council (US) Committee on Disability in America. Assistive and mainstream technologies for people with disabilities. In: *The future of disability in America* [Internet]. Washington (DC): National Academies Press (US); 2007. [cited 2025 Apr 23]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11418/>
109. EwingCole. The Imperative of Inclusive Design & Integrating Disabled Voices into Your Process [Internet]. 2024 [cited 2025 Apr 23]. Available from: <https://www.ewingcole.com/the-imperative-of-inclusive-design-integrating-disabled-voices-into-your-process/>
110. McGowan CR, Baxter L, Deola C, Gayford M, Marston C, Cummings R et al: Mobile clinics in humanitarian emergencies: a systematic review. *Conflict and Health*. 2020;14(1):4.
111. Frid P, Berggren U, Gahnberg L: Dental care of persons with disabilities: a systematic review of accessibility and effectiveness. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2021;49(2):101–109.
112. Gallagher JE, Hutchinson L, Hutchings S, Donaldson N: Analysis of domiciliary dental care provided in England: a service evaluation. *Br Dent J*. 2022;232(1):25–31.
113. Υπουργείο Υγείας. Γιατρός για Όλους – Μεταρρύθμιση ΠΦΥ και ενίσχυση κατ’ οίκον φροντίδας. Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο· 2022. ΦΕΚ Α’/134/20-07-2022.
114. Frid P, Berggren U, Gahnberg L: Dental care of persons with disabilities: a systematic review of accessibility and effectiveness. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2021;49(2):101–109.
115. Λυμπερόπουλος Ν. Χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας για άτομα με αναπηρία. *Οικονομία και Υγεία*. 2023;41(4):55–60.
116. Association of State and Territorial Dental Directors (ASTDD). Infrastructure development and financing strategies for state and territorial oral health programs [Internet]. Reno (NV): ASTDD; [date unknown] [cited 2025 Apr 24]. Available from: <https://www.astdd.org/docs/infrastructure.pdf>
117. Lewis C, Robertson AS, Phelps S: Unmet dental care needs among children with special health care needs: implications for the medical home. *Pediatrics*. 2005;116(3):e426–31.
118. Τσέτσου Ν. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα, αρχές οργάνωσης και προοπτικές [Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία]. Αθήνα: Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, ΠΜΣ Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας· 2024.
119. World Health Organization. Global strategy and action plan on oral health 2023–2030 [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2025 May 1]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240090538>
120. Φιλαλήθης Α: Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα - Χαμένη στον λαβύρινθο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 2021;38(4):548–56.
121. Φιλαλήθης Α: Ορόσημα στην εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 2021;38(5):675–82.
122. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α, Αδαμακίδου Θ, Βελονάκη Β, Βιβιλάκη Β, Καπρέλη Ε, Κριεμπάρδης Α, et al. Εφαρμογές Καλών Πρακτικών Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Ρόλοι, Δραστηριότητες, Δεξιότητες Μελών Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Αθήνα; 2015.
123. Κυριόπουλος Γ. Η επικαιρότητα της Διακήρυξης της Alma Ata για τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας [Internet]. *Chronos*. 2022 [cited 2025 Apr 29]. Available from: <https://chronos.fairead.net/kyriopoulos-alma-ata>
124. Τούντας Ι: Το νέο ΕΣΥ: Η ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην εποχή της πανδημίας. *Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ: διαΝΕΟσις – Οργανισμός Έρευνας και Ανάλυσης*; 2021.
125. Ghanbarzadegan A, Bastani P, Luzzi L, Brennan D: Inequalities in utilization and provision of dental services: a scoping review. *Syst Rev*. 2021;10(1):222.
126. Ghoneim A, Ebnahmady A, D’Souza V, Parbhakar KK, He H, Gerbig M et al: The impact of dental care programs on healthcare system and societal outcomes: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):1574.
127. Petersen PE, Baez RJ, Ogawa H: Global application of oral disease prevention and health promotion as measured 10 years after the 2007 World Health Assembly statement on oral health. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2020; 48(3):238–248.
128. World Health Organization. Vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2025 Apr 27]. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf>
129. World Health Organization (WHO). Framework on integrated people-centred health services. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2025 Apr 27]. Available from: <https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/framework/en/>

130. World Health Organization, United Nations Children's Fund (UNICEF). Declaration of Astana. Geneva: World Health Organization; 2018. [cited 2025 Apr 27]. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>
131. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Health at a Glance 2023: OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2023 [retrieved 2025 May 1]. Available from: <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance.htm>
132. World Health Organization, UNICEF. Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva: WHO; 1978.
133. World Health Organization. Community engagement for quality health services: a strategy for building trust, resilience and effective responses. Geneva: WHO; 2021. [cited 2025 Apr 28]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010529>
134. Noshir CYS, Brijlal P: Health policy and regulations in Seychelles - barriers and opportunities for oral health inclusion. BMC Oral Health. 2024;24(1):604.
135. Faulks D, Norderyd J, Molina G, Macgiolla Phadraig C, Scagnet G, Eschevins C et al: Using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to describe children referred to special care or paediatric dental services. PLoS One. 2013;8(4):e61993.
136. Wade DT, Halligan PW: Do biomedical models of illness make for good healthcare systems? BMJ. 2004;329 (7479):1398–401.
137. Balkaran R, Esnard T, Perry M, Virtanen JI: Challenges experienced in the dental care of persons with special needs: a qualitative study among health professionals and caregivers. BMC Oral Health. 2022;22:116.
138. Vahdati A, Khadivi G, Ghorbani Z, Vahdati Helan E, Ranjbar A, Azimi S: Accessibility of Special Care Dentistry Across Countries: A Scoping Review. Healthcare. 2024;12 (23):2376. .
139. Carrigan L, Singer R, Abel S, Metsch LR: Addressing the oral healthcare needs of special needs children: pediatric nurses' self-perceived effectiveness. Spec Care Dentist. 2013;33(1):1–7. .
140. World Health Organization. Global status report on oral health 2022 [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2025 Apr 30]. Available from: <https://www.who.int/team/noncommunicable-diseases/global-status-report-on-oral-health-2022>
141. Mofidi M, Rozier RG, King RS: Problems with access to dental care for Medicaid-insured children: What caregivers think. Am J Public Health. 2002;92(1):53–58.
142. Χαλκίδου-Βασιλάκη Α. Οδοντιατρική περίθαλψη με φορητές και κινητές οδοντιατρικές μονάδες στην Ελλάδα και στο εξωτερικό [Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία]. Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Τμήμα Οδοντιατρικής; 2019.
143. Thakkar R, Pimpale JV, Kaur A, Thakkar P, Sheth M, Karre S: Teledentistry for underserved populations: an evidence-based exploration of access, outcomes, and implications. J Res Med Dent Sci. 2023;11(9):10–17.
144. Adeleye OA, Ofili AN: Strengthening intersectoral collaboration for primary health care in developing countries: can the health sector play broader roles? J Environ Public Health. 2010;2010:272896.

Στοιχεία Επικοινωνίας:

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

