

Modell för nationella riktlinjer för tandvården

Rapport till regeringen 1 september 2007

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är en *Skrivelse*. Det innebär att den innehåller nya eller ändrade ställningstaganden från Socialstyrelsen i form av ett meddelande eller en avrapportering. Den kan också innehålla förfrågningar eller begäran/anhållan om yttranden eller synpunkter på t.ex. remissversioner. Skrivelser är riktade till en eller flera tydliga adressater, t.ex. regeringen, landsting, kommuner, vårdgivare m.fl.

Artikelnr 2007-107-18

Publicerad www.socialstyrelsen.se, september 2007

Förord

I betänkandet ”Friskare tänder – till rimliga kostnader” (SOU 2007:19) föreslås att Socialstyrelsen ska få i uppdrag från regeringen att arbeta fram heltäckande nationella riktlinjer för tandvården och i regleringsbrevet för 2007 ges myndigheten uppdraget att utarbeta en modell för arbetet med nationella riktlinjer inom tandvårdsområdet. Uppdraget innebär första steget i en aktivare kunskapsstyrning av tandvården.

Föreliggande rapport innehåller en modell för hur Socialstyrelsen avser att driva riktlinjearbetet inom tandvården samt en övergripande plan för genomförandet.

Modellarbetet har drivits inom Enheten för Nationella riktlinjer vid hälso- och sjukvårdsavdelningen och avstämningar gjorts med SBU och genomförandeorganisationen för tandvårdsreformen vid Socialdepartementet. Det arbete som ska utföras är omfattande och tidsplanen är snäv. Det innebär stora krav på god samverkan mellan inblandade myndigheter och medverkande experter.

Rapporten har i huvudsak tagits fram av Ulf-Johan Olson (UV-Partner AB, projektledare för arbetet med tandvårdsriktlinjerna) tillsammans med en arbetsgrupp bestående av Christina Kärvinge (enhetschef vid Enheten för Nationella riktlinjer), Mariana Blixt (odontologisk expert vid Socialstyrelsen) och Anders Berglund (föreståndare för Kunskapscenter för Dentala Material vid Socialstyrelsen).

Stockholm 2007-08-31

Kjell Asplund
Generaldirektör Socialstyrelsen

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Uppdrag och uppdragsredovisning</i>	9
<i>Det nya tandvårdsstödet</i>	11
Styrning	11
Mål och beslutsmekanismer för det nya tandvårdsstödet	12
<i>En modell för nationella riktlinjer för tandvården</i>	14
Målgrupper	14
Avgränsning	16
Kan odontologiska nationella riktlinjer utformas på samma sätt som medicinska?	17
De medicinska riktlinjerna.....	17
Det hälsoekonomiska faktagrupsarbetet	21
Arbetet med beslutsunderlaget för prioriteringar	22
En arbetsmodell för odontologiska nationella riktlinjer.....	22
Principiella utgångspunkter	22
Genomförande	26
Styrning och ledning av projektet.....	31
<i>Tids- och arbetsplan</i>	33
Karies.....	34
Sjukdomar i de parodontala vävnaderna	34
Sjukdomar i tandpulpan och de periradikulära vävnaderna (vävnaderna kring tandrötterna)	34
Hel och partiell tandlöshet	34
Smärtsamma käkfunktionsstörningar	35
Bett- och tandpositionsavvikelser samt tandutvecklingsstörning	35
Samverkan.....	35
KDM och Läkemedelsverket	36

Sammanfattning

Socialstyrelsen har i sitt regleringsbrev för 2007 fått regeringens uppdrag att utforma en modell för hur nationella riktlinjer för tandvården ska utarbetas samt att påbörja ett arbete med att ta fram nationella riktlinjer för tandvården. I föreliggande rapport redovisas resultatet av Socialstyrelsens modellarbete, dvs hur myndigheten ser på riktlinjernas struktur och utformning samt hur Socialstyrelsen avser att praktiskt lägga upp riktlinjearbetet tillsammans med andra myndigheter och experter. Även en preliminär tidplan redovisas.

Socialstyrelsen bedömer att den nu använda arbetsmodellen för att ta fram medicinska nationella riktlinjer i huvudsak är tillämplig för framtagande av nationella riktlinjer för tandvården. Även tandvården kommer att inkluderas i den nationella strategin för God vård, som blir en grund för årets Dagmarförhandlingar. God vård innebär att tandvården är säker, kunskapsbaserad och ändamålsenlig, patientfokuserad, kostnadseffektiv, jämlik och kan ges i rimlig tid. I denna strategi ingår systematiskt framtagna kunskapsunderlag om nya och etablerade metoder, nationella riktlinjer för vård och behandling, IT-baserad och ändamålsenlig vårddokumentation, nationella kvalitetsindikatorer som gör det möjligt att mäta, följa upp och värdera tandvårdens processer, resultat och kostnader samt öppna och indikatorbaserade jämförelser.

De odontologiska nationella riktlinjernas målgrupper är den föreslagna Nämnden för statligt tandvårdsstöd, tandvårdens chefer och professioner samt patienterna. Nämndens uppgift är att bedöma, och till regeringen föreslå, vilken tandvård som ska berättiga till statlig ersättning inom ramen för det nya tandvårdsstödet.

Nationella riktlinjer berör i ett första skede vuxentandvården då de är ett nödvändigt underlag för Tandvårdsstödsnämnden och därmed ett led i genomförandet av det nya tandvårdsstödet. Nationella riktlinjer kommer att utarbetas för följande diagnoser:

- Karies
- Sjukdomar i de parodontala vävnaderna
- Sjukdomar i tandpulpan och de periradikulära vävnaderna (vävnaderna kring tandrötterna)
- Hel och partiell tandlöshet
- Smärtsamma käkfunktionsstörningar
- Bett- och tandpositionsavvikelse samt tandutvecklingsstörning

För de två förstnämnda diagnosgrupperna finns förhållandevis god tillgång till kunskapsöversikter, framför allt för karies, och Socialstyrelsens riktlinjearbete för dessa inleds därför genast. För de två påföljande diagnoserna har SBU:s kansli föreslagit sin styrelse att ett arbete med systematiska kun-

skapsöversikter ska inledas hösten 2007. Socialstyrelsens arbete med smärtsamma käkfunktionsstörningar inleds hösten 2008 medan planeringen av arbetet med den sista diagnosgruppen kräver ytterligare diskussioner innan en projekt- och tidplan kan fastställas.

Utgångspunkten är att nationella riktlinjer ska finnas för samtliga ovanstående diagnoser vid utgången av 2010 och de två första under 2009. Denna ambitiösa tidplan kräver en långtgående samverkan mellan Socialstyrelsen och SBU respektive KDM (Kunskapscenter för Dentala Material). Viktiga delar är bl a avgränsningen av arbetet och en nära kommunikation mellan SBU:s, KDM:s och Socialstyrelsens experter. Initialt gäller detta särskilt tillstånds-/åtgärdslistan och de centrala frågeställningarna. Därefter att Socialstyrelsens experter tidigt kan ta del av preliminära bedömningar och kunskapsunderlag från SBU respektive KDM. Socialstyrelsen kommer dessutom att påbörja ett särskilt utvecklingsarbete kring tandvårdens kostnadseffektivitet i anslutning till riktlinjerna om karies och sjukdomar i de parodontala vävnaderna under hösten 2007.

En viss personunion kommer att eftersträvas mellan framför allt SBU:s och Socialstyrelsens expertgrupper. En effekt av detta samarbete är att SBU:s kunskapsunderlag och Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomar i tandpulpan och de periradikulära vävnaderna respektive hel och partiell tandlöshet kommer att publiceras relativt nära i tiden.

Såväl SBU:s som KDM:s insatser kommer att regleras i särskilda överenskommelser med respektive part där såväl åtagande som den ekonomiska ersättningen klargörs. Erfarenheterna av föreliggande utredningsarbete visar också på andra behov att förtydliga uppdragsrelationer. Den snabba utvecklingen på materialområdet innebär att KDM bör lämna information om olika materials egenskaper, nytta, kostnadseffektivitet och vetenskapliga dokumentation samt miljökonsekvenser direkt och kontinuerligt till Nämnden för statligt tandvårdsstöd. I enlighet med detta bör Socialstyrelsens instruktion uppdateras. Ett annat viktigt område för beredningen inom det nationella riktlinjearbetet och den nya Nämnden för statligt tandvårdsstöd, och där uppdragsförhållanden behöver förtydligas, är utvecklingen av tandvårdens klassifikationer. Ännu har Socialstyrelsen inget formellt uppdrag att göra en revision av gällande primärklassifikationer, men förstudier visar att detta borde vara en del i förberedelserna för inrättandet av ett tandhälsoregister och sålunda ges i anslutning till detta uppdrag.

Uppdrag och uppdragsredovisning

I utredningen av ett nytt tandvårdsstöd¹ konstaterades ett flertal brister i nuvarande system. Viktiga iakttagelser var administrativt krångel och svårigheter att avgöra om det var ”rätt” åtgärder som stimulerades och ersattes. Vidare konstaterades att tandvårdens kunskapsstyrning var dåligt utvecklad och att nationella riktlinjer saknades. Utredningen utmynnade i förslag till förändringar som berör flera olika myndigheter.

Socialstyrelsen har i sitt regleringsbrev för 2007 fått regeringens uppdrag att utforma en modell för hur nationella riktlinjer för tandvården ska utarbetas samt att påbörja ett arbete med att ta fram nationella riktlinjer för tandvården. Socialstyrelsen ska senast den 1 september 2007 redovisa en modell för arbetet med riktlinjerna. Därefter skall Socialstyrelsen årligen, i samband med årsredovisningen, redogöra för sitt pågående riktlinjearbete inom tandvårdsområdet. När Socialstyrelsen utarbetar nationella riktlinjer och kvalitetsindikatorer för tandvården ska den inriktning som uttrycks i Dagmaröverenskommelsen 2007 tillämpas. Resultaten ska följas upp och redovisas öppet och ta sin utgångspunkt i den nationella strategin för God vård².

I föreliggande rapport redovisas resultatet av Socialstyrelsens modellarbete, dvs hur myndigheten ser på riktlinjernas struktur och utformning samt hur Socialstyrelsen avser att praktiskt lägga upp riktlinjearbetet tillsammans med andra myndigheter och experter. Även en preliminär tidplan redovisas.

Förutsättningarna för framtagande av nationella odontologiska riktlinjer skiljer sig i flera delar från hälso- och sjukvårdens medicinska nationella riktlinjer. Några väsentliga skillnader är de betydligt färre huvuddiagnoserna, mottagarna av riktlinjerna och att riktlinjerna genom den planerade tandvårdsreformen blir ett viktigt underlag vid beredningen av vilken tandvård som ska ersättas med medel från det statliga tandvårdsstödet. Tandvårdsutredningens skrivningar innebär tydligare utgångspunkter för arbetet med kostnadseffektivitet än den som ges av Hälso- och sjukvårdslagen och som tillämpas för medicinska riktlinjer. Det modellarbete som bedrivits inom myndigheten har tagit hänsyn till dessa och andra skillnader, vilket innebär att de odontologiska nationella riktlinjerna kommer att ha några mindre särskiljande drag i förhållande till t ex de nationella riktlinjerna för hjärt- eller för cancersjukvården.

Socialstyrelsens regeringsuppdrag att ta fram nationella riktlinjer för tandvården kommer innan tandvårdspropositionen har presenterats för riksdagen. Bakgrunden till detta är 2007 års ekonomiska vårproposition³ där det framgår att regeringen avser att i början av 2008 till riksdagen lämna förslag till en tandvårdsreform. Vidare anges i vårpropositionen att regeringen avser att tillskapa en genomförandeorganisation inom Regeringskansliet med

¹ Friskare tänder – till rimliga kostnader. SOU 2007:19

² Se sidan 13 i rapporten

³ Prop 2006/07:100

uppgift att samordna förberedelserna för genomförandet av den aviserade tandvårdsreformen och ta fram förslag till kompletteringar av de författningsförslag som lämnats av Tandvårdsutredningen. Genomförandeorganisationen har inrättats vid Socialdepartementet med uppgift att leda och samordna insatserna inför ikraftträdandet av det nya stödet. Inriktningen för arbetet är att stödet ska träda i kraft den 1 juli 2008.

Genom uppdragen till Försäkringskassan respektive Socialstyrelsen samt inrättandet av Genomförandeorganisationen har förutsättningar skapats för att reformen ska kunna träda i kraft under 2008. Tidplanen innebär dock att genomförandearbetet inledningsvis inte kommer att kunna utgå från besked om vad som gäller genom proposition, eftersom propositionen inte väntas lämnas förrän i början av 2008. Den grundläggande konstruktionen av reformen ska dock ske i enlighet med förslagen i Tandvårdsutredningens slutbetänkande Friskare tänder - till rimliga kostnader. Berörda myndigheter ska föra en kontinuerlig dialog och samråda med Genomförandeorganisationen för tandvårdsreformen.

Mot denna bakgrund refererar Socialstyrelsen därför i föreliggande rapport främst till förslagen från Utredningen om ett nytt tandvårdstöd, när konsekvenserna för riktlinjearbetet ska analyseras och modellen för arbetet tas fram.

Det nya tandvårdsstödet

Regeringens uppdrag till Socialstyrelsen att utforma en modell för tandvårdens nationella riktlinjer baseras på förslagen från utredningen om ett nytt tandvårdsstöd för vuxna. Utredningens sammanhållna förslag innehåller nya principer för det statliga stödet till tandvården för vuxna. Stödet består av tre delar: en tandvårdscheck, stöd till abonnemangstandvård och ett skydd mot höga kostnader. Ett system med referenspriser för olika åtgärder föreslås. Patienten föreslås få ersättning med 50 procent av referenspriset för åtgärder som kostar mellan 3 000 och 15 000 kronor. För kostnader över dessa belopp ersätts godkända ingrepp med 85 procent av referenspriset. Utredningen lämnar också förslag om en tydligare definition av vilken tandvård som ska vara ersättningsberättigad i det statliga tandvårdsstödet. Bl a ska förebyggande insatser och sjukdomsbehandling vara prioriterade.

Styrning

Målet för tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen och ska bedrivas så att den uppfyller kravet på en god tandvård (2 och 3 § Tandvårdslagen). I Tandvårdsutredningen beskrivs den statliga styrningen av tandvården som ”svag och splittrad”. Dessutom saknas viktiga förutsättningar för en fungerande kunskapsstyrning då bl a tillgången till hälso- och kostnadsdata på nationell nivå är mycket begränsad. Till detta kan läggas att tandvården saknar hälso- och sjukvårdens mer utvecklade vårdprogramskultur och system för att ta fram nationella riktlinjer. Specialistföreningarna har inte heller samma starka ställning och sammanhållande roll. En likhet med övrig hälso- och sjukvård är de alltmer avancerade och kostsamma behandlingsmetoder som erbjuds. Dessa förhållanden utgör sammantaget viktiga skäl för att utveckla tandvårdens kunskapsstyrning. Samtidigt innebär dessa omständigheter att ett omfattande utvecklingsarbete behöver sättas igång inom flera olika områden. Just avsaknaden av en upparbetad infrastruktur för såväl informationsförsörjning (tandhälso- och kvalitetsregister) som bristen på vetenskapliga studier med högt bevisvärde⁴ innebär betydande svårigheter i ett första skede när nationella riktlinjer ska utarbetas. Dessutom saknas i stor utsträckning de medicinska specialistföreningarnas starka traditioner att utarbeta gemensamma konsensusbaserade vårdprogram. På längre sikt, när tillgången till tandhälso- och kostnadsdata är större och kvalitetsregistreringen har etablerats, förbättras förutsättningarna i rask takt. Då kan även tandvårdens insatser bli mer evidensbaserade (genom de nationella riktlinjerna) och patienterna mer medvetna vårdkonsumenter.

Utredningen ser att styrningen kan utvecklas inom fyra områden:

⁴ Bevisvärdet avser den vetenskapliga kvaliteten hos en enskild studie och dess förmåga att besvara en viss fråga på ett tillförlitligt sätt.

- Styrning mot en mer evidensbaserad tandvård, s k kunskapsstyrning
- Styrning av vad som är ersättningsberättigad tandvård
- Förbättringar av tandvårdsmarknadens funktionssätt
- Effektivare kontroll av utbetald ersättning och utförd vård

Socialstyrelsen föreslås få i uppdrag att ta fram nationella odontologiska riktlinjer, som även omfattar olika behandlingars kostnadseffektivitet och samhällsekonomiska effektivitet. Utredningen framhåller att de nationella riktlinjerna är av stor betydelse för vad som kommer att bedömas vara ersättningsberättigad tandvård genom att de bidrar till att vägleda den föreslagna Nämnden för statligt tandvårdsstöd i dess beredning av och förslag till vad som ska vara ersättningsberättigad tandvård och inte.

Skillnaden gentemot tidigare tandvårdsstöd är att systemet blir mer transparent. Det ska nu på förhand gå att se vilken ersättning som utgår utifrån en åtgärd som planerats utifrån en särskild diagnos eller indikation. Detta gör de tidigare förhandsbeskeden onödiga och sparar därmed tidsödande administration. Nationella riktlinjer, som också kommer att publiceras i en patientversion, gör att patientens ställning stärks. Riktlinjerna bidrar därmed till mer välinformerade patienter som bättre kan väga möjliga och lämpliga behandlingsåtgärder mot nytta och kostnader.

Mål och beslutsmekanismer för det nya tandvårdsstödet

Tandvårdsstöd lämnas för förebyggande tandvård och sjukdomsbehandling samt rehabilitering/habilitering i vissa fall. De övergripande målen för stödet är:

- Att bibehålla god tandhälsa hos individer med inga eller små tandvårdsbehov
- Att möjliggöra god tandvård för individer med stora tandvårdsbehov till en rimlig kostnad

Den hälsofrämjande inriktningen markeras genom betoningen av förebyggande insatser. Tandvårdsstödet ska utformas som en enkel och sammanhållen modell och bidra till att stärka patientens ställning. En Nämnd för statligt tandvårdsstöd inrättas. Uppgiften är att bereda och lämna förslag till regeringen kring vilka tandvårdsåtgärder som bör ersättas och med utgångspunkt från vilka belopp (referenspriser). Ersättningsberättigade åtgärder fastställs sedan av regeringen i förordningen om statligt tandvårdsstöd. Behandlingar kommer att bedömas utifrån vilka nyttoeffekter dessa har vid en given indikation. Genomförandet av tandvårdsreformen är sålunda starkt beroende av att evidensbaserade nationella odontologiska riktlinjer utformas för vuxentandvården.

Statligt tandvårdsstöd bör enligt betänkandet lämnas för förebyggande tandvård och tandvårdsbehandlingar som patienten behöver och som syftar till:

- smärtfrihet och frihet från sjukdomar i munhålan

- förmåga att äta, tugga och tala utan större hinder
- ett utseende utan tydliga, estetiskt störande inslag

Vården ska vidare syfta till att så långt möjligt bevara munnens vävnader och behandlingens kvalitet och hållbarhet vägas mot kostnaderna. Målet att vården ska bevara munnens vävnader, d v s tänder, slemhinnor och käkben, har konsekvenser för hur behandlingsalternativ prioriteras. Det kan, enligt tandvårdsutredningen, t ex innebära att förebyggande insatser kan komma att prioriteras före reparationer, att traditionell protetik prioriteras framför implantat och att i valet mellan olika implantattekniker så prioriteras de som med största säkerhet bevarar käkbenet.

Tandvårdsutredningen betonar att åtgärder som berättigar till statligt tandvårdsstöd ska vara kostnadseffektiva. Det finns dock inga ekonomiska incitament som styr mot förebyggande insatser i förslaget statligt tandvårdsstöd, vilket innebär att de nationella riktlinjerna i denna del blir det viktigaste styrinstrumentet. Samtidigt ger utredningen ett avsevärt tydligare stöd för avgränsning av det offentliga åtagandet än vad Hälso- och sjukvårdslagen ger för den medicinska verksamheten.

Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att utredningens mål och definitioner utgör ändamålsenliga och användbara startpunkter för arbetet kring nationella odontologiska riktlinjer.

En modell för nationella riktlinjer för tandvården

Idag finns inga nationella riktlinjer inom tandvården. Även konsensusbase-
rade vårdprogram är sällsynta. Det finns heller inget nationellt tandhälsore-
gister och de första nationella kvalitetsregistren är precis i startgroparna. På
regional nivå kan det dock inom delar av tandvården finnas långsiktiga upp-
följningar av god kvalitet, bl a i Jönköping, Dalarna och Östergötland. Epi-
demiologiska studier blir därför mer krävande att genomföra och bristen på
odontologiska studier med högt bevisvärde är stor. Samma sak gäller studier
av olika åtgärders kostnadseffektivitet. Tillsammans med tandvårdens
spridning på många stora och små enheter försvårar detta en kunskapsbase-
rad konsensus kring behandlingsprinciper. Att utarbeta heltäckande natio-
nella riktlinjer för tandvården innebär därför en betydande utmaning. Å
andra sidan utgör tandvården ett förhållandevis avgränsat och överblickbart
vårdområde i jämförelsen med övrig hälso- och sjukvård. Det är följaktligen
realistiskt att i en relativt nära framtid kunna utarbeta heltäckande nationella
riktlinjer. En sidoeffekt av det planerade riktlinjearbetet är att tandvårdens
forskningsbas blir grundligt genomlyst, vilket kan ge incitament för att star-
ta forskningsprojekt inom områden där det idag saknas relevanta studier.

Målgrupper

De odontologiska nationella riktlinjerna har delvis andra målgrupper än de
medicinska. Huvudsakliga mottagare är Nämnden för statligt tandvårdsstöd,
professionerna och patienterna. Nämnden ska föreslå till regeringen vilka
åtgärder som ska berättiga till statligt tandvårdsstöd, bl a med de nationella
riktlinjerna som grund. Högt prioriterade insatser torde därmed i större grad
berättiga till statligt tandvårdsstöd. Tandvårdens chefer och professioner är
givetvis viktiga målgrupper, eftersom riktlinjerna syftar till att öka kvalitén i
diagnostik och behandling. Genom sin roll som huvudfinansiär av vuxen-
tandvården borde patienterna ha en starkare ställning. Frånvaron av obero-
ende information kring tandvårdens olika åtgärder har dock inneburit att de
ofta befunnit sig i ett informations- och kunskapsunderläge. Ett viktigt syfte
med de odontologiska nationella riktlinjerna är därför även att öka patien-
tens delaktighet och inflytande över sin behandling genom att förbättra den-
nes kunskaper. Det innebär att patienterna/befolkningen, vid sidan av Tand-
vårdsstödsnämnden och professionerna, är en mycket viktig målgrupp i rikt-
linjearbetet.

Landstingens politiker är ingen primär målgrupp för riktlinjerna. Samti-
digt kan det konstateras att landstingen är ansvariga för att de som bor i
landstinget får sitt behov av tandvård tillgodosett⁵. Om tandvårdsreformen

⁵ Tandvårdslagen (1985:125), § 5 och 8.

leder till att efterfrågan på tandvård ökar kan det pressa fram prioriteringar mellan olika patientgrupper, vilket är något som ansvariga politiker behöver följa noggrant.

Uppdraget att ta fram nationella riktlinjer kan inte ses isolerat från uppgiften att skapa, eller bidra till att skapa, en fungerande infrastruktur för tandvårdens kunskapsstyrning. I linje med detta fick Socialstyrelsen regeringens uppdrag att, genom Epidemiologiskt Centrum (EpC), inrätta ett tandhälsoregister över den vuxna befolkningens tandhälsa⁶. I juni 2008 ska Socialstyrelsen lämna en rapport om hur tandhälsoregistret ska administreras och föreslå hur statistik om tandhälsa ska hanteras. Tandvårdens primärklassifikationer (t ex diagnoser och åtgärder) utgör grunden för den statistiska rapporteringen till tandhälsoregistret, men även för det sekundära klassifikationssystem som föreslås för ersättningsändamål. Det finns behov av att inleda en översyn av befintliga primärklassifikationer samt använda termer och begrepp i syfte att säkra en enhetlig och ändamålsenlig tillämpning för verksamhetsbeskrivning, statistisk och ersättningssystem. Det är för övrigt helt i linje med den nationella IT-strategin för övrig vård och omsorg⁷. Ännu har Socialstyrelsen inget formellt uppdrag att göra en revision av tandvårdens primärklassifikationer, men förstudier visar att detta borde vara en del i förberedelserna för inrättandet av ett tandhälsoregister och sålunda ges i anslutning till detta uppdrag.

Socialstyrelsen kommer också i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) att stödja utveckling och användning av nationella kvalitetsregister. Samverkan sker i den så kallade beslutsgruppen, som tar beslut om ekonomiskt stöd utifrån fastställda kriterier. I detta sammanhang bör också vikten av en ändamålsenlig tandvårdsdokumentation betonas. Denna utgör en bas för datafångst både vad avser tandvårdens processer och resultat och är en förutsättning för systematiskt verksamhetsuppföljning på nationell och lokal nivå. Därmed ges också nödvändiga förutsättningar för att kunna bedriva ett kontinuerligt förbättringsarbete och för en förbättrad klinisk forskning.

Även tandvården kommer att inkluderas i den nationella strategin för God vård, som bl a låg till grund för årets Dagmarförhandlingar. God vård innebär att tandvården är säker, kunskapsbaserad och ändamålsenlig, patientfokuserad, kostnadseffektiv, jämlik och kan ges i rimlig tid. I denna strategi ingår systematiskt framtagna kunskapsunderlag om nya och etablerade metoder, nationella riktlinjer för vård och behandling, IT-baserad och ändamålsenlig vårddokumentation (som i sin tur bl a kräver enhetliga begrepp, termer och klassifikationer), nationella kvalitetsindikatorer som gör det möjligt att mäta, följa upp och värdera tandvårdens processer, resultat och kostnader samt öppna och indikatorbaserade jämförelser.

Det är också viktigt att den kliniska forskningen stimuleras, framför allt när det gäller jämförande studier av olika behandlingar/material. Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering (SBU) och Kunskapscenter för Dentala Material (KDM) kommer att ta fram systematiska kunskapsöversikter

⁶ Regeringens beslut den 16 augusti 2007.

⁷ Nationell IT-strategi för vård och omsorg. Var står vi idag? Lägesrapport 2007. Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen.

för olika delar av tandvården. KDM har en fristående verksamhet som är knuten till Hälso- och sjukvårdsavdelningen på Socialstyrelsen. Dess uppgift är att insamla vetenskapligt baserad kunskap om dentala materials egenskaper och hantering och sprida denna kunskap till vårdgivarna inom tandvården och vården i övrigt. Lite förenklat kan sägas att SBU koncentrerar sig på metoder och KDM på material. Denna åtskillnad är dock inte alltid enkel att göra, eftersom det ofta är svårt att skilja på vad i resultatet som påverkats av metoden och vad som påverkats av materialet.

Nationella riktlinjer kan ses som den synliga delen av kunskapsstyrningens isberg. Riktlinjerna är starkt beroende av att de underliggande delarna, som presenterats ovan, ger tillräcklig flytkraft och fungerar väl. Ett förväntat problem för de expertgrupper, som ska ta sig an de odontologiska och hälsoekonomiska faktadokumenterna, är just bristen på systematiska kunskapsöversikter och studier med högt bevisvärde. De största bristerna förväntas bland de hälsoekonomiska underlagen, då antalet studier inom området är försvinnande få. Inom vissa diagnosområden kommer Socialstyrelsen initialt att behöva luta sig mer mot begreppet ”beprövad erfarenhet”, och även förtydliga definitionen och värdet av denna, när olika åtgärder ska prioriteras och rekommendationer utarbetas.

Avgränsning

Arbetet med nationella odontologiska riktlinjer bygger i det initiala skedet på tandvårdsutredningens slutbetänkande och Socialstyrelsens erfarenheter av medicinska nationella riktlinjer för hälso- och sjukvården. När regeringens proposition om det nya tandvårdsstödet kommer förankras relevanta delar av arbetet i denna.

Enligt tandvårdsutredningen ska de odontologiska nationella riktlinjerna vara heltäckande. Med tanke på att det idag helt saknas nationella riktlinjer inom området är detta ett stort åtagande och har föranlett följande prioriteringar som syftar till ett stegvis införande. Mot bakgrund av Tandvårdsstödsnämndens förväntat stora behov av beslutsunderlag för de tandvårdsåtgärder som ska kvalificera för statlig ersättning, är det naturligt att riktlinjearbetet tar sin början i vuxentandvården.

Arbetet med nationella odontologiska riktlinjer kommer att utgå från diagnoser eller definierade tillstånd. I tandvårdsutredningens betänkande har sex huvuddiagnoser identifierats och det är för dessa som nationella riktlinjer först kommer att utformas:

1. Karies
2. Sjukdomar i de parodontala vävnaderna⁸
3. Sjukdomar i tandpulpan och de periradikulära vävnaderna (vävnaderna kring tandrötterna)
4. Hel och partiell tandlöshet
5. Smärtsamma käkfunktionsstörningar
6. Bett- och tandpositionsavvikelse samt tandutvecklingsstörning

⁸ I denna grupp ingår bl a gingivit och parodontit.

Detta innebär att en dominerande del av vuxentandvården kommer att få nationella riktlinjer inom loppet av några år.

Kan odontologiska nationella riktlinjer utformas på samma sätt som medicinska?

Utarbetandet av nationella riktlinjer bygger på en omfattande samverkan mellan myndigheter och lämpliga experter. Tandvården är en del av hälso- och sjukvården, men existerande skillnader i bl a kultur, finansiering och organisation i förhållande till den medicinska verksamheten har föranlett en fördjupad analys av hur existerande modell och arbetssätt för att ta fram medicinska nationella riktlinjer också är tillämpbar för tandvården. Den analys som gjorts, och beskrivs i denna rapport, ger vid handen att utvecklingsarbeten kommer att krävas inom vissa delområden, men i huvudsak kommer arbetsmodellen för att ta fram nationella riktlinjer för tandvården att vara densamma som använts inom bl a hjärt- och cancersjukvården.

I det följande presenteras först hur de medicinska riktlinjerna är utformade och tas fram. Därefter följer en analys av förutsättningarna för att använda samma modell för de odontologiska nationella riktlinjerna och en presentation av den arbetsmodell som valts för dessa riktlinjer.

De medicinska riktlinjerna

Socialstyrelsen har i uppdrag att utarbeta Nationella riktlinjer för god vård för patienter med svåra kroniska sjukdomar. I uppdraget ingår också att utarbeta kvalitetsindikatorer som belyser god vård, bland annat inom ramen för det nationella riktlinjearbetet. Vidare ingår det i myndighetens uppdrag att hålla innehållet i riktlinjerna aktuellt genom återkommande uppdateringar och kompletteringar. Socialstyrelsen ska också redovisa till regeringen hur riktlinjerna påverkar medicinsk praxis.

De primära målgrupperna för riktlinjerna är beslutsfattare (politiker, chefstjänstemän och verksamhetschefer) och hälso- och sjukvårdspersonal.

Arbetet med nationella riktlinjer inom hälso- och sjukvården har varit omfattande. Det finns idag Nationella riktlinjer inom följande områden:

- Astma- och Kol
- Cancersjukdomar (bröst-, kolorektal- och prostatacancer)
- Hjärtsjukdomar
- Missbruk och beroende
- Stroke
- Venös tromboembolism (blodproppssjukdom)

Utöver ovanstående pågår arbete med Nationella riktlinjer inom följande områden:

- Cancer (lungcancer)
- Demens
- Depression och ångest

- Diabetes
- Hjärtsjukdomar (uppdatering)
- Metoder för att förebygga sjukdom genom påverkan av livsstil
- Rörelseorganens sjukdomar

Syftet med riktlinjerna

Riktlinjerna ska ge nationellt kunskapsstöd till sjukvårdshuvudmännens beslut om hur resurserna ska fördelas mellan behovsgrupper och/eller verksamheter och utgöra underlag för regionala och lokala vårdprogram. Arbetet inriktas på de stora sjukdomsgrupperna, omfattar hela vårdkedjan och fokuserar på frågeställningar där behovet av vägledning för beslutsfattare och hälso- och sjukvårdspersonal är särskilt stort. Målet är att bidra till att hälso- och sjukvårdens resurser används effektivt, fördelas efter behov och styrs av systematiska och öppna prioriteringsbeslut. Därmed vill Socialstyrelsen bidra till att stärka patienternas möjligheter att få god vård. Den goda vården utmärks av att den är kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och förmedlad i rimlig tid.

Styrning och ledning av arbetet

För varje projekt finns en *projektledningsgrupp*. I den gruppen ingår chefen för Enheten för Nationella riktlinjer vid hälso- och sjukvårdsavdelningen, enhetens informatör, Socialstyrelsens projektledare och projektsekreterare, en medicinskt sakkunnig samt ordförandena/motsvarande för de olika arbetsgrupperna i projektet (medicin, omvårdnad, hälsoekonomi och prioriteringar). Projektledningsgruppen har det övergripande ansvaret för samordningen av arbetet i de olika arbetsgrupperna. Den tar slutlig ställning till prioriteringarna och övriga rekommendationer inför att riktlinjerna beslutas av Socialstyrelsens generaldirektör.

Arbetet med kvalitetsindikatorerna bedrivs med metodstöd från Utvecklingsenheten vid Hälso- och sjukvårdsavdelningen, som har samordningsansvaret för arbetet med kvalitetsindikatorer på Socialstyrelsen.

Riktlinearbetet ska normalt resultera i att fyra olika dokument utarbetas:

- Ett huvuddokument med beslutstöd för prioriteringar med beslutsfattare (politiker, chefstjänstemän och verksamhetschefer) och hälso- och sjukvårdspersonal som primära målgrupper
- Ett faktdokument med hälso- och sjukvårdspersonal som primära målgrupper
- En populärversion av riktlinjerna med patienter och närstående som primära målgrupper
- Ett dokument som vänder sig till politiskt ansvariga för hälso- och sjukvården

Huvuddokumentet ska innehålla följande rekommendationer:

- Rekommendationer om prioriteringar (rangordningslista).

- Rekommendationer om åtgärder som inte bör utföras rutinmässigt eller utföras alls ("Icke-göra-listan").
- Rekommendationer om åtgärder som bara bör genomföras inom ramen för kliniska prövningar eller forsknings- och utvecklingsprojekt (FoU-listan).
- Kvalitetsindikatorer som speglar olika aspekter av kvalitet och som är möjliga att kontinuerligt registrera och följa upp via registerdata, enkäter eller annan informationskälla.

Rangordningslistan ska enbart innehålla åtgärder med dokumenterad effekt eller stöd i "beprövad erfarenhet". Rangordningen ska redovisas i en skala från 1 till 10 efter angelägenhetsgrad. Siffran 1 anger åtgärder med högst prioritet. Siffran 10 anger åtgärder som ger mycket liten nytta alternativt liten nytta i förhållande till kostnaden vid de aktuella hälsotillstånden.

Till "*icke-göra-listan*" hänförs åtgärder som inte bör utföras *alls* därför att det finns god vetenskaplig dokumentation för att åtgärden har ingen eller sämre effekt än annan behandling. Metoder där balansen mellan komplikationer/biverkningar och effekter utfaller påtagligt ogynnsamt bör oftast placeras på "*icke-göra-listan*". Hit hänförs också åtgärder som inte bör utföras *rutinmässigt* för att det vetenskapliga stödet är ofullständigt eller motstridigt och det samtidigt finns andra alternativ med gott vetenskapligt stöd.

Styrkan i rekommendation om att inte utföra en viss åtgärd bör således huvudsakligen vara beroende av tillförlitligheten av det vetenskapliga underlaget för att åtgärden saknar effekt på viktiga effektmått. Till "*icke-göra-listan*" kan också hänföras diagnostiska åtgärder där eventuella fynd, trots adekvata testprestanda, sällan påverkar handläggningen och som därför saknar rutinmässig klinisk indikation. För tester med bristande precision/reproducerbarhet eller som saknar klinisk nytta gäller det samma.

Till *FoU-listan* hänförs åtgärder där ett vetenskapligt underlag saknas, är bristfälligt eller motstridigt och där pågående eller kommande forskning kan tillföra relevant kunskap. En förutsättning är att metoden antingen är på väg att införas, redan har införts trots bristande grund eller att professionen hyser stora förhoppningar om dess värde.

De medicinska faktagruppernas uppdrag

Det medicinska faktadokumentet utarbetas av en eller flera *medicinska faktagrupper*. Urvalet av experter görs på basis av deras vetenskapliga kompetens, legitimitet och representativitet. Det senare innebär att viktiga specialiteter ska vara representerade, men också att det finns en rimlig geografisk spridning. Experterna bör utses så att arbetsgruppens ordförande med stöd av ytterligare några strategiskt utvalda experter har en så bred kompetens och hög legitimitet att de kan ta huvudansvaret för det medicinska faktadokumentet. Till arbetsgruppen knyts ytterligare medicinska experter med specialkunskaper inom vissa områden som författare av underlag till - eller som sakgranskare av - olika delar av dokumentet.

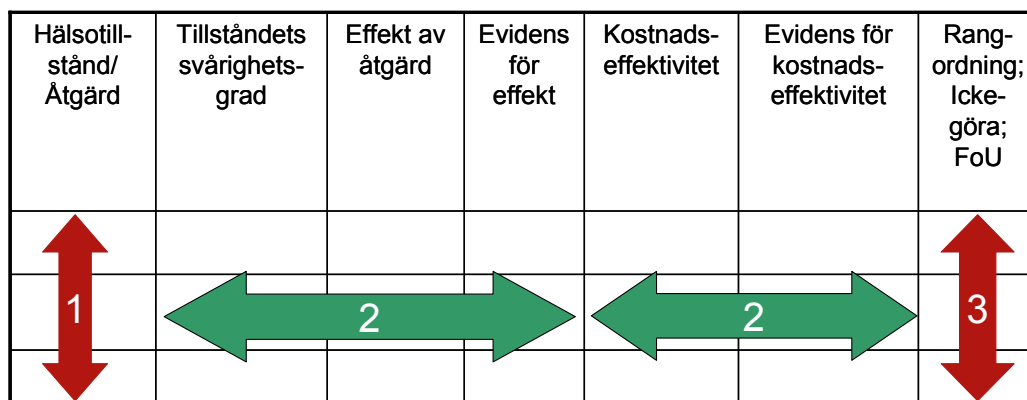
Varje medicinsk faktagrupp har i uppdrag att definiera kombinationer av hälsotillstånd/indikationer och åtgärder för den aktuella sjukdomsgruppen och redovisa dessa i en lista. Denna ska omfatta hela vårdkedjan.

Tillstånds-/åtgärdslistan är ett redskap i processen med att ta fram riktlinjerna och används som underlag för

- disposition av och innehåll i det medicinska och hälsoekonomiska fakta-dokumentet
- rekommendationer om prioriteringar (rangordningslistan)
- rekommendationer om åtgärder som inte bör utföras rutinmässigt eller utföras alls ("icke-göra-listan")
- rekommendationer om åtgärder som bara bör genomföras inom ramen för kliniska prövningar eller forsknings- och utvecklingsprojekt ("FoU-listan")

När tillstånds-/åtgärdslistan är utarbetad och förankrad är det faktagruppens uppgift att ta fram fakta om och bedöma de olika hälsotillståndens svårighetsgrad, effekten för angiven åtgärd och evidensen för effekten. Resultatet ska redovisas såväl i listan som i det medicinska faktadokumentet.

Den hälsoekonomiska faktagruppen/grupperna har motsvarande uppdrag vad gäller fakta och bedömningar av kostnadseffektiviteten. Arbetsgången beskrivs schematiskt i figur 1

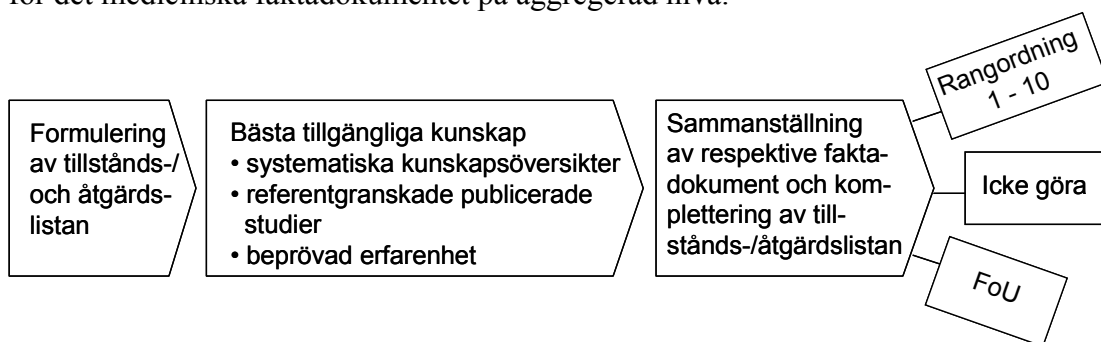


Figur 1. Schematisk arbetsgång för det medicinska riktlinjearbetet. Siffrorna i figuren refererar till olika faser i arbetet. Hälsotillståndets svårighetsgrad ska ses mot bakgrund av vad som händer om tillståndet inte behandlas.

Arbetet inleds med att relevanta kombinationer av hälsotillstånd/åtgärder bestäms. Sedan sker arbetet parallellt, och med kommunikation i vissa frågor, i den medicinska respektive den hälsoekonomiska faktagruppen.

Det medicinska vetenskapliga underlaget ska så långt det är möjligt baseras på redan befintliga systematiska kunskapssammanställningar av god kvalitet utarbetade av SBU eller någon annan myndighet/organisation eller publicerade i referentgranskade tidskrifter. Om kunskapssammanställningen inte är färsk ska den kompletteras med aktuella studier. När det saknas systematiska kunskapsöversikter görs en översiktlig litteratursökning efter originalstudier publicerade i referentgranskade publikationer och, om sådana

saknas, bedömningar av vad som är beprövad erfarenhet. Den medicinska faktagruppens medlemmar ansvarar för att litteratursökningen görs och dokumenteras i enlighet med Socialstyrelsens anvisningar i Styrdokumentet för Nationella riktlinjer för god vård. I figur 2 ges en bild av arbetsprocessen för det medicinska faktadokumentet på aggregerad nivå.



Figur 2. Schematisk bild av framtagandet av det medicinska faktaunderlaget.

Arbetet med att ta fram hälsoekonomiska fakta sker parallellt med framtagandet av medicinska fakta och redovisas dels integrerat i faktadokumentet, dels i ett separat hälsoekonomiskt faktadokument. Det hälsoekonomiska uppdraget beskrivs närmare nedan.

När de medicinska och hälsoekonomiska faktaunderlagen har tagits fram är det den medicinska faktagruppens uppgift att – tillsammans med projektledningsgruppen - ta ställning till vilka slutsatser i faktadokumentet kopplat till indikations-/åtgärdslistan som ska hänföras till

- rangordningslistan
- ”icke-göra-listan”
- FoU-listan.

Det är den medicinska faktagruppen som ansvarar för ställningstaganden och kommentarer till de tillstånds-/åtgärdspar som hänförs till ”icke-göra-listan” och FoU-listan. Det ingår däremot inte i den medicinska faktagruppens uppgift att utarbeta förslagen till prioriteringar i rangordningslistan.

Det hälsoekonomiska faktagrupsarbetet

Arbetet med att ta fram det hälsoekonomiska faktadokumentet följer, med vissa modifieringar, i allt väsentligt samma principiella struktur som arbetet med det medicinska faktaunderlaget.

Den hälsoekonomiska litteratursökningen förlitar sig i större utsträckning än den medicinska på enskilda ekonomiska utvärderingar publicerade som fristående artiklar eller som en serie av artiklar. Sökningarna inriktas på samhällsekonomiska kostnadsberäkningar och ekonomiska utvärderingar där ett samhällsekonomiskt perspektiv eftersträvas. De föredragna effektmåtten är kvalitetsjusterade levnadsår (QALY) samt vunna levnadsår, vid behov kan även kliniskt relevanta sjukdomsspecifika mått förekomma.

För vissa tillstånds-/åtgärdspar där hälsoekonomiska studier av god kvalitet saknas men där behovet av vägledning är stort - och där den hälsoekonomiska evidensen kan ha avgörande betydelse för hur åtgärden ska priori-

teraser - ansvarar den hälsoekonomiska faktagruppen för att genomföra modellsimuleringar. Beräkningarna ska så långt det är möjligt ha ett samhällsperspektiv och beakta både kostnader och vunna kvalitetsjusterade levnadsår (QALYs) eller vunna levnadsår.

Arbetet med beslutsunderlaget för prioriteringar

Arbetet med prioriteringarna bedrivs oftast i två steg. I ett första steg utarbetar två eller flera *prioriteringsgrupper* ett preliminärt förslag till prioriteringar inom sina respektive ansvarsområden. Indelningen kan baseras på diagnoser (ex. bröstcancer, kolorektalcancer och prostatacancer) eller på olika faser av vårdkedjan (ex. prevention, akut vård och rehabilitering). I ett andra steg utarbetas en samlad rangordningslista baserat på förslagen från de olika prioriteringsgrupperna av en gemensam prioriteringsgrupp.

Urvalskriterierna för experterna i prioriteringsgruppen skiljer sig i ett viktigt avseende från dem som gäller för de medicinska faktagrupperna. Här betonas främst de kliniska erfarenheterna och det allmänna förtroendet för personens bidrag i detta avseende.

Prioriteringsgruppens/gruppernas arbete ska baseras på den hälsotillstånds-/åtgärdslista och det medicinska respektive det hälsoekonomiska faktagruppen/grupperna utarbetat. Uppdraget för prioriteringsgruppen/grupperna är att utarbeta ett förslag till rangordning för varje tillstånds-/åtgärdspar efter angelägenhetsgrad i en skala från 1 – 10 baserat på en samlad bedömning av hälsotillståndets svårighetsgrad, effekt av åtgärden, kostnadseffektivitet och evidens mot bakgrund av de fakta och slutsatser som de medicinska och hälsoekonomiska faktagrupperna har redovisat.

En arbetsmodell för odontologiska nationella riktlinjer

Principiella utgångspunkter

Syftet med de odontologiska nationella riktlinjerna är liksom för de medicinska att bidra till att resurserna för hälso- och sjukvården används effektivt, att tandvårdsstödet fördelas efter behov och styrs av systematiska och öppna prioriteringsbeslut.

En skillnad är att de primära målgrupperna för tandvårdens nationella riktlinjer är Nämnden för statligt tandvårdsstöd, tandvårdens professioner och chefer samt patienterna, medan de primära målgrupperna för de medicinska riktlinjerna är beslutsfattare inom hälso- och sjukvården (politiker, chefstjänstemän och verksamhetschefer) och hälso- och sjukvårdspersonal. Den stora graden av egen- eller patientfinansiering inom vuxentandvården innebär att de odontologiska riktlinjerna kommer att vara mycket viktiga som vägledning för patienterna i deras val av möjliga åtgärder.

En annan skillnad är att de nationella riktlinjerna för tandvården förutsätts vara heltäckande medan de medicinska inriktas på de stora sjukdomsgrupperna och fokuserar på frågeställningar där behovet av vägledning för beslutsfattare och hälso- och sjukvårdspersonal är särskilt stort.

Processen för framtagandet av de odontologiska riktlinjerna bör i huvudsak följa processen för framtagande av de medicinska riktlinjerna, d v s initialt inriktas på att identifiera kliniskt relevanta indikationer och åtgärder för respektive diagnos. Därefter är uppgiften att ta fram de odontologiska och hälsoekonomiska faktaunderlagen och slutligen att utarbeta rekommendationerna. Vissa anpassningar kommer dock att göras utifrån de särskilda förutsättningar som gäller för tandvården och dess finansiering.

Krav på det odontologiska faktaunderlaget

Socialstyrelsen anser att lika höga krav måste ställas på de odontologiska faktaunderlag som ska ligga till grund för rekommendationerna i de nationella riktlinjerna för tandvården som på motsvarande underlag i de medicinska riktlinjerna. De odontologiska faktaunderlagen ska därför baseras på bästa tillgängliga kunskap, det vill säga i första hand sökningar efter systematiska kunskapsöversikter av god kvalitet, i andra hand på publicerade referentgranskade originalstudier och i sista hand på bedömningar av vad som är beprövad erfarenhet.

Kostnadseffektivitet

Kostnadseffektivitet spelar en central roll i Tandvårdsutredningens förslag till utformning av det statliga tandvårdsstödet och är ett av de områden där ett utvecklingsarbete behöver genomföras. I det medicinska riktlinjearbetet förlitar man sig huvudsakligen på hälsoekonomiska utvärderingar publicerade i referentgranskade publikationer. När sådana saknas görs i viss utsträckning modellsimuleringar. I båda fallen ska man så långt möjligt ha ett samhällsekonomiskt perspektiv där samtliga kostnadskonsekvenser beaktas. De föredragna måtten inom hälso- och sjukvården är kvalitetsjusterade levnadsår (QALY) och vunna levnadsår. Sättet att beräkna de samhällsekonomiska kostnaderna och synen på kvalitet är dock inte anpassade till tandvårdens behov. Försök att överföra QALY till den odontologiska arenan har resulterat i QATY (Quality Adjusted Tooth Years). Detta mått har inte alls QALYs förmåga att fungera som minsta gemensamma kvalitetsnämnare för patienter med olika och allvarliga diagnoser. Det finns heller inga andra etablerade mått som kan användas för alla tandvårdens diagnoser. Det är därför viktigt att, utifrån Tandvårdsutredningens intentioner, hitta diagnosrelevanta kvalitetsmått som motsvarar de mål och effekter för patienten som där anges.

Nedan refereras Tandvårdsutredningens förslag om mål för den förebyggande tandvård och de tandvårdsbehandlingar som patienten har behov av samt skrivningarna om kostnadseffektivitet. Det kan konstateras att utredningens förslag till målen för ersättningsberättigad tandvård och kostnadseffektivitet är väsentligt tydligare än de som framgår av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

För det första framhåller utredningen att valet av vilken tandvård som ska vara ersättningsberättigad inte bara är ett sätt att stödja patientens betalningsförmåga, utan den ska också ”garantera att en önskad prioritering får genomslag i tandvården”. Nämnden för statligt tandvårdsstöd förväntas sålunda peka ut den mest angelägna vården och föreslå för regeringen att göra

denna ersättningsberättigad. Här är Socialstyrelsens nationella odontologiska riktlinjer av stor betydelse för Tandvårdsstödsnämndens överväganden.

För det andra bör, enligt utredningen, ”det alternativ som mest kostnadseffektivt löser vårdbehovet berättiga till ersättning”. Det innebär att behandlingens nytta måste vägas mot kostnaderna. Nyttan definieras av utredningen i relation till föreslagna målen: Statligt tandvårdsstöd lämnas för förebyggande tandvård och tandvårdsbehandlingar som patienten behöver och som syftar till:

- smärtfrihet och frihet från sjukdomar i munhålan
- förmåga att äta, tugga och tala utan större hinder
- ett utseende utan tydliga, estetiskt störande inslag

Vården ska syfta till att så långt som möjligt bevara munnens vävnader, såsom tänder, slemhinnor och käkben. Dessutom ska behandlingens kvalitet och hållbarhet vägas mot kostnaderna.

Tandvårdsutredningen ger sålunda ett relativt gott stöd för att ta fram relevanta kvalitetsmått, som i sin tur kan sättas i relation till kostnaderna. Mot bakgrund av utredningens föreslagna mål finns dock utrymme för en större begreppsmässigt stringens. När utredningen skriver att ”behandlingens kvalitet och hållbarhet skall vägas mot kostnaderna” är det delvis en tautologi. Hållbarheten är en viktig kvalitetsfaktor precis som den vävnadsbevarande ambitionen. En tolkning av utredningens arbete är att kvalitetsbegreppet kan sammanfattas i följande mål/effekter:

- smärtfrihet och frihet från sjukdomar i munhålan
- förmåga att äta, tugga och tala utan större hinder
- bevarade vävnader i munhålan
- hållbarhet
- ett utseende utan tydliga, estetiskt störande inslag

Mot bakgrund av denna sammanfattande målbild är förutsättningarna goda för att ta fram relevanta kvalitetsindikatorer och kvalitetsmått.

För tandvårdens del antas att beräkningarna av kostnadseffektivitet blir mer renodlade än inom övrig hälso- och sjukvård. I tandvården finns ytterst få fall av för tidig död på grund av odontologiska sjukdomar och sjukskrivningar är sällsynta. De sammantagna kostnaderna för den vuxentandvård som bedrivs utanför landstingets regi fångas relativt väl om patientens respektive statens direkta kostnader summeras. Vad gäller vuxentandvården finns sannolikt vissa samhällskostnader och även patientkostnader som inte återspeglas i patientavgifter och statlig ersättning. Dessa är dock relativt marginella, t ex för patientens del kan det gälla resor till mottagningen och eventuellt förlorad arbetsförtjänst vid behandlingstillfället.

Beräkningen av kostnadseffektivitet påverkas inte av den fria prissättningen. De totala kostnaderna påverkas givetvis vid prishöjningar, men genom införandet av referenspriser påverkas inte tandvårdsstödet storlek av att olika tandläkare har olika prislistor. Vissa tandvårdsåtgärder prissätts idag utifrån vad marknaden kan bära, medan det för andra finns en mer traditionell självkostnadskalkyl med marginalpålägg. T ex är behandlande

tandläkares marginal för insättning av implantat betydligt större än för de flesta andra typer av åtgärder. Genom att referenspriset, enligt tandvårdsutredningen, i grunden ska bygga på en självkostnads kalkyl kommer sannolikt skillnaderna mellan olika åtgärders marginalpåslag att utjämnas i viss mån. Införandet av referenspriser ökar sannolikt även priskonkurrensen mellan olika utförare. I förlängningen kan dessa förändringar innebära att kostnadseffektiviteten för vissa dyra åtgärder, med i dag relativt höga marginaler, kan komma att bli mer kostnadseffektiva längre fram.

Den stora bristen på publicerade hälsoekonomiska studier som avser vuxentandvården innebär sannolikt att arbetet med de hälsoekonomiska faktaunderlagen i det odontologiska riktlinjearbetet till stor del kommer att baseras på modellsimuleringar. En viktig uppgift för den hälsoekonomiska expertgruppen blir därför att ta fram en modell för arbetet med kostnadseffektivitet utifrån Tandvårdsutredningens förslag till mål och inriktning. Det senare underlättas av de relativt tydliga anvisningarna som Tandvårdsutredningen har tagit fram kring åtgärders nytta/kvalitet, men även av de, i förhållande till sjukvården, förenklade kostnads kalkylerna.

Rekommendationerna

Riktlinjernas rekommendationer ska vara underlag för Tandvårdsstödskommitténs ställningstaganden till ersättningsberättigad tandvård, tandläkares och tandhygienisters diagnostiska, behandlande och rehabiliterande yrkesutövning samt för patienternas val av vilka behandlingsåtgärder de vill genomgå och betala för. Rekommendationerna kommer att bygga på de prioriteringar som Tandvårdsutredningen har föreslagit, d v s med utgångspunkten att vården ska bevara munnens vävnader såsom tänder, slemhinnor och käkben. Det innebär t ex

- att förebyggande insatser prioriteras framför reparationer
- att konventionell protetik prioriteras framför implantatteknik
- att implantattekniker som med största säkerhet bevarar käkbenet eftersträvas

Bland möjliga och väldokumenterade behandlingar bör det alternativ som mest kostnadseffektivt löser vårdbehovet berättiga till ersättning. Det innebär att

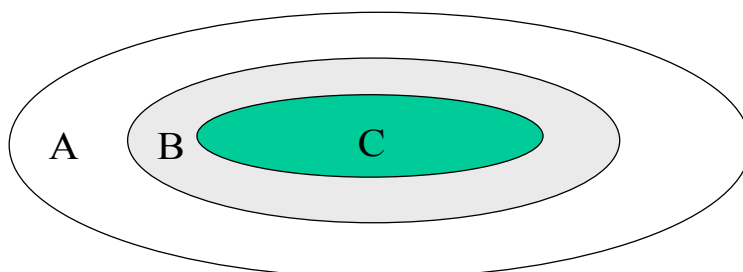
- olika behandlingars kvalitet⁹ måste vägas mot kostnaderna

Utredningens skrivningar om prioriteringen av konventionell protetik och att munnens vävnader ska bevaras så långt det är möjligt, är delvis motsäggande. Implantatbehandling innebär i många fall mindre skada på vävnaderna, eftersom kringliggande tänder skonas från åtgärder som är nödvändiga för att fästa t ex en brygga. Traditionell protetik är dock i dagsläget väsentligt mindre kostsam initialt. I riktlinjearbetet behöver sålunda tillståndets/åtgärdens svårighetsgrad, effekt, evidens för effekt, kostnadseffektivitet och evidens för kostnadseffektivitet vägas samman i den slutliga prioriteringen.

⁹ Se tolkningen av kvalitet på föregående sida

Ersättningsberättigad tandvård

Tandvårdsutredningen anser att det inte räcker med att en åtgärd är förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet för att berättiga till statligt tandvårdsstöd. Den måste också vara kostnadseffektiv och knuten till en diagnos eller ett tillstånd. Principiellt beskriver utredningen synen på ersättningen i figur 3 nedan.



*Figur 3: Figuren klassificerar åtgärder som tandvården utför i sådana som är:
A – Möjliga att utföra, men inte förenliga med vetenskap och beprövad erfarenhet
B – Förenliga med vetenskap och beprövad erfarenhet
C – Ersättningsberättigade*

Källa: SOU 2007:19

Av figuren följer att det finns viss tandvård som inte bör utföras och att det finns tandvård som har gott vetenskapligt stöd, men som ändå inte behöver vara ersättningsberättigad. Beslutsstödet för prioriteringar är därför särskilt viktigt när Tandvårdsstödsnämnden ska ta ställning till, och för regeringen föreslå, vilken tandvård som ska vara ersättningsberättigad.

Tandvårdsutredningens utgångspunkt är att patienter med diagnoser som visar på de största behoven ska få del av det statliga tandvårdsstöds resurser, medan mindre angelägna behov inte ersätts. Utredningens bild stämmer väl överens med hur Socialstyrelsen utformar sina rekommendationer i riktlinjearbetet. I Socialstyrelsens modell för nationella riktlinjer motsvarar:

- A: Icke-göra-listan och FoU
- B och C: Rangordningslistan, där C innehåller den tandvård som prioriterats högst och B den med lägre prioritet

Ett högt rankat tillstånds-/åtgärdspar bör i Tandvårdsstödsnämndens bedömningar hamna inom område C, d v s motsvara sådana åtgärder som kommer att föreslås vara ersättningsberättade.

Inom tandvården är det Tandvårdsstödsnämnden/regeringen som sätter den ekonomiska ribban för vilka åtgärder som ska vara berättigade till ekonomiskt stöd från Försäkringskassan. Ytterst är det dock patienten som väljer om en åtgärd med gott vetenskapligt stöd ska utföras eller inte. Det gäller även om åtgärden inte är ersättningsberättigad, men kräver då att patienten betalar hela kostnaden.

Genomförande

Existerande arbetssätt för att utarbeta nationella medicinska riktlinjer har redovisats i tidigare kapitel och ovan har de principiella utgångspunkterna för de odontologiska riktlinjerna klargjorts.

I det följande beskrivs arbetsgången i utformningen av de nationella odontologiska riktlinjerna. I huvudsak gäller strukturen för de medicinska riktlinjerna, men vissa skillnader finns.

Den första uppgiften är att ta fram ett odontologiskt respektive ett hälsoekonomiskt faktadokument. Innan dessa överlämnas till prioriteringsgruppen ska den odontologiska faktagruppen ha tagit ställning till vilka tillstånds-/åtgärdspar som ska hänföras till rangordnings-, FoU- respektive icke-göra-listan. Prioriteringsgruppen behöver sålunda inte själva laborera med vilka tillstånds-/åtgärdspar som ska rangordnas, utan behöver bara ta ställning dem som finns på rangordningslistan. Arbetet i prioriteringsgruppen skiljer sig inte från motsvarande uppgift i det medicinska riktlinjearbetet.

Socialstyrelsen har också ansvar för att ta fram kvalitetsindikatorer. Arbetet med dessa bedrivs med metodstöd från Utvecklingsenheten vid hälso- och sjukvårdsavdelningen, som har samordningsansvaret för arbetet med kvalitetsindikatorer på Socialstyrelsen.

Riktlinjearbetet kommer att resultera i tre olika dokument. I förhållande till det medicinska riktlinjearbetet bortfaller det dokument som vänder sig till politiskt ansvariga för hälso- och sjukvården. I jämförelse med sjukvården kan sägas att patienterna och Tandvårdsstödsnämnden tar över politikernas roll som beslutsfattare och resursfördelare. I övrig är dokumentstrukturen densamma, förutom att Nämnden för statligt tandvårdsstöd, tillsammans med tandvårdens chefer och professioner, utgör primär målgrupp för huvuddokumentet. Följande dokument kommer att tas fram:

- Ett huvuddokument med beslutstöd för prioriteringar med Nämnden för statligt tandvårdsstöd och tandvårdens chefer och professioner som primära målgrupper
- Ett faktadokument med tandvårdens professioner som primära målgrupper
- En populärversion av riktlinjerna med patienter och närstående som primära målgrupper

Sammanfattningsvis drivs arbetsprocessen på samma sätt inom de odontologiska faktagrupperna som inom de medicinska.

Icke-göra-listan

Det finns åtgärder inom tandvården som inte bör utföras alls. I förhållande till de kriterier som gäller för hälso- och sjukvården är tandvårdens kriterier något färre. Det beror framför allt på tandvårdens betydligt mindre komplexa diagnostiska testverksamhet.

En rekommendation om att betrakta en åtgärd som icke-göra innebär:

- att det finns god vetenskaplig dokumentation för att åtgärden inte har någon effekt eller sämre effekt än annan behandling
- att balansen mellan komplikationer/biverkningar och effektutfallet är påtagligt ogynnsamt för patienten
- att det vetenskapliga stödet är ofullständigt eller motstridigt och det samtidigt finns andra alternativ med gott vetenskapligt stöd

Icke-göra listan har i grunden två funktioner vilket gäller inom både medicin och odontologi – att utmönstra behandlingar med ogynnsamma eller inga effekter för patienten respektive att förhindra att åtgärder med ofullständigt eller motstridigt vetenskapligt stöd används rutinmässigt. I den medicinska verksamheten är det huvudsakligen landstinget som står för kostnaderna. I tandvården är det patienterna med stöd från staten. Det kan mycket väl tänkas att en patient är villig att genomgå och betala för en behandling med begränsad effekt eller där det vetenskapliga stödet är motstridigt (och som bedömts som icke-göra i riktlinjerna). Detta trots att åtgärden inte berättigar till statligt tandvårdsstöd.

FoU-listan

För FoU-klassificeringen av tillstånds-/åtgärdspar finns inga principiella skillnader gentemot de medicinska riktlinjerna. En rekommendation om att betrakta en åtgärd som FoU innebär:

- att åtgärden saknar vetenskapligt underlag eller att det vetenskapliga underlaget är bristfälligt eller motstridigt samt där pågående eller kommande forskning kan tillföra relevant kunskap
- att metoden antingen är på väg att införas, redan har införts trots bristande underlag eller att professionen hyser stora förhoppningar om dess värde

Förutsättningen för att använda en FoU-klassificerad åtgärd är att det sker inom ramen för en kontrollerad klinisk studie eller ett forsknings- och utvecklingsprojekt.

Rangordningslistan

Den rangordning som prioriteringsgruppen kommer fram till och som Socialstyrelsen, efter diskussioner med aktuella intressenter, senare fastställer har liknande syften som motsvarande modell för de medicinska riktlinjerna.

Prioriteringen av odontologiska åtgärder ska ge underlag för terapibedömningar i förhållande till både nytta och kostnadseffektivitet samt även som stöd för att, i en begränsad ekonomi, kunna avstå från att genomföra åtgärder med begränsat värde för patienten. För tandvårdens del ger beslutsunderlaget för prioriteringar även viktig information till Nämnden för statligt tandvårdsstöd, som ska förorda vilka åtgärder som på vilka indikationer ska ge rätt till statligt tandvårdsstöd. För ersättningsgraden saknar prioriteringen betydelse. Denna är redan bestämd som en procentsats av insatsens referenspris. Om kostnaderna för det statliga tandvårdsstödet ökar mer än beräknat är Nämndens verktyg att minska antalet ersättningsberättigade åtgärder. Ett sådant förfaringsätt kräver ett prioriteringsunderlag med en relativt fingeraderad skala. Referenspriset kan knappast förändras i detta syfte, eftersom det ska spegla den faktiska kostnaden för vidtagen åtgärd. Teoretiskt går det också att tänka sig att staten minskar den procentuella ersättningsnivån för samtliga ersättningsberättigade insatser. Detta urholkar dock

kvalitén på högkostnadsskyddet och minskar systemets förutsägbarhet för dem som bäst behöver dess stöd.

Tandvårdsstödet konstruktion innebär att regeringen/myndigheterna bör informera om dess delvis rörliga karaktär. Det är inte säkert att en åtgärd som ersätts för en viss indikation ett år också gör det nästa år. Även motsatsen kan inträffa, t ex om insatsens kostnadseffektivitet har ökat.

De nationella riktlinjernas prioriteringar är sålunda ett nödvändigt underlag när Tandvårdsstödsnämnden bedömer vad som är en rimlig ”ribba” för tandvårdsstödet räckvidd utifrån den anslagna kostnadsramen. Mot denna bakgrund kan de medicinska riktlinjernas skala från 1 till 10 vara ändamålsenlig även för de behov som Nämnden för statligt tandvårdsstöd har. Om Nämnden vill rekommendera en åtstramning av ersättningsberättigad tandvård kan då en strategi vara att endast föreslå ersättning för insatser som fått en tillräckligt hög prioritering. Om systemet för ersättning lämnar överskott kan motsatt strategi användas och ”ribban” sänkas.

Eftersom tandvården är väsentligt mer homogen än den medicinska verksamheten inom hälso- och sjukvården kan det även vara möjligt att uppnå en enhetlig skala, d v s att en åtgärd för tandlossning som fått en angelägenhetsbedömning på ”4”, kan jämföras med en insats som ska åtgärda tandlöshet med samma prioritering. Om så är fallet får utvärderingen i fortsatt modellarbete respektive praktiskt arbete.

För tandvården blir prioriteringen också ett stöd för de professionellas bedömningar, samtidigt som de ger underlag för patientens beslut om att genomgå en viss behandling. I tandvården blir patienten själv en viktig aktör då det gäller att bedöma nytta och kostnad. Alldeles oaktat Nämndens ställningstaganden är det ytterst patienten som kan välja eller välja bort en ”dyr” behandling. Publiceringen av de nationella riktlinjerna ger tandvårdens patienter ett avsevärt stöd för sina beslut att genomgå en viss behandling eller inte. Detta är särskilt viktigt mot bakgrund av utförarnas informationsöverslag och incitament att utföra åtgärder.

Kvalitetsindikatorer och registerfunktioner

En kvalitetsindikator är ett mått som speglar kvaliteten och som kan användas som underlag för verksamhetsutveckling samt för öppen redovisning av tandvårdens resultat.

Kvalitetsindikatorer ska utformas i planerat riktlinjearbete för tandvården. Deras användning kräver dock att det finns utvecklade tandhälso- och kvalitetsregister samt enhetliga beskrivningssystem (termer, begrepp och klassifikationer). Ett tandhälsoregister kommer, som tidigare beskrivits, att inrättas inom EpC på Socialstyrelsen. Ett fristående kvalitetsregister – SKaPa - svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit, startade formellt den 1 januari 2007. SKaPa är det enda odontologiska kvalitetsregistret som under innevarande år fått ekonomiskt stöd från den så kallade beslutsgruppen¹⁰. Swedish Dental Implant Register (SDIR) startade 2004 och har tidigare fått

¹⁰ I beslutsgruppen ingår representanter för SKL, Socialstyrelsen, Svenska Läkaresällskapet och Svensk sjuksköterskeförening. Gruppen avgör vilka register som ska få ekonomiskt stöd för sin verksamhet. Den administreras av SKL, men huvuddelen av de ekonomiska medlen kommer från Dagmar (Socialdepartementet) och Socialstyrelsen.

ekonomiskt stöd. I övrigt saknas nationella kvalitetsregister och det kommer att ta flera år att utveckla och bygga upp dem. En viktig avvägning för tandvården är vilka uppgifter som ska läggas i det nationella och obligatoriska tandhälsoregistret respektive vad som ska registreras (frivilligt) i fristående kvalitetsregister. Båda modellerna har fördelar och nackdelar. En obligatorisk registrering innebär givetvis stora fördelar för uppföljningen genom att inrapporteringen blir mer fullständig, men samtidigt kan den inte göras särskilt detaljerad för de olika diagnosområdena. Kvalitetsregistrens mer fyllda registrering ger ofta ett bättre stöd till professionell utveckling och förbättringsarbete, särskilt efter det att nationella riktlinjer fastställts för området. Det förutsätter att tandvården har en liknande andel eldsjälar och en stor grupp yrkesutövare med intresse av systematiska och ständiga förbättringar som den medicinska verksamheten.

Ovanstående innebär att generella och diagnosspecifika kvalitetsindikatorer kommer att fastställas för tandvården inom riktlinjearbetet, utan att ange vem som ska ansvara för insamling och återrapportering och analys. Det kommer heller inte att på nationell nivå vara möjligt att på kort sikt samla in mätvärden för alla indikatorer som kommer att föreslås.

En allsidig och nyanserad bild av kvaliteten i tandvården innebär dels att den speglar kvaliteten utifrån kraven på god tandvård, dels att den tillgodoser olika intressenters behov av information om tandvårdens kvalitet. Huvudintressenterna utgörs av befolkning, patienter, legitimerad tandvårdspersonal och chefer, vårdgivare och Nämnden för statligt tandvårdsstöd. Intressenternas olika behov av information om kvalitet påverkar valet av indikatorer.

De kvalitetsindikatorer som utformas ska ha vetenskaplig rimlighet/validitet, vikt/relevans, god mätbarhet och tolkningsbarhet/entydighet. Vid framtagande av kvalitetsindikatorer ska så långt möjligt den modell för utveckling av kvalitetsindikatorer som tagits fram inom det nationella InfoVU-projektet¹¹ användas. Modellen har stora likheter med den modell som används i det engelska och holländska sjukvårdssystemet. De särskilda mål för tandvården som föreslagits av tandvårdsutredningen är utgångspunkt för de indikatorer som ska spegla verksamhetens resultatkvalitet.

Utveckling av kvalitetsindikatorer är en integrerad del av riktlinjearbetet. Det betyder bl a att

- Arbetet ska utgå från föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12) och vägledningen "God vård".
- Kvalitetsindikatorer hämtas från, eller ska gå att härleda från, den tillstånds-/åtgärdslista som utarbetas av faktagrupperna.
- Kvalitetsindikatorerna ska spegla de viktigaste rekommendationerna.

¹¹ InfoVU var ett samverkansprojekt mellan Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting under åren 2001-2004 avseende Informationsförsörjning och Verksamhetsuppföljning)

Styrning och ledning av projektet

För varje utvalt diagnos- eller sjukdomsområde ska nationella riktlinjer tas fram och hållas uppdaterade. Det innebär att sex nationella riktlinjer ska utarbetas för vuxentandvården under de närmaste åren.

För den strategiska styrningen finns en *styrgrupp för nationella riktlinjer* inom myndigheten med generaldirektören som ordförande. Gruppen sammanträder vid fyra till fem tillfällen varje år och bereder bl a styrande dokument för riktlinjearbetet, tar del av och lämnar synpunkter på val av områden för nationella riktlinjer inför beslut av styrgruppens ordförande.

I syfte att hålla ihop arbetet med de nationella riktlinjerna för tandvården bildas en *samordnande projektledningsgrupp*. Denna konstellation utgör operativ styrgrupp för arbetet med samtliga odontologiska riktlinjer. Den samordnande projektledningsgruppens uppgift är att tillse att de principer och metoder för arbetet, som beskrivits i denna rapport, genomförs på ett enhetligt sätt för samtliga riktlinjer. I gruppen hanteras väsentliga frågor av principiell karaktär och viktiga aktiviteter samordnas i syfte att hålla ihop det riktlinjearbetet. Ordförande i projektledningsgruppen är enhetschefen för Nationella riktlinjer vid hälso- och sjukvårdsavdelningen/Socialstyrelsen. I gruppen ingår också myndighetens projektledare, odontologiskt sakkunnig, ansvarig för arbetet med kvalitetsindikatorer från Utvecklingsenheten, EpC samt representant för KDM. Även företrädare för SBU och Läkemedelsverket föreslås ingå i gruppen. De senare kommer i första hand att kallas vid behov och förväntas inte medverka i den operativa ledningen av riktlinjearbetet. Den samordnande projektledningsgruppen kommer att ha fortlöpande kommunikation med Socialdepartementets genomförandegrupp och adjungera ansvarig därifrån vid behov. I övrigt sker samordningen mellan myndigheterna främst i projektledningsgruppen.

Varje enskilt riktlinjearbete ska ha en *projektledningsgrupp* bestående av Socialstyrelsens projektledare och projektsekretare, en odontologiskt sakkunnig samt ordförande från den odontologiska respektive den hälsoekonomiska faktagruppen samt prioriteringsgruppen.

Arbetet genomförs i två steg för varje huvuddiagnos. Den *odontologiska faktagruppen* tar fram en tillstånds- och åtgärdslista och ett faktaunderlag. Gruppen identifierar sedan vad som är FoU och icke-göra samt sammanställer rangordningslistan, d v s de tillstånds-/åtgärdspar som senare ska underställas prioriteringsgruppens ställningstaganden. Den *hälsoekonomiska faktagruppen* tar fram studier med relevans för den framtagna tillstånds-/åtgärdslistan och gör modellsimuleringar samt sammanfattar kunskapsläget i ett hälsoekonomiskt faktadokument. En *prioriteringsgrupp* tar sedan vid och prioriterar de tillstånds-/åtgärdspar som finns på rangordningslistan. Gruppen bygger sina ställningstaganden på det odontologiska respektive det hälsoekonomiska faktaunderlaget. Uppdraget är att utarbeta ett förslag till rangordning av varje tillstånds-/åtgärdspar efter angelägenhetsgrad, baserad på en samlad bedömning av hälsotillståndet, tillståndets svårighetsgrad, effekt av åtgärden, kostnadseffektivitet och evidens mot bakgrund av de fakta och slutsatser som de odontologiska och hälsoekonomiska faktagrupperna har redovisat.

Uppdelningen i fakta- respektive prioriteringsgrupper innebär att de förra står för den vetenskapliga legitimiteten, medan prioriteringsgruppen präglas mer av klinisk erfarenhet. Medicinska och hälsoekonomiska faktadokument samt beslutsdokumentet sammanställs sedan till en preliminär version av huvuddokumentet. Denna diskuteras sedan på öppna seminarier med olika intressenter innan riktlinjerna slutligen fastställs av Socialstyrelsen.

Tids- och arbetsplan

Tidplanen för de nationella riktlinjerna för tandvården har att ta hänsyn till starka önskemål om skyndsam handläggning för att så långt som möjligt kunna samordnas med införandet av det nya statliga tandvårdsstödet. Det är också viktigt, att när nu odontologiska nationella riktlinjer för första gången tas fram, att de håller en kvalitet som är jämförbar med de medicinska riktlinjernas. Socialstyrelsen har prioriterat detta arbete, men är samtidigt starkt beroende av samverkan med andra myndigheter och organisationer samt att erforderliga experter kan identifieras och har möjlighet att avsätta tid för arbetet.

Även om tandvårdens huvuddiagnoser är en bråkdel av den övriga hälso- och sjukvårdens är arbetet med att utarbeta heltäckande riktlinjer för hela vuxentandvården en omfattande process. Förutsättningarna för arbetet skiljer sig åt mellan de olika diagnoserna/sjukdomsgrupperna genom tillgången till relevanta kunskapsöversikter.

I syfte att snabbt kunna starta processen för riktlinjearbetet inom olika diagnosområden bör de SBU-rapporterna som redan finns, eller är under utgivande, användas som underlag. I syfte att påskynda processen står Socialstyrelsens expertgrupper för nödvändiga uppdateringar och kompletteringar. Nedan presenteras per diagnos/sjukdomsområde översiktligt vilka kunskapsunderlag som finns och var kompletteringar behöver göras samt vem som ska ta fram dem och när olika moment påbörjas. Inom de områden där kunskapsöversikter saknas helt är huvudprincipen att de tas fram av SBU.

Enligt arbets- och tidsplanen nedan kommer nationella riktlinjer för de sex aktuella diagnosområdena att kunna fastställas från första halvan av 2009 till slutet av 2010. Kunskapsunderlagen är den del i arbetet som tar längst tid att arbeta fram, ofta mellan två till tre år. Tiden för att ta fram en preliminär version av riktlinjerna beräknas för tandvårdens del till cirka tolv månader. Tiden från en preliminär version till fastställande är minst sex månader. Mot bakgrund av tandvårdens många små och stora enheter och specialistföreningarnas ställning kan denna uppskattning vara i underkant. Denna tid är viktig för information och återkoppling med olika företrädare för tandvården, inklusive Tandvårdsstödsnämnden.

Det hade varit önskvärt att snabbt få fram nationella riktlinjer för hel eller partiell tandlöshet, på grund av åtgärdernas höga kostnader och i många fall bristfälliga vetenskapliga dokumentation. Socialstyrelsen redovisade dock i sitt remissvar¹² till regeringen bedömningen att de första riktlinjerna bör tas fram för diagnoserna karies och sjukdomar i de parodontala vävnaderna, eftersom tillgången till systematiska kunskapsöversikter är betydligt bättre inom dessa områden. För att kunna ta sig an hel/ partiell tandlöshet är Soci-

¹² Remissyttrande över betänkandet Friskare tänder – till rimliga kostnader SOU 2007:19. 2007-06-26. Dnr 53-3395/2007.

alstyrelsen beroende av att SBU först tar fram en systematisk kunskapsöversikt kring området.

Karies

För att utarbeta riktlinjer baserade på diagnosen karies finns bl a SBU-rapporterna ”Att förebygga karies” från 2002 och ”Metoder för diagnostik och riskbedömning av karies samt non-invasiv behandling av tidiga karies-skador” som kommer att publiceras inom kort. De underlag som finns publicerade av SBU omfattar endast förebyggande av karies och initialkaries varför underlag för manifest karies saknas. Förutom nämnda SBU-rapporter finns också ett antal kunskapsöversikter publicerade av KDM som efter uppdatering kan användas som underlag i riktlinjearbetet för karies.

Socialstyrelsens expertgrupper kommer att vid behov göra nödvändiga kompletteringar och uppdateringar. Dessa påbörjar riktlinjearbetet i september 2007. En preliminär version av riktlinjerna kan tas fram till sommaren 2008 och hela arbetet beräknas kunna slutföras under första delen av 2009.

Sjukdomar i de parodontala vävnaderna

SBU-rapporten ”Kronisk parodontit - prevention, diagnostik och behandling”, publicerad 2004, behandlar kronisk parodontit. Socialstyrelsens expertgrupper kommer att göra nödvändig uppdatering och kompletteringar avseende övriga sjukdomar i de parodontala vävnaderna. Riktlinjearbetet påbörjades i augusti 2007. En preliminär version av riktlinjerna för parodontit kan tas fram till sommaren 2008. För övriga sjukdomar i de parodontala vävnaderna kan det dock ta längre tid beroende på omfattningen av den uppdatering och de kompletteringar av befintliga kunskapsunderlag som behöver göras. Arbetet bör dock kunna slutföras under 2009.

Sjukdomar i tandpulpan och de periradikulära vävnaderna (vävnaderna kring tandrötterna)

Inom detta område finns för närvarande ingen publicerad SBU-rapport. Däremot finns ett par kunskapsöversikter publicerade av KDM, som efter uppdatering kan användas som delunderlag i riktlinjearbetet. SBU:s kansli kommer att föreslå sin styrelse att myndigheten, med början hösten 2007, tar fram en systematisk kunskapsöversikt kring detta diagnosområde. Riktlinjearbetet beräknas starta 2009 och i sin helhet vara slutfört innan utgången av 2010.

Hel och partiell tandlöshet

Hel och partiell tandlöshet innefattar både konventionell protetik och implantatbehandling. SBU har inom detta område endast publicerat Alert-rapporten ”Tidig belastning av tandimplantat” (2004) varför det behövs en mer omfattande satsning på att få fram en mer heltäckande kunskapsöversikt.

När det gäller material har KDM även här publicerat ett antal kunskapsöversikter som i första hand belyser enskilda materialgrupper, men inte be-

skriver metoder. Nödvändiga uppdateringar och kompletteringar kommer att göras av KDM.

SBU:s kansli kommer att föreslå sin styrelse att SBU, med början hösten 2007, tar fram en systematisk kunskapsöversikt kring detta diagnosområde. Riktlinjearbetet beräknas starta 2009 och ska i sin helhet vara slutfört innan utgången av 2010.

Smärtsamma käkfunktionsstörningar

SBU har tagit fram rapporten ”Metoder för behandling av långvarig smärta” (2006) där ett kapitel handlar om behandling av långvarig smärta i ansikte och käkar. Socialstyrelsens expertgrupper kommer att vid behov göra nödvändiga kompletteringar och uppdateringar. Riktlinjearbetet beräknas starta hösten 2008 och ska i sin helhet vara slutfört till sommaren 2010.

Bett- och tandpositionsavvikelser samt tandutvecklingsstörning

Inom området bett- och tandpositionsavvikelser finns SBU-rapporten ”Bett-avvikelser och tandreglering i ett hälsoperspektiv” (2005). Denna utgår till stor del från tandreglering som utförs på barn och ungdomar, men även uppföljningar som kan gälla vuxna ingår. Planeringen för arbetet utifrån denna diagnos är inte klar. Det kan behövas en systematisk kunskapsöversikt från SBU, som utgår från de vuxna patienternas behov. Socialstyrelsen och SBU bör tillsammans utreda hur kunskapsunderlagen för detta område ska hanteras. Socialstyrelsens riktlinjearbete behöver påbörjas hösten 2009 för att kunna färdigställas senast vid utgången av 2010.

Samverkan

Det framgår ovan att det nationella riktlinjearbetet innebär och förutsätter en nära samverkan mellan de ingående parterna. Arbetet med tandvårdsriktlinjerna innehåller många moment och parallella aktiviteter. Där systematiska kunskapsunderlag finns påbörjar Socialstyrelsen riktlinjearbetet omedelbart, d v s för karies och sjukdomar i de parodontala vävnaderna. Den senare kräver dock en rad kompletteringar av befintliga kunskapsunderlag, vilket sker inom ramen för Socialstyrelsens arbete. SBU planerar att ta fram systematiska kunskapsöversikter med början hösten 2007 (sjukdomar i tandpulpan och de periradikulära vävnaderna samt hel/partiell tandlöshet). Tidplanen för dessa diagnoser förutsätter ett nära samarbete mellan SBU:s och Socialstyrelsens experter. De senare behöver på ett tidigt stadium få tillgång till SBU:s preliminära slutsatser. Det underlättas av att flera anlitade experter används både av Socialstyrelsen och SBU. En viktig princip är att det inom varje diagnosområde finns minst en expert som är gemensam, d v s först arbetar med att ta fram SBU:s kunskapsöversikt och sedan dessutom i Socialstyrelsens faktagrupp för motsvarande diagnos. En annan konsekvens av tidplanen och föreslagna samverkan är att de nationella riktlinjerna och de systematiska kunskapsöversikterna för sjukdomar i tandpulpan och de periradikulära vävnaderna respektive hel/partiell tandlöshet kommer att publiceras relativt nära i tiden.

En annan viktig aspekt är samverkan kring tillstånds-/åtgärdslistan som ska vara utgångspunkt för SBU:s kunskapsöversikt och Socialstyrelsens rekommendationer. Socialstyrelsen kommer dessutom att påbörja ett särskilt utvecklingsarbete kring tandvårdens kostnadseffektivitet i anslutning till riktlinjerna om karies och sjukdomar i de parodontala vävnaderna under hösten 2007.

Såväl SBU:s som KDM:s insatser kommer att regleras i särskilda överenskommelser med Socialstyrelsen där såväl åtagande som den ekonomiska ersättningen klargörs.

KDM och Läkemedelsverket

KDM:s kunskapsöversikter¹³ är av stor vikt för riktlinjearbetet. Dessa bedöms ta kortare tid att ta fram än SBU:s. I det fortsatta arbetet är det viktigt att tidigt i processen formulera vilka frågor som KDM ska ta sig an för att på bästa sätt kunna bidra till riktlinjearbetet. Materialfrågorna har en framträdande ställning främst när det gäller karies och hel/partiell tandlöshet.

Även KDM:s kunskapsöversikter behöver uppdateras och kompletteras samt anpassas till behoven i riktlinjearbetet. Detta arbete kommer att göras av KDM. Med viss inspiration från de norska riktlinjerna för tandrestaureeringsmaterial från 2003 har några preliminära nyckelfrågor formulerats kring de material som är aktuella för att laga kariesade tänder (t ex komposit, glasjonomer, keramiska inlägg och guld):

- Överlevnadstid/hållbarhet?
- Dokumentation?
- Kostnader?
- Vilka substanser kan frigöras från tandfyllningar?
- Negativa materialrelaterade hälsoeffekter?
- Tandfyllningsmaterialet vävnadsbevarande förmåga?
- Störande estetik?

Dessa och liknande frågor som besvaras i olika kunskapsöversikter bör ligga till grund för Socialstyrelsens och KDM:s överenskommelser i riktlinjearbetet. Det är viktigt att KDM får ett tydligt uppdrag av Enheten för nationella riktlinjer där det framgår vilka frågeställningar som ska belysas inom samtliga aktuella diagnosområden. Dessa insatser finansieras av Socialstyrelsens medel för att bedriva arbetet med de odontologiska nationella riktlinjerna.

I sitt remissyttrande över tandvårdsutredningens förslag betonade Socialstyrelsen att samhället genom det statliga tandvårdstödet bör ställa höga krav på de material som ska ingå i systemet. Den snabba utvecklingen inom området gör att information om olika materials egenskaper, nytta, kostnadseffektivitet och vetenskapliga dokumentation samt miljökonsekvenser, bör därför lämnas kontinuerligt och direkt till Nämnden för statligt tandvårdstöd av KDM.

¹³ KDM har sedan starten 2001 tagit fram 36 systematiska kunskapsöversikter kring dentala material.

KDM:s uppdrag beskrivs i Förordning (1996:570) med instruktion för Socialstyrelsen. Denna formulering är mycket kortfattad och anger att Socialstyrelsen genom KDM särskilt ska "svara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling om dentala material" (2 §). Genom Socialstyrelsens nya ansvar för arbetet med de nationella riktlinjerna för tandvården bör instruktionen för myndigheten uppdateras i den del som rör KDM. Det gäller framför allt uppdraget att löpande informera Nämnden för statligt tandvårdsstöd om nya och förändrade dentala material.

Läkemedelverket är en viktig intressent i riktlinjearbetet genom sin roll som tillsynsmyndighet över medicintekniska produkter och dess tillverkare. Myndigheten är i första hand representerad i KDM, men deras representant bör också vid behov kunna kallas till den samordnande projektledningsgruppen.

