

Nina J. Wang og Hilde V. Toven

Tannpleiere i Norge. Yrkesaktivitet og arbeidsforhold

Hensikten med studien var å kartlegge yrkesaktivitet og arbeidsforhold hos tannpleiere i Norge og å sammenligne forholdene i offentlig og privat praksis. Spørreskjema ble sendt til alle tannpleiere med autorisasjon i Norge i 2004. Av respondentene rapporterte 67 % å arbeide som tannpleier; 50 % var ansatt i offentlig tannhelsetjeneste, 30 % i privat tannhelsetjeneste, 9 % var selvstendig næringsdrivende som tannpleiere, og de resterende hadde kombinerte stillinger. Av arbeidstiden ble 80 % benyttet til klinisk arbeid, og av klinisk tid ble 50 % benyttet til undersøkelse av pasienter og 25 % til forebyggende arbeid. Arbeidsoppgaver som ble rapportert utført ofte av over 80 % av tannpleierne, var hygieneinstruksjon, røntgenopptak, fastsettelse av innkallingsintervall, tannsteinsfjerning og vurdering av kariesrisiko. To tredeler av tannpleierne oppgav at de ønsket å utføre lokalanestesi og fylling av kaviteter med glassionomer og kompositt oftere. Mer enn 60 % av tannpleierne mente at de utnyttet sin kompetanse i nåværende arbeidssituasjon og at hovedgrunner til at kompetanse ikke ble utnyttet, var ensartet klientell og tradisjonell arbeidsfordeling mellom tannleger og tannpleiere. De faktorer som flest rapporterte som viktig for trivsel i yrket, var lønn og varierte arbeidsoppgaver.

Etter lov om tannhelsetjenesten skal forebyggende tiltak prioriteres foran behandling (1). Norske tannpleiere har en treårig utdanning som kvalifiserer for helsefremmende og forebyggende arbeid på tannhelseområdet samt kliniske odontologiske oppgaver (2). Tannpleiere er sentrale i utadrettet helsefremmende tannhelsearbeid. I tillegg til forebyggende arbeid benyttes tannpleiere i offentlig tannhelsetjeneste, og i økende grad i privat praksis, som

førstelinjepersonell. Det vil si at tannpleiere undersøker pasienter og diagnostiserer de vanligste sykdommer i tenner og munnhule, utfører forebyggende behandling og henviser videre til tannlege personer de ikke har kompetanse til å behandle (3). Tannpleiere har kompetanse til å fjerne belegg og tannstein, pusse fyllinger og foreta kontroller og etterbehandling.

I 2006 var det 67 studieplasser for tannpleierstudenter ved de odontologiske fakultetene i Bergen og Oslo og ved Høyskolen i Tromsø, og utdanningskapasiteten er økt med vel 20 % siden 1990 (4). Frafallet fra studiet har i gjennomsnitt vært 20 % (4). Antall tannpleiere er økende, men behovet for tannpleiere er ikke dekket. Det er ubesatte stillinger i offentlig tannhelsetjeneste, og i privat praksis øker antallet tannpleiere (5).

Det ble gjort undersøkelser av norske tannpleieres yrkesutøvelse i 1978, 1981, 1985 og 1999 (6–9). Disse viste at frafallet fra tannpleieryrket var stort (8, 9), men at tannpleierne hadde et overveiende positivt syn på sin yrkessituasjon (6). Det er lite kunnskap om hvordan tannpleiere i Norge i dag utnyttes som ressurs i tannhelsetjenesten og i hvilken grad tannpleieres arbeid bidrar til en hensiktsmessig oppgavefordeling mellom yrkesgruppene.

Hensikten med studien var å kartlegge yrkesaktivitet og arbeidsforhold hos tannpleiere i Norge og å sammenligne forholdene i offentlig og privat praksis.

Hovedbudskap

- En tredel av autoriserte tannpleiere var ikke aktive i yrket. To tredeler av yrkesaktive tannpleierne planla å fortsette som tannpleiere de neste fem årene
- Tannpleiere brukte 80 % av arbeidstiden til klinisk arbeid. Tjue prosent mente de ikke utnyttet sin kliniske kompetanse i nåværende arbeidssituasjon
- Tannpleieres arbeidsoppgaver var ulike i offentlig og privat tannhelsetjeneste
- Lønnsforhold og varierte oppgaver ble vurdert som viktig for trivsel i tannpleieryrket

Forfattere

Nina J. Wang, førsteamanuensis dr.odont. Institutt for klinisk odontologi, Avdeling for pedodonti og atferdsfag, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo
Hilde V. Toven, overtannpleier. Tannhelsetjenesten Oslo KF

Tabell 1. Beskrivelse av tannpleiere i Norge 2004. Tannpleiere i offentlig og privat praksis og autoriserte tannpleiere som ikke var yrkesaktive som tannpleier

	Offentlig og privat n = 372		Offentlig n = 204		Privat n = 168		Ikke aktive tannpleiere n = 185		p-verdi
	Gj snitt	Sd	Gj snitt	Sd	Gj snitt	Sd	Gj snitt	Sd	
Alder	39,1	10,3	41,0	10,7	36,8	9,5	43,9	9,8	< 0,05
Arbeidet som tpl – år	12,2	9,3	13,4	9,8	10,7	8,6	7,5	7,5	< 0,05
Antall barn	1,3	1,2	1,4	1,1	1,3	1,2	1,7	1,1	ns
Stillingsstørrelse – %	86	21	89	19	83	23	0	–	< 0,05
Arbeidssted									
By	42 %		30 %		57 %		67 %		
Større sted	46 %		53 %		37 %		24 %		< 0,05
Mindre sted	12 %		17 %		6 %		9 %		

* p-verdi for forskjell mellom tannpleiere i offentlig og privat praksis

Materiale og metode

Et spørreskjema ble våren 2004 sendt til alle autoriserte tannpleiere i Norge. Alle 1 138 tannpleiere i det nasjonale register over autoriserte helsepersonell per 1. januar 2004 ble tilskrevet, 30 utsendelser ble returnert uåpnet på grunn av adresseproblemer, og utfylte spørreskjema ble mottatt fra 49 %, 557 tannpleiere. Skjema ble returnert anonymt, og det ble ikke purret.

Spørreskjemaet var strukturert med prekodete svaralternativ og inneholdt spørsmål om demografiske forhold, yrkesaktivitet, tannpleiernes ansettelses- og arbeidsforhold, arbeidsoppgaver og tilfredshet med tannpleieryrket. Bakgrunnsinformasjon omfattet opplysninger om alder, kjønn og antall barn. Antall års yrkeserfaring som tannpleier og om arbeidsstedet var i by (> 30 000 innbyggere) større sted (30 000–5 000 innbyggere) eller mindre sted (< 5 000 innbyggere) ble rapportert.

Respondentene ble spurt om de var aktive i tannpleieryrket og om årsak dersom de ikke arbeidet som tannpleier. Ansettelses- og arbeidsforhold ble kartlagt med spørsmål om stillingsstørrelse, type stilling (offentlig ansatt, privat ansatt eller selvstendig næringsdrivende) og tidsbruk på ulike kategorier av pasienter og arbeidsoppgaver.

Videre ble det spurt om tannpleiernes oppfatning om omfanget av ulike kliniske behandlingsoppgaver og ønske om endring av arbeidsoppgaver. Oppfatninger om utnyttelse av klinisk kompetanse, årsaker til at kompetanse ikke ble benyttet og faktorer som ble vurdert som viktige for trivsel i yrket, ble registrert. Tannpleieres fremtidige planer for yrkeslivet ble kartlagt ved spørsmål om planlagte aktiviteter de neste fem år.

I tabellene ble tannpleiere med flere arbeidsforhold gruppert i offentlig eller privat sektor i henhold til største arbeidsforhold. Data ble rapportert ved bruk av andeler, gjennomsnitt og standardavvik. Forskjeller ble testet ved hjelp av t-tester og kjikvadrat-tester. Resultater ble betegnet som statistisk signifikante når p var mindre enn 0,05.

Resultat

Yrkesaktivitet

Av totalt 557 autoriserte tannpleiere, rapporterte 33 % (185 tannpleiere) at de ikke var aktive i tannpleieryrket. Av de yrkesaktive tannpleierne var 50 % offentlig ansatt, 30 % var privat ansatt og 9 % selvstendig næringsdrivende, de øvrige oppgav mer enn ett arbeidsforhold. I gjennomsnitt arbeidet tannpleiere i 86 % stilling, i offentlig tannhelsetjeneste hadde tannpleiere større stilling enn i privat tannhelsetjeneste (Tabell 1). Av alle yrkesaktive tannpleiere arbeidet 59 % i 100 % eller større stilling.

Bakgrunnsforhold

Tabell 1 viser alder, antall barn, lengde på yrkeserfaring, stillingsstørrelse og lokalisering av arbeidssted for tannpleiere i offentlig og privat praksis. Respondenter som rapporterte å være ikke aktive som tannpleier, var eldre enn yrkesaktive tannpleiere og hadde gjennomsnittlig 7,5 års arbeidserfaring som tannpleier. Av tannpleiere som ikke lenger arbeidet som tannpleier, oppgav 75 % å ha annet lønnet arbeid.

Offentlig ansatte tannpleiere hadde i gjennomsnitt lengre yrkeserfaring, var eldre og hadde større stillingsbrøk enn tannpleiere i privat praksis (p < 0,05). Lavere andel tannpleiere i offentlig tannhelsetjeneste (30 %) enn i privat tannhelsetjeneste (57 %) arbeidet i byer med mer enn 30 000 innbyggere. To tredeler av ikke yrkesaktive tannpleiere oppgav store byer som arbeidssted. Seks av respondentene var menn, av disse var to ikke yrkesaktive som tannpleier og fire arbeidet i offentlig tannhelsetjeneste.

Tabell 2. Arbeidstid benyttet på forskjellige pasientkategorier. Alle yrkesaktive tannpleiere og tannpleiere i offentlig og privat praksis (%)

	Alle %	Offentlig %	Privat %	p-verdi
Barn og ungdom 0–20 år	44	73	8	< 0,05
Voksne 21–64 år	40	10	76	< 0,05
Eldre 65+ år	8	4	14	< 0,05
Institusjonaliserte og funksjonshemmede	7	12	1	< 0,05

Tabell 3. Arbeidstid benyttet på forskjellige arbeidskategorier. Alle yrkesaktive tannpleiere og tannpleiere i offentlig og privat praksis (%)

	Alle %	Offentlig %	Privat %	p-verdi
Klinisk arbeid med pasienter	78	77	78	n.s
Arbeid utenfor klinikk –forebyggende	5	9	1	< 0,05
Administrasjon	8	8	7	< 0,05
Assistere tannlege	2	1	4	< 0,05
Stell av instrumenter	3	2	4	< 0,05
Annet	2	1	3	n.s

Tabell 4. Klinisk arbeidstid benyttet på forskjellige arbeidstyper. Alle yrkesaktive tannpleiere og tannpleiere i offentlig og privat praksis (%)

	Alle %	Offentlig %	Privat %	p-verdi
Undersøkelse	46	57	32	< 0,05
Forebyggende tiltak og informasjon	23	25	21	< 0,05
Tannsteinsfjerning	28	14	44	< 0,05
Annet	5	3	9	< 0,05

Tabell 5. Kliniske behandlingsoppgaver som 50 % eller flere tannpleiere rapporterte å utføre ofte. Alle yrkesaktive tannpleiere og tannpleiere i offentlig og privat praksis (%)

	Alle %	Offentlig %	Privat %	p-verdi
Hygieneinstruksjon	95	95	95	n.s
Ta røntgenbilder	93	97	89	< 0,05
Fastsette innkallingsintervall	89	93	85	< 0,05
Tannsteinsfjerning	82	73	94	< 0,05
Risikovurdering – karies	80	94	64	< 0,05
Kostholdsinformasjon	70	90	46	< 0,05
Fluorbehandling	60	70	48	< 0,05
Kariesundersøkelse – barn	58	97	5	< 0,05
Kariesundersøkelse – voksne	52	28	79	< 0,05

Pasientkategorier

Tannpleiere i Norge arbeidet i hovedsak med voksne under 65 år (40 % av arbeidstiden) og barn og ungdom (44 % av arbeidstiden); resten av arbeidstiden ble benyttet til arbeid med personer over 65 år, med funksjonshemmede og personer i institusjon.

Tannpleiere arbeidet med forskjellige pasientgrupper i offentlig og privat praksis (Tabell 2). I offentlig praksis ble to tredeler av arbeidstiden brukt på arbeid med barn og ungdom, mens i privat praksis ble en tilsvarende del av arbeidstiden brukt på voksne pasienter.

Arbeidskategorier

Nær 80 % av tannpleierens arbeidstid både i offentlig og privat praksis ble brukt til klinisk arbeid med pasient (Tabell 3). Den resterende del av tiden ble benyttet forskjellig i offentlig og privat virksomhet; offentlig ansatte tannpleiere brukte 9 % av tiden til arbeid utenfor klinikk, mens i privat virksomhet brukte tannpleiere 8 % av arbeidstiden til å assistere tannlege og å stelle instrumenter og utstyr.

Kliniske arbeidsoppgaver

Den kliniske delen av arbeidstiden brukte tannpleiere på ulike arbeidsoppgaver i offentlig og privat praksis (Tabell 4). Offentlig ansatte tannpleiere undersøkte pasienter i over halvparten (57 %) av klinikktiden, mens tannpleiere i privat praksis oppgav å fjerne tannstein i nesten halvparten (44 %) av tiden. En fjerdedel av den kliniske tiden ble brukt på individuelt forebyggende arbeid både i offentlig og privat virksomhet.

Tabell 5 viser de kliniske behandlingsoppgavene som flest tannpleiere rapporterte å utføre ofte. Nær 100 % oppgav å utføre hygieneinstruksjon og røntgenopptak ofte. Tabell 5 viser at det var statistisk signifikante forskjeller i behandlingspanorama mellom offentlig og privat ansatte tannpleiere. Nitti prosent eller flere av offentlig ansatt tannpleiere oppgav at de ofte utførte kariesundersøkelse av barn, gav kostholdsveiledning, vurderte kariesrisiko og fastsatte innkallingsintervall. Av tannpleiere i privat praksis oppgav 94 % at de ofte fjernet tannstein.

En stor del av tannpleiere ønsket å utføre flere kliniske arbeidsoppgaver oftere enn det de gjorde i sitt nåværende arbeidsforhold for å få utnyttet sin kompetanse (Tabell 6).

Mange, ca. 70 % av tannpleiere i begge sektorer, ønsket å sette lokalbedøvelse og å fylle kaviteter med glassionomer og kompositt oftere.

Klinisk kompetanse

Av alle yrkesaktive tannpleiere rapporterte 62 % at de utnyttet sin kliniske kompetanse i arbeidet, 18 % var usikre, mens 20 % mente at de ikke fikk utnyttet sin kompetanse. Det var en tendens til at flere tannpleiere i privat praksis enn i offentlig praksis rapporterte at de ikke utnyttet sin kliniske kompetanse (67 % versus 58 %). De hyppigst rapporterte årsakene til at klinisk kompetanse ikke ble benyttet var ensartet klientell, at tannpleier selv ikke tok initiativ til endring og at tradisjon bestemte arbeidsfordelingen mellom personellgruppene (Tabell 7). De rapporterte årsakene var like hyppige i privat og offentlig praksis bortsett fra at flere tannpleiere i offentlig tannhelsetjeneste enn i privat praksis rapporterte at tradisjon begrenset arbeidsoppgavene, 27 % versus 10 %.

Trivselsfaktorer og fremtidsplaner
Faktorer som ble rapportert å ha innvirkning på trivsel i tannpleieryrket, er rangert i Tabell 8. Faktorer som oftest ble rapportert som viktigst, var lønn og varierte arbeidsoppgaver, mens hyggelige kolleger, trivelig arbeidssted og godt samarbeid også ble rangert høyt.

Yrkesaktive tannpleieres planer for de nærmeste fem år fremgår av Tabell 9. Vel 65 % hadde planer om å fortsette som tannpleier enten med uendret, øket eller redusert arbeidstid. Flere tannpleiere i privat praksis (74 %) enn i offentlig tannhelsetjeneste (56 %) ville fortsette som tannpleier, og ingen tannpleiere i privat praksis ønsket å slutte i yrket. Nærmere 20 % av alle tannpleiere planla videreutdanning, og nesten like mange hadde planer om å slutte som tannpleier, visste ikke hva de ville eller hadde andre planer.

Diskusjon

Av tannpleiere med autorisasjon, svarte halvparten på spørreskjemaet. Aldersfordeling og geografisk fordeling var ikke signifikant forskjellig mellom deltakerne og populasjonen av autoriserte tannpleiere i Norge. Fordeling mellom offentlig og privat sektor blant deltakerne var i tråd med det som rapporteres i norsk offisiell statistikk. Svarprosenten var lav, og resultatene bygger på de mottatte svar. Det er ikke grunn til å anta at de forhold som ble rapportert, er systematisk forskjellige for respondenter og ikke-respondenter.

Studien viste at det var ubenyttet tannpleierkompetanse i Norge; av autoriserte tannpleiere i Norge var en tredel ikke aktive som tannpleiere, og de yrkesaktive tannpleierne arbeidet i gjennomsnitt i 85 % stilling. Resultatene av undersøkelsen bekreftet funn i tidligere norske studier (9) og var i samsvar med en dansk studie (10) som viste at frafallet fra tannpleieryrket var betydelig.

De fleste, 75 % av autoriserte tannpleiere som ikke var aktive tannpleiere, hadde annet lønnet arbeid. Dette er i samsvar med andre studier som viser at en betydelig del av utdannede tannpleiere går over i andre yrker (11). Faktorene som tannpleiere angav som viktigst for trivsel i yrket, var lønn og varierte arbeidsoppgaver. Dersom målet er å beholde stabile tannpleiere i yrket, er dette faktorer som myndigheter og arbeidsgivere har ansvaret for og eventuelt mulighet til å påvirke.

I en situasjon med udekket behov for tannpleiere er det tankevekkende at bare to tredeler av norske tannpleier rapporterte at de ønsket å fortsette i den nåværende jobb som tannpleier de nærmeste fem årene. Disse funnene var i tråd med en undersøkelse i 1985 som fant at 60 % av norske tannpleiere ville fortsette i yrket (7) og tyder på at andelen som forlater yrket, har vært relativt konstant.

Det er et helsepolitisk mål at oppgaver skal utføres på lavest mulig omsorgsnivå (LEON-prinsippet). Mer enn halvparten av barn i Norge har ikke behov for restorativ behandling ved rutine-

Tabell 6. Kliniske behandlingsoppgaver som 50 % eller flere tannpleiere ønsket å utføre oftere. Alle yrkesaktive tannpleiere og tannpleiere i offentlig og privat praksis (%)

	Alle %	Offentlig %	Privat %	p-verdi
Gi lokalanestesi	73	79	66	< 0,05
Fylling med glassionomer	69	66	72	< 0,05
Fylling med komposit	67	61	74	< 0,05
Klinisk fotografering	66	69	63	n.s
Oppfølging implantat	59	65	53	< 0,05
Midlertidige kroner og broer	59	57	61	n.s
Kjeveortopedi	57	47	68	< 0,05
Fissurforsøgling	54	41	70	< 0,05
Ta avtrykk	51	57	44	< 0,05

Tabell 7. Rapporterte årsaker til manglende utnyttelse av klinisk kompetanse. Alle yrkesaktive tannpleiere

	n	%
Ensartet klientell	139	37
Manglende eget initiativ	76	20
Tradisjon	70	19
Lover og forskrifter	43	12
Tannlegen tillater det ikke	28	8
Personalsammensetningen	21	6

Tabell 8. Faktorer som vurderes som viktig for trivsel i tannpleieryrket. Alle yrkesaktive tannpleiere

	Rangering
Lønn	3,3
Varierte arbeidsoppgaver	3,2
Hyggelige arbeidskolleger	1,9
Trivelig arbeidssted	1,6
Godt samarbeid	1,5
Mulighet for etter- eller videreutdanning	1,2
God ledelse	0,7
Avansementsmuligheter	0,6
Avstand til arbeidssted	0,3
Nettverk av tannpleiere	0,3
Bonusavlønning	0,3

Hver tannpleier valgte fem faktorer og rangerte dem fra 5 til 1 med 5 som viktigst.

undersøkelse (12), og andelen barn som undersøkes av tannpleier øker. Av tannpleiers kliniske tid i offentlig tannhelsetjeneste i 2004 ble det rapportert at over 50 % ble benyttet til undersøkelse av pasienter og 25 % til individuelle forebyggende tiltak og informasjon. Det bør vurderes hvor stor del av arbeidstiden som kan bindes til screening av pasienter før det går ut over yrkesaktiviteten hos en yrkesgruppe som prioriterer varierte arbeidsoppgaver som viktig for trivsel.

Tannpleiere i offentlig og privat virksomhet rapporterte i 2004 som i 1985 (7) å utføre til dels forskjellige oppgaver. Det er lovpålagt at offentlig tannhelsetjeneste skal prioritere barn og unge, psykisk utviklingshemmede og personer i institusjon og hjemmesykepleie

Tabell 9. Yrkesaktive tannpleieres planer de neste fem år. Alle yrkesaktive tannpleiere og tannpleiere i offentlig og privat praksis (%)

	Alle %	Offentlig %	Privat %
Fortsette som nå	47	43	50
Redusere arbeidstid som tannpleier	7	8	7
Øke arbeidstid som tannpleier	12	8	16
Slutte som tannpleier	4	7	0
Videreutdanning	17	21	13
Vet ikke	13	13	12
Annet	1	2	1

foran andre grupper (1), og dette medfører forskjellige oppgaver for offentlig og privat sektor. Med dagens system med begrenset samarbeid mellom sektorene vil tidsbruk i tråd med den tannpleiere rapporterte (75 % knyttet til barn og unge i offentlig sektor og 75 % til voksne i privat sektor) sannsynligvis persisterer og til en viss grad bestemme hvilke pasientgrupper som behandles og hvilke oppgaver som utføres.

Optimal oppgavefordeling forutsetter at tannleger og tannpleiere jobber i team og at klinikkene har en viss størrelse (4). Oppgaver som nærmere 70 % av tannpleiere rapporterte at de ønsket å utføre oftere i både offentlig og privat sektor, var lokalanestesi, og fylling av kaviteter med glassionomer og kompositt. Disse oppgavene utføres ofte både i offentlig og privat sektor, og endring av arbeidsrutiner og klinikkstruktur i retning av større klinikker som gir større fleksibilitet i arbeidet, vil øke mulighetene for å utnytte denne delen av tannpleieres kompetanse i begge sektorer.

Forebyggende arbeid utenfor klinikk rapporterte offentlige tannpleiere å utføre i mindre enn 10 % av arbeidstiden i 2004, mens det ble rapportert i 1981 (6) at 15 % av offentlige tannpleieres arbeidstid ble benyttet til utadrettet arbeid. Dette arbeidet utgjorde en liten del av tannpleieres arbeid, mens utadrettet helsefremmende tannhelsearbeid med fag som kommunikasjon, pedagogikk og samfunnsodontologi har en sentral plass i utdanning av tannpleiere (2, 13). Dette kan tyde på at tannpleieres kompetanse på dette området utnyttes i begrenset grad og ikke er i tråd med helsemyndighetens prioritering av helsefremmende og forbyggende tannhelsearbeid (4). Sosial- og helsedirektoratet startet høsten 2003 en satsning på helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid, og tannpleierens tid brukt på utadrettet virksomhet utenfor klinikk vil for fremtiden kunne følges ved hjelp av data som innrapporteres årlig til Statistisk Sentralbyrå.

Vel 60 % av tannpleierne rapporterte i 2004 at de fikk utnyttet sin kompetanse, mens 25 % i 1978 rapporterte å utføre alle oppgaver de var kvalifisert for (9). I 1985 rapporterte 52 % at de utnyttet sin utdanning i stor grad (7). Funnene i denne studien tyder på at det er en tendens til at flere tannpleiere enn tidligere mente de utnyttet sin kompetanse. Dette er i samsvar med internasjonal litteratur som viser at i perioder med mangel på tannleger påvirkes oppgavefordeling mellom personellgruppene, og personellens kompetanse utnyttes i større grad (14).

Takk

Forfatterne ønsker å takke Sosial- og helsedirektoratet for finansiering av deler av studien og ansatte ved Senter for klinisk odontologisk forskning ved Universitetet i Bergen for innlegging av rådata.

English summary

Wang NJ, Toven HV

Dental hygienists in Norway. Work practices and job satisfaction

Nor Tannlegeforen Tid 2006; 116: 984–9.

The purpose of this study was to describe work practices and job satisfaction of dental hygienists in Norway. Questionnaires were sent to all licensed dental hygienists working in Norway in 2004. Information was collected regarding demographics, work practices and satisfaction with work. Of the hygienists, 49 % (557 of 1138) returned the questionnaire and of these 67 % reported to work as hygienists. Fifty per cent worked in public dental services, 30 % were employed in private practices, 9 % had their own hygienist practice and 15 % had more than one employment. Of the total working time, 80 % was spent on clinical work, 50 % of the clinical time with examinations of patients and 25 % performing preventive work. Work items reported to be performed often by at least 80 % of the hygienists were hygiene instruction, taking radiographs, deciding recall intervals, scaling and assessing caries risk. Tasks that two thirds of hygienists reported that they wanted to perform more often were local anaesthesia, glassionomer cement fillings and composite fillings. More than 60 % of the hygienists had the opinion that they made full use of their competency. Main reasons reported for not performing certain clinical procedures were lack of suitable patients (37 %) and tradition (19 %). For the coming five years 65 % of the hygienists planned to continue working as dental hygienists.

Referanser

1. Sosialdepartementet. Lov av 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten. Oslo: Sosialdepartementet; 1983.
2. Det odontologiske fakultet i Oslo. Programplan for studieprogrammet til Bachelorgrad i tannpleie vedtatt av Universitetsstyret 4. september 2002. Oslo: Universitetet i Oslo; 2002.
3. Wang NJ. Efficiency in the public dental service for children in Norway. Change in use of dental hygienists and recall intervals. Thesis. Oslo: University of Oslo; 1994.
4. Helsedepartementet. Tannhelsetjenesten. Geografisk fordeling, hensiktsmessig oppgavefordeling og samarbeid mellom offentlig og privat sektor. Oslo: Helsedepartementet; 2003.
5. Statistisk sentralbyrå. Tannhelsetjenesten. Endelige tall, 2004. Flere offentlige tannleger. (Avlest juni 2006) <http://www.ssb.no/03/02/tannhelse/>. 2006.
6. Hillesund E, Oustad B, Wang-Norderud P. Tannpleierens virksomhet i folketannrøkta. *Nor Tannlegeforen Tid* 1983; 93: 187–91.
7. Naas S, Bryhni I-L. Norske tannpleieres arbeidsforhold. *Nor Tannlegeforen Tid* 1987; 97: 694–701.
8. Statens helsetilsyn. Landsomfattende undersøkelse om tannpleierens yrkesutøvelse. Oslo: Statens helsetilsyn; 1999.
9. Seglem K, Seim AS. Tannpleiere – Hvor jobber de og hva gjør de? *Nor Tannlegeforen Tid* 1980; 90: 70–1.
10. Schou L, Tronbjerg C, Holst I. A national survey of dental hygienists in Denmark. *Community Dent Health* 1985; 3: 91–8.

11. Gibbons DE, Corrigan M, Newton JT. A national survey of dental hygienists: working patterns and job satisfaction. *Br Dent J* 2001; 190: 207–10.
12. Statistisk sentralbyrå. Tannhelsetjenesten. Tannstatus etter alder. (Avlest juni 2006) <http://statbank.ssb.no/statistikkbanken>, 2006.
13. Öhrn K. The role of dental hygienists in oral health prevention. *Oral Health Prev Dent* 2004; 2: 277–81.
14. Douglass CW, Cole KO. The supply of dental manpower in the United States. *J Dent Educ* 1979; 43: 287–302.

*Adresse: Nina J. Wang, Institutt for klinisk odontologi, Avdeling for pedodonti og atferdsfag, Postboks 1109 Blindern, 0317 Oslo.
E-post: Nina.Wang@odont.uio.no*

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering