

Risk- och prognosmodell säkrar kvaliteten i oralprotetiska vården

SAMMANFATTAT Tandförluster, medfödda missbildningar, trauma mot ansiktet eller vanliga infektionssjukdomar i munnen (karies, parodontit) utgör den vanligaste orsaken till uppkomsten av omfattande oralprotetiska behandlingsbehov. Huvudsyftet med forskningsprojektet är att kvalitetssäkra den oralprotetiska vården genom en individuell riskanalys och prognosbedömning samt att studera de hälsoekonomiska konsekvenserna. Ett framtaget modellprogram för riskanalys och prognosbedömning med en hälsoekonomisk utvärdering ingår i forskningsprojektet.

Godkänd för publicering 21 december 2008

Widolf Kroon Rose-Marie
E-post: Rose-Marie.Widolf-Kroon@lthalland.se
Randow Kjell Hallström Hadar Petersson Lars G Magnusson Kerstin

Ansikts-, käk- och tandskador orsakade av karies, parodontit eller trauma leder ofta till käkbens- och tandförluster som kräver protetisk rehabilitering. Förutsättningarna att rehabilitera omfattande ansikts- och käkdefekter är i dag goda med lång »survival time« av utförd protetisk vård (10–20 år) med tillhörande förbättrad livskvalitet. Överlevnaden av oralprotetiska konstruktioner kan dock variera avsevärt främst beroende på förekomsten av individuella riskfaktorer och modifierande externa faktorer. Den vanligaste orsaken till haverier av kronor och brokonstruktioner är karies, inte minst i samband med salivinsufficiens [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Modell för risk- och prognosbedömning

Vid specialisttandvårdskliniken i Halmstad arbetar vi med en modell för risk- och prognosbedömning av patienter med grav bettdysfunktion och otillfredsställande estetik och som har ett stort behov av långsiktiga och hållbara protetiska rehabiliteringar. Det handlar ofta om mycket dyrbara behandlingar med förväntat lång överlevnad.

Arbetshypotesen är att med hjälp av en »risk- och prognosmodell« förbättra patienternas kunskaper, beteende och motivation att kvalitetssäkra sin munhälsa samt att professionellt analysera

olika riskfaktorer för att effektivisera intervention och prognosbedömning.

Delas in i tre steg

Utvecklingsarbetet är indelat i tre steg. I det första steget insamlas information om en rad personrelaterade data (ålder, hälsa, ohälsa, läkemedelsanvändning, utbildning, kunskap, insikt, attityder, motivation, tandvårdsrädsla) och kliniska, röntgenologiska samt övriga oralbiologiska »riskfaktorer« studeras [7, 8].

I steg två analyseras insamlade data inom en »risk- och prognosmodell« som kopplas till ett individuellt förebyggande program baserat på de fynd som insamlats och analyserats. Riskanalysen kan medföra att planerad behandling över huvudtaget inte kan påbörjas eftersom risken för komplikationer bedöms som alltför stor med dålig prognos. I dessa fall rekommenderas patienten att genomgå ett förstärkt preventionsprogram innan oralprotetisk behandling påbörjas.

Datasimulerande statistiska beräkningar utförs i ett försök att »vikta« olika faktorer och determinanter. Studier genomförs avseende interaktiva effekter av dessa faktorer och determinanter vad beträffar såväl riskanalys som prognosbedömning och efter olika interaktionsmodeller [9].

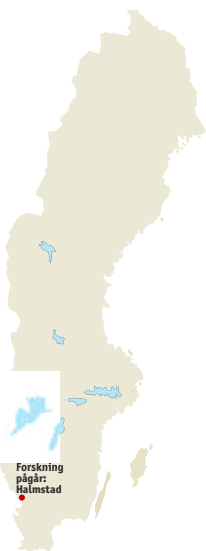
Den »prognos« som bedöms i det enskilda fallet baseras på hur olika riskfaktorer och determinanter ackumuleras, förblir oförändrade eller minskar. Prognosen påverkas även av det interventionsprogram som patienten får ta del av.

I steg tre utförs en ny riskbedömning 12–24 månader efter utförd protetisk behandling för

FAKTA 1. RISK- OCH PROGNOSEMODELL

Utvecklingsarbetet med modellen för risk- och prognosbedömning delas in i tre steg:

- | | |
|---------------|--|
| Steg 1 | Personrelaterade data samlas in och kliniska, röntgenologiska samt övriga oralbiologiska riskfaktorer studeras. |
| Steg 2 | Insamlade data analyseras och kopplas till ett individuellt förebyggande program baserat på de fynd som samlats in och analyserats. |
| Steg 3 | En ny riskbedömning utförs 12–24 månader efter utförd protetisk behandling för att kontrollera om den ursprungliga prognosen utföll som förväntat. |



»Arbetshypotesen är att med hjälp av en »risk- och prognosmodell« förbättra patienternas kunskaper, beteende och motivation ... samt att professionellt analysera olika riskfaktorer för att effektivisera intervention och prognosbedömning.«

att kontrollera om ursprunglig prognos vid den initiala riskanalysen utföll som förväntat eller om förhållandena försämrats, alternativt förbättrats.

För att kunna utföra och analysera modellprogrammet används simulerade analyser av olika riskfaktorer och determinanter och deras viktning. Olika interaktioner med det prospektiva utfallet i prognosbedömningen studeras och analyseras.

Kostnader och livskvalitet jämförs

Inom en hälsoekonomisk del av forskningsprogrammet analyseras och jämförs kostnader och livskvalitet i interventions- respektive kontrollgrupp. Behandlingskostnader för olika grupper av patienter ger också underlag för att bedöma kostnadsdrivande risk- och bakgrundsfaktorer och kostnader för olika typer av haverier. Kostnadsjämförelsen mellan interventions- respektive kontrollgrupp analyseras ur tre olika perspektiv: sjukvårdsperspektiv, patientperspektiv samt samhällsperspektiv. Data för beräkning av kostnader i ett patient- respektive samhällsperspektiv (patientavgifter, restid och reskostnader respektive produktionsförluster i samband med individers frånvaro från arbete) insamlas genom att patienter får besvara frågeformulär vid lämpliga tidpunkter. Övriga kostnadsuppgifter hämtas från sjukvårdens redovisningssystem.

REFERENSER

1. WHO-report. Oral Health. Action plan for promotion and integrated disease prevention. Executive board 120th session, provisional agenda item 4.6 EBI 120/10, 2006.
2. Olsson C. Supplier Induced Demand: An analysis of the Swedish Dental Care Market, Umeå. Umeå University, 1998 (Umeå Economic Studies no, 490).
3. Grönqvist E. Selection and Moral Hazard in Health Insurance-Taking Contract Theory to the Data, Thesis-Handelshögskolan i Stockholm, 2004.
4. Bagewitz IC, Söderfeldt B, Palmquist S, Nilner K. Oral prosthesis and health related quality of life: a survey study of an adult Swedish population. Int Prosthodont 2007; 20:132-43.
5. Randow K. On the functional deformation of extensive fixed partial dentures. Thesis, Malmö, 1986.
6. Bardow A, Lagerlöf B, Nauntofte B, Tenovuo J. The role of saliva. Ch.11. Dental caries in a biological context. In Dental Caries 2nd Ed. Ed. by O Fejerskov and E Kidd; 2008; 189-207.
7. Att förebygga karies. En systematisk litteraturöversikt. SBU rapport 161, 2002.
8. Karies - diagnostik, riskbedömning och icke-invasiv behandling. SBU-rapport 188, 2007.
9. Kim JK, Petin VG. Theoretical conception of synergistic interactions. Kor J Environ Biol 2002; 20: 277-86.

Söker du en vetenskaplig artikel ur Tandläkartidningen?

Den finns på www.tandlakartidningen.se

100 år

**TANDLÄKAR
TIDNINGEN**