

# Tandlægers erfaringer med at foreslå og få gennemført behandling med kroner og broer i privat praksis

Flemming Isidor og Rod Moore

Hvilke subjektive erfaringer har danske tandlæger i privat praksis med at foreslå og få gennemført behandling med kroner og broer? Et postomdelt spørgeskema blev udfyldt og returneret af 216 privatpraktiserende tandlæger i en randomiseret stikprøve fra Århus Amt. Af disse syntes 22% at det var ubehageligt at foreslå kroner og broer til patienter, 20% syntes at det oftest var uden problemer, mens 57% slet ikke havde problemer. Tandlægerne angav endvidere at af de patienter som bliver anbefalet kroning af en molar, er det i gennemsnit kun 36% der faktisk får denne behandling. Tandlægerne mente at begrundelsen herfor var at patienterne havde manglende økonomisk mulighed eller en anden økonomisk prioritering. Tandlæger der syntes at det var ubehageligt at foreslå kroner og broer, angav mere end fem gange hyppigere manglende succes med at få gennemført et kroningsforslag. Tandlægers ubehag ved at foreslå behandling med kroner og broer, eller manglende succes med at få behandlingen gennemført, hang mest sammen med praksistype og -placering. Næsten 76% af tandlægerne mente at det skulle være muligt at lære hvordan man motiverer patienter for de dyre behandlinger (fx broer). Over 90% af tandlægerne mente at der er behov for et bedre forsikringsystem til at støtte patienter der har behov for dyrere behandlinger.

En lang række faktorer spiller ind mht. hvilke behandlinger en patient får foreslået af tandlægen. Mange af disse er forståeligt nok baseret på en faglig, odontologisk stillingtagen (1), men udenlandske undersøgelser har vist at også andre og mindre umiddelbart indlysende faktorer spiller ind på hvilke behandlinger der bliver udført, selv blandt patienter med ens uddannelsesbaggrund og økonomiske forhold (2).

Det er vist at der er meget stor forskel mellem svenske almenlæger mht. hvor mange protetiske behandlinger de udfører (3). Senere er det rapporteret (4) at antallet af kroner og broer der blev produceret, var positivt sammenfaldende med at tandlægen var en mand og med produktionen af protetik på klinikken generelt, samt negativt sammenhængende med tandlægens kandidatalder. På den anden side fandtes ingen sammenhæng mellem antal behandlinger med aftagelig protetik og disse eller andre tandlæge- og klinikrelaterede parametre.

I den daglige praksis oplever man interaktioner mellem tandlæge og patienter der har behov for mere omfattende og dyre behandlinger (1,5,6). Der er forskelle i strategier, stil og meninger om hvordan man skal kunne motivere patienter til at forstå og acceptere et dyrt behandlingsforslag.

Der findes ingen sikker viden om hvilke faktorer der påvirker danske tandlægers behandlingstilbud, når kroner og broer er en relevant behandlingsmulighed. Denne undersøgelse havde til formål at identificere tandlægers subjektive erfaringer samt forhold i privat praksis der har betydning for at foreslå og få gennemført behandling med kroner og broer.

## Materiale og metoder

Deltagerne i undersøgelsen var en stikprøve på 275 privatpraktiserende tandlæger fra Århus Amt, vilkårligt udtaget fra en DTF-liste over alle tandlæger i 5. Kreds (n = 425). I betragtning af demografisk repræsentativitet og en blanding af by og land afspejler Århus Amt meget godt resten af Danmark (7).

Et postomdelt spørgeskema blev anvendt. I undersøgelsen indgik 25 spørgsmål om tandlægerne og deres praksis. Der var standardmæssige demografiske spørgsmål om alder, køn, antal år i praksis samt praksistype. Spørgsmål om praksistype vedrørte placering i by eller andetsteds, enmands- eller gruppepraksis, samt antal stole og antal patienter. Der blev også spurgt om hvor stor en andel af omsætningen der kom fra Sygesikringsoverenskomst, samt procentvis hvor mange patienter der fik offentlig betaling, eller var medlem af forsikringsordningen »danmark«.

Ved *odds ratio*-sandsynlighedsberegningsanalyser (OR) blev praksis med en omsætningsandel fra Sygesikringen på

≥25% eller <25% sammenlignet. Tilsvarende analyser blev udført med en andel af patienter dækket af »danmark« på ≥20% eller <20%. Praksistype var også karakteriseret ved spørgsmål om fordeling af patienter mellem lønmodtagere, selvstændige, studerende og pensionister, arbejdsløse, hjemmegående, børn eller indvandrede/fremmedsprogede.

I OR-analysen anvendtes en sammenligning af praksisser hvor ≥70% eller <70% af patienterne havde fast arbejde (lønmødtagere og selvstændige).

For at kunne vurdere hvordan det lykkes for tandlæger at få gennemført deres behandlingsforslag, blev der stillet to spørgsmål:

»Hvis du i din praksis har undersøgt 10 patienter som har behov for kroning af en molar, ca. hvor mange procent af patienterne vil få denne behandling?«

Ved OR-sandsynlighedsanalyser blev svarene fra tandlæger med ≤20% eller >20% gennemførsel af kroningsforslagene sammenlignet.

»Hvad er den hyppigste grund til at de ikke får behandlingen?« (Rangorden 1 = mest sandsynlig, 2 = næstmest osv.; undlad de ikke relevante; dvs. flere svar var mulige).

Svarmuligheder:

1. Patientens økonomiske prioriteringer (»har penge, men vil ikke«).
2. Manglende økonomiske muligheder (»har reelt ingen penge«).
3. Vil ikke gøre det fordi Sygesikringen »danmark« ikke dækker omkostningen.
4. Patienten mener at tanden ikke skal behandles yderligere, idet eksisterende fyldning er god nok (tandbesparende).
5. Patienten er angst for procedureerne.
6. Jeg laver helst ikke kroner og broer.
7. Pga. andet (forklar).

Eftersom hovedformålet med undersøgelsen var at beskrive de danske tandlægers subjektive erfaringer med at foreslå og gennemføre behandling med kroner og broer, var det primære forskningsspørgsmål for denne analyse:

»Hvordan har du det med at foreslå behandling med kroner og broer til patienter?«

Svarmuligheder:

1. Intet problem, nemt at overbevise folk om at de har behov.
2. Kan lide det under de fleste omstændigheder.
3. Ofte lidt ubehageligt.
4. Synes det er svært og næsten altid ubehageligt.

Ved sandsynlighedsberegningen blev svarene 1 og 2 (= ikke ubehageligt) samt 3 og 4 (= ubehageligt) lagt sammen.

For at kunne beskrive forskellige forhold omkring fremlæggelsen af behandlingsforslagene blev der stillet følgende to spørgsmål:

»Du har en patient som har behov for en bro fra +3 til +6. Hvilke af følgende situationer gælder mest for din praksis?«

(Rangorden fra mest hyppig (1) til mindst hyppig (6); undlad de ikke relevante).

Svarmuligheder:

1. Patienten foreslår selv denne behandling og beder om mere oplysning.
2. Så snart jeg tager initiativet og foreslår behandlingen, går patienten varmt ind for behandlingen.
3. Patienten går med til behandlingen, selvom han ikke er så glad for idéen.
4. Jeg overbeviser ham om det rigtige i behandlingen, uanset hvad han mente i begyndelsen.
5. Det er ikke muligt at overbevise om den »rigtige« behandling.
6. Jeg laver helst ikke kroner og broer.

»Patienten har en lav indkomst; men han vil gerne have en bro fra +4 til +6. Vil du som tandlæge aftale en afdragsordning for at hjælpe patienten?«

Svarmuligheder:

1. Ja, hvis jeg kender patienten som en god betaler, uanset den økonomiske baggrund.
2. Ja, hvis han tjener mindst 200.000 kr. om året.
3. Ja, hvis jeg får patientens økonomiske status bekræftet af banken e.l.
4. Nej, det er ikke min politik.
5. Nej, jeg vil hellere anbefale et banklån.

For at undersøge om motivationen af patienter til at acceptere dyre behandlingsforslag efter tandlægernes mening kan forbedres, blev de to sidste spørgsmål stillet:

»Mener du, at der er behov for et bedre forsikringssystem mht. de dyrere tandbehandlinger (kroner, broer, partielle proteser – unitors)?«

Svarmuligheder:

1. Meget uenig.
2. Delvist uenig.
3. Delvist enig.
4. Meget enig.

»Tror du at man gennem undervisning kan lære hvordan man motiverer til/sælger dyre behandlinger til patienter?«

Svarmuligheder:

1. Meget uenig.
2. Delvist uenig.
3. Delvist enig.
4. Meget enig.

Hyppighed af responskategorier og rangordning af data blev beregnet. Sammenhæng mellem variablerne blev beskrevet og testet vha. almindelig *odds ratios* (OR),  $\chi^2$ -test (Yates' korrektion), Fishers' eksakte test eller Student's t tests. Inddelingen i grupper for analyse (dikotome variabler) blev valgt ud fra naturlig opdeling af data ved optælling af responserne (Tabel 1,2,3). Niveaulet for statistisk signifikans blev valgt til 5% med tosidige P-værdier og 95% sikkerhedsgrænser i konfidensintervaller (CI).

### Resultater

Stikprøvens sammensætning (Tabel 1 og 2)

Deltagesprocenten var 83% (228/275). Følgende udelukedes: tre specialtandlæger, tre ansat i børnetandplejen, fem som returnerede skemaet og takkede nej til at deltage af princip, og én som var pensioneret. Derved var 79% (216/275) af de udfyldte spørgeskemaer brugbare for analyse. Mht. køns- og aldersmæssig fordeling syntes der ikke at være betydningsfulde forskelle mellem stikprøven og alle praktiserende tandlæger i Århus Amt. Dette indbefatter også kønsmæssige forskelle mht. alder, hvor gennemsnittet for mænd var 47,5 år (SD = 9,4) og for kvinder 41,3 år (SD = 8,3) ( $t = 4,9$ ;  $P < 0,001$ ). Mandlige tandlæger (= 21,3 år, SD = 9,7) rapporterede også statistisk signifikant mere praksiserfaring end kvinderne ( $\bar{x} = 14,2$  år, SD = 8,5) ( $P < 0,001$ ).

Tabel 3 viser den rapporterede fordeling af forskellige typer patienter. Det blev angivet at der i gennemsnit var 3,6% (SD = 5,3) indvandrere, og gennemsnitligt fik 8,2% (SD = 7,2) af patienterne offentlig betaling, mens 26,4% (SD = 18,7) var medlemmer af »danmark«. Efter tandlægerens skøn kom i gennemsnit 26,2% (SD = 9,4) af deres omsætning fra Sygesikringen.

Om at foreslå og gennemføre behandling med kroner og broer

Tandlægerne mente at af de patienter som blev anbefalet kroning af en molar, fik i gennemsnit kun 36% faktisk denne behandling. Tandlægerne mente at den hyppigste begrundelse for at de ikke fik behandlingen var i rangorden (Fig. 1): 1) at patienterne havde manglende økonomiske mulighed (højeste hyppighed i første plads = 64,8%), og 2) manglende økonomisk prioritering (højeste hyppighed i anden plads = 48,6%).

Endvidere syntes 22% af tandlægerne at det var ubehage-

Tabel 1. Karakteristika for de 216 danske tandlæger der deltog i undersøgelsen. Nogle værdier for deltagerantallet (n) er mindre end 216 pga. manglende svar. Køn, alder og år i praksis er vist som kvartiler. Gennemsnit ( $\bar{x}$ ) og spredning (SD) er også vist. Inddelingen i grupper (dikotom opdeling) for test eller odds ratio er angivet med stiplede linje.

| Køn                           |     |         |
|-------------------------------|-----|---------|
| Mænd                          | 133 | (61,6%) |
| Kvinder                       | 83  | (38,4%) |
| Alder (år)                    |     |         |
| (n = 212)                     |     |         |
| 22-37                         | 51  | (24,1%) |
| 38-44                         | 51  | (24,1%) |
| 45-51                         | 54  | (25,4%) |
| 52-75                         | 56  | (26,4%) |
| $\bar{x} = 45,1$ år; SD = 9,4 |     |         |
| År i praksis                  |     |         |
| (n = 214)                     |     |         |
| 1-10                          | 55  | (25,7%) |
| 11-18                         | 53  | (24,8%) |
| 19-25                         | 56  | (26,1%) |
| 26-46                         | 50  | (23,4%) |
| $\bar{x} = 8,5$ år; SD = 9,9  |     |         |

Tabel 2. Karakteristik af praksis for de 216 danske tandlæger der deltog i undersøgelsen. Nogle værdier for deltagerantallet (n) er mindre end 216 pga. manglende svar. Inddelingen i grupper (dikotom opdeling) for test eller odds ratio er angivet med stiplede linje. Gennemsnit ( $\bar{x}$ ) og spredning (SD) er også vist.

| Antal patienter                       |     |         |
|---------------------------------------|-----|---------|
| (n = 210)                             |     |         |
| 0-799                                 | 44  | (21,0%) |
| 800-999                               | 39  | (18,6%) |
| 1.000-1.273                           | 75  | (35,7%) |
| 1.274-3.300                           | 52  | (24,7%) |
| $\bar{x} = 1.058$ patienter; SD = 529 |     |         |
| Praksistype                           |     |         |
| (n = 215)                             |     |         |
| Gruppepraksis                         | 156 | (72,6%) |
| Enmandspraksis                        | 59  | (27,4%) |
| Antal stole                           |     |         |
| (n = 216)                             |     |         |
| En                                    | 25  | (11,6%) |
| To eller flere                        | 191 | (88,4%) |
| Lokalisation                          |     |         |
| (n = 216)                             |     |         |
| På landet                             | 52  | (24,1%) |
| Mellemstor by                         | 37  | (17,1%) |
| Større by                             | 127 | (58,8%) |

Tabel 3. Gennemsnitlig fordeling (i %) af patientkategorier angivet af tandlægerne. SD = spredning. Inddelingen i grupper (dikotom opdeling) for tests eller odds ratios er angivet med stiplede linje. I dette tilfælde var det »har fast arbejde« vs. »ikke fast arbejde«.

|              | %    | SD   |
|--------------|------|------|
| Lønmodtagere | 44,4 | 15,0 |
| Selvstændige | 16,1 | 10,0 |
| Studerende   | 10,0 | 7,2  |
| Ledige       | 9,0  | 5,6  |
| Pensionister | 12,4 | 8,7  |
| Hjemmegående | 7,6  | 4,7  |
| Børn og unge | 0,2  | 2,1  |

ligt at foreslå kroner og broer til patienter, 20% syntes at det oftest var uden problemer, mens 57% slet ikke havde problemer. Der var meget stor sandsynlighed for (OR = 5,5; CI = 2,7-11,0;  $\chi^2 = 23,8$ ;  $P < 0,0001$ ) at tandlæger (36 af 89 sammenlignet med 14/127 modsat), hvor 20% eller mindre af kroneforslagene angiveligt blev gennemført, også syntes at det at foreslå behandling med kroner/broer ofte var lidt ubehageligt eller svært og næsten altid ubehageligt. Odds ratio-sandsynlighedsberegninger viste også at tandlæger der syntes at det var ubehageligt at foreslå kroner og broer, hyppigere var fra landet (OR = 2,2; CI = 1,1-4,4;  $\chi^2 = 4,3$ ;  $P = 0,04$ ) end

fra byområder, og det var også næsten to gange mere sandsynligt (OR = 1,9; CI = 1,0-3,8;  $\chi^2 = 3,0$ ;  $P = 0,08$ ) at de havde enmandspraksis og angav at færre patienter var dækket (<20%) af »danmark« (OR = 2,1; CI = 1,1-4,0;  $\chi^2 = 4,7$ ;  $P = 0,03$ ). Tandlægens subjektive erfaringer med at foreslå behandling med kroner og broer var ikke signifikant sammenhængende med alder, køn, praksiserfaring, praksisstørrelse, antal stole eller patienttyper (fast arbejde/ikke fast arbejde).

For tandlæger hvor mindre end 20% af kroningsforslagene angiveligt blev gennemført, var det to gange mere sandsynligt at de var fra landområder (OR = 2,0; CI = 1,1-3,7;  $\chi^2 = 3,9$ ;  $P < 0,05$ ), og det var også over to gange mere sandsynligt at de havde enmandspraksis (OR = 2,5; CI = 1,4-4,6;  $\chi^2 = 8,0$ ;  $P = 0,005$ ).

I praksisser hvor det blev oplyst at færre end 20% af patienterne var medlemmer af »danmark«, var det næsten to gange mere sandsynligt at kronebehandlingen angiveligt ikke blev gennemført i 80% eller mere af tilfældene (OR = 1,9; CI = 1,1-3,4;  $\chi^2 = 4,8$ ;  $P = 0,03$ ). Praksisser med lille andel (<20%) af patienter dækket af »danmark« var også mest sandsynligt placeret i landområder (OR = 2,1; CI = 1,1-4,0;  $\chi^2 = 4,9$ ;  $P < 0,03$ ). Der var ingen sammenhæng mellem den angivne Sygesikringsomsætningsdel og alle de andre variabler.

#### Forhold omkring at foreslå behandling med broer

Ved en hypotetisk patient der havde behov for en bro fra +3

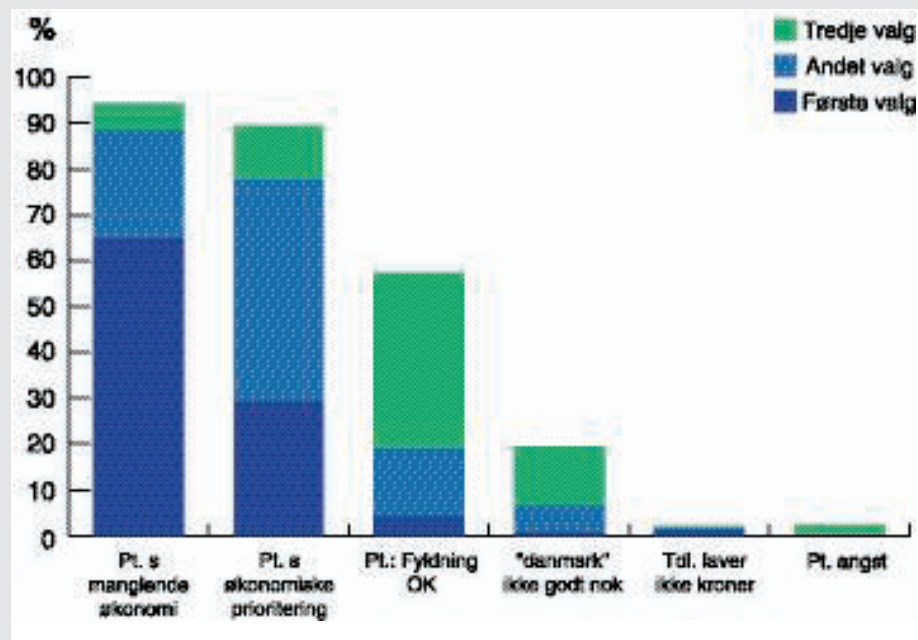


Fig. 1. Begrundelsen for ikke at ønske kronebehandling. Frekvensen af de forskellige alternativer, angivet som henholdsvis første, anden eller tredje mest sandsynlige mulighed.

Fig. 1. »What is the most frequent reason for not performing a crown treatment?« Frequency of the various alternatives stated where »most likely«, »second most likely« or »third most likely« choices were combined for analysis purpose. By rank order results were 1) »The patient can't afford it«, 2) »The patient has other financial priorities«, and 3) »An amalgam or composite restoration will do OK.«.

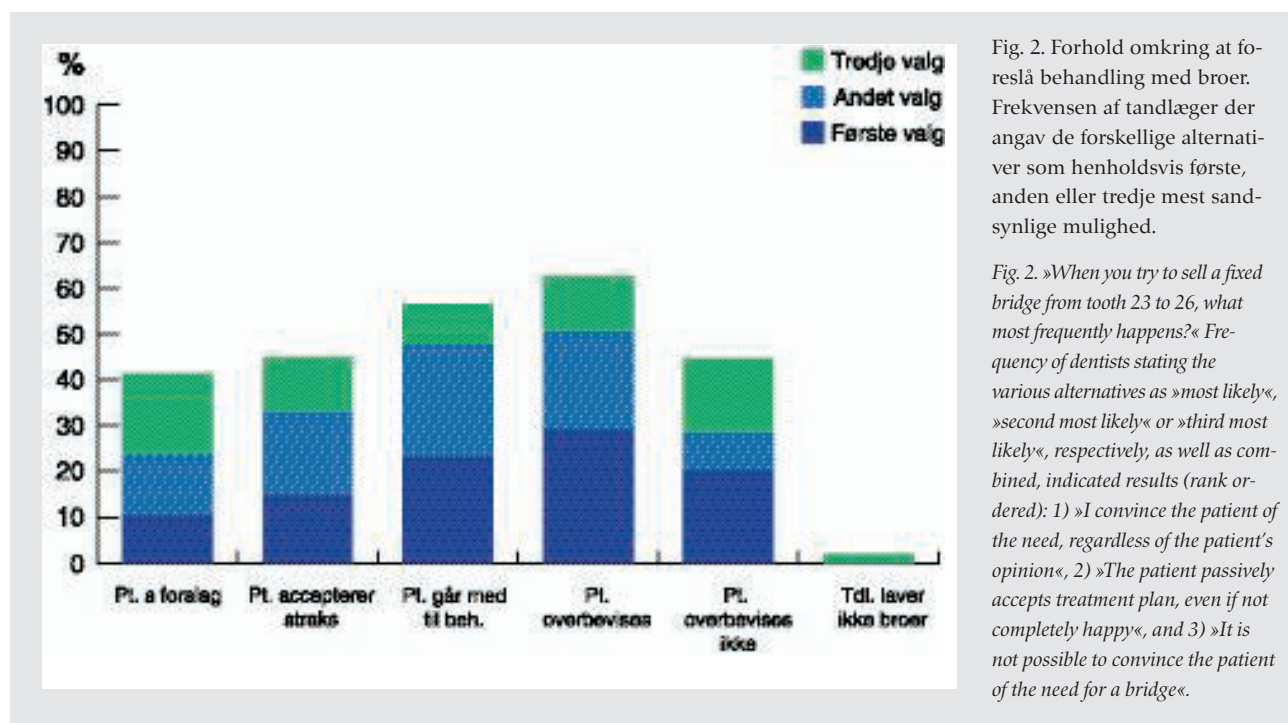


Fig. 2. Forhold omkring at foreslå behandling med broer. Frekvensen af tandlæger der angav de forskellige alternativer som henholdsvis første, anden eller tredje mest sandsynlige mulighed.

Fig. 2. »When you try to sell a fixed bridge from tooth 23 to 26, what most frequently happens?« Frequency of dentists stating the various alternatives as »most likely«, »second most likely« or »third most likely«, respectively, as well as combined, indicated results (rank ordered): 1) »I convince the patient of the need, regardless of the patient's opinion«, 2) »The patient passively accepts treatment plan, even if not completely happy«, and 3) »It is not possible to convince the patient of the need for a bridge«.

til +6, svarede tandlægerne (Fig. 2) oftest (første, andet eller tredje valg = 62,5%) at de ville overbevise denne om det rigtige i behandlingen, uanset hvad vedkommende mente i begyndelsen, og dernæst (56,5%) at patienten ville gå med til behandlingen, selvom denne ikke var så glad for idéen. Tandlægerne svarede derefter lige ofte at »Så snart jeg tager initiativet og foreslår behandlingen, går patienten varmt ind for behandlingen« (44,9%), og »Det er ikke muligt at overbevise om den »rigtige« behandling« (44,9%). Endelig svarede 41,2% af tandlægerne at »Patienten foreslår selv denne behandling og beder om mere oplysning« som et fjerde valg.

Mht. afdragsordning for at hjælpe patienterne svarede 88% af tandlægerne at hvis de kendte patienten som en god betaler, ville de aftale en afdragsordning uanset den økonomiske baggrund. Kun 3,2% svarede at det ikke var klinikens politik, mens 5,6% hellere ville anbefale et banklån, 2,3% ville få bekræftet patientens økonomiske status inden behandling, og 0,5% sætte indkomstgrænsen til mindst 200.000 kr. om året.

Langt den største del af tandlægerne (75,9%) mente at man kan lære hvordan man motiverer patienten til at få dyre behandlinger (kroner, broer, partielle proteser), og 90,3% mente at der er behov for et bedre forsikringsssystem mht. dyrere tandbehandlinger.

**Diskussion**

Undersøgelsen viste store forskelle i danske tandlægers erfa-

ringer med at foreslå og gennemføre behandling med kroner og broer. Tandlæger som følte det ubehageligt at tilbyde disse behandlinger, stod ofte i enmandspraksis og arbejdede på landet eller i mindre bysamfund. Tandlæger der angav at have svært ved at få patienten til at acceptere behandlingen, havde meget ofte også svært ved at foreslå disse behandlinger og praktiserede med en vis sandsynlighed på landet. Til gengæld fandtes ingen associationer mellem ubehag ved at foreslå disse behandlinger og køn, alder, praksiserfaring og praksisstørrelse.

De udspurgte tandlæger skønnede at kun ca. 1/3 af alle molarer der fagligt set burde forsynes med en krone, rent faktisk blev dette. Tandlægerne gav udtryk for at det oftest var økonomiske forhold der var årsag til at behandlingerne ikke blev gennemført, og at en højere grad af forsikring ville gøre det lettere at foreslå og gennemføre en typisk kronebehandling. På den anden side var næsten 90% af de adspurgte tandlæger villige til at indgå en aftale om en afdragsordning uanset patientens økonomiske baggrund, hvis de kendte patienten som en god betaler. Desuden mente langt hovedparten af tandlægerne (90%) at der bør være et bedre forsikringsssystem for denne type behandlinger.

I modsætning til resultaterne i den foreliggende undersøgelse har økonomien mindre betydning for gennemførelsen af en indiceret behandling i Sverige (8,9). Tilsvarende fandt man i en serie publikationer baseret på det samme

amerikanske materiale at tekniske overvejelser styrede behandlingen langt mere end patientrelaterede forhold som fx økonomi (5). Tandlægerne der indgik i undersøgelsen, havde en patientpopulation karakteriseret som »a homogeneous, well-educated, upper-middle-class population of patients«, og patienterne var dækket af forsikring (2). Tandlæger der lagde stor vægt på at følge patientens ønsker, stod generelt set i enmandspraksis, var mindre orienteret mod profylakse, havde længere arbejdstid og tog lavere priser (5). Desuden havde eksempelvis tandlægens og praksis' alder negativ indflydelse på mængden af behandlinger per patient (10), mens tandlæger i en stor, travl praksis med høje honorarer også havde flere ydelser per patient. Resultaterne tyder på at praksis- og behandlingsprofilen hænger sammen med tandlægens overbevisning og praksistype (2) og er derfor sammenlignelige med nærværende resultater vedr. danske tandlæger. Der er således en lang række faktorer af ikke-faglig karakter der spiller ind på hvilke behandlinger en patient får foreslået af tandlægen (2).

Ud over den økonomiske faktor har vi også tilstræbt at analysere en ikke tidlige belyst faktor af ikke-faglig karakter, nemlig tandlægernes behag eller ubehag ved at foreslå behandling med kroner og broer.

I spørgeskemaet blev der spurgt om behandlinger hvor indikationsstillingen overvejende var faglig og i mindre grad kosmetisk. Derfor vil patienten sjældent være umiddelbart motiveret for behandlingen i de beskrevne situationer, men oftere skulle bringes til at indse behovet for tandlægens foreslåede behandling. De adspurgte tandlæger mente at en hypotetisk patient der havde behov for en bro fra +3 til +6, højst sandsynligt ville acceptere behandlingen, omend mange patienter muligvis først skulle overbevises om behandlingens berettigelse. Dette resultat passer dårligt sammen med at man angav at kun ca. en 1/3 af alle molarer med behov for en krone rent faktisk også bliver kronet. En forklaring kan være at en patient lettere kan se et behov for erstatning af manglende tænder i et synligt område end en forbedret prognose for en tand der umiddelbart kan forsynes med en plastisk erstatning. En anden mulighed er at spørgsmålet vedr. kronebehandlingen er mindre abstrakt end spørgsmålet omkring brobehandlingen og derfor bliver besvaret mere realistisk.

De fleste tandlæger som medvirkede i den foreliggende undersøgelse, angav at de relativt ubesværet kan foreslå patienter en behandling med fast protetik, omend ca. 1/5 del følte det ubehageligt. Den sidste gruppe tandlæger var overrepræsenteret blandt tandlæger som praktiserer på landet, og blandt tandlæger i enmandspraksis (selvom det sidste ikke helt opnåede den valgte statistiske signifikans). De fleste af

tandlægerne mente desuden at det er muligt at lære hvordan man markedsfører og fremlægger behandlingsforslag med kroner og broer.

Der er ingen tvivl om at de høje priser og den høje egenbetaling på fast protetik har en stor negativ indflydelse på det behandlingstilbud danske patienter får. I Sverige, hvor egenbetalingen er langt mindre end i Danmark, har økonomien til gengæld langt mindre betydning for gennemførelsen af en indiceret behandling (8,9). Dette passer også med at det i nylige undersøgelser er vist at 56% af 55-69-årige danskere mangler (og ikke har fået protetisk erstattet) flere tænder (>3), eller har aftagelig del- eller helprotese, hvori- mod det kun gør sig gældende for 28% i Sverige. Modsvarende har kun 3,6% danskere tænder erstattet med fast protetik mod 14,1% i Sverige (11). Med andre ord er der en betydelig bedre tandstatus blandt midaldrende i Sverige end i Danmark (11). Den dårligere tandstatus i Danmark skyldes formodentlig ikke kun forskellene i patienternes egenbetaling i de to lande, men resultaterne fra den nærværende undersøgelse tyder i hvert fald på at den store egenbetaling i Danmark har stor betydning for hvilke behandlinger danske patienter modtager.

### English summary

#### *Experiences of Danish dentists in private practice in motivating treatment with crowns and bridges*

The subjective experiences of Danish dentists about persuading patients to accept expensive treatment plans were surveyed. A mailed questionnaire was completed by 216 randomly selected Danish private dentists in and around Aarhus. The second largest city, Aarhus is considered to be representative of the rest of Denmark (7). Of these dentists, 22% regarded it as unpleasant to try and sell crowns and bridges to patients, 20% thought selling was easy, while 57% liked to motivate and sell. The dentists also estimated that on an average only 36% of patients for whom they recommended molar crown treatments actually followed through with the treatment. Reasons by rank order (Fig. 1) for this were: 1) 64.8% said patients could not afford the treatment and 2) 48.6% thought patients lacked economic priorities for such treatment. These Danish dentists felt that they were trying to persuade reluctant patients to accept recommendations for bridgework (Fig. 2). Odds ratio (OR) analyses indicated that dentists who had »sold« only 20% or less of the crowns they had suggested were over five times more (OR = 5.5) likely to think selling crowns and bridges was unpleasant. Rural dentists (OR = 2.2), dentists with solo practices (OR = 1.9) and dentists with 20% or less of their patients covered by supplemental private insurance (OR = 2.1) thought selling was more

unpleasant than urban and group practitioners with higher numbers of insured patients. Also, dentists with fewer patients who had supplemental insurance coverage reported more often that 80% or more of crowns suggested were never made (OR = 1.9). There were no significant differences in these dentists' attitudes by age, gender, size or age of practice, numbers of dental chairs or patient type. Thus, it was concluded that of the private dentists who perceived selling crowns and bridges to be unpleasant, most were solo practitioners in rural areas. Nearly 76% of the dentists thought that it was possible to learn sales and motivation techniques from coursework. Finally, over 90% thought the insurance system should be revised to make crowns and bridges more affordable.

Der takkes for økonomisk støtte fra Colgate Palmolive A/S. Tak til Bente Kjær for dataindsamling og Lis Jørgensen for dataforberedelsesarbejdet.

### Litteratur

1. Grembowski D, Milgrom P, Fiset L. Dental decisionmaking and variation in dentist service rates. *Soc Sci Med* 1991; 32: 287-94.
2. Grembowski D, Milgrom P, Fiset L. Variation in dentist service rates in a homogeneous patient population. *J Public Health Dent* 1990; 50: 235-43.
3. Eriksson T, Kronström M, Palmqvist S. Frekvensen av protetiska behandlingar inom distriktvården i Örebro län. *Tandlakartidningen* 1991; 83: 360-6.
4. Eriksson T, Kronström M, Palmqvist S, Söderfeldt B. Some factors influencing the quantity of prosthodontic treatment performed by general practitioners in public dental service. *Swed Dent J* 1992; 16: 247-51.
5. Grembowski D, Milgrom P, Fiset L. Factors influencing dental decision making. *J Public Health Dent* 1988; 48: 159-67.
6. Grembowski D, Milgrom P, Fiset L. Clinical decision making among dental students and general practitioners. *J Dent Educ* 1989; 53: 189-92.
7. Moore R, Brødsgaard IA, Scheutz F, Birn H. Angst for tandbehandling – Prævalens og karakteristika blandt voksne danskere. *Ugeskr Laeger* 1995; 157: 1845-8.
8. Kronström M, Palmqvist S, Söderfeldt B. Prosthodontic decision-making among general dentists in Sweden. II: The choice between fixed and removable partial dentures. *Int J Prosthodont* 1999; 12: 527-33.
9. Kronström M, Palmqvist S, Söderfeldt B. Prosthodontic decision making among general dentists in Sweden. I: The choice between crown therapy and filling. *Int J Prosthodont* 1999; 12: 426-31.
10. Grembowski D, Milgrom P, Fiset L. Factors influencing variation in dentist service rates. *J Public Health Dent* 1990; 50: 244-50.
11. Palmqvist S, Söderfeldt B, Vigild M, Kihl J. Dental conditions in middle-aged and older people in Denmark and Sweden: a comparative study of the influence of socioeconomic and attitudinal factors. *Acta Odontol Scand* 2000; 58: 113-8.

### Forfattere

Flemming Isidor<sup>1</sup>, professor, lic. et dr.odont., og Rod Moore<sup>2</sup>, DDS, PhD Afdeling for Protetik<sup>1</sup> og Afdeling for Oral Epidemiologi og Børnetandpleje<sup>2</sup>, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet