

Behandling av patienter med tandförluster

SBU:s sammanfattning och slutsatser

SAMMANFATTAT Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) presenterar en kunskapsöversikt över behandling av tandförluster.

Behandling av vuxna patienter med tandförluster av olika omfattning kan ske med hjälp av olika former av fasta eller avtagbara konstruktioner som förankras på befintliga tänder eller tandimplantat, och som vid tandlöshet, vilar direkt på munnens slemhinnor.

Rapporten ligger till grund för Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för tandvård.

SLUTSATSER

- Att förlora tänder medför en förlust av livskvalitet. Livet blir begränsat – många patienters tillvaro präglas av sänkt självkänsla, lägre socialt status och försämrad funktion.
- Behandling av tandförluster har stor betydelse för dem som drabbas. Att få behandling för tandförluster innebär på flera sätt en återkomst till normalt liv och ökad livskvalitet.
- Patienter med enstaka tandförluster kan behandlas med tandstödd bro, etsretinerad bro eller implantatstödd krona. Kron- och implantatöverlevnaden är över 90 procent efter fem år.
- Patienter med mer omfattande tandförluster kan behandlas med tand- respektive implantatstödda broar alternativt med avtagbar delprotes. Omkring 95 procent av implantatbroarna kan förväntas finnas kvar efter 5–10 år.
- Patienter som är totalt tandlösa eller tandlösa i överkäken eller underkäken kan behandlas med slemhinne-stödda respektive implantatstödda konstruktioner. Patienter med implantatstödda brokonstruktioner har i över 90 procent av fallen kvar sin konstruktion efter fem år. Vid behandling med avtagbara täckproteser stödda på implantat i underkäken finns över 90 procent av konstruktionerna kvar efter fem år.
- Det vetenskapliga underlaget räcker inte för

att avgöra vilken av behandlingsmetoderna som ger bäst resultat estetiskt och funktionellt eller som är mest kostnadseffektiv.

- En praxisundersökning visar att rehabilitering av patienter med tandförluster i dag huvudsakligen utförs som fastsittande tand- eller implantatstödd protetik. Implantat beräknas utgöra cirka 18 procent av stöden för fastsittande konstruktioner, registrerade under 2007.

BAKGRUND OCH SYFTE

Det är relativt länge sedan tandlöshet ansågs vara en del av det naturliga åldrandet. I dag är det endast ett fåtal personer i Sverige som är helt tandlösa medan det fortfarande är relativt många som saknar en eller flera tänder. De vanligaste orsakerna till tandförluster är följer av sjukdomarna karies och parodontit (tandlossning).

Oral ohälsa kan signalera sociala och/eller ekonomiska problem. Personer som är mer eller mindre tandlösa eller har en avtagbar tandprotes kan känna sig avvikande på ett negativt sätt. Drabbade individer får ofta sämre livskvalitet och funktion. Att förlora sina tänder kan liknas vid amputation och tandluckor upplevs som en fysisk defekt.

Det finns tre huvudsakliga metoder för att ersätta förlorade tänder i dag:

1. en avtagbar protes som patienten själv kan sätta in i och ta ut ur munnen
2. en bro som fästs på kvarvarande tänder och som bär tandersättningarna
3. implantat som förankras i käkbenet och som stöder en avtagbar protes eller fastsittande tandersättningar.

Kombinationer av dessa metoder förekommer också.

Syftet med denna rapport var att undersöka det vetenskapliga underlaget för följande frågor:

- Hur upplever personer att förlora tänder och att ha tandförluster av olika omfattning?
- Hur upplever personer att få behandling för detta?
- Hur påverkas personers upplevda livskvalitet av att få behandling för tandförluster av olika omfattning?

KÄLLA

Tandförluster: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2010. <http://www.sbu.se>

Projektgrupp: Madeleine Rohlin (ordförande), Sofia Tranæus (projektledare), Susanna Axelson, Thomas Davidson, Göran Gynther, Gert Helgesson, Margareta Hultin, Kickan Håkanson, Torsten Jemt, Therese Kedebing, Ulf Lekholm, Krister Nilner, Gunilla Nordenram, Anders Norlund, Karin Sunnegårdh Grönberg.

- Vilken effekt har tillgängliga behandlingsmetoder efter 5, 10 och 15 år?
- Hur effektiv är direktbelastning av tandimplantat jämfört med konventionell implantatbehandling med inläkning av implantaten före belastning?
- Vilka komplikationer, risker och biverkning finns med de granskade metoderna?
- Hur kostnadseffektiva är olika metoder?
- Hur fördelas de olika behandlingarna i populationen i dag?

METOD

SBU har en noggrann och systematisk metodik där all relevant litteratur söks i tillgängliga databaser för den fråga som studeras. Varje inkluderad studie har kvalitetsgranskats och tabellerats enligt särskilt utarbetad metodik. Granskningen omfattade en värdering av studiernas ämnesrelevans och metodologiska kvalitet – studiedesign, intern validitet (rimligt skydd mot systematiska fel), statistisk styrka och generaliserbarhet. Studier med kvalitativ metodik har kvalitetsgranskats enligt ett särskilt protokoll. Resultaten i de utvalda studierna har vägts samman i en sekundär kvalitativ analys. Genom den fortsatta analysen har data från studierna sammanförts till flera teman, som redovisas som syntetiserade resultat.

Kvalitetsgranskningen av de hälsoekonomiska artiklarna har gjorts i samarbete mellan medicinsk expert och hälsoekonom.

Resultaten har sedan evidensgraderats utifrån det vetenskapliga underlaget.

EVIDENSGRADERADE RESULTAT

Patientupplevelser

De inkluderade studier som använder kvalitativ analysmetod för att undersöka upplevelsen av att förlora tänder bygger på intervjuer med personer från olika ålderskategorier, olika kulturer och skilda sociala sammanhang. Oavsett kontext förefaller upplevelsen av tandförlust ha gemensamma drag som ytterst kan tolkas som förlust av livskvalitet. Att få behandling för tandförluster innebär att man återfår inte bara orala funktioner utan också förutsättningar för de sociala aktiviteter som man haft tidigare. Konkreta förbättringar beskrivs som matglädje, tydligt tal och ett attraktivt ansiktsspråk.

- Det finns vetenskapligt stöd för att personer som förlorat tänder upplever sänkt självkänsla, lägre social status och försämrad funktion. Individerna kan hantera denna förlust på olika sätt.
- Det finns vetenskapligt stöd för att personer som fått behandling för sina tandförluster upplever ökad självkänsla och förbättrad funktion.
- Studier med kvantitativ metodik om oral livskvalitet är ett relativt nytt forskningsområde.

FAKTA I. STUDIEKVALITET OCH EVIDENSSTYRKA

Studiekvalitet avser den vetenskapliga kvaliteten hos en enskild studie och dess förmåga att besvara en viss fråga på ett tillförlitligt sätt.

Evidensstyrkan är en bedömning av hur starkt det sammanlagda vetenskapliga underlaget är för att besvara en viss fråga på ett tillförlitligt sätt. För studier med kvantitativ forskningsmetod tillämpar SBU det internationellt utarbetade evidensgraderingssystemet GRADE. För varje effektmått utgår man i den sammanlagda bedömningen från studiernas design. Därefter kan evidensstyrkan påverkas av förekomsten av försvagande/förstärkande faktorer som studiekvalitet, relevans, samstämmighet, överförbarhet, effektstorlek, precision i data, risk för publikationsbias och andra aspekter, till exempel dos-respons samband.

Evidensstyrkan graderas i fyra nivåer:

- **Starkt vetenskapligt underlag** (⊗⊗⊗⊗). Bygger på studier med hög kvalitet utan försvagande faktorer vid en samlad bedömning.
- **Måttligt starkt vetenskapligt underlag** (⊗⊗⊗). Bygger på studier med hög kvalitet med förekomst av

enstaka försvagande faktorer vid en samlad bedömning.

- **Begränsat vetenskapligt underlag** (⊗⊗). Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet med försvagande faktorer vid en samlad bedömning.
- **Otillräckligt vetenskapligt underlag** (⊗). När vetenskapligt underlag saknas, tillgängliga studier har låg kvalitet eller där studier av likartad kvalitet är motsägande anges det vetenskapliga underlaget som otillräckligt.

Ju starkare evidens desto mindre sannolikt är det att redovisade resultat kommer att påverkas av nya forskningsrön inom överblickbar framtid.

Studier med kvalitativ analysmetod av medelhög eller hög studiekvalitet syntetiseras och ligger till grund för evidensgrundade resultat och slutsatser. Detta uttrycks som att det föreligger **Vetenskapligt stöd**.

Slutsatser

I SBU:s slutsatser görs en sammanfattande bedömning av nytta, risker och kostnadseffektivitet.

Än så länge finns det få studier av behandlingsresultat som håller god kvalitet.

Enstaka tandförluster

Patienter med enstaka tandförluster kan behandlas med tandstödd bro, etsretinerad bro respektive implantatstödd krona. Kron- och implantatöverlevnaden är över 90 procent och risken för benförlust (> 2 mm) runt implantaten är liten under en uppföljningstid om fem år. Gällande implantatstödd krona vid behandling av patienter med enstaka tandförlust saknas i dag vetenskapligt underlag för att bedöma metodens effektivitet i jämförelse med tandstödd bro eller tandstödd etsbro.

TANDSTÖDD BRO

Jämförelse mellan behandlingsmetoder, konstruktions överlevnad, komplikationer, risker och biverkningar

- Inga studier som uppfyllde inklusionskriterierna kunde identifieras för att bedöma effekten av tandstödd bro vid behandling av patienter med enstaka tandförlust.
- Inga studier som uppfyllde inklusionskriterierna kunde identifieras för att bedöma den tandstödda bronns överlevnad, komplikationer, risker och biverkningar vid behandling av pa-

»Det finns vetenskapligt stöd för att personer som fått behandling för sina tandförluster upplever ökad självkänsla och förbättrad funktion.«

tienter med enstaka tandförlust vid en uppföljningstid om minst fem år.

ETSRETINERAD BRO

Jämförelse mellan behandlingsmetoder, konstruktioners överlevnad, komplikationer, risker och biverkningar

- Inga studier som uppfyllde inklusionskriterierna kunde identifieras för att bedöma effekten av etsretinerad bro vid behandling av patienter med enstaka tandförlust.
- Inga studier som uppfyllde inklusionskriterierna kunde identifieras för att bedöma den etsretinerade bronns överlevnad, komplikationer, risker och biverkningar vid behandling av patienter med enstaka tandförlust vid en uppföljningstid om minst fem år.

IMPLANTATSTÖDD ENSTAKA KRONA

Jämförelse mellan behandlingsmetoder

- Inga studier som uppfyllde inklusionskriterierna kunde identifieras för att jämföra effekterna av tandstödd bro, etsretinerad bro eller implantatstödd krona vid behandling av patienter med enstaka tandförlust.

Konstruktioners överlevnad

- Det finns ett begränsat vetenskapligt underlag för att den implantatstödda kronans överlevnad är över 90 procent vid behandling av patienter med enstaka tandförlust efter fem år (⊗⊗).

Komplikationer, risker och biverkningar

- Det finns ett begränsat vetenskapligt underlag för att implantatets överlevnad är nära 100 procent och risken för marginal benförlust (> 2 mm) är mindre än 5 procent vid behandling av patienter med enstaka tandförlust med implantatstödd enstaka krona vid en uppföljningstid om minst fem år (⊗⊗).
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma det estetiska resultatet eller risken för ett estetiskt misslyckande vid behandling av patienter med enstaka tandförlust med implantatstödd enstaka krona vid en uppföljningstid om minst fem år (⊗).

Mer omfattande tandförluster

Patienter med mer omfattande tandförluster kan behandlas med tand- respektive implantatstödda broar. Omkring 95 procent av implantatbroar kan förväntas finnas kvar efter 5–10 år. Det saknas dock vetenskapligt underlag om hur länge tandstödda broar kan förväntas finnas kvar. Patienter med mer omfattande tandförluster kan även behandlas med partiella plattproteser. Det går dock inte att med säkerhet uttala sig om hur länge konstruktionerna håller. Behandlingsfor-

men har funnits länge men det finns få studier med bra kvalitet inom området.

TANDSTÖDDA TÄCKPROTESER RESPEKTIVE TAND-SLEMHINNESTÖDDA PARTIELLA PLATTPROTESER

Jämförelse mellan behandlingsmetoder, konstruktioners överlevnad, komplikationer, risker och biverkningar

- Inga studier som uppfyllde inklusionskriterierna kunde identifieras för att bedöma effekten av tandstödda täckproteser respektive tand-slemhinnestödda partiella plattproteser. Det saknas också underlag för att bedöma behandlingsmetodernas utfall vad gäller konstruktioners överlevnad, förekomst av komplikationer och biverkningar.

TANDSTÖDDA BROAR

Jämförelse mellan behandlingsmetoder och konstruktioners överlevnad

- Inga studier som uppfyllde inklusionskriterierna kunde identifieras för att bedöma effekten av behandling med tandstödda broar. Det går inte heller att bedöma konstruktioners överlevnad.

Komplikationer, risker och biverkningar

- Inga studier som uppfyllde inklusionskriterierna kunde identifieras för att bedöma förekomsten av komplikationer. Rapportering av vissa typer av komplikationer och biverkningar återkommer dock i studierna. Komplikationerna är oftast relaterade till olika händelser, det vill säga ibland redovisade som totalt antal, ibland i relation till antal extraheerade stötdänder och ibland till antal förlorade brokonstruktioner. Det saknas även underlag för att bedöma risker och biverkningar med behandlingsmetoden.

IMPLANTATSTÖDDA BROAR

Jämförelse mellan behandlingsmetoder

- Inga studier som uppfyllde inklusionskriterierna kunde identifieras för att bedöma effekten av behandling med implantatstödda broar.

Konstruktioners överlevnad

- För implantatstödda broar finns det ett begränsat vetenskapligt underlag för att överlevnaden av originalkonstruktioner är 95 procent efter fem år respektive 94 procent efter tio år (⊗⊗).

Komplikationer, risker och biverkningar

- Det finns ett begränsat vetenskapligt underlag för att implantatöverlevnaden är 97 procent efter fem år respektive 93 procent efter tio år, vid behandling med implantatstödda broar (⊗⊗). Underlaget representerar två olika patientgrupper, presenterade i två olika studier.



FOTO: COLOURBOX

»Patienter med implantatförankrad brokonstruktion har i över 90 procent av fallen kvar sin konstruktion efter fem år.«

För övriga komplikationer föreligger ett otillräckligt vetenskapligt underlag (⊗).

TANDLÖSHET

Patienter som är totalt tandlösa eller tandlösa i överkäken eller underkäken kan behandlas med helprotes respektive implantatförankrade brokonstruktioner. Patienter med implantatförankrad brokonstruktion har i över 90 procent av fallen kvar sin konstruktion efter fem år. Vid behandling med täckproteser stödda på implantat i underkäken finns över 90 procent av konstruktionerna kvar efter fem år. Rapporterade komplikationer är lindriga, materialfrakturer, och kan åtgärdas enkelt.

HEL TANDLÖSHET

Jämförelse mellan behandlingar, konstruktioners överlevnad, komplikationer, risker och biverkningar

- Inga studier som uppfyllde inklusionskriterierna kunde identifieras för att bedöma olika behandlingars effektivitet, konstruktions överlevnad samt komplikationer, risker och biverkningar för behandling av tandlösa patienter.

TANDLÖSHET I ÖVERKÄKEN

Jämförelse mellan behandlingar

- Inga studier som uppfyllde inklusionskriterierna kunde identifieras för att bedöma olika

behandlingars effektivitet för behandling av patienter som är tandlösa i överkäken.

Konstruktioners överlevnad

- Det finns ett begränsat vetenskapligt underlag för att överlevnaden för en implantatstödd bro är 95 procent efter fem år och efter tio år (⊗⊗).
- Det finns ett begränsat vetenskapligt underlag för att överlevnaden för en implantatstödd bro utförd i titan är likvärdig med en konstruktion utförd i guldlegering vid en observationstid om fem år och tio år (⊗⊗).
- Inga studier som uppfyllde inklusionskriterierna kunde identifieras för att bedöma antalet implantat nödvändiga för implantatstödda broars överlevnad eller för att utvärdera olika implantatsystem samt olika retentionselement ingående i implantatstödda täckproteser.

Komplikationer, risker och biverkningar

- Inga studier som uppfyllde inklusionskriterierna kunde identifieras för att bedöma komplikationer, risker och biverkningar vid behandling med slemhinne-stödd protes eller implantatstödd täckprotes.
- Det finns ett begränsat vetenskapligt underlag för att det finns en risk för att 70 av 1000 implantat i implantatstödda broar förloras efter fem år och efter tio år vid behandling av patienter med tandlös överkäke (⊗⊗).
- Det finns ett otillräckligt vetenskapligt under-

»Ett resultat från litteraturgenomgången är att mycket av den forskning som gjorts och görs inom området tandförluster har otillräcklig kvalitet.«

lag för övriga komplikationer, som huvudsakligen är av teknisk natur och utgörs av frakturer och slitage i konstruktionens material (⊗).

TANDLÖSHET I UNDERKÄKEN
Jämförelse mellan behandlingar

- Det finns ett otillräckligt vetenskapligt underlag för att en implantatstödd täckprotes har bättre förutsättningar att fungera än en slemhinne-stödd protes. Inga studier, som uppfyllde inklusionskriterierna, kunde identifieras för att jämföra implantatstödda broar och andra behandlingsmetoder (⊗).

Konstruktioners överlevnad

- Det vetenskapliga underlaget är begränsat för att överlevnaden är 93 procent för implantatstödd täckprotes vid en observationstid om fem och åtta år (⊗⊗).
- Det finns ett begränsat vetenskapligt underlag för att konstruktioners överlevnad är 97 procent vid behandling med implantatstödd bro tio år efter behandling. Överlevnaden för en implantatstödd bro utförd i titan är likvärdig med en konstruktion utförd i guldlegering vid behandling av patienter med tandlös underkäke efter fem år och tio år (⊗⊗).
- Inga studier som uppfyllde inklusionskriterierna kunde identifieras för att bedöma antalet implantat nödvändiga för implantatstödda konstruktioners överlevnad eller för att utvärdera olika implantatsystem samt olika retentionselement ingående i implantatstödda täckproteser.

Komplikationer, risker och biverkningar

- Det finns ett begränsat vetenskapligt underlag för att risken för komplikationer är låg vid behandling med implantatstödd täckprotes efter fem och åtta år. Det finns en risk för att 12 av 1 000 implantat i en implantatstödd täckprotes förloras efter fem år respektive 17 av 1 000 efter åtta år. Andra komplikationer av teknisk natur utgörs av frakturerade eller slitna komponenter, som retinerar täckprotesen (⊗⊗).
- Det finns ett begränsat vetenskapligt underlag för att risken för komplikationer och biverkningar är låg vid behandling med implantatstödda broar efter tio år. Risken att förlora ett implantat i den implantatstödda bron är liten (2 av 1 000 implantat). Andra komplikationer utgörs huvudsakligen av teknisk natur och utgörs av frakturer i och slitage av konstruktionernas material. Någon komplikation i form av nervskador finns ej rapporterade i dessa studier (⊗⊗).

Direktbelastning av implantat

Direktbelastning av käkbensförankrade tandimplantat innebär att tandkonstruktionerna fästs inom tre veckor efter att implantaten installerats.

Den ursprungliga metoden innebär att implantaten får osseointegrera (= växa fast i benvävnaden) innan de belastas med en tandkonstruktion. Om direktbelastning av implantat lyckas är behandlingstiden och antalet behandlingsbesök avsevärt reducerade jämfört med den traditionella metoden.

ENSTAKA TANDFÖRLUSTER

- Det finns ett otillräckligt vetenskapligt underlag för att konstruktioners överlevnad vid direktbelastning av implantat är jämförbar med belastning efter det att implantatet läkt in i käkbenet vid behandling av patienter med enstaka tandförluster (⊗). Inga studier som uppfyllde inklusionskriterierna kunde identifieras för att bedöma komplikationer, risker och biverkningar vid behandlingen.

MER OMFATTANDE TANDFÖRLUSTER
OCH TANDLÖSHET

- Inga studier som uppfyllde inklusionskriterierna kunde identifieras för att bedöma om direktbelastning är effektiv vid behandling av patienter med mer omfattande tandförluster och tandlösa patienter, liksom för att bedöma komplikationer, risker och biverkningar vid behandlingen.

Etiska aspekter

Ett resultat från litteraturgenomgången är att mycket av den forskning som gjorts och görs inom området tandförluster har otillräcklig kvalitet. Bland annat pågår för närvarande kliniska prospektiva kontrollerade uppföljningsstudier kring direktbelastning av tandimplantat som omfattar endast ett fåtal patienter med mycket kort uppföljningstid (Kapitel 3.3). Från etiskt perspektiv kan sådan forskning ifrågasättas, eftersom dessa studier har begränsade utsikter att tillföra tillförlitlig kunskap.

Avsaknad av viss forskning är också värd att notera. Förbisedda grupper är bland andra långvarigt sjuka personer, patienter med särskilda behov i tandvården och patienter med demenssjukdomar eller psykiska funktionsnedsättningar. Det är viktigt, både av välbefinnande- och rättviseskäl, att tandvårdsrelevant kunskap tas fram även för utsatta grupper.

Både autonomi- och informationsaspekter blir relevanta när det gäller diagnos och behandling av patienter med tandförluster: Vad ska patienten få bestämma om sin tandvård? Vad ska tandläkaren informera om – får någon information undanhållas patienten? I ett läge då kunskapsbrist råder om förväntad nytta av olika behandlingsalternativ är det svårt att informera på ett sätt som ger tillförlitligt underlag för att fatta beslut. Ökad kunskap om olika behandlingsmetoders effekter, såväl positiva som negativa, ökar vårdgivarens möjligheter att ge information till

sina patienter och därmed för patienten att bedöma behandlingsalternativ.

I Sverige finansieras tandvård på annat sätt än övrig sjukvård. Det finns ett högkostnadsskydd, som innebär att staten betalar en del av mer omfattande behandlingar, som proteser, broar och implantat. Att vuxna patienter ändå i stor utsträckning själva får betala för sin tandvård får naturligtvis fördelningseffekter. Subventionerna flyttar gränsen för vilka som har möjlighet att ta del av den mer avancerade och kostnadskrävande tandvården, men man kan vänta sig att de som har det sämst ställt har minst möjlighet att dra nytta av subventionerna.

HÄLSOEKONOMISKA ASPEKTER

Ingen av de granskade studierna med hälsoekonomiska analyser är genomförda i Sverige. De är också olika när det gäller studieuppläggning och vilka behandlingsmetoder som undersökts. Därför finns inte några förutsättningar för slutsatser om olika behandlingars kostnadseffektivitet.

Svensk tandvård finansieras sedan länge av tre parter det vill säga staten, landstingen och patienterna, de senare i form av patientavgifter. Som framgår av Praxisundersökningen (Kapitel 6) pekar data på att Försäkringskassans regelverk tydligt påverkar efterfrågan och utförandet av rehabiliterande tandvård.

PRAXISUNDERSÖKNING

En praxisundersökning avseende utförd tandvård inom det protetiska området utfördes inom projektet. Flera tandvårdsreformer med påföljande ändringar av ersättningsnivåer har genomförts under perioden 1989 till 2009. Utifrån dessa förändringar fanns det anledning att undersöka närmare om, och i så fall hur, klinisk praxis har ändrats.

För att kunna göra detta gjordes datautdrag från tre av Försäkringskassans databaser; Pre-Plomben, Plomben, och den nuvarande databasen Tanden för tandvårdsersättning. De data som togs ut var: kön, ålder, län, och om vården är meddelad av privattandvård eller offentligtandvård, samt uppgifter om olika protetiska behandlingar liksom kombinationer av dessa.

Resultatet visar bland annat att protetisk rehabilitering av patienter med tandförluster huvudsakligen utförs som fastsittande tand- eller implantatstödd protetik. Kron- och bröstöd på implantat beräknas utgöra cirka 18 procent av de registrerade fasta stöden under 2007.

- Registrerad protetisk vård bedöms som relativt jämnt fördelad mellan kön och regioner i landet och utförs i stor omfattning som privat utförd vård. »Storstadslänen« visar på liknande proportion av registrerade patienter med utförd vård som län med mindre befolkning.
- Fördelningen av vård mellan antalet äldre och yngre patienter (+/- 65 år) i relation till popu-

lationen ändrades drastiskt under första året efter införande av försäkringen i juli 2008. Detta tyder på att Försäkringskassans regelverk tydligt påverkar efterfrågan och genomförandet av rehabiliterande tandvård.

KUNSKAPSLUCKOR OCH FRAMTIDA FORSKNINGSMRÅDEN

Kunskapen om många av de behandlingar, som avser att ersätta förlorade tänder, grundar sig på uppföljning av en enskild behandlingsmetod. Det saknas i stor utsträckning studier som jämför olika behandlingsmetoder. Studieresultat måste i första hand redovisas på individ- och konstruktionsnivå och belysa individuella variationers betydelse för behandlingens slutresultat. Även patientens tillfredsställelse på behandlingsresultatet måste redovisas tydligare i framtida studier.

Följande områden av stor klinisk betydelse har därför identifierats som särskilt viktiga för framtida forskning:

- Studier av olika patientgrupper och studier där rekryteringen av patienterna och kriterier för vilka patienter, som behandlats, är väl beskrivna.
- Jämförelser mellan olika metoder för att behandla patienter med tandförluster av olika omfattning. Framtida studier bör genomföras i form av prospektiva multicenterstudier för att utvärdera om metoderna är oberoende av enskilda vårdgivare och vårdmiljöer.
- Eftersom det vetenskapliga underlaget för behandlingsmetodernas utfall på lång sikt är begränsat föreligger det behov av studier med observationstider om fem år och längre.
- Studier, i vilka behandlingsutfallet för olika patientgrupper och olika metoder analyseras utifrån olika perspektiv och med väl definierade frågeställningar och effektmått. Behandlingens utfall utifrån patienternas perspektiv är särskilt angeläget att analysera, i synnerhet för personer med kroniska sjukdomar eller funktionshinder och bland de äldsta. Vidare behövs studier, som belyser indikationsaspekter.
- Kunskap om kostnadseffektivitet för metoder att behandla patienter med tandförluster saknas. Därför finns det ett stort behov av studier, som belyser olika behandlingsmetoders nytta och kostnader ur ett hälsoekonomiskt perspektiv. Vidare är epidemiologiska studier av munhälsan i befolkningen motiverade för att kartlägga behov av behandlingsresurser och för att analysera effekter av insatta resurser. Detta skulle underlättas av nationella register med kvalitetsindikatorer.
- Finansieringen för behandling av patienter med tandförluster är ofullständigt analyserad och studier beträffande patienters betalningsvilja för behandling saknas. Det finns således behov av studier inom detta område, gärna inom ramen för olika finansieringssystem.

»Resultatet visar bland annat att protetisk rehabilitering av patienter med tandförluster huvudsakligen utförs som fastsittande tand- eller implantatstödd protetik.«