

Lotte Bøgh Andersen og Marianne Blegvad

Normer eller egennytte?

Professionelle og økonomiske incitamenter i dansk børnetandpleje

Dansk børnetandpleje giver en enestående mulighed for at undersøge, om adfærden i den offentlige sektor bestemmes af normer eller økonomisk egennytte. Mens de professionelle normer er ens for private og offentlige tandlæger, tilskynder de økonomiske incitamenter nemlig til mindre forebyggelse i privat leveret børnetandpleje. Artiklens forventning er, at tandplejepersonalet handler ens på områder, hvor de professionelle normer ligger fast, hvorimod der forebygges mindre i privat børnetandpleje på de områder, hvor der ikke findes faste normer. Dette viser sig også at være tilfældet i en undersøgelse af ti forebyggende tiltags anvendelse til forskellige patienttyper. Datamaterialet består af en spørgeskemaundersøgelse af 186 tandplejemedarbejdere i Ringkjøbing Amt, syv kvalitative interviews samt landsdækkende tandsundhedsdata for 12- og 15-årige fra 1996-2001 (n=606.015) suppleret med oplysninger fra tandlægekspertes og tandlægefaglig litteratur.

Et af de mest fundamentale spørgsmål i samfundsvidenskaberne er, om individers adfærd er betinget af sociale normer eller af egeninteresse. Især motivationen bag offentligt ansattes adfærd er meget omdiskuteret. Mange offentligt ansatte opfatter selv deres virke som værende i samfundets og deres klienters interesse (Palle- sen, 1999: 3), og samtidig er mange offentligt ansatte professionelle i professions- sociologisk forstand, hvilket kunne bidrage til, at normer havde større betydning for adfærden i den offentlige sektor. I forlængelse heraf er de teoretiske forvent- ninger til de ansattes adfærd også delte. En række sociologisk inspirerede teorier forventer, at de ansatte altid følger de gældende normer, selv om det måske ikke lige tjener deres egne snævre interesser (se for eksempel March og Olsen, 1989: 22). I denne artikel fokuseres specielt på professionelle normer, men andre normer kan også have betydning (for eksempel jf. Hatch, 1997: 214). Ifølge den funktio- nalistiske professionssociologi (for eksempel Parsons, 1968) følges de profes- sionelle normer, fordi det anses for det rigtige at gøre, mens neoweberiansk professions- sociologi begrundet overholdelsen af normerne med standens kollektive interesse i at bevare sin privilegerede sociale og økonomiske position (Roberts og Dietrich, 1999: 989). I modsætning til professionssociologiens påstand om, at de profes- sionelle altid overholder normerne, forventer de økonomisk orienterede teorier (se for eksempel Douma og Schreuder, 1991: 127), at normerne kun følges, hvis det gav- ner den enkelte, idet aktørerne ses som rationelt egennyttmaksimerende individer.

Problemet er imidlertid, at disse forskellige ontologiske antagelser sjældent giver forskellige adfærdsimplikationer (Pallesen, 1999). Eksempelvis vil både den profes- sionelles omsorg for klienterne og det egennyttmaksimerende individs omsorg for sig selv kunne føre til budgetmaksimerende adfærd i offentlige organisationer.

Udfordringen er derfor at finde områder, hvor adfærdsimplikationerne er forskellige. De sociale normer skal med andre ord påbyde én handling, mens individet bedst tilgodeser sin egen nytte ved at gøre noget andet. Et sådant scenario finder vi i dansk børnetandpleje.

Dansk børnetandpleje: Ejerskab, professionelle normer og økonomiske incitament

Danske primærkommuner har ansvaret for at levere gratis tandpleje til børn under 18 år. Kommunerne kan vælge mellem to løsningsmodeller: De kan enten indrette kommunale klinikker med kommunalt ansat personale eller indgå kontrakter med private tandlæger om leveringen af ydelserne. Kommunerne kan dog også vælge at anvende forskellige løsningsmodeller i skoledistrikterne eller at lade forældrene selv vælge mellem de to løsningsmodeller. Hvis privat levering af tandplejeydelserne vælges, skal brugeren ifølge loven have frit valg mellem samtlige private tandlæger. Unge mellem 16 og 17 år kan vælge mellem offentligt og privat leverede tandplejeydelser (såfremt der eksisterer offentlige klinikker i kommunen) (Folketinget, 2001).

Både offentligt og privat leveret børnetandpleje produceres af et team bestående af tandlæger, tandplejere og klinikassistenter. Artiklen fokuserer imidlertid udelukkende på tandlægenes professionelle normer, da tandlægerne bestemmer, hvilke tiltag der skal anvendes i børnetandplejen. Adfærden undersøges derimod for alle personalegrupper, da den interne arbejdsdeling mellem tandlæger, tandplejere og klinikassistenter kan variere. Tandlægestanden opfylder næsten alle Freidsons (2001: 127) kriterier for at være en idealtypisk profession:

- Tandlægerne udfører specialiseret, teoretisk baseret arbejde
- Lovgivningen kræver tandlægeeksamen for at udføre visse opgaver
- Tandlægenes position er beskyttet både af krav om tandlægeeksamen og af interne kollegiale regler
- Tandlægeuddannelsen foregår på universiteterne og kontrolleres af tandlægerne selv
- Tandlægestanden har relativt faste professionelle normer.

Alle tandlæger bliver desuden uddannet på en af de to danske tandlægeskoler, og uddannelsen er ikke specialiseret efter fremtidig ansættelses sektor. Det forekommer derfor rimeligt at klassificere alle danske tandlæger som én profession. De professionelle normer skulle dermed ikke variere mellem privat og offentligt leveret tandpleje.

Aflønningssystemerne er imidlertid vidt forskellige. De private tandlæger aflønnes efter et stykprisprincip. Prisen per behandling og per forebyggende tiltag er bestemt af en overenskomst mellem Dansk Tandlægeforening og Kommunernes Landsforening (Kommunernes Landsforening m.fl., 1996 og 2000). I en række kvalitative interviews har vi undersøgt tidsforbrug og aflønning af de forskellige tiltag. Dette har vi sammenholdt med de privatpraktiserende tandlægers overenskomst, og hovedkonklusionen er, at forebyggelse – især før 2000-overenskom-

sten – var dårligere betalt end behandling. Hvis tandlægerne handler økonomisk egennyttmaksimerende, vil de mest rentable tiltag blive brugt mest, såfremt tandlægerne ikke har problemer med at skaffe tilstrækkelig omsætning. De økonomiske incitamenter tilskynder dermed de private tandlæger til at begrænse brugen af forebyggende tiltag i forhold til behandling.

I modsætning til de private tandlæger modtager offentlige tandlægeordninger normalt et fast årligt budget (med mulighed for tillægsbevilling) til at dække tandbehandlingen af alle kommunens børn. De ansatte får sædvanligvis en fast løn, som ikke afhænger af antallet af behandlede børn eller leverede tandplejeydelser (Kommunernes Landsforening m.fl., 1999). Kun i meget få kommuner (for eksempel Brande) sammenkædes resultaterne i form af tandsundhed med tandplejepersonalets løn. Ud fra antagelsen om, at fritid foretrækkes frem for arbejde, ville den økonomisk inspirerede teori umiddelbart – sat meget på spidsen – forvente, at der slet ikke blev leveret nogen ydelser. Andre forhold sætter imidlertid grænser for adfærden. Ud over de professionelle normer fungerer forældrene som kontrolanter af tandplejepersonalets adfærd, og politikerne kan altid skifte til privat tandpleje, hvis de finder indsatsen hos det offentligt ansatte personale utilfredsstillende. Konkurrencen med privat tandpleje forventes at få det offentlige tandplejepersonale til at bruge det meste af deres arbejdstid til at producere tandplejeydelser, selv om de ikke stykprisaflønnes. I modsætning til privat tandpleje har offentlige tandlægers prioritering mellem tiltagene imidlertid ikke økonomiske konsekvenser, og de har derfor ikke incitament til systematisk at prioritere behandling over forebyggelse. Sammenlignet med offentligt ansatte forventes privat tandplejepersonale altså (på grund af de økonomiske incitamenter) at bruge relativt mindre forebyggelse.

Anvendelsen af arbejdstiden i de to sektorer sandsynliggør også, at de generelle økonomiske incitamenter er som beskrevet. Det offentligt ansatte personale i Ringkjøbing Amt bruger en større andel af deres tid på forebyggelse, mens de privatansatte bruger mere tid på behandling. Det offentlige kliniske tandplejepersonale (hvoraf 114 har svaret på spørgsmålet om tidsforbrug) brugte i gennemsnit 23 pct. af tiden på forebyggelse og 53 pct. på behandling, mens de tilsvarende tal for kommuner med privat tandpleje var henholdsvis 18 pct. og 62 pct. (41 privatansatte har svaret på spørgsmålet). Den resterende tid blev brugt på øvrige opgaver og administration. Disse tal underbygger, at det privatansatte børnetandplejepersonale generelt prioriterer forebyggelse relativt lavere end deres offentligt ansatte kolleger.

Artiklens datamateriale består af en spørgeskemaundersøgelse af tandplejepersonale beskæftiget med børnetandpleje i Ringkjøbing Amt (n=186) i 1997 suppleret med syv kvalitative interviews foretaget i efteråret 2001, Sundhedsstyrelsens Centrale Odontologiske Register (SCOR) for perioden 1996-2001 (n=606.015) samt spørgeskemaer udsendt i 1997 til lederne af tandplejen i de 18 kommuner i Ringkjøbing Amt. Ringkjøbing Amt er velegnet til undersøgelsen, dels fordi der findes såvel kommuner med privat leveret tandpleje som kommuner med offentlig tandpleje, og dels fordi patientgrundlaget er rigeligt i dette amt (så tandlægerne forventes ikke at overforebygge/overbehandle for at skaffe tilstrækkelig omsæt-

ning). Resultaterne kan naturligvis ikke generaliseres statistisk uden for Ringkjøbing Amt, men SCOR-tallene tyder på, at samme tendenser findes på landsplan inden for børnetandplejen. Generalisering uden for Danmark og til andre offentlige områder kræver, at erhvervsgruppernes professionsstatus og de økonomiske incitamenter er sammenlignelige. Flere detaljer om undersøgelsen kan ses i baggrundsrapporten om samme emne (Andersen og Blegvad, 2002).

Sammenfattende er det spændende ved dansk børnetandpleje, at medlemmer af samme profession leverer samme ydelser, blot med helt forskellige økonomiske incitamenter. I dette tilfælde vil professionssociologien forvente, at de professionelle vil handle ens (fordi deres handlinger antages at være bestemt af professionelle normer), mens den økonomisk inspirerede teori vil forvente, at de forskellige økonomiske incitamenter vil medføre forskelle i adfærd, hvilket i denne sammenhæng vil sige relativt mere forebyggelse i offentlig tandpleje.

Normernes fasthed: Erfaringerne fra amerikanske kejsersnit overført til cariesforebyggelse

Spørgsmålet om, hvorvidt professionelle normer eller økonomiske incitamenter bestemmer adfærden i den offentlige sektor, er imidlertid ikke nødvendigvis et "enten/eller". Goodrick og Salancik (1996) påpeger, at professionelle normer er mere eller mindre faste i forskellige situationer og for forskellige tiltag. De påviser således, at mens amerikanske hospitalers ejerskabsform (privat, offentlig og non-profit) stort set ikke betyder noget for kejsersnitsandelen for såvel de helt planmæssige som de meget komplicerede fødsler, så har ejerskabsformen via de økonomiske incitamenter betydning i gråzonetilfældene, hvor der ikke gælder faste professionelle normer. I gråzonen er andelen af kejsersnit højere for de hospitaler, der har et økonomisk incitament til at udføre indgrebet, hvorimod de økonomiske incitamenter ikke har betydning, hvor der er klare professionelle standarder for enten at undlade eller at foretage kejsersnit.

Forebyggelsesområdet inden for dansk børnetandpleje er specielt velegnet til at teste Goodrick og Salanciks teser. For det første er der den nødvendige variation i fastheden af normerne for de enkelte forebyggende tiltags anvendelse. For det andet er normerne generelt mindre faste end for tandlægenes øvrige virke. Eksempelvis påpeger tandlægeeksperterne, at mens mundhygiejne ses som det vigtigste forebyggende tiltag i Danmark, så prioriterer nordmændene fluorapplikation højest, og svenskerne satser på kostinformation. Det tyder på, at de tandlægefaglige normer for forebyggelse er nationale, hvorimod meget faste professionelle normer normalt vil være globale. Ifølge tandlægeeksperterne er sammenhængen mellem videnskabelig evidens og professionelle normer på forebyggelsesområdet ikke entydig. For det tredje giver den forskellige prioritering af forebyggelse i offentlig og privat børnetandpleje ikke nogen nævneværdig forskel i børnenes tandsundhed. Kontrolleret for diverse eksterne faktorer (såsom uddannelse og fluor: Se i øvrigt Andersen og Blegvad, 2002) er der kun en mindre forskel i tandsundheden mellem kommuner med privat og offentligt leveret tandpleje. Når de relevante baggrundsvariable inddrages, er procentdelen af børn uden huller i tænderne den samme i de to kommunetyper, mens børnene i kommuner i Ringkjøbing Amt med offentlig

tandpleje gennemsnitligt har 0,3 færre tandflader med hul for 12-årige og 0,7 færre beskadigede tandflader for 15-årige. På landsplan er forskellene endnu mindre. Forskellen i forebyggelsesadfærd findes altså tilsyneladende på områder, hvor det kun har mindre betydning for tandsundheden. Det kunne godt tyde på, at prioriteringen primært er forskellig for gråzonetilfældene, hvor ingen faste professionelle normer gælder. Goodrick og Salanciks fund kan således overføres til dansk børnetandpleje i form af en forventning om, at forebyggende tiltag med faste professionelle normer bruges lige hyppigt i offentligt og privat leveret tandpleje, mens tiltag uden faste normer bruges oftere i offentligt leveret tandpleje.

Ud fra tandlægefaglig litteratur (Koch m.fl., 1991 og 2001; Friis-Hasché m.fl., 1994; Wendt m.fl., 2002), interviews med tre tandlæger fra hver sektor og samtaler med tandplejeeksperter¹ er de forebyggende tiltag blevet kategoriseret efter, hvor faste professionelle normer der gælder for brugen. Ligesom for kejsersnit skelnes mellem almindelige og alvorlige tilfælde. Tandlægerne kategoriserer således patienterne som enten gennemsnitsbørn eller risikobørn på basis af bl.a. tandhygiejne og udviklingen i huller i tænderne. Samme gennemsnitlige procentdel angives af respondenterne som værende risikobørn (19 pct.) i de to kommune-typer. Undersøgelsen sammenligner altså dels anvendelsen af forskellige tiltag i offentlig og privat leveret tandpleje og dels samme tiltags anvendelse til forskellige patientgrupper i de to sektorer. Dette sikrer, at forskellene i forebyggelsespraksis ikke alene skyldes forskelle i den relative aflønning af de forebyggende tiltag (i så fald ville der ikke være forskel på anvendelsen til risiko- og gennemsnitsbørn, idet aflønningen er den samme for de to patientgrupper).

Målingen af normernes fasthed er vanskelig og skal naturligvis tages med et vist forbehold, men kilderne til kategoriseringen er relativt enige. Opdelt på patientgrupper specificerer normerne, at nogle tiltag *skal* bruges, andre tiltag *bør* bruges, og atter andre tiltag *ikke bør* bruges. Der findes ikke faste normer for alle kombinationer af forebyggende tiltag og patientgrupper, og i så fald er det op til tandlægerne selv at bestemme, om tiltaget skal bruges.

For det første gælder en meget stærk norm om, at alle børn *skal* have instruktion i at børste tænder (dvs. "information og instruktion i mundhygiejne"). For det andet *skal* risikobørnene have fluorapplikation og kostinformation. Normer foreskriver derimod blot, at disse to tiltag *bør* anvendes til gennemsnitsbørnene. Endelig tilsiger normerne, at de mest indgribende tiltag² *ikke bør* bruges til gennemsnitsbørn. Dette betegnes som "overbehandling", hvorimod det er op til den enkelte tandlæge, om risikobørnene skal gives et af disse tiltag. For de øvrige undersøgte tiltag findes hverken faste normer for eller imod brugen,³ om end tre af tiltagene anbefales til risikobørnene.

Tabel 1 sammenfatter normernes fasthed fordelt på de undersøgte forebyggende tiltag, således at tiltag med faste professionelle normer ikke er skraveret, anbefalede tiltag er lyst skraveret, og tiltag uden professionelle normer er mørkt skraveret. Forventningen er, at sektorerne bruger de tiltag, der er underlagt faste professionelle normer, lige meget, mens offentligt tandplejepersonale bruger de anbefalede tiltag lidt mere og tiltagene uden tilknyttede professionelle normer meget mere.

Tabel 1. Normernes fasthed fordelt på forebyggende tiltag og patienttype

Forebyggende tiltag	Risikobørn	Gennemsnitsbørn
Information og instruktion i mundhygiejne	Kræves af professionelle normer	Kræves af professionelle normer
Fluorapplikation	Kræves af professionelle normer	Anbefales af professionelle normer
Information/kostvejledning	Kræves af professionelle normer	Anbefales af professionelle normer
Information og instruktion i brug af fluor	Anbefales af professionelle normer	Ingen fast norm
Kontakt til forældre/hjemmet	Anbefales af professionelle normer	Ingen fast norm
Professionel plakkontrol	Anbefales af professionelle normer	Ingen fast norm
Kontakt til nøglepersoner omkring barnet	Ingen fast norm	Anvendes ikke jf. professionel norm
Ekstra undersøgelse hos tandlæge	Ingen fast norm	Anvendes ikke jf. professionel norm
Ekstra undersøgelse hos tandplejer	Ingen fast norm	Anvendes ikke jf. professionel norm
Fissurforsøgling	Ingen fast norm	Ingen fast norm

Note: Tiltag, hvorm der gælder faste professionelle normer, er ikke skraveret. Tiltag, som anbefales, er let skraveret, mens tiltag uden professionelle normer er mørkt skraveret.

Resultaterne: Økonomiske incitament i gråzonen

Næste trin er at undersøge, om forventningerne til brugen af de enkelte tiltag holder stik empirisk. Først diskuteres de øverste ni tiltag i tabel 1, hvorefter der fokuseres specielt på fissurforsøgling. For at undersøge brugen af de ni første forebyggende tiltag i tabel 1, blev de enkelte tandplejemedarbejdere i Ringkjøbing Amt bedt om at angive, om vedkommende brugte tiltaget til henholdsvis risiko- og gennemsnitsbørn.⁴ Tabel 2 viser, at alle ni tiltag blev brugt mere i kommuner med offentlig tandpleje. Dette indikerer, at de økonomiske incitament generelt lader til at have en betydning for adfærden. Forskellen mellem offentlig og privat tandpleje varierer imidlertid meget for de enkelte tiltag og patientgrupper. Når de professionelle normer kræver et tiltag (uskraverede tiltag øverst i tabel 2),⁵ blev det brugt af næsten alle respondenter. Selv om disse tiltag blev brugt lidt oftere af offentlig ansatte, er forskellene mellem sektorerne imidlertid markant mindre end for tiltagene uden faste normer. Det er også værd at bemærke, at den største forskel blandt tiltagene med faste professionelle normer findes for det enkelte tiltag, der kræves brugt til gennemsnitsbørnene (instruktion i mundhygiejne).

Når tiltag blot anbefales af de professionelle normer (let skraverede tiltag⁶ i tabel 2), er der derimod stor forskel på privat og offentlig tandpleje. Professionelle

Table 2. Procentdel af det kliniske personale, som bruger specificerede forebyggende tiltag

Forebyggende tiltag	Risikobørn			Gennemsnitsbørn		
	Off. tandpleje Pct., der bruger tiltag	Privat tandpleje Pct., der bruger tiltag	Pct. difference (off. ÷ privat)	Off. tandpleje Pct., der bruger tiltag	Privat tandpleje Pct., der bruger tiltag	Pct. difference (off. ÷ privat)
Information og instruktion i mundhygiejne	95	86	9	89	77	12 *
Fluorapplikation	87	80	7	46	18	28 ***
Information/ kostvejledning	90	84	6	56	34	22 **
Information og instruktion i brug af fluor	61	48	13	34	20	13 *
Kontakt til forældre/hjemmet	84	68	16 **	28	9	19 **
Professionel plakkontrol	71	55	16 *	30	14	16 **
Kontakt til nøglepersoner omkring barnet	41	27	14 *	6	2	4
Ekstra undersøgelse hos tandlæge	83	66	17 **	2	0	2
Ekstra undersøgelse hos tandplejer	56	43	13	2	2	0
Antal svarpersoner	n=114	n=44	n=158	n=114	n=44	n=158

Kilde: Tandplejepersonale-spørgeskemaundersøgelsen i Ringkjøbing Amt. Det angives med * $p < 0,1$; ** $p < 0,05$ *** $p < 0,01$ om forskellen mellem offentlig og privat tandpleje er statistisk signifikant. Tiltag, hvorom der gælder faste professionelle normer, er ikke skraveret. Tiltag, som anbefales, er let skraveret, mens tiltag uden professionelle normer er mørkt skraveret.

normer lader således til at skulle være meget faste, for at de slår igennem på adfærd og modvirker de økonomiske incitamenter. Igen er forskellen størst for de tiltag, der anbefales til gennemsnitsbørnene. Dette kunne indikere en vis social bevidsthed i valget af, hvornår normerne fraviges. Brugen af tiltagene uden professionelle normer (mørkt skraverede tiltag⁷ i tabel 2) varierer som forventet mellem privat og offentlig tandpleje. Her lader de økonomiske incitamenter til at have betydning for, om det forebyggende tiltag blev brugt eller ej. Tiltagene blev således systematisk brugt mere i offentlig tandpleje. Endelig brugte stort set ingen respondenter de tiltag, som de professionelle normer fraråder (uskraverede tiltag⁸ i nederste højre hjørne i tabel 2). Der er således ingen nævneværdig forskel mellem privat og offentlig tandpleje for disse tiltag.

Sammenfattende illustrerer de skraverede celler i tabel 2 gråzonen, hvor der ikke findes faste professionelle normer, og hvor der derfor forventes forskel mellem offentlig og privat leveret børnetandpleje. Denne forventning bekræftes i datamaterialet. Derimod er der ikke forskel mellem tiltag anbefalet af normerne og øvrige tiltag uden faste normer (mørkt og lyst skraveret). For at normerne skal dominere i forhold til de økonomiske incitamenter, skal normerne åbenbart være meget faste. Fundene bekræfter dermed Goodrick og Salanciks tese om, at økonomiske incitamenter har betydning, medmindre der findes faste professionelle normer.

Brugen af fissurforsøgling (lak på tyggefladerne for at beskytte fordybninger og furer mod karies) behandles særskilt, dels fordi ikke alle respondenter har mulighed for at bruge tiltaget, og dels fordi der (ud over undersøgelsen i Ringkjøbing Amt) er landsdækkende data for brugen af tiltaget. Som nævnt gælder der ingen faste normer for brug af dette tiltag. Idet der faktisk er videnskabeligt belæg for, at fissurforsøgling modvirker huller i tænderne (se for eksempel Llodra m.fl., 1993), forekommer det mærkeligt, at de professionelle normer ikke kræver, at tiltaget bruges. Dette understreger imidlertid blot normernes uformelle karakter og den tvetydige sammenhæng mellem videnskabelig evidens og normer. Mens nogle tandlæger bruger fissurforsøgling til alle patienttyper, modsætter andre tandlæger sig brugen til gennemsnitsbørn ud fra, at det skulle være overbehandling. Der findes også en del tandlæger, der anfægter fissurforsøglings effekt på tandsundheden og derfor overhovedet ikke bruger det. På landsplan bliver brugen af tiltaget registreret i SCOR-registeret,⁹ og tabel 3 viser, hvor mange fissurforsøglinger børnene i kommuner med henholdsvis offentlig og privat tandpleje gennemsnitligt modtog i perioden 1996-2001. Forskellene er meget markante: Tiltaget blev brugt over dobbelt så meget i offentlig tandpleje, hvilket ikke skyldes dårligere tandsundhed i disse kommuner.

Undersøgelsen i Ringkjøbing Amt bekræfter de nationale tal med hensyn til anvendelse af fissurforsøglinger, idet tiltaget bruges mere af de offentligt ansatte. Af personerne med adgang til fissurforsøgling brugte 93 pct. af de offentligt ansatte tiltaget (n=60), mens det kun gjaldt for 78 pct. af de privatansatte (n=22). Disse fund bekræftes også af de kvalitative interviews i Ringkjøbing Kommune, hvor privat leveret tandpleje anvendes i nogle skoledistrikter og offentlig tandpleje i andre. Selv om kommunen kræver, at alle børn skal modtage fissurforsøgling, brugte kun en af de tre interviewede private tandlæger tiltaget systematisk. En

Table 3. Antal fissurforsøglinger pr. barn (1996-2001) opdelt på ejerskabsform i tandplejen

Gennemsnitligt antal fissurforsøglinger	Kommuner med privat leveret tandpleje	Kommuner med offentligt leveret tandpleje	Forskel mellem privat og offentlig tandpleje
12-årige	0,76 (n=37.513)	1,59 (n=278.322)	-0,83 fissurforsøglinger/barn
15-årige	1,02 (n=34.833)	2,14 (n=255.347)	-1,12 fissurforsøglinger/barn

Note: Kun fissurforsøglinger i cariesfrie molarer er medtaget. n angiver antal børn.

tandlæge brugte det på indikation, mens en tandlæge med henvisning til en kollega på tandlægeskolen slet ikke brugte fissurforsøgling. Han sagde direkte, at han fandt tandlægestandens normer (som efter hans mening ikke krævede fissurforsøgling) vigtigere end kommunens krav. Alle de interviewede tandlæger i den offentlige del af tandplejen brugte derimod tiltaget til alle børn. Fissurforsøgling fremtræder dermed som et tydeligt eksempel på et forebyggende tiltag, som (endnu) ikke kræves af de professionelle normer, og hvor der derfor er store forskelle i brugen mellem offentligt og privat tandplejepersonale. Dermed bekræftes første halvdel af Goodrick og Salanciks tese om, at økonomiske incitamenter har betydning, når der ikke findes professionelle normer. Anden halvdel af tesen (at økonomiske incitamenter ikke har betydning, når der gælder faste professionelle normer) kan kun belyses med data fra Ringkjøbing Amt, da der desværre ikke findes nationale data for forebyggende tiltag med faste professionelle normer.

Sammenfattende viser det empiriske materiale, at offentligt ansat tandplejepersonale prioriterer forebyggelse højere end deres privatansatte kolleger. Forskellen er imidlertid helt marginal, når der gælder faste professionelle normer for de forebyggende tiltag. Således bekræfter det empiriske materiale fra dansk børnetandpleje Goodrick og Salanciks tese om, at hvis der findes faste professionelle normer, bestemmer disse adfærden, og hvis de ikke findes, har de økonomiske incitamenter betydning.

Offentlig og privat tandpleje: Økonomi eller normer?

Som aflønningssystemet i mange år har været skruet sammen for privat leveret børnetandpleje, burde de privatpraktiserende tandlæger efter hver konsultation pensle børnenes tænder med sukker, hvis de skulle følge deres økonomiske egeninteresse (så børnene kunne få en masse huller i tænderne). Forebyggelse aflønnes dårligere end behandling, og derfor tilskynder de økonomiske incitamenter i privat tandpleje til at behandle frem for at forebygge. Men heldigvis for børnenes tænder er tandlægestanden en profession. De professionelle normer kræver, at visse forebyggende tiltag anvendes, mens normerne fraråder andre tiltag. Når der findes faste professionelle normer, har de økonomiske incitamenter kun en helt marginal betydning. Tiltag uden faste professionelle normer bliver imidlertid – givetvis på grund af de økonomiske incitamenter – brugt markant mindre i privat børnetand-

pleje end i offentlig børmetandpleje. De professionelle normer fastsætter således en minimumsstandard for forebyggelsen på de vigtigste områder, og yderligere forebyggelse har tilsyneladende kun en mindre virkning på tandsundheden. Om de professionelle normer overholdes, fordi det anses for at være "det rigtige" at gøre, eller fordi tandlægestanden ser overholdelse som sin kollektive interesse med henblik på at opretholde sin privilegerede økonomiske og sociale status, er et åbent spørgsmål.

Artiklens fund viser, hvorfor valget mellem privat og offentligt leveret tandpleje på trods af meget forskellige økonomiske incitamenter ikke har ret stor betydning for børnenes tandsundhed. Forebyggelsesadfærden er nemlig på de vigtigste områder reguleret af professionelle normer. Men det betyder ikke, at de økonomiske incitamenter er uden betydning, snarere tværtimod. Tandplejepersonalet handler nemlig kun ens, så længe der gælder faste professionelle normer. Hvis normerne ikke regulerer anvendelsen af et givet tiltag, påvirker de økonomiske incitamenter brugen af tiltaget. Hvis virkningen af et nyt forebyggende tiltag således dokumenteres videnskabeligt – som eksempelvis for fissurførsegling – vil anvendelsen af dette tiltag kunne øges både ved at øge den relative aflønning af tiltaget og ved at få tandlægenes professionelle normer til at kræve tiltaget. Grundet normernes uformelle karakter er ændring af disse imidlertid vanskelig, og på forebyggelsesområdet er der heller ingen entydig sammenhæng mellem videnskabelig evidens og professionelle normer. I forhold til styring af børmetandplejen har artiklen derfor vist et potentiale i form af påvirkning af de økonomiske incitamenter, men den har også påvist, at de professionelle normer lægger en begrænsning på betydningen af de økonomiske incitamenter, hvilket både kan være en fordel og en ulempe for børnenes tandsundhed.

Noter

1. Tak til lektor Kim Ekstrand fra Tandlægeskolen i København, overtandlæge Poul Folke Christensen fra Viborg Kommune, lektor lic. odont. Eigil Kirkegaard og professor lic. et dr.odont. Sven Poulsen fra Tandlægeskolen i Århus
2. De mest indgribende tiltag er ekstra tandplejer- eller tandlægeundersøgelse eller kontakt til nøglepersoner omkring barnet.
3. Der findes ingen faste normer for brugen af information om fluor, kontakt til hjemmet, professionel plakkontrol og fissurførsegling til gennemsnitsbørn, mens tiltagene (undtagen fissurførsegling) anbefales til risikobørnene.
4. Formuleringen i spørgeskemaundersøgelsen af ansatte i Ringkjøbing Amt lød: "Hvilken forebyggende tandpleje giver du til henholdsvis "gennemsnitsbarnet" og til risikobarnet? Ikke nogen, Fluorapplikation, Information/kostvejledning, Information og instruktion i brug af fluor, Professionel plakkontrol, Ekstra undersøgelse hos tandplejer, Ekstra undersøgelse hos tandlæge, Kontakt til forældre/hjemmet, Kontakt til nøglepersoner omkring barnet, Ved ikke".
5. De påkrævede tiltag er instruktion i mundhygiejne, kostinformation og fluorapplikation til risikobørnene og instruktion i mundhygiejne for gennemsnitsbørnene.
6. De anbefalede tiltag er information og instruktion i brug af fluor, kontakt til forældre/hjemmet, og professionel plakkontrol til risikobørnene og kostinformation og fluorapplikation til gennemsnitsbørnene.
7. For gennemsnitsbørn findes der ikke faste normer for anvendelse af kontakt til forældrene, professionel plakkontrol og information og instruktion i brugen af fluor. For risikobørnene fin-

des ingen faste normer for kontakt til nøglepersoner, ekstra tandplejerundersøgelse og ekstra tandlægeundersøgelse.

8. De professionelle normer fraråder kontakt til nøglepersoner, ekstra tandplejerundersøgelse og ekstra tandlægeundersøgelse til gennemsnitsbørnene.
9. Registreringen af fissurforsøgling er frivillig, men der er ingen umiddelbar grund til at tro, at registreringen skulle variere mellem sektorerne.

Litteratur

- Andersen, Lotte Bøgh and Marianne Blegvad (2002). *Private or Public Service Provision? Economic and Professional Incentives in Danish Dental Care for Children*, Århus: Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet. <http://www.ps.au.dk/lotte/Baggrundsrapport.pdf>
- Douma, Sytse and Hein Schreuder (1991). *Economic Approaches to Organizations*, Second edition, London, New York, Toronto, Sydney, Tokyo, Singapore, Madrid, Mexico, Munich and Paris: Prentice Hall.
- Folketinget (2001). *Bekendtgørelse af lov om tandpleje* LBK nr. 175 af 19.03.2001.
- Freidson, Eliot (2001). *Professionalism. The Third Logic*, Cambridge: Polity Press.
- Friis-Hasché, Erik, Eigil Kirkegaard and Flemming Moss Hansen (1994). "Preventive Child Oral Health Care in Denmark", pp. 21-27 in Erik Friis-Hasché (red.), *Child Oral Health Care in Denmark – A Great Success in Health Promotion*, København: Copenhagen University Press.
- Goodrick, Elizabeth and Gerald R. Salancik (1996). "Organizational Discretion in Responding to Institutional Practices: Hospitals and Cesarean Births", *Administrative Science Quarterly*, Vol. 41, pp. 1-28.
- Hatch, Mary Jo (1997). *Organization Theory. Modern Symbolic and Postmodern Perspectives*, Oxford: Oxford University Press.
- Koch, Göran, Thomas Modéer, Sven Poulsen and Per Rasmussen (eds.) (1991). *Pedodontics: A Clinical approach*, København: Munksgaard.
- Koch, Göran and Sven Poulsen (red.) (2001). *Pediatric Dentistry – A Clinical Approach*, København: Munksgaard.
- Kommunernes Landsforening, Københavns Kommune, Frederiksberg Kommune og Dansk Tandlægeforening (1996). *Overenskomst for børne- og ungdomstændplejen 1996* (udleveret på forespørgsel fra Kommunernes Landsforening).
- Kommunernes Landsforening, Københavns Kommune, Frederiksberg Kommune og Dansk Tandlægeforening (2000). *Overenskomst om tandpleje for børn og unge under 18 år hos alment praktiserende tandlæger 2000* www.kl.dk (25.10.2001).
- Kommunernes Landsforening, Tandlægenes Nye Landsforening og Dansk Tandlægeforening (1999). *Overenskomst for tandlæger* www.kl.dk (08/03/2002).
- Llodra, J.C., M. Bravo, M. Delgado-Rodriguez, P. Baca and R. Galvez (1993). "Factors Influencing the Effectiveness of Sealants – A Meta Analysis", *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, Vol. 21, pp. 261-268.
- March, James G. and Johan P. Olsen (1989). *Rediscovering Institutions. The Organizational Basis of Politics*, New York: The Free Press.
- Pallesen, Thomas (1999). "Institutionel teori og offentlig drift", pp. 159-185 i Anders Berg Sørensen (red.), *Politologi i praksis*, Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Parsons, Talcott (1968). "Professions", *International Encyclopedia of the Social Sciences*, Vol. 12, pp. 536-547.
- Roberts, Jennifer and Michael Dietrich (1999). "Conceptualizing Professionalism: Why Economics Needs Sociology", *American Journal of Economics and Sociology*, Vol. 58, No. 4, pp. 977-998.
- Wendt, Lill-kari, Göran Koch and Downen Birkhed (2002). "Long-term Evaluation of a Fissure Sealing Programme in Public Dental Service Clinics in Sweden", *Tandlægenes Nye Tidsskrift*, Vol. 17, No. 2, pp. 12-15.