

Dorthe Holst og Jostein Grytten:

NOU 2005:11 om tannhelsetjenesten – feilaktige fremstillinger og manglende innhold

Stortinget ba i 2004 om en bred utredning på tannhelsefeltet. Utredningen skulle blant annet vurdere organiseringen av offentlige tannhelsetjenester, spørsmål om vederlagsfri tannbehandling og bruk av egenandel, samarbeid mellom offentlig og privat sektor og bruk av kombinasjonsstillinger i denne sammenheng. Mandatet er utformet bredt og inviterer til en analyse av det offentlige engasjementet i lys av blant annet mer samarbeid mellom offentlig og privat sektor og nyere reformer ellers i helsetjenesten.

Mot denne bakgrunn er det bemerkelseverdig og helt utilstrekkelig at utredningen kun beskriver Den offentlige tannhelsetjenesten og ikke den private sektor, som beskjeftiger 75 % av tannlegene. Dette desto mer fordi de foreslåtte tiltakene dreier seg om prinsipielle reguleringer i den private sektor. Det blir derfor ikke mulig å vurdere tiltakene for denne sektor eller for sektorene samlet. Det savnes også vurdering av grenseflaten mot primærhelsetjenesten.

Vi skal i dette innlegget kommentere vurderingene og forslagene i NOU 2005: 11 (1), oppsummere områder som ikke er berørt i utredningen, samt kort omtale hvordan en kapasitetsreform kan utformes og prøves ut. Vi legger til grunn at tannhelse og sykdommer i tenner og munnhule bør sidestilles med helse og andre sykdommer i kroppen, og at brukernes rettigheter,

lovgivning og tannhelsetjenestens organisatoriske tilknytning i størst mulig grad bør gjøres lik generelle prinsipper i norsk helsetjeneste. Kjernen i problemene ligger i å sikre hele befolkningen et effektivt og tilgjengelig tilbud om tannbehandling; å sikre driften av dagens offentlige tannhelsetjeneste er ikke hovedoppgaven per se.

Utredningens vurdering av tannhelsetjenesten

NOU 2005: 11 gir en beskrivelse av Den offentlige tannhelsetjenesten og ser følgende utfordringer (lett forkortet fra s. 66):

1. Regionalt fordelingsproblem

Det pekes flere steder i utredningen på et stort regionalt eller geografisk fordelingsproblem for tannleger i mange deler av landet. Som dokumentasjon for dette beskrives antall ledige stillinger i Den offentlige tannhelsetjenesten (113) (tabell 3.3 side 19). Det gis ingen beskrivelse av hvordan de ledige stillingene er fordelt etter fylke, i forhold til sentrum-periferi eller som andel av alle besatte stillinger. Tabellen er ikke korrigert for overgang fra tannlege I- til tannlege II-stillinger og antall tannpleierårsverk. En slik korreksjon ville vist at antallet utførte årsverk målt i arbeidstimer i 2002 bare er 5 % lavere enn i 1985, mens tabell 3.3 i utredningen viser 22 % (2).

Utredningens beskrivelse av det påståtte fordelingsproblem er utilstrekkelig og villedende, ikke minst i lys av at det finnes lett tilgjengelige tall for fordeling av besatte årsverk i både privat og offentlig tannhelsetjeneste per befolkningsenhet og fylke (2). Figur 1 og 2 har vi utarbeidet på basis av tilgjengelig statistikk fra Statistisk sentralbyrå (3). Figurene viser at avtalte årsverk per befolkningsenhet varierer betydelig mellom fylkene, og at de nordligste fylkene kommer bra ut

i denne sammenligningen. I figur 2 er ubesatte årsverk per fylke lagt inn i bunnen av stolpene. Antall ubesatte årsverk alene gir et fordreiet bilde av ressurstilgjengeligheten i regionene. Flere nordnorske fylker har mellom 300–400 pasienter ferdigbehandlet per år per tannlege- og tannpleierårsverk. Trøndelagsfylkene og Østfold, med lavt antall tannleger og tannpleiere per befolkningsenhet, kan vise til dobbelt så høye produksjonstall. Disse svært lave tallene kan tolkes som at det kan være ressurskrevende å organisere tannhelsetjenester i fylker med stor andel utkantstrøk og høy personellturnover¹. Men det kan ikke være hele forklaringen. Tallene viser også at det må være en svikt i driften og ledelsen av Den offentlige tannhelsetjenesten som er et minst like stort problem som rekruttering og stabilitet.

Samlet viser ovenstående at det *ikke* er dokumentasjon for det påståtte fordelingsproblem, som også er påvist andre steder flere ganger (for eksempel se referansene 2, 4–5). Helsedepartementet og utredningen anvender utelukkende antall ledige stillinger og ikke besatte årsverk per befolkningsenhet, og dette gir et skjevt bilde av virkeligheten. Deler av Den offentlige tannhelsetjenesten har et *rekrutterings- og stabilitetsproblem*, som verken kan tolkes eller løses som et fordelingsproblem.

2. Sosialt fordelingsproblem

Utredningen skriver at tannhelsen i den norske befolkning er god og har bedret seg over tid. Dette er vi enige i, men samtidig understreker utredningen at

Forfattere

Dorthe Holst, professor, dr.odont.
Jostein Grytten, professor, dr.philos.
Seksjon for samfunnsodontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

¹ For eksempel, stabiliteten i stillingene i noen fylker er lav, og det brukes ekstra ressurser på å skaffe vikarer og tannleger fra utlandet til stillingene. Utredningen peker på at de tiltakene fylkene har brukt på å skaffe tannleger kun i begrenset omfang har vært vellykket.

Utredningen peker på at tannhelsen også hos eldre er blitt mye bedre, men at funksjonstap og eventuell institusjonalisering er en trussel for tannhelsen i denne gruppen. Det er i den sammenheng vesentlig å peke på at de fleste eldre er funksjonsfriske og hjemmeboende også etter fylte 80 år (8). Vi er enige i at rusmiddelbrukere, psykisk utviklingshemmede og fengselsinnsatte har problemer med å ivareta sin tannhelse. Disse gruppene og de aller eldste gir imidlertid ikke grunnlag for å beskrive tannhelseutfordringen som et sosialt fordelingsproblem i befolkningen.

5. Mer offensiv og bevisst satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid

Utredningen peker på viktigheten av dette arbeidet og på samarbeid med helsetjenesten og sosialtjenesten. Dette kan støttes. Det savnes imidlertid en innsikt i og analyse av hvordan dette kan styrkes og videreutvikles. Det savnes også en presisering av tannpleierens rolle i dette arbeidet, og en analyse av behovet for tannpleiere. Utvalget tilrår økt forskning for å få kunnskap om hvilke tiltak som virker. Dette støttes, og det kan legges til at dette kan ivaretas hvis forskningsmidler stilles til rådighet for forskning i et folkehelseperspektiv og i tverrfaglig samarbeid med relevante forskningsgrupper og med tannhelsetjenesten.

Utvalgets vurderinger og tilrådninger

I tillegg til de allerede omtalte tilrådingene om å levere effektive tjenester og øke forskning på helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak, foreslår flertallet i utvalget tre reguleringer i den private sektor samt turnustjeneste for nyutdannede tannleger. Utvalget er tredelt i synet på Den offentlige tannhelsetjenestens organisatoriske forankring.

Etableringsstopp

Det postuleres at etableringsstopp vil medvirke til å fordele tannlegene bedre. Det foreslås at det beregnes hjemler i de mest tannlegetette områdene, og at det ellers overlates til Helse- og omsorgsdepartementet å foreta en nærmere utredning.

For det første, den postulerte skjevfordelingen av tannleger som er begrunnelsen for etableringskontrollen er ikke dokumentert, snarere tvert imot (2, 4–5). For det andre, det er tidligere vist at økningen i privatpraksis foregår i de mellomstore byer og ikke i de store byene (13). Selv om man nekter tannleger å etablere seg på ett sted, er det ikke gitt at tannlegene flytter til det stedet noen ønsker de skal være. Erfaringene fra andre land, blant annet Sverige, viser at etableringsstopp har flere uhenksiktsmessige bivirkninger enn ønskede virkninger (14). Det er lite sannsynlig at departementet vil kunne være å jour med tannlegers til- og fraflytninger, og hjemlene blir fort historiske og for gamle. De negative effektene på rekrutteringen og profesjonen vil være store. Etableringsstopp vil derfor ikke løse noen problemer, men vil kun skape nye.

Prisregulering

Det pekes på at prisene i privat sektor har økt mer enn prisindeksen. Dette var vist av Grytten og medarbeidere, 2004

(15). Vi understreket imidlertid i artikkelen at så lenge ingen har vist hvor mye av prisstigningen som skyldes investeringsetterslep fra før 1995, reell kostnadsøkning på utstyr og arbeidskraft i praksis, og hvor mye som er ren næringsinntekt, kan ingen vurdere prisstigningens rimelighet. I perioden 1997–2003 viser offentlig statistikk at lønninger/inntekter for flere grupper av arbeidstakere har økt med fra 30–50 % (16). Beslutningsgrunnlaget for å innføre priskontroll er derfor mangelfullt og må utredes i mye større dybde.

Styrings- og forvaltningsansvar

Det foreslås å gi Den offentlige tannhelsetjenesten et styrings- og forvaltningsansvar for en samlet sektor i regionen. Eksemplene på side 67 i utredningen på hva et slikt styrings- og forvaltningsansvar kan føre til, viser at denne tilrådingen vil ha svært begrenset effekt på det som er formulert som utfordringer³. I tillegg vil en slik styrings- og forvaltningsmodell være et svært alvorlig inngrep i den private tannleges hverdag. Det er imidlertid behov for å betrakte arbeidsoppgavene i den offentlige og den private sektor under ett.

Turnustjeneste

Det foreslås ett års turnustjeneste for å bedre den faglige kvaliteten hos tannlegene. Denne begrunnelsen savner dokumentasjon. Hvordan en turnustjeneste skal bedre den faglige kvaliteten sies det intet om. Det sies heller ikke hvor denne turnustjenesten skal foregå, men det kan formodes at turnustjenesten skal foregå i Den offentlige tannhelsetjenesten, fordi utredningen antar at turnustjeneste vil medføre bedre rekruttering til distriktene.

Undersøkelser blant tannlegestudentene og nyutdannede tannleger viser at de som velger å jobbe i Den offentlige tannhelsetjenesten etter utdanning, kun blir et par år (17). Det er lite som tyder på at turnus vil gi ekstra rekruttering eller stabilitet i stillingene. En arbeidsgruppe nedsatt av Helsedepartementet avviste turnustjeneste, fordi dette krever store administrative res-

Tabell 1. Prioriterte personer/personer undersøkt/behandlet per offentlig avtalt tannlege/tannpleierårsverk 2004. Netto driftsutgifter per prioritert person under tilsyn

Fylke	Prioriterte personer undersøkt/ behandlet per offentlig avtalt tannlege /tannpleierårsverk	Personer undersøkt/ behandlet per offentlig avtalt tannlege /tannpleierårsverk	Netto driftsutgifter per prioritert person under tilsyn (kr)
Østfold	725	766	1 089
Akershus	748	758	751
Oslo	632	632	734
Hedmark	425	568	1 291
Oppland	565	719	1 033
Buskerud	609	740	1 184
Vestfold	562	613	897
Telemark	645	785	1 052
Aust-Agder	612	751	1 087
Vest-Agder	751	809	1 019
Rogaland	666	822	888
Hordaland	499	593	1 099
Sogn og Fjordane	510	662	1 456
Møre og Romsdal	574	702	1 235
Sør-Trøndelag	553	802	971
Nord-Trøndelag	567	802	1 507
Nordland	433	542	1 789
Troms	289	378	1 931
Finnmark	299	466	2 134

Kilde: Statistisk sentralbyrå, KOSTRA

³ Utredningen nevner: Faglig oppdatering, rapportering, prosedyrer for tilsyn, faglig vurdering ved klager, styre etablering ved hjelp av hjemler og tannlegevakt.

surser som ikke står i samsvar med de resultater som kan forventes oppnådd (13).

Modeller for organisering av Den offentlige tannhelsetjenesten

Utredningen diskuterer tre modeller: direktoratmodellen, autonomt statlig tannhelseforetak og fylkeskommunal tannhelsetjeneste. Utvalget er tredelt på dette punktet. Etter vår vurdering bygger både direktoratmodellen og den fylkeskommunale modellen på foreldede prinsipper, og vil ikke gjøre en samlet tannhelsetjeneste bedre i stand til å løse oppgavene. Foretaksmodellen bygger på en moderne driftsform som kan tilpasses lokale og regionale forhold. Foretaksmodellen vil gi tannhelsetjenesten muligheter og samtidig utfordre gamle tradisjoner, og bør foretrekkes.

Bruk av trygdemidler

Utredningen avviser både en generell trygdeordning i tannhelsetjenesten og etablering av en form for fasttannlegeordning etter modell av fastlegeordningen. Til dette er å si: Å øke trygdens tilskudd til tannbehandling uten å knytte trygderefusjoner til andre finansielle eller organisatoriske elementer vil kunne lede til mer etablering i sentrale strøk. Det er vi enig i. Men utredningen unnlater nettopp å knytte bruken av trygdemidler til mulige organisatoriske og finansielle reformelementer. En styrt bruk av trygdemidler ville kunne gi både effektivitets- og fordelingsgevinster (9–10). Utredningen unnlater å referere til at dette faktisk er utprøvd, evaluert og dokumentert fra Østfold (18–19). I stedet avviser utredningen bruk av trygdemidler, hvilket ikke nødvendigvis er til befolkningens fordel. Dessuten vil en kapitalisering kombinert med annen styrt bruk av trygdemidler kunne være et grunnlag for etablering av takster som ellers i allmennlegjetjenesten.

Utredningens forslag om økte trygdemidler til spesifiserte grupper med særlige problemer (s. 75) samt en forenkling av regelverket, (s. 78) støttes. Det støttes også å gi tannpleiere rett til å praktisere for trygden.

Problemstillinger som ikke er belyst i NOU 2005: 11

1. Det er bemerkelsesverdig at NOU 2005: 11 ikke drøfter at det er stor for-

skjell mellom sin fremstilling av mangel på tannleger og det som fremgår av Helsetilsynets rapporter om fordelingen av personell i tannhelsetjenesten (2, 20). Helsetilsynets rapporter er basert på den faktiske fordelingen av besatte årsverk i fylkene, og viser at fordelingen av tannhelsepersonell er helt forskjellig fra det utredningen gir inntrykk av. Utredningen understreker mange steder at det er mangel på tannleger i mange deler av landet, og flere av forslagene til tiltak er begrunnet med den påståtte skjevfordeling av tannleger. Det er alvorlig at utredningen her bevisst forsøker å lure leserne ved å underslå fakta.

2. NOU 2005: 11 unnlater å omtale at flere fylker ikke oppfyller lov om tannhelsetjenestens krav om tilsyn til de prioriterte gruppene a–e. Rapportene fra Helsetilsynet (2, 20) viser at mange fylker ikke gir et dekkende tilbud til de prioriterte gruppene (gruppe a–e) som lov om tannhelsetjenesten pålegger fylkene. Siden dette ikke er omtalt i utredningen, gis det heller ikke noen forklaring på den manglende oppfølging. Dette er alvorlig, og stiller spørsmål ved prioriteringer og ledelsen i Den offentlige tannhelsetjenesten.

3. Det mangler et brukerperspektiv i NOU 2005: 11. Nye undersøkelser som var publisert før utredningen var avsluttet, viste at det var stor tilfredshet med tannhelsetjenesten i brede lag av den voksne befolkning (21). Det var ikke forskjell i tilfredshet ut fra kjønn eller kommunestørrelse. Funnene tyder på at det store flertall av befolkningen vurderer den private tannhelsetjenesten som velfungerende. I en analyse av prisbevissthet viser funnene at pasientene har en formening om prisnivået for tannbehandling, men at de også har et sterkt fokus på kvalitet (22).

4. NOU 2005: 11 viser en manglende forståelse av konkurranseforholdene og prisdannelse i den private sektor. En forståelse av disse elementer er helt nødvendig for å kunne utforme en effektiv og hensiktsmessig tannhelsepolitikk i den private sektor. Igjen har utredningen her fullstendig ignorert allerede publisert materiale fra den norske tannhelsetjenesten (22–26). Dermed blir vurderingene svakt underbygget, de forslåtte reguleringer dårlig begrunnet og lite i takt med kunnskapsstatusen på feltet.

Behov for endringer

Utredningen gir ingen begrunnet dokumentasjon på hvorfor man trenger vidtgående reformer i den norske tannhelsetjenesten. Ett alternativ er faktisk å ikke gjøre noe; dvs. at vi bevarer dagens modeller for organisering og finansiering. Det er da også flere forhold som tilsier at det kan være mest riktig å beholde dagens tannhelsetjeneste uendret:

- Det er høy grad av tilfredshet med tannhelsetjenesten i brede lag av befolkningen.

- Det er ikke tilstrekkelig grunnlag for å si at konkurransen svikter i den private sektor; derfor er verken pris-kontroll eller etableringskontroll påkrevet.

- Det er ikke funnet vesentlig udekket behov for tannbehandling i den voksne befolkningen.

- Det er ikke påvist inntektsulikhet i konsumet av tannbehandling i den vanlige voksenbefolkningen.

Men det fins også forhold som tilsier at dagens organisering og finansiering av tannhelsetjenesten i to atskilte sektorer ikke fungerer tilfredsstillende, noe som kan gi grunnlag for moderate eller mer omfattende reformer. De viktigste forhold er:

- Det er et mangelfullt tannhelsetilbud til de prioriterte gruppene og store ulikheter mellom fylkene i hvilket tilbud Den offentlige tannhelsetjenesten gir (2, 20).

- Den offentlige tannhelsetjenesten dekker ikke behovene til de befolkningsgrupper som er størst og mest krevendende (2, 20). Det ser faktisk ut som dagens fylkeskommunale modell ikke er i stand til å løse de fordelingsmessige oppgaver den er pålagt. Dette skyldes ikke mangel på ressurser, men heller dårlig ledelse og /eller organisering.

- Det synes å være vilje blant flere av de politiske partiene til å øke trygdens tilskudd til tannbehandling i den friske voksne del av befolkningen. Det kan skape ytterligere problemer for Den offentlige tannhelsetjenesten med å betjene de prioriterte gruppene samt øke etableringen av tannleger i tettbygde strøk, med mindre trygden blir knyttet til nye organisatoriske tiltak.

Et manglende tilbud til de gruppene som Den offentlige tannhelsetjenesten har ansvaret for, kombinert med en politisk interesse for at det skal overføres mer penger som trygdemidler til

tannhelsetjenesten, tilsier at en bør vurdere reformer i form av andre finansierings- og organisasjonsmodeller. En løsning er å gå bort fra den rigide todelingen vi i dag har mellom den offentlige og den private tannhelsetjenesten.

Dersom det er viktig at alle prioriterte grupper som etter loven har krav om tilsyn og behandling faktisk skal få det, vil en løsning være å innføre et listepasientsystem med en delvis per capita-avlønning. Per capita-finansiering gir tannlegene, også de private, et listeansvar og dermed et befolkningsansvar. Kapitasjonsprinsippet kan virke effektiviserende på innkallingsintervallene, samtidig som trygderefusjoner sikrer at pasienter som har store behov for behandling, faktisk får et tilbud om behandling. Kapitasjonsbeløpet kan eventuelt varieres slik at det blir større i de deler av landet hvor det fra før er vanskelig å rekruttere tannleger. Det kan også være ønskelig å stimulere til økt samarbeid med tannpleiere ved å øke kapasjonsbeløpet i praksiser med tannpleier. Mer per capita-finansiering vil da øke effektiviteten og redusere etterspørselen etter tannlegeårverk. I Østfold førte kombinasjon av fastlønn og en moderat kapasjonsordning til en effektivitetsgevinst på 10 % (19). På nasjonalt nivå tilsvarende dette en innsparing på flere hundre tannlegeårverk.

Motforestillingene til et listepasientsystem og en per capita-finansiering er at de administrative kostnadene kan bli høye, spesielt vurdert i lys av at tannhelsetjenesten ser ut til å fungere godt for store deler av befolkningen. For å skaffe seg en oversikt over kostnader og gevinster i lys av de utfordringer tannhelsetjenesten står overfor, kan det derfor først være hensiktsmessig at det utformes et prøveprosjekt.

Et slikt prosjekt kan ta utgangspunkt i en kobling mellom pasient og tannlege gjennom et listesystem, noe som befolkningen allerede er vant til fra tannhelsetjenesten gjennom regelmessige innkallinger til tannhelsekontroll. I utgangspunktet kan en tenke seg at ordningen gjelder både for barn og voksne. Tannlegen honoreres årlig med et beløp per person som står på tannlegens liste. Dette vil fungere som et incentiv til å øke antall personer på listen. I tillegg sikres pasienten ved å få dekket sitt behandlingsbehov gjennom et antall trygderefusjoner. Dette er prin-

sippet som er velkjent og utprøvd i fastlegeordningen.

Det vil fortsatt være et behov for et tydelig offentlig ansvar for befolkningens tannhelse og tilgjengelighet av tjenester. Som ellers i helsetjenesten vil ansvaret i mindre grad omfatte drift. Det vil være behov for offentlig drevne klinikker med tilbud til pasienter med omfattende og kompliserte behandlingsbehov eller pasienter som av andre grunner har problemer med å benytte vanlige praksiser. Et bredt anlagt offentlig folkehelsearbeid må støtte befolkningen og motivere til å ta medansvar for egen og familiens tannhelse. Barn og ungdom og andre prioriterte grupper tilbys regelmessig undersøkelse og behandling i samsvar med prinsippene i lov om tannhelsetjenesten 1984. En stor del av disse oppgavene kan løses i et samarbeid mellom sektorene. Det er et offentlig ansvar å bruke styringsverktøy slik at nødvendige tannhelsetjenester med dagens kommunikasjonsmidler er tilgjengelige for hele befolkningen.

En organisatorisk og finansiell reform som den skisserte vil medføre økte offentlige kostnader. Imidlertid har enhver reform en kostnad; det er først gjennom en grundig analyse en kan belyse om kostnadene oppveies av den eventuelle gevinsten. En slik analyse er ikke utredningen i nærheten av å presentere. Men mer alvorlig; utredningen gir på flere felter en helt feilaktig beskrivelse og fremstilling av dagens tannhelsetjeneste. De foreslåtte tiltak blir derfor meningsløse, siden de ikke er begrunnet i en riktig forståelse av hvordan tannhelsetjenesten i dag fungerer. I tillegg ignorerer utredningen den eksisterende kunnskapsstatus på feltet, dette er også alvorlig siden den eksisterende kunnskap ikke underbygges, men svekker de tiltak utredningen foreslår. Nøkkel spørsmålet er etter vår mening om vi trenger tannhelse reformer, og ikke minst hvilke typer vi trenger, dersom slike reformer er påkrevd. Dessverre kan ikke utredningen gi noe som helst velbegrunnet svar. Derfor kan den heller ikke brukes som underlagsmateriale for å utforme den fremtidige tannhelsepolitikken.

Referanser

1. NOU 2005: 11 Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet. Et godt tilbud til de som trenger det mest.

2. Helsetilsynet. Tannhelsetjenesten i Norge. Omfanget av Den offentlige tannhelsetjenesten for de prioriterte gruppene og bemanningssituasjonen i tannhelsetjenesten. Rapport 5/2004. Oslo: Helsetilsynet; 2004.

3. Statistisk sentralbyrå. KOSTRA. <http://www.ssb.no/kostra/>

4. Grytten J, Skau I. Behovet for tannleger er diskutabelt. Nor Tannlegeforen Tid 1999; 109: 354–9.

5. Grytten J, Skau I, Holst D. Hvor skjevfordelte er tannlegene i Norge? Nor Tannlegeforen Tid 2002; 112: 172–7.

6. Grytten J. The Norwegian dental care market [doktoravhandling]. Oslo: Universitetet i Oslo; 1992.

7. Grytten J, Holst D, Laake P. Accessibility of dental services according to family income in a non-insured population. Soc Sci Med 1993; 37: 1501–8.

8. Holst D, Schuller AA, Gimmestad A. Tannhelsen i dynamisk endring – fra sykdomsrisiko til helsepotensial. Nor Tannlegeforen Tid 2004; 114: 866–71.

9. Holst D, Grytten J. Ikke kun et spørsmål om å utdanne flere tannleger. Nor Tannlegeforen Tid 2001; 111: 571–2.

10. Grytten J, Holst D. Fremtidig utdanningskapasitet for tannleger. Nor Tannlegeforen Tid 2003; 113: 243–7.

11. Grytten J, Lund E. Future demand for dental care in Norway; a macro-economic perspective. Community Dent Oral Epidemiol 1999; 27: 321–30.

12. Grytten J, Holst D. Do young adults demand more dental services as their income increases? Community Dent Oral Epidemiol 2002; 30: 463–9.

13. Helsedepartementet. Tannhelsetjenesten. Geografisk fordeling, hensiktsmessig oppgavefordeling og samarbeid mellom offentlig og privat sektor. Oslo: Helsedepartementet; 2003.

14. Jönsson B, Karlsson G. Tandvården – en økonomisk analys. Stockholm: SNS Förlag; 1994.

15. Grytten J, Skau I, Holst D. Endringer i utgifter og honorarer for tannbehandling 1995–2004. Nor Tannlegeforen Tid 2004; 114: 744–7.

16. Dahle DY. Lønnsforskjellene vil øke. Aftenpostens nettutgave <http://forbruker.no/pengenedine/studier/article1109303.ece> (avlest 20.10.2005).

17. Holst D, Grytten J, Skau I. Tannlegestudenters planer og forventninger til arbeid i tannhelsetjenesten. Nor Tannlegeforen Tid 2002; 112: 776–80.

18. Holst D, Grytten J, Berge K. Faktiske og ønskede arbeidsforhold i Den offentlige tannhelsetjenesten i Østfold. Nor Tannlegeforen Tid 2001; 111: 220–4.

19. Grytten J, Holst D, Berge K. Innsatsbasert avlønning i Den offentlige tann-

helsetjenesten i Østfold. Nor

Tannlegeforen Tid 2001; 111: 226–31.

20. Helsetilsynet. Flere ungdom og voksne under tilsyn av Den offentlige tannhelsetjenesten. Rapport 14/2004. Oslo; Helsetilsynet; 2004.

21. Grytten J, Holst D, Skau I. Tilfredshet med tannhelsetjenesten i den voksne befolkningen. Nor Tannlegeforen Tid 2004; 114: 622–6.

22. Grytten J, Holst D, Skau I. Prisbevissthet, kvalitet og valg av tannlege. Nor Tannlegeforen Tid 2004; 114: 628–31.

23. Grytten J, Sørensen R. Competition and dental services. Health Econ 2000; 9: 447–61.

24. Grytten J, Skau I. Konkurrans og tilbudsinduksjon i den private tannhelsetjenesten. Nor Tannlegeforen Tid 1999; 109: 180–4.

25. Grytten J, Sørensen R. Konkurrans og tannhelsetjenester. Discussion Paper 1/1999. Sandvika: Handelshøyskolen BI; 1999

26. Grytten J. Models for financing dental services. A review. Community Dent Health 2005; 22: 75–85.

Adresse: Dorte Holst, Seksjon for samfunnsodontologi, UiO, postboks 1052 Blindern, 0316 Oslo. E-post: dholst@odont.uio.no

Vi vil gjerne ha e-postadressen din

Sekretariatet vil gjerne ha e-postadressen til alle medlemmer som har slik adresse. Det enkleste både for dere og oss er at du sender oss adressen samtidig som du registrerer et passord for medlemssidene på nettstedet, www.tannlegeforeningen.no.

Gå inn på Medlemssider øverst til høyre på startsiden. Da kan du klikke her for å få passord. I neste bilde må du registrere deg med medlemsnummer, e-post, fødselsdato og et valgt passord.

Da vil du få adgang til medlemssider og medlemsregister, og vi har e-postadressen din.

Sekretariatet