

Institutt for klinisk odontologi

Utbrenthet og depresjoner blant tannleger – en litteraturstudie

Er utbrenthet og depresjoner mer vanlig blant tannleger enn blant andre yrkesgrupper, og hvordan kan eventuelt dette forebygges?

Randi Løvik Barth og Ida Elise Kristine Sundby

Masteroppgave i odontologi, juni 2014

Veileder: Jan-Are Kolset Johnsen

Biveileder: Jan Bergdahl

Forord

Vår interesse for tannlegers psykiske helse ble fanget først ved at vi kom over medieoppslag der det ble hevdet at tannlegeyrket er høyt på statistikker over selvmord sammenlignet med andre yrkesgrupper. Ved nærmere søk på Internett kom vi over påstander om at tannleger er mer utbrent og deprimerte enn individer i andre yrkesgrupper. Etter økter med idémyldring omkring temaet, valgte vi å begrense oppgaven til å omhandle tannlegeyrket, utbrenthet og depresjoner. Vi ønsket å gjennomføre en kvantitativ spørreundersøkelse blant tannleger i Finnmark, Troms og Nordland, og vi fikk godkjent prosjektet hos REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsevitenskapelig forskningsetikk). På grunn av den tiden vi hadde til rådighet da søknaden ble godkjent, valgte vi å gjøre en narrativ review med samme tema i stedet for en empirisk oppgave. Vi ønsket å finne ut av om det er forsket på disse temaene, og eventuelt hvilke resultater som er funnet.

Vi søkte i ulike databaser ved hjelp av spesifikke søkeord, og valgte artikler ut fra tittel og abstract. De artiklene som ble ansett som aktuelle ble lest i sin helhet. Også kilder oppgitt utvalgte artiklene ble innhentet dersom de ble ansett som aktuelle.

En stor takk rettes til veileder Jan-Are Kolset Johnsen, Førsteamanuensis ved Institutt for klinisk odontologi, UiT Norges arktiske universitet, for god veiledning, samt biveileder professor Jan Bergdahl for starthjelp tidlig i prosessen.

Abstract

Bakgrunn

Media har fremstilt tannleger som mer utsatt for utbrenthet og depresjoner enn andre yrkesgrupper. En rekke studier har pekt på en sammenheng mellom yrke og psykisk helse.

Målsetting

Oppgaven oppsummerer forskningslitteraturen som handler om utbrenthet og depresjon i tannlegeyrket, med et fokus på eventuelle årsaker til at tannleger er mer utsatt for dette og forebyggende tiltak.

Material og metode

Oppgaven er en narrativ review basert på vitenskapelige artikler innhentet gjennom søk i publikasjonsdatabaser. Utvalg av artikler ble gjort ut fra overskrifter og abstract, og utvalgte artikler ble lest i sin helhet.

Konklusjon

Studier viser at utbrenthet og depresjoner er mer vanlig blant tannleger enn andre yrkesgrupper som er inkludert i studiene. Ingen av disse studiene er fra Norge. Det er flere faktorer innen tannlegetyrket som kan bidra til dette. Det kommer tydelig frem av litteraturen at forebygging bør starte tidlig, for eksempel under grunnutdanningen.

Bakgrunn

En rekke studier har belyst sammenhengen mellom personers yrke og deres psykiske helse. Det har vært pekt på at mennesker i helse- og omsorgsyrker har større risiko for å bli utbrente enn mennesker i andre typer yrker. Eksempler på slike yrker er lege, sykepleier, sosialarbeider og tannlege (Felton, 1998). Felton peker på at individer som er spesielt utsatt for utbrenthet, er individer som i sitt arbeid har et stort ansvar, individer som gjør presisjonsarbeid, arbeid som medfører farer, eller arbeid som har store konsekvenser, samt turnusarbeid. Det er altså slik at aspekter ved et yrke eller yrkesutførelse virker å henge sammen med utbrenthet. Media har fremstilt tannlegetyrket som en av yrkesgruppene med høyest risiko for blant annet selvmord, utbrenthet og depresjoner (Nilsen, 2006; Lang, 2007), og det er også hevdet at tannleger har en høy forekomst av skilsmisse, alkoholisme og misbruk av medikamenter (Owen, 1982). Både den kanadiske og den amerikanske tannlegeforeningen har publisert artikler om sammenhengen mellom tannlegetyrket og dystymi, depresjon og stress, og skriver at tannleger er i risikozonen for dystymi og utbrenthet (Alexander, 2001; Frey, 2000).

Metode

Denne oppgaven er skrevet som en narrativ review. En narrativ review er en tekst som beskriver og diskuterer et spesielt tema eller emne fra et teoretisk perspektiv (Rother, 2007). En narrativ review er spesielt egnet når man skal koble sammen flere ulike temaer og studier utført på ulik måte (Baumeister & Leary, 1997).

Noen artikler ble utelukket selv om de tar opp interessante tema. Det kan være vanskelig å overføre problemstillingene fra utenlandsk forskning til norske tannleger grunnet forskjellig organisering av tannhelsesystemene, det være seg ulikhet i hvem som får tannbehandling dekt fra det offentlige, og hvem som må betale selv, eventuelt via

forsikringsordninger. Også dekning av og tilgang på spesialister er forskjellig fra land til land, noe som medfører forskjeller i den allmennpraktiserende tannlegens oppgaver. Med tanke på hvilke grupper som får tannbehandling dekt fra det offentlige, medfører dette ulik størrelse av privat sektor, og hvilket klientell som søker til denne. Andre grunner til at artikler ble forkastet var alder (gammel forskning), en del artikler som kom opp under søket var fra 1970 og 80-tallet, og det har skjedd store endringer både innenfor organiseringen av tannhelsetjenesten og generelt innen befolkningen de siste 40 årene. Spesielt når det gjelder likestilling og arbeidsmiljø.

Fremgangsmåte

Litteratur for å belyse temaene er innhentet gjennom søk i faglige databaser som PubMed, Bibsys og Google Scholar, samt søkemotorene Google, Yahoo og Kvasir. Selv om studien er en narrativ/usystematisk review, har søkeprosessen etter litteratur vært systematisk. Søkeordene vi har brukt er: *Depression dentist, burnout dentist, depression dental student, burnout dentistry, suicide dentist, dysthymia dentist, depression causes, dysthymia, burnout-syndrome, depresjon hos tannleger, utbrenthet tannhelsepersonell, tannlege selvmord., burnout and depression og burnout and stress prevention.*

For å finne aktuelle artikler ble det sett på artiklenes titler og deretter ble det lest abstract/sammendrag for å se om de fremdeles var aktuelle. Av de som ble ansett som mest aktuelle ble hele artikkelen lest. Totalt ble det laget en base på 19 artikler. I tilfeller der disse grunnlagsartiklene pekte på annen viktig litteratur som var relevant for problemstillinga ble disse innhentet og vurdert fortløpende.

Sammenhengen mellom tannlegeyrket, stress, utbrenthet og depresjoner

Det er flere faktorer i tannlegeyrket som kan virke stressende. Kilden til stresset er arbeidsrelatert, og kommer av en sammensetning av krevende arbeidsoppgaver arbeidsmiljø, økonomi og utfordringer med både egen (selvstendig næringsdrivende) og andres drift av arbeidsplassen (ansatte/leietannleger). Det stresset som tannleger utsettes for kan ha negativ påvirkning på deres liv, både på det private og det profesjonelle planet (Rada & Johnson-Leong, 2004).

Tannleger (og leger) jobber ofte med mennesker som har store smerter og ubehag, samtidig som de har begrenset med tid og ressurser til å behandle pasientene. Dette er med på å bidra til stress i arbeidssammenheng. I artikkelen «Stress in doctors and dentist who teach»

konkluderes det med at leger og tannleger kan ha høyere nivåer av stress enn det som er vanlig hos øvrig befolkning (Rutter, Herzberg, & Paice, 2002).

En undersøkelse fra 2006 ble det undersøkt stressfaktorer og stressmestring blant tannleger i New Zealand. De vanligste stressfaktorene som ble rapportert inn var behandling av vanskelige barn (52 %), tidspress (48 %), og opprettholdelse av konsentrasjon (43 %), mens de vanligste stressmestringsstrategiene var interaksjon med andre mennesker (78 %), idrett (64 %), samt å jobbe aktivt med å skille jobb og privatliv (59 %). Denne studien viser at det er flere sammensatte faktorer som bidrar til stress i arbeidssituasjonen til tannleger, og at man har forskjellige måter å takle dette stresset på for å unngå utmattelse. Konklusjonen var at tannleger med fordel kan bli flinkere til å takle stress, og utvikle stressmestringsstrategier (Ayers et al., 2008).

Utbrenthet i tannlegeyrket har vært undersøkt i Nederland (Gorter, Albrecht, Hoogstraten & Eijkman, 1999) og resultatene viste at over 1/3 av deltagerne oppgav å ha risiko for utbrenthet (21 % av deltakerne hadde en viss grad av risiko for utbrenthet, 13 % hadde høy risiko, og 2,5 % var allerede svært utbrente). Metoden de brukte var den nederlandske versjonen av Maslach Burnout Inventory (MBI-NL). I denne studien kom det frem at tannlegene ikke var spesielt plaget av utbrenthet, og at tannlegene som gruppe var mindre følelsesmessig utmattede enn standard skåren. De som derimot var utmattede, var ekstremt utmattede. I flere studier er det vist at emosjonell utmattelse er ganske høyt korrelert med depresjon ($r =$ cirka .50), mens assosiasjonen mellom depresjon og henholdsvis depersonalisering og opplevelse av redusert personlig ytelse er betydelig svakere (Grøteide & Sunde, 2012). I denne undersøkelsen var det en svært skjev kjønnsfordeling, 614 men og bare 121 kvinner. Det er derfor usikkert på om denne undersøkelsen er overførbart til norske arbeidsforhold, da tannlegeyrket er i ferd med å bli kvinnedominert i Norge. (Kvalheim & Giskeødegård, 2008 og Sluttstatistikk for opptaket 2012 – samordna opptak).

Det ble også gjennomført en undersøkelse av utbrenthet og depresjon blant tannleger i Finland i perioden 2003-2006 (Ahola & Hakanen, 2007). Av de finske tannlegene var det 71 prosent som deltok, og etter 3 års oppfølging var responsraten 84 %. Av de som slet med utbrenthet uten depressive symptomer ved starten av undersøkelsen, var det 23 % som hadde fått depressive symptomer under oppfølgingen. Av de som hadde depressive symptomer uten utbrenthet ved starten, hadde opplevde 63 % utbrenthet ved oppfølgingen. Det ble konkludert med at det er sammenheng mellom utbrenthet og depressive symptomer i tannlegeyrket. Stress i arbeidssituasjonen («job strain») kan føre til depresjon via utbrenthet, og stress disponerer både direkte for utbrenthet og indirekte via depresjon (Ahola & Hakanen, 2007).

Denne gjennomgangen viser at det er flere faktorer i tannlegeyrket som kan virke stressende. Kilden til stresset virker å være arbeidsrelatert, og kommer av en sammensetning av krevende arbeidsoppgaver arbeidsmiljø, økonomi og utfordringer med både egen (selvstendig næringsdrivende) og andres drift av arbeidsplassen (ansatte/leietannleger). Det stresset som tannleger utsettes for kan ha negativ påvirkning på deres liv, både på det private og det profesjonelle planet (Rada & Johnson-Leong, 2004). Utover sammenhengen mellom stress, utbrenthet og depresjon vet man at det finnes en sammenheng mellom kjønn og depresjon. I 2005 ble det publisert en undersøkelse som undersøkte forholdet mellom kjønn, spesialisering innen odontologi og depresjon. Spørreskjema ble sendt ut til medlemmer i American Dental Association. Totalt var det 530 deltakere, og det ble samlet inn data vedrørende depresjon, samt kjønn, sivilstatus, antall barn, arbeidssted/praksis-type, antall år i jobben, spesialisering, antall arbeidstimer i uka. Resultatene viste at depresjonsraten var 9 %, og at kvinnelige deltakerne var mer utsatte for depresjon enn menn i samme yrket. Det var ingen sammenheng mellom spesialitet og depresjon. Depresjon forekommer blant tannleger, som hos alle andre mennesker. Da det kan påvirke yteevnen i en arbeidssituasjon, bør yrkesutøvere være bevisste på å kjenne igjen tegn på depresjon, samt mestring og når man skal søke hjelp (Mathias, Koerber, Fadavi, & Punwani, 2005). Konsekvenser av å ikke søke hjelp for psykiske lidelser er potensielt alvorlige, og en studie utført av Labovitz og Hagedorn (1971) viser at selvmordsraten blant tannleger er den høyeste av alle profesjonene de studerte.

Problemstillinger

I denne oppgaven ønsker vi å oppsummere og se nærmere på forskningslitteraturen som kan si noe om utbrenthet og depresjon i tannlegeyrket, og eventuelle årsakssammenhenger for dette. Til slutt skal vi se på eventuelle forebyggende tiltak mot utbrenthet og depresjoner i for tannleger, noe som også kan ha en praktisk betydning for yrket i framtiden.

Utbrenthet

Definisjon

Utbrenthet beskrives ofte ut fra tre hovedkarakteristika: emosjonell utmattelse, depersonalisering og opplevelse av redusert personlig ytelse i jobben og selvfølelse (Falkum, 2000; Perlman & Hartman, 1982; Maslach & Jackson, 1981). Depersonalisering, eller emosjonell distansering, kan forklares som en form for empatisvikt. Den emosjonelle

distanseringen er som oftest en følge av en arbeidssituasjon som over tid har påført stress over tid, samt individets egne høye forventning til seg selv. Utbrenthet har vært beskrevet som gradvis erosjon av en person (Rada & Johnson-Leong, 2004), og er et begrep som ofte ses hos individer i yrker med stor grad av menneskekontakt, ofte innenfor ulike hjelpe- og omsorgsykker (Perlman & Hartman, 1982; Maslach & Jackson, 1981; Roness, 1996).

Utbrenthet har vært satt i sammenheng med høyt gjennomtrekk av ansatte, høyt fravær og lav arbeidsmoral (Maslach & Jackson, 1981). Andre symptomer som følger med denne tilstanden, er depresjon, pessimisme, søvnvansker, følelsesmessig labilitet og irritabilitet, negativisme, rigiditet og motstand mot forandring, mistenksomhet, håpløshet, medikament- og alkoholmisbruk. Fysiske symptomer er gjerne tretthet, utmattelse, ansente muskler, hodepine, fordøyelsesbesvær og vektreduksjon (Rones, 1996). Også ekteskap og familieliv kan påvirkes (Maslach & Jackson, 1981).

Det mest brukte målingsverktøyet for å vurdere utbrenthet blant grupper, er Maslach Burnout Inventory (MBI), utviklet av psykologene Maslach og Jackson. MBI brukes for å vurdere de ulike aspektene ved utbrenthet; emosjonell utmattelse (EE), depersonalisering (D) og personlige prestasjoner (PA). De anvendes tre subskalaer for å vurdere EE, D og PA. Ulike psykometriske analyser har vært utført som viser at denne skalaen har høy pålitelighet og validitet som et målingsverktøy for utbrenthet (Maslach & Jackson, 1981).

Årsaker

Det er en multifaktoriell årsakssammenheng til at mennesker blir utbrent. Årsakene kan ligge både i arbeidssituasjonen og i individets personlighet (Rones, 1996; Falkum, 2003).

Manglende kompetanse innenfor et yrke er en risikofaktor for å oppleve stress i arbeidet. Jo bedre kompetanse en har innenfor en yrkesrolle, desto bedre synes man å være rustet mot utbrenthet. Særlig unge mennesker som er ny i et yrke, vil lett kunne bruke seg opp dersom de opplever hard påkjenning i jobbsituasjonen. Hvis man stadig setter urealistiske mål som ikke oppnås, kan selvfølelsen påvirkes. Dårlig selvtilit er også en predisponerende faktor for utbrenthet. Noen personer med lav selvtilit higer etter bekreftelse og positiv feedback fra andre. Det vil si at de styres av de ytre omgivelsene, i stedet for å fokusere på egne ønsker og behov. Et individ med lav selvfølelse, som opplever lite bekreftelse, eller negativ kritikk, er mer utsatt for utbrenthet (Rones, 1996).

Videre er bemanningssituasjonen viktig for arbeidsstedet, og hvor kvalifisert personalet er. I tillegg er opplevelsen av en selvstendig arbeidssituasjon en avgjørende faktor

for jobbtilfredshet. Muligheten for medbestemmelse/autonomi synes avgjørende for jobbtivsel. Der hvor det er mye konflikter, er det ofte mye utbrenthet og psykisk lidelse, på grunn av den slitasjen konfliktene påfører arbeidstakerne. Det kan være konfliktfylte interkollegiale forhold, der det dreier seg ofte om forskjellige personligheter og dårlig personkjemi som skaper spenninger (Roness, 1996). Et annet punkt som er verdt å nevne i forhold til predisponerende faktorer for utbrenthet, er et individs sosiale nettverk. Dette synes å være en nøkkelfaktor til hvordan en takler stress i arbeidet (Roness, 1996).

Sivil status påvirker risikoen for å brenne seg ut. Det har vist seg at personer som er gift løper en mindre risiko for å bli utbrent enn enslige, og at det å ha en familie og venner kan forebygge utbrenthet. Det er godt å ha noen å støtte seg til som kan hjelpe å løse problemer og som gjør at en ikke føler seg alene. Tanken om at det er noen hjemme som også trenger deg gjør sitt til at en ikke bruker opp all energi på jobb. Vennskap og fellesskap blir da viktigere enn jobben (Roness, 1996).

Stress og utbrenthet

Stress defineres av Store medisinske leksikon i Store norske leksikon som en psykisk eller fysiologisk tilstand som kjennetegnet ved en subjektiv opplevelse av å være under press i en så stor skala at det føles ubehagelig eller belastende. Det kan være ytre hendelser eller situasjoner som fører til at individet kommer inn i en slik tilstand (Malt, 2009b). Slike ytre hendelser eller situasjoner kalles også for *stressorer*, som henspiller på de hendelser eller stimuli som kan forårsake stress for en organisme (Collins English Dictionary, 2003; The American Heritage Dictionary of the English Language, 2009). Hvis et menneske ikke innehar adekvate eller passende mekanismer for å kompensere eller takle stress, kan det føre til sykdom (Rada & Johnson-Leong, 2004).

Utbrenthet kan utvikles som resultat av stressorer i arbeidsmiljøet, når disse er av langvarig, kronisk karakter, og i et individs personlighet (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001 i Denton, Newton & Bower, 2008). Sagt på en annen måte: Profesjonell utbrenthet kan anses for å være en konsekvens av langvarig arbeidsrelatert stress (Gorter, Albrecht, Hoogstraten, & Eijkman, 1999). Flere kilder hevder at tannlegeyrket er et stressende yrke (Blinkhorn, 1992; Kent 1987 i Denton et al., 2008; Wilson et al.; 1998).

Fysiologisk respons på stress. Den fysiologiske responsen på stress varierer ut i fra hvor farlig kroppen oppfatter situasjonen. Et effektivt stress-respons-system, er nødvendig for tilstrekkelig yteevne i krevende situasjoner. Forandringene er vanligvis tidsbegrensete, og bidrar til overlevelse. I en stressituasjon går kroppen i en «på vakt» - holdning (Malt, 2009b).

Det skjer en økt aktivering av det sympatiske nervesystemet, som fører til høyere blodtrykk. Man blir mer fokusert og våken. Det endokrine systemet starter utskillelsen av stresshormoner, som glukokortikoider, kortisol og adrenalin. Samtidig nedreguleres andre prosesser som vekst, reproduksjon og immunforsvaret. Fordøyelsessystem påvirkes ved at aktiviteten i nyrer, mage og tarm reduseres (Charmandari, Tsigos & Chrousos, 2005).

Kronisk stress. Langvarig stress og forlenget sekresjon av stresshormoner fører til en en vond sirkel der den subjektive følelsen av stress øker, og gir fysiske symptomer. Det skjer en hemming av veksthormonet (GH), og dette fører til nedsatt vekst og utvikling. I flere mood-disorders (humør-sykdommer?) som angst og depresjon, ser en at konsentrasjonen av GH er merkbart redusert. Andre resultater av langvarig stress er høyt blodtrykk og kardiovaskulære sykdommer. Nedsatt fordøyelse da det skjer en hemming av magesyresekresjonen. Immunforsvaret påvirkes fordi nesten alle komponentene i immunsystemet hemmes av glukokortikoider, og stress har blitt assosiert med økt mottakelighet for forkjølelsesvirus (Charmandari et al., 2005). Andre reaksjoner på psykisk stress er nedsatt konsentrasjon, stiv nakke og skuldre, vond rygg og hodepine. Noen blir også ømfintlige for lyd, og selv lave lyder kan irritere. Reksjonene kan være langvarige, og gir følelse av uro og angst. Alvorligheten varierer ut i fra miljøpåvirkninger og den genetiske sårbarheten til individet. Det finnes også perioder i liver hvor kroppen er mer utsatt for stress, som f.eks prenatalt, i barndommen og i ungdommen (Charmandari et al., 2005). Personer med smerter, angst og søvnproblemer som skyldes stress, er utsatt for overdreven bruk av alkohol, smertestillende og beroligende tabletter (Arbeidstilsynet, 2014).

Depresjon

Definisjon

Depresjon regnes som en affektiv lidelse og en psykisk sykdom. Det finnes to hovedtyper depresjon: Unipolar og bipolar affektiv lidelse. Forskjellen ligger i at en person som har unipolar affektiv lidelse kun har episoder med depresjon, mens en person med bipolar affektiv lidelse også vil ha maniske eller hypomane episoder. Unipolar lidelse er den vanligste formen for depresjon. Depresjon er rangert av WHO som det fjerde største helseproblemet i verden i år 2000 (Kjellman, Martinsen, Taube & Andersson, 2009), og kan derfor anses som en svært utbredt tilstand. Det er store forskjeller mellom kvinner og menn når det gjelder prevalens av depresjon, og kvinner er mer disponert. For å få depresjon som diagnose er det visse diagnostiske kriterier som må oppfylles (DSM-IV; se Tabell 1).

Tabell 1.

DSM-IV kriterier for depresjon

-
1. Nedstemthet mesteparten av dagen
 2. Klart redusert interesse for eller mindre glede av alle eller nesten alle aktiviteter mesteparten av dagen
 3. Betydelig vektreduksjon eller vektøkning
 4. Søvnforstyrrelser
 5. Psykomotorisk agitasjon eller hemming
 6. Følelse av svakhet, eller manglende energi
 7. Følelse av verdiløshet eller overdreven/uberettiget skyldfølelse
 8. Redusert tanke eller konsentrasjonsevne eller ubesluttsomhet.
 9. Tilbakevendende tanker som døden, selvmordstanker, eller planlegging av selvmord.
-

Minst fem av symptomene har forekommet i den samme toukersperioden. Minst ett av symptomene 1) nedstemthet eller 2) redusert interesse må foreligge. Dette har medført en endring fra tidligere funksjonsnivå (Kjellman et al., 2009).

Symptomene kan ikke forklares bedre ved hjelp av andre psykiatriske sykdomstilstander/ lidelser og skal forårsake klinisk signifikant lidelse eller forverret funksjon på jobben, sosialt eller i andre viktige henseender.

Dystymi er en tilstand som er langvarig, minst to år, og er en lettere form for depresjon (Kjellman et al., 2009). Dystymi og depresjon har mange av de samme symptomene, som nedsatt stemningsleie og konsentrasjon, søvnforstyrrelser og lavt aktivitetsnivå. Mens man må ha 5 av symptomene listet ovenfor for å få diagnosen depresjon, trenger bare tre av symptomene å være tilstede for å få diagnosen dystymi (Kjellman et al., 2009; Griffiths, Ravindran, Merali, & Anisman, 2000; Klein & Santiago, 2003). Det er også mulig å ha kortere episoder med depressive symptomer, såkalt Recurrent Brief Depression (RBD), som kan gjenkjennes ved at det oppstår hyppige, men kortvarige depresjoner. Depresjonene varer ofte fra 3-5 dager og oppstår 6-12 ganger i året. Symptomene er de samme som man ser ved dyp depresjon/ Major Depressive Disorder (MDD), og kan skille de fra hverandre ved at MDD varer lenger. En RBD kan gå over til å bli en MDD, men det er også mulig å ha RBD uten MDD (Malt, 2009a; Pezawas et al., 2003; Angst & Hochstrasser, 1994).

Patofysiologi ved depresjon

Magnetic Resonance Imaging (MRI), har vist at man kan se forskjell på hjernene til et menneske med og uten depresjon, spesielt i de områdene som er involvert i humør, appetitt og søvn. Hos deprimerte personer sees en økning av aktivitet i hypothalamus, som tegn på stress. Når pasienten blir bedre, pleier dette å normaliseres igjen (NIH, 2011). Lave nivåer av serotonin er også antatt å ha en virkning på tilfeller av depresjon, som igjen kan føre til symptomer som, frykt, angst, negative følelser, søvnforstyrrelser og tretthet. Det mest konkrete beviset på sammenhengen mellom serotoninivåer og depresjon, er de lave nivåene av serotonin metabolitter som man ser i cerebrospinalvæsken til deprimerte personer (Takahashi, 1976).

Forskning indikerer at risikoen for depresjon er sammensatt av flere årsaker; miljø, genetik, traumer, sorg eller tapsopplevelser. Andre årsaker kan være vanskelige forhold i samlivet eller andre stressende situasjoner. Det finnes indikasjoner på at dårlige arbeidsmiljøer der det er høye krav til produktivitet, kombinert med lite sosial støtte og liten grad av kontroll disponerer for depresjon. Dårlig arbeidsmiljø fører til mindre engasjement på jobb, som igjen kan disponere for depresjon (Torp, Grimsmo, Hage, Duran & Gudbergsson, 2013). Noen typer depresjon har vist seg å forekomme oftere i enkelte familier. Det har vist seg at risikoen for depresjon kan påvirkes når flere gener virker sammen, kombinert med miljøpåvirkninger og andre faktorer (NHI, 2011).

Personen som er rammet av depresjonen får nedsatt livskvalitet, og får ofte nedsatt funksjonsnivå både sosialt og i arbeidslivet. For nærmeste familie kan det være slitsomt, da en stadig er bekymret for den syke personen, enten det gjelder dårlig humør eller frykt for selvskading/selv mord.

For samfunnet er depresjon et stort problem, da mange får problemer med å delta i arbeidslivet, og depresjon er en dominerende diagnose i forhold til sykemeldinger og selv mord (Kjellman et al., 2009).

Måleverktøy for depresjon

Beck Depression Inventory (BDI) er den vanligste måten å måle depresjon. Det er et måleverktøy for å vurdere depressiv dybde, fysiske og psykiske symptomene. Det er også et hjelpemiddel for å fange opp endringer som forbedring eller forverring av symptomene under behandlingen (Beck, Steer, & Brown, 1996). BDI er basert på et skjema som pasienten selv skal fylle ut. Testen tar ca 5 minutter, og pasienten skal selv rangere intensiteten på symptomene på en skala fra 0 til 3 (Beck et al., 1996; Wikipedia, 2013). Jo høyere total score på testen, jo mer alvorlig eller dyp er depresjonen.

Potensielt belastende forhold spesifikt for tannlegeyrket

Det er flere medvirkende årsaker til at en person blir utbrent eller får depresjon. Innledningsvis beskrev vi forskning som viser at forhold ved arbeidssituasjonen kan være spesielt belastende for tannleger. Vi ønsker nå å se nærmere på arbeidsrelaterte aspekter ved tannlegeyrket som kan være, eller oppfattes som, belastende. Dette for å forstå hvorfor yrket er assosiert med økt risiko for utbrenthet og depresjon. Til slutt ser vi på om personligheten til tannleger kan gi større risiko for utvikling av utbrenthet eller depresjon.

Arbeidsrelaterte, belastende aspekter ved tannlegeyrket

Arbeidsforhold og trivsel. I Norge jobber en offentlig ansatt tannlege omtrent 37 timer i uka. For private tannleger med egen praksis kan dette tallet fort komme opp i 45-50 timer i uka hvis man tar med tid til administrasjon (Kilnes, 2013). Med så mange timer på arbeidsplassen, er det viktig at man trives der. Det er viktig å ha gode kollegaer (arbeidsressurser) å støtte seg på, spesielt hvis man har hatt et vanskelig eller komplekst pasientkasus. En forutsetning for et slikt samarbeid er tillit, og at man tør være ærlig og åpen ovenfor kollegaene sine om egne følelser omkring et kasus eller en konflikt. Konflikter på arbeidsplassen påvirker det sosiale miljøet i negativ retning, det kan føre til isolering og utestenging og kan være en medvirkende årsak til utbrenthet (Vinsrygg, 2003).

Krevende arbeidssituasjoner. Tannlegers arbeid består primært i å jobbe med mennesker. Faktorer som er av betydning i arbeidssituasjonen, er for eksempel hvilken mellommenneskelig kontakt en opplever i yrket sitt. For å få til et godt samarbeid med pasienten krever det at tannlegen setter seg inn i pasientens situasjon, og at man prøver å tilrettelegge behandlingen, både teknisk/faglig og psykologisk. Tannleger utfører ikke bare en praktisk prosedyre, men er også i mange tilfeller mottaker for sine pasienters frustrasjoner, for eksempel omkring egen sykehistorie. Det finnes pasienter som er svært engstelige for å gå til tannlegen og noen har komplekse psykosomatiske problemstillinger. Man kan også møte barn som har vært utsatt for seksuelt og/eller fysisk misbruk, og pasienter med store psykiatriske problemer, inkludert rusmisbrukere.

Det viser seg at 15 % av fastlegers pasienter karakteriseres som vanskelige av fastlegene, og at helsearbeidere generelt føler seg frustrert og ille til møte i møte med disse (Hahn et al., 1996). Av pasientene som vurderes som «vanskelige» har 67 % psykologiske diagnoser. Sammenlignet med ”ikke-vanskelige” pasienter, hadde ”vanskelige” pasienter

reduisert funksjonalitet, større forbruk av helsetjenester og mindre tilfredshet med den helseomsorgen de får. Da tannleger også behandler pasienter og bør se pasienter i helhetsperspektiv, er det grunn for å tro at dette funnet også kan gjelde for denne yrkesgruppen. ”Vanskelige”, eller komplekse, pasienter kan i tannlegeperspektiv være blant annet pasienter med odontofobi, fobi for blod, skade eller injeksjoner (blood-injection-injury-phobia; BII-fobi), smerteproblematikk og spiseforstyrrelser. Kan det at behandler føler seg frustert og ille til mote i møte med slike pasienter hensepeile mangel på kunnskap om slike problemstillinger? I så tilfelle vil det kunne være en god løsning å heve kompetansen innenfor temaet ”vanskelige pasientrelasjoner” og odontofobibehandling hos den allmennpraktiserende tannlege. Videre kan det være en ide å anvende kognitiv atferdsterapi, i stedet for medikamentell sedasjon, i behandlingen av pasienter med odontofobi eller BII-fobi. Når en velger og sedere pasienter som er redde for tannbehandling, løser en ikke det underliggende problemet, men en fjerner symptomene. En har kun fått pasienten gjennom en nødvendig behandling, uten å ha hjulpet pasienten med selve odontofobien. Ved å behandle selve odontofobien vil disse typer pasienter bli enklere å behandle, tannlegen får oppleve mestringsfølelsen over å ha mestret et slik ”kompleks” pasient, samt at både tannlege og pasient sparer tid ved konsultasjonene. Det viser seg at positiv pasientkontakt bufrer effekten av høy kvantitativ arbeidsmengde (Haakanen, Bakker & Demerouti 2005). Også på grunn av dette bør tannleger få opplæring i hvordan å opprette og vedlikeholde positiv pasientkontakt, med spesiell fokus på ”vanskelige” pasientgrupper. Ved mestring av utfordrende pasienter og situasjoner, vil også behandleren føle økt grad av mestringsfølelse – og det kan tenkes at belastningen knyttet til disse vil reduseres.

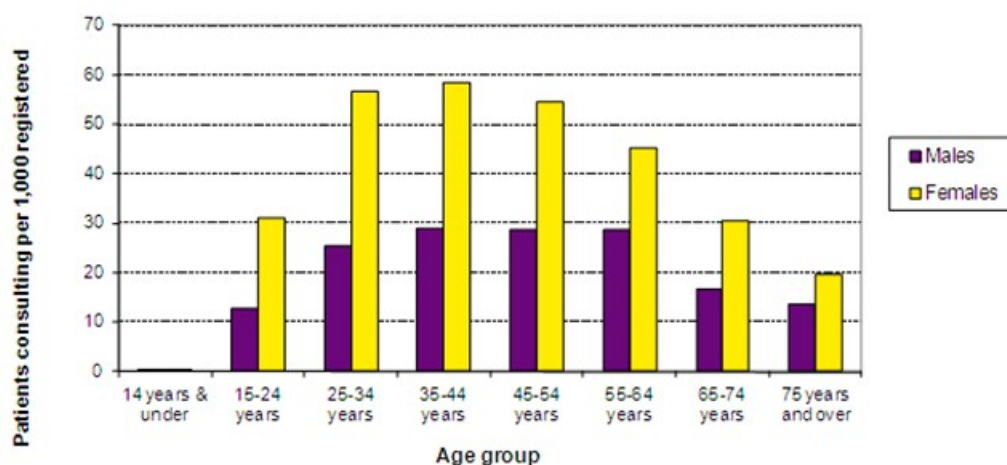
For tannhelsepersonellet er behandling av pasienter med sammensatte problemer både tidkrevende og mentalt utfordrende. Mennesker i yrker med mye mellommenneskelig kontakt er utsatt for utbrenthet, fordi de gir mye av seg selv i arbeidet, ofte uten å møte takknemlighet eller å få noe tilbake (Roness, 1996; Maslach & Jackson, 1981).

Kjønnsfordeling på arbeidsplassen. Tidligere har tannlegeyrket vært et mannsdominert yrke. President Gunnar Lyngstad i Den norske tannlegeforening opplyser i et intervju med Bergens tidende i 2008 at endringen skjedde på nittitallet, da søkerne gikk fra å være menn til å bli like mange kvinner og menn. I ettertid har denne utviklingen fortsatt, og flertallet nyutdannede tannleger er nå kvinner. (Kvalheim & Giskeødegård, 2008; Sluttstatistikk for opptaket 2012 – samordna opptak).

Det er nå en svært skjev fordeling av antallet søkere til tannlegestudiet. Tall fra 2012 viser at odontologistudiet totalt i Norge hadde 2694 kvinnelige søkere, mens det bare var 764

mannlige søkere (Sluttstatistikk for opptaket 2012 – samordna opptak). Dette er relevant da man tydelig ser sammenhengen mellom kjønn og depresjoner, og at kvinner er langt mer disponert for å få depressive lidelser. Andelen av kvinnelige uføre er høyere enn andelen av uføre menn (NOU, 1999).

Diagrammet under viser sammenheng mellom depresjon og alder hos kvinner og menn. Det er tydelig at det er mange fler kvinner enn menn som oppsøker lege på grunn av depresjon. Det er også tydelig at aldersgruppen 35-44 år scorer høyest på antall konsultasjoner. I den yrkesaktive alderen er det svært mange som etablerer seg og får barn, samtidig som man er relativt nyutdannet og uerfaren (NHS, 2013).



Figur 1. Depresjon- estimert antall pasienter I Skottland som konsulterte en lege eller sykepleier minst en gang I året 2012/13² per 1,000 pasienter registrert: på kjønn og aldersgruppe (NHS National Services Scotland)

I en artikkel som ble publisert på arbeidsmiljo.no i 2008, settes det fokus på hvordan ulik kjønnsfordeling påvirker arbeidsmiljøet. Tidsskriftet presenterer en undersøkelse (Holter, Svare & Egeland, 2008) der 2800 personer ble spurt om likestilling og livskvalitet. Resultatene viste at trivsel på jobb har betydning for livskvaliteten, og at en jevn kjønnsfordeling virker positivt på arbeidsmiljøet. En annen undersøkelse viser at arbeidsplasser som er kvinnedominerte kommer dårligst ut og er overrepresentert med antall konflikter og baksnakking. Det er mer trivsel, og mindre baksnakking på arbeidsplasser der andelen kvinner og menn var like (Ettung, 2008).

Andre følger av at tannlegeyrket er i ferd med å bli et kvinnedominert yrke kan være en mer ustabil yrkesgruppe I følge statistikk (SSB, 2013) har kvinner høyere sykefravær enn menn. Dette skyldes delvis at kvinner har mer fravær som følge av graviditet og permisjoner

(Wergeland, 2012), men også da kvinner ofte velger å være hjemme med sykt barn. Fordelingen mellom kvinner og menn på fravær grunnet sykt barn er cirka 60/40, mens fravær til ulønnet omsorgspermisjon er 95/5 (kvinner/menn) (Utenriksdepartementet, 2013).

Økonomi. Mange tannleger vil oppleve at de står for hovedinntekten i familien. Gjennomsnittlig månedslønn (eksklusive overtid) for alle yrkesgrupper og ansatte (kvinner/menn/heltid/deltid) oppgis til å være 39.600 kroner per 3. kvartal 2012. Beregnet årslønn utgjorde 470.900 kroner (SSB, 2012). Til sammenligning er startlønnen for en offentlig ansatt tannlege 544.000 kroner (Nordland fylkeskommune, 2013). For private tannleger er det vanskelig å finne statistikk fordi lønnen varierer etter timespris, pasienttilgang, arbeidstid og samt etter hvor stor andel av inntektene som går til driften av klinikken. Lønninger mellom 800.000 kroner og 1,5 millioner kroner er ikke uvanlig, altså det dobbelte av det som oppgis å være gjennomsnittlig årslønn i 2012 (Pedersen & Mjelva, 2013).

En nyutdannet tannlege bruker lenger tid på behandlinger, og får derfor ofte en lavere omsetning og lønn enn en mer erfaren tannlege. For å åpne en tannklinikk kreves det avansert og dyrt utstyr, og dette fører til at tannlegen som står ansvarlig som praksiseier ofte må låne penger for å kjøpe inn nødvendig utstyr. I en studie av selvmordsrisiko blant tannleger viser resultatene at økonomiske problemer er en av årsakene til selvmord hos tannleger (Stack, 1996).

For privatpraktiserende tannleger som også er selvstendig næringsdrivende, kan det oppleves som ett press å ha høy omsetning. Egen sykdom kan være kilde til bekymring. Som selvstendig næringsdrivende har du bare krav på sykepenger etter 16 dagers sykdom. Sykepengene er begrenset til 65 % av gjennomsnittlig pensjonsgivende inntekt de siste tre årene. Lønnsuttakere (ansatte) får derimot 100 % lønn fra første dag (NAV, 2013). Selvstendig næringsdrivende har heller ikke rett til feriepenger (NAV, 2010), og eventuelle fridager må egenfinansieres. Fravær, uansett grunn, betyr mindre omsetning og nedsatt betalingsevne påfølgende måned, selv om lønnsutgifter til tannhelsesekretærer og drift av klinikken er like høye.

Tannlegen har også ansvar for administrative oppgaver. Papirarbeid, trykkesaker, behandlingsplaner, telefonsamtaler og rapporter er tidkrevende. I en allerede presset hverdag, med krav om å behandle flest mulig pasienter per dag, må ofte slike ting gjøres etter arbeidstid i privat sektor. Dette kan gå utover privatlivet, og gir mindre tid til rekreasjon etter jobb.

Media. Media fremstiller tannlegeyrket som svært lukrativt, og fokuserer mye på hvor mye tannlegene tjener. Et eksempel er fra avisen Nordlys i Tromsø, der de sammenlignet

lønningene (skattelisterne) mellom de offentlige og de private tannlegene i Tromsø (Henriksen, 2006). En annen artikkel fra adressa.no, med overskriften “Se hva tannlegene tjener på å torturere deg” fokuserer på inntekten til private tannleger i Trondheim i 2012 (Kilnes, 2013). Også artikkelen “Her er Norges dyreste tannlege” fokuserer på enkeltpersoner med navn og bilde av tannklinikken (Nordvi, 2013). Artikkelen tar liten høyde for individuelle forskjeller i arbeidstid eller kvaliteten på arbeidet. For mange tannleger vil lønn kunne oppleves som en privatsak og denne typen omtale vil dermed kunne oppfattes som en belastning.

Medieomtale på grunn av misfornøyde pasienter er en annen problemstilling som kan medføre belastning for tannleger. Her kan faren være at media ender opp med å presentere et unyansert eller ensidig negativt bilde av tannlegen, spesielt fordi det er krevende for helsearbeidere å forsvare seg mot kritikk i offentligheten på grunn av taushetsplikt, fagets og juridiske regler.

Personlighet

Tannlegestudiet er et prestisjestudium. Det er konkurranse om plassene på studiet – kun de med høyest karaktersnitt kommer inn. Å oppnå de målene man har satt deg gir positiv selvfølelse, mens å mislykkes fører til dårlig selvfølelse. Hvis det er store forskjeller mellom idealene og realitetene, kan det gi en følelse av mislykkethet (Higgins, 1987).

Det er flere aspekter ved ens personlighet og temperament som påvirker hvordan en opplever stress og dermed hvor disponert en er for utbrenthet (Gorter et al., 1998 i Denton et al., 2008; Rada & Johnson-Leong, 2004; Roness, 1996). Det ble i 1997-1998 utført en studie ved tannlegeutdanningen i Leeds, England, der personligheten til søkere til tannlegestudiet ble undersøkt (Morris, 2000). Personligheten ble bestemt ved hjelp av the Keirsey Temperament Sorter, som ofte brukes som seleksjonsverktøy i arbeidslivet. Dette måleverktøyet bruker fire ulike dimensjoner for å beskrive personlighetstrekk: extroversion-introversion (E-I, utadvendthet-innadvendthet), sensing-intuition (S-I, sansing-intuisjon), thinking-feeling (T-F, tenking-føling), og judging-perceiving (J-P, bedømming-oppfattelse). Resultatene viste at det forelå signifikante forskjeller mellom studentutvalget og øvrig befolkning innenfor judging-perceiving-dimensjonen, og også innad i gruppen fant man en kjønnsforskjell.

Utadvendthet var favorisert hos både kvinnelige og mannlige søkere. På thinking-feeling (T-F, tenking-føling) derimot favoriserte kvinnene «feeling» (F), mens mennene favoriserte «thinking» (T). Dette utgjorde den eneste signifikante forskjellen mellom kvinner og menn.

Keirse (2013) inndeler mennesketyper først inn etter temperament, som regnes for å være nært beslektet med emosjonell disposisjon, og dermed en underliggende faktor for et individs personlighet og oppførsel. Disse fire temperamentene er Guardian, Artisan, Idealist og Rational. Personlighet refererer til spesifikke kvaliteter et individ innehar, som avgjør hvordan individet tilpasser seg miljøet rundt. Størsteparten av tannlegestudentene som deltok i denne studien hadde ESFJ og ESTJ type personlighet, som er underlagt temperamentstypen Guardian. ESFJ type personlighet blir av Keirse (2013) kalt Provider, og ESTJ for Supervisor, og disse innehar visse karaktertrekk. Disse to personlighetstypene så ut til å inneha mange karaktertrekk som er nødvendige for å beherske teknisk og spesialiserte oppgaver som inngår i en tannleges arbeid (Morris, 2000), og det kan hevdes at disse personlighetstypene er velegnet til å inneha jobb i helsevesenet.

Felton har pekt på at det ikke er noen som skryter av den omsorgen tannlegen gir, eller evaluerer tannlegens arbeid, med mindre en ny tannlege ser over og gir en positiv tilbakemelding om arbeidet den forrige tannlegen gjorde. Tannleger, som alle mennesker, har behov for anerkjennelse, takknemlighet og respekt (Felton, 1998). Positiv pasientkontakt og fornøyde pasienter virker positivt i denne sammenhengen, og kan bidra til en triveligere hverdag og bedre selvfølelse. Rada og hans medarbeidere observerte i 2004 at personer med stor grad av handlekraft, som har positiv selvfølelse, er selvsikre, føler høy grad av egenverd, og som har utviklet gode egenskaper innenfor problemløsning og informasjonsinnhenting, håndterer stressende situasjoner bedre (Rada & Johnson-Leong, 2004). Hvordan stress erfares subjektivt synes altså å være avgjørende for den enkelte. Hvordan en mestrer dette stresset, er forskjellig fra individ til individ. Videre er stort engasjement en risikofaktor for utbrenthet dersom en ikke finner balanse mellom personlig engasjement og profesjonell distanse. En slik balanse kan være vanskelig å finne, og tar lang tid å utvikle.

Diskusjon

Litteraturgjennomgangen indikerer at tannleger, men også tannlegestudenter, kan være mer utsatt for utbrenthet og depresjon enn andre yrkesgrupper og den øvrige befolkningen.

Media har fremstilt tannlegetyrket som et spesielt stressende yrke, med høy risiko for blant annet utbrenthet, depresjoner og selvmord (Nilsen, 2006; Lang, 2007). Årsakene til utbrenthet er multifaktorielle, og kan ligge i både et individs personlighet og i arbeidssituasjonen (Roness, 1996; Falkum, 2003). Det finnes ingen entydig årsak for

depresjon, men Kjellmann et al. (2009) peker på en rekke risikofaktorer; miljø, genetikk, traumer, sorg, tapsopplevelser, eller vanskelige forhold i samliv og/eller arbeidsliv. Patofysiologi, som overaktivitet i hypothalamus og lave nivåer av serotonin, er også antatt å ha virkning på tilfeller av depresjoner (Kjellmann et al., 2009; NIH, 2011; Takahashi, 1976). Når en arbeidstaker er utbrent eller deprimert, medfører det blant annet lavere effektivitet, produktivitet (Kjellmann et al., 2009), dårligere arbeidsprestasjoner (Gorter et al., 2001) og økt fravær og høy turnover av ansatte (Felton, 1998; Maslach & Jackson, 1981). Det er også pekt på at pasientvaretagelsen blir kan bli dårligere hos en tannlege som lider av en eller flere av dimensjonene (emosjonell utmattelse, depersonalisering/kynisme og redusert personlig ytelse i jobben) som utbrenthetsbegrepet består av (Felton, 1998). Felton refererer til en studie som ble gjort i Finland blant 232 tannleger, der det blant annet kom fram at de fleste tannlegene opplevde smerte relatert til pasientbehandlingssituasjoner, og at 41 % av kvinnene og 59 % av mennene gjennomgikk yrkesrelatert stress. En tredjedel opplevde emosjonell avflatning og at de sluttet å bry seg om hva som skjedde med sine pasienter (Murtomaa, Haavio-Mannila & Kandolin, 1990 i Felton, 1998). I denne studien ble det konkludert med at utbrenthet utgjør en betydelig trussel mot god tannhelseomsorg. Også for samfunnet er utbrenthet og depresjoner et stort problem, da disse tilstandene er årsak for store deler av sykemeldinger (Kjellmann et al., 2009; Toomingas, Mathiassen & Tornquist, 2012). Det er gjort funn som peker på at korrelasjonen mellom utbrenthet og depresjoner, men at den er sterkere mellom utbrenthet-depresjon enn motsatt (Ahola & Haakanen, 2007; Grøteide & Sunde, 2012). Enkelte kilder peker på at utbrenthet predikerer depressive symptomer og misnøye med eget liv (Haakanen & Schaufeli, 2012). Det er også funn som tyder på at tannlegestudenter har høye nivåer av utbrenthet, angst og depresjoner (Humphris et al., 2002; Jain & Bansal, 2012; Compos, Jordani, Zucoloto, Bonafé & Maroco, 2012; Prinz, Hertich, Hirchenfelder & de Zwaan, 2012). Flere av disse peker på at forebygging av disse tilstandene bør starte tidlig.

Forebygging av utbrenthet og depresjoner

Som litteraturgjennomgangen viser eksisterer det forskning som viser at både tannleger (Rutter et.al., 2002) og tannlegestudenter har større sjanse enn normalbefolkningen til å utvikle utbrenthet eller depresjoner. I tillegg viser tall fra Helse og omsorgsdepartementet at frafallet av studenter fra tannlegestudiet var i gjennomsnitt 30-35 prosent per år i perioden 1986 til 1995, og fra 1996 til 2002 har frafallet i gjennomsnitt vært 20-25 prosent (Helse og omsorgsdepartementet 2006-2007).

Studiene som er gjort i forhold til tannleger, utbrenthet og depresjon, er utelukkende gjort i andre land enn Norge; Finland, Nederland, USA og Storbritannia for å nevne noen. Da funnene tyder på at tannleger er mer utsatt for disse tilstandene, vil det også være nødvendig med forebyggende tiltak. Den amerikanske tannlegeforeningen har et well being program som tar opp temaer som konflikter på jobb, pasientkonflikter, tilsynssaker og stressmestring. (American Dental Association Council on Dental Practice, 2003). Ved tannlegeutdanningen ved Universitetet i Montreal, Canada gjennomføres det et forebyggende program for mental helse, stress og depresjoner for studentene. I Norge finnes odontologistudiet ved tre universiteter; i Tromsø, Bergen og Oslo. Verken universitetene i Bergen eller Tromsø har lignende forebyggende programmer. Om Universitetet i Oslo har det, er ikke kjent for forfatterne av denne oppgaven. Den kan antas at mangelen på organiserte forebyggende tiltak i Norge kan være et resultat av mindre fokus på temaer omkring disse tilstandene enn i andre land, som for eksempel USA og Canada. Videre kan man stille spørsmål om hvordan et slikt tilbud skal organiseres, inkludert hva dette skal inneholde og hvem som har ansvaret for å tilrettelegge et slikt tilbud? Dette skal vi forsøke å svare på avslutningsvis i denne oppgaven.

Det er flere som også har pekt på sammenhengen mellom begrepene utbrenthet og depresjon blant tannleger. Enkelte kilder peker på at utbrenthet predikerer depressive symptomer og misnøye med sitt eget liv (Haakanen & Schaufeli, 2012). Det viser seg også at effektene av utbrenthet og depresjoner er gjensidige, det vil si at arbeidspåkjenninger disponerer for depresjoner gjennom utbrenthet, mens for utbrenthet gjelder det at arbeidspåkjenninger disponerer for utbrenthet direkte, eller via depresjoner (Ahola & Haakanen, 2007). Her stadfestes det at veien fra utbrenthet til depresjoner synes å være kortere enn motsatt. Den europeiske unionen (EU) har identifisert arbeidsrelatert stress som den største arbeidsrelaterte helseproblem i Europa, nest etter ryggsmertor. Det europeiske byrå for sikkerhet og helse på arbeidsplassen estimerte i 2004 at over halvparten av sykemeldinger er en følge av arbeidsrelaterte helseproblemer (Toomingas et al., 2012). Når en innehar slik kunnskap, bør sette inn mottiltak på de allerede kjente fallgruvene som kan medføre slitasje på behandleren. Disse fallgruvene kan som nevnt være manglende autonomi, konfliktfylte interkollegiale forhold, tidspress, økonomistyring, vanskelige pasientrelasjoner og mangel på arbeidsressurser, samt traumer, sorg og tapsopplevelser.

En studie utført i Nederland, viser at preventive tiltak mot utbrenthet blant tannleger fungerer (Gorter et al., 2001). Her fikk de utvalgte tannlegene gjennomgå et program, der målet var ”å gjenopprette en personlig balanse ved å tilegne seg innsikt i egen situasjon og arbeide med en personlig tiltaksplan” (s. 25). Det ble benyttet kognitive og atferdsmessige

intervensjonsteknikker via individuell rådgivning og gruppetimer over en periode på 6 måneder. Deltakerne i denne studien utviste positive resultater i forhold til utbrenthet etter å ha gjennomgått et slikt preventivt opplegg. Hypotesen om at deltakere i slike intervensjonsprogrammer vil nyte godt av disse over en lengre tidsperiode (langtidseffekter), kan ikke bekreftes (Te Brake, Gorter, Hoogstraten & Eijkman, 2001). Til tross for at det ble avdekket positive resultater for utbrenthet ved testing av deltakerne like etter de hadde deltatt i dette programmet, kunne man ikke finne disse effektene ett år senere. Det ble ikke funnet noen stor forskjell på middelverdiene for utbrenthet på denne oppfølgingsstudien ett år etter, sammenlignet med middelverdier før programmet var gjennomgått. At preventive tiltak har korttidseffekt kommer tydelig fram er tydelig, men nøyaktig varighet er ikke kjent. Det eneste vi vet er at effekten så ut til å ha forsvunnet etter tolv måneder i denne studien. Hvis en følger tankegangen om at ”alle monner drar”, kan man ikke med sikkerhet si at disse preventive tiltakene var totalt unyttige. Dersom effekten varer i flere måneder, er de ikke bortkastet. Det kan videre diskuteres om denne forebyggingsmodellen kan videreutvikles for å øke langtidseffektene, da tankemønstre og vaner tar tid å endre, muligens mer enn kun 12 måneder. En type endring kan for eksempel være å tilby et oppfriskningskurs en viss tid etter den første kursseansen var avsluttet, eller å gi kursdeltakeren verktøy for å kunne repetere lærdommen fra kurset selv i etterkant.

Som tidligere beskrevet er engasjement, og tap av dette, en viktig faktor innenfor utbrenthetsbegrepet. Ett av målene for forebygging av utbrenthet bør derfor siktes mot å beholde engasjementet i arbeidet. En studie utført blant offentlige tannleger i Finland, viser at arbeidsressurser har en buffereffekt på arbeidskrav og arbeidsengasjement (Haakanen et al., 2005). Arbeidsressurser betraktes som den positive motpol til utbrenthet, og medfører en positiv, livsglad holdning der en er dedikert, engasjert og lar seg oppsluke av sitt arbeid. Arbeidskrav er de stressfaktorer innenfor et yrke som potensielt kan medføre at den ansatte føler seg utslitt, og det overstiger den ansattes evne til å tilpasse seg disse kravene. Arbeidskrav er målt etter parameterne kvalitativ arbeidsmengde, fysisk miljø, emosjonell dissonans og negative forandringer i forhold til lovreformer som har innvirkning på ens arbeid eller arbeidssted. Det konkluderes med at arbeidskrav er negativt assosiert med arbeidsengasjement, men at arbeidsressurser er positivt assosiert med det samme. Arbeidsressurser kan være tilbakemeldinger på dine prestasjoner, støtte sosialt og muligheter for selvutvikling. Det kan også være kollegial kontakt, kontroll over eget arbeid, selvbestemmelsesrett og autonomi, samt positiv pasientkontakt. I tillegg vil variert profesjonell kompetanse redusere negative effekt av stor arbeidsmengde, i tillegg til at dette

styrker arbeidsengasjementet når den kvalitative arbeidsmengden er stor. Med variert profesjonell kompetanse menes det for eksempel at en har mulighet til å jobbe med hendene, samtidig som en får kombinere sine tekniske og medisinske ferdigheter i arbeidet. Hypotesen om at det er det negative forholdet mellom arbeidskrav og arbeidsengasjement var svakere for tannleger med mange arbeidsressurser versus de som hadde få fikk stor støtte i undersøkelsen, og at arbeidsressurser var av spesiell betydning under forhold med store arbeidskrav. Det impliseres at tannleger bør mobilisere deres arbeidsressurser for å holde på sitt arbeidsengasjement, noe som kan læres under grunnutdanningen. En løsning på hvordan tannleger kan skaffe seg kunnskap om dette, kan være å gjennomføre obligatorisk kurs i emosjonell og sosial kompetanse og/eller mindfulness-kurs (som blant annet går på stressmestring), enten i grunnutdanningen eller tidlig i yrkesaktiv karriere.

Det finnes også studier som peker på at tannlegestudenter har høye nivåer av utbrenthet, angst og depresjoner (Humphris et al., 2002; Jain & Bansal, 2012; Compos et al., 2012; Prinz, Hertich, Hirchenfelder & De Zwaan, 2012). Prinz et al. (2012) studerte både tannlegestudenter og medisinstudenter, og poengterer at måling av symptomer på utbrenthet, angst, depresjoner og depersonalisering ikke var gjort før studentene påbegynte tannlegestudiet. Man kan dermed ikke trekke slutninger om individene som søker på tannlegeutdanningen har disse tilstandene fra før, eller om det er noe som oppstår som følge av uheldige forhold under studietiden. Humphris et al. (2002) spekulerer i om studenter som søker tannlegeutdanningen er mer utsatt for emosjonell utmattelse, men poengterer at dette er kun spekulasjon og krever nærmere undersøkelser.

Compos et al. (2012) påpeker at det er mulig at utbrenthet starter under grunnutdanningen, og at dette kan påskynde fremtidig utbrudd av tilstanden. I flere av studiene om stress, utbrenthet, depresjon og angst blant tannlegestudenter (Humphris et al., 2002; Jain & Bansal, 2012; Compos et al., 2012; Prinz et al., 2012) understrekes det også at undervisning i forebyggingsstrategier mot disse tilstandene, samt tidlig identifisering av symptomer relatert til utbrenthet, bør inkluderes i grunnutdanningen. Et eksempel på dette er en studie som ble gjennomført blant tannlegestudenter i New Zealand. Studentene gjennomgikk kurs i kommunikasjonsferdigheter med simulerte pasienter, casebaserte scenarier, videoinnspilte intervjuer og rollespill (Hannah, Millichamp & Ayers, 2004). Deltakerne ble kurset i aktiv lytteteknikk, opptakelse av medisinsk anamnese og ferdigheter i følelshåndtering. Studentene vurderte viktigheten av kommunikasjonsferdigheter både før og etter kurset, og det viste seg at de vurderte dette til å være mye viktigere etter enn før kurset. De studentene som vurderte kurset høyere etter gjennomførelsen, rapporterte også

blant annet at kurset hadde hjulpet de å utvikle nye kommunikasjonsferdigheter og teknikker, økt interesse for temaet, og økt selvtillit. Disse studentene vurderte også instruktøren mer effektiv og kursmaterialet nyttigere, og de vurderte kurset betydelig mer stimulerende enn de studentene som vurderte viktigheten av kommunikasjonsferdigheter likt eller redusert etter kurset i forhold til før. En annen studie fra New Zealand målte emosjonell intelligens og prestasjon ved kliniske intervju hos tannlegestudenter ved hjelp av det standardiserte psykometriske måleverktøyet Sosial Skills Inventory (SSI; Hannah, Lim & Ayers, 2009). Det viste seg at studenter med høyere sosiale ferdigheter hadde høyere prestasjonsscore og bedre intervjustruktur. Pasientene rapporterte tilbake at de mer sannsynlig ville komme tilbake for tannhelsekonsultasjon etter det andre intervjuet, og studentenes konsultasjonsferdigheter ble rangert høyere ved kursets slutt enn ved begynnelsen. Kompetanseheving innenfor disse feltene som er kartlagt i de to undersøkelsene fra New Zealand kan antas å innvirke positivt i behandlingen av ”vanskelige” pasienter, som er omtalt tidligere. Humphris et al. (2002) påstår at kontakt med pasienter er positivt for studenter og resulterer i lavere nivåer av psykologisk ubehag.

Det kan tenkes at aspekter ved, og gjerne kombinasjoner av, forhold ved tannlegeutdanningen, fungerer som stressorer og triggere av tilstander som utbrenthet og depresjoner. Dette kan bety at tannlegeutdanningen bør satse på tiltak for studentene som forebygger stress. Tannlegestudentene blir gjennom utdanningsmodellen gradvis kjent med det yrket de skal inn i etter endt utdanning. Utdanningsmodellen for mastergrad i odontologi / tannlegeutdanningen ved UiT Norges arktiske universitet består av en preklinisk og en klinisk del. I den prekliniske delen er studiet integrert med medisin og andre helsefag, med noen fagkomponenter spesielle for odontologi. De tre siste årene er hovedfokuset på klinisk trening, og en begynner å arbeide på Universitetstannklinikken (UTK), samt to perioder i ekstern praksis i Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT). Tannlegeutdanningen ved Universitetet i Tromsø har en utdanningsmodell som inneholder stor mengde klinisk arbeid i forhold til tannlegeutdanningene ved universitetene i Bergen og Oslo. Som tannlegestudent skal en holde seg både teoretisk og praktisk à jour innenfor de ulike fagdisiplinene, og prestere tilstrekkelig innenfor hver av disse. I tillegg gjør tannlegestudenten selv det praktiske rundt pasientbehandlingen inkludert administrative oppgaver. Tannlegestudentenes prestasjoner blir nøye vurdert gjennom de kliniske veilederne, gjennom teoretiske og praktiske arbeidskrav og tester, og gjennom praktiske og teoretiske eksaminaasjoner.

Overgangen fra studie til arbeidsliv, og det å være ung og nyutdannet, kan tenkes og være en stressende tid på mange måter. En litteraturstudie utført ved Vilnius universitet i

Litauen viser til resultater som peker på at personer i tannlegeyrket har overraskende høy sårbarhet for visse sykdommer og lidelser som muskoskeletale plager, dermatoser, allergier, potensielle kryssinfeksjoner, i tillegg til psykiske tilstander som depresjon, emosjonell utmattelse og depersonalisering. Alle disse kategoriseres som arbeidsrelaterte, og at disse ses spesielt etter en har begynt å jobbe selvstendig (Puriene, Janulyte, Musteikyte & Bendinskaite, 2007).

Det kan tenkes at de fleste ønsker å få gode resultater under utdanningen, og å gjøre det bra i sin nyoppstartede karriere. Mange unge voksne i denne livsfasen skal også etablere seg på boligmarkedet og starte egen familie. Det kan derfor oppleves som svært krevende å skulle sjonglere med krav på mange ulike arenaer på samme tid. På bakgrunn av dette, bør kunnskap om og trening i stresshåndtering bør rettes mot *både* tannleger og tannlegestudenter. Det kan være teknikker som involverer øvelser på å puste dypt, progressiv effektiv avslapning av kroppsdeler, høre på lydspor med verbale instruksjoner om hvordan å slappe av, meditasjon, informasjon om temaer som bedriftsledelse, tidsbruk, kommunikasjon og interpersonelle ferdigheter (Rada & Johnson-Leong, 2004). Videre pekes det på at fysisk aktivitet kan lette stress, noe som medfører forbrenning av overskuddsadrenalin som resultat av stress. God fysisk form gir mer energi, og trening medvirker til bedre selvfølelse, selvkontroll og selvdisiplin. Personer som innehar disse egenskapene viser seg å håndtere stressende forhold bedre. Også i forhold til depresjoner kan fysisk aktivitet ha positiv effekt. I kapittel 21 i håndboken fra Helsedirektoratet (Kjellmann et al., 2009) pekes det på at fysisk aktivitet kan ha god effekt på lett og moderat depresjon, og at dersom en har hatt depressive episoder tidligere, har fysisk aktivitet forebyggende effekt mot tilbakefall. Som ledd i forebyggende tiltak mot utbrenthet, bør arbeidsplassen tilrettelegge for fysisk aktivitet. En løsning kan være å innføre et gitt antall timer av arbeidstiden for obligatorisk fysisk aktivitet hver uke. Det kan være seg fellesaktivitet i form av gruppetimer på arbeidstedet eller i treningssenter, fottur i skog og mark, eller annen valgfri aktivitet. Årsaken for at det bør være obligatorisk, er at ikke noen skal kunne gjemme seg bak unnskyldningen om at ”en ikke har tid til å ta ut treningstimen på grunn av for stor arbeidsmengde”. En annen løsning på å tilrettelegge for fysisk aktivitet, kan være arbeidsgiverfinansiert treningsmedlemskap i en valgfri aktivitet. I tillegg har fysisk aktivitet positiv effekt på enkelte somatiske sykdommer (Kjellmann et al., 2009), som vi ikke skal gå nærmere inn på her.

Et annet forebyggende tiltak er kunnskap om og kjennskap blant helsearbeidere til tegn og symptomer på utbrenthet (Felton, 1998). Både Roness (1996) og Felton (1998) påpeker viktigheten av god ledelse. I følge Roness (1996) er en god ledelse kanskje det mest

effektive for å forhindre utbrenthet hos ansatte, da det er ledelsen som organiserer arbeidsplassen og legger forholdene til rette for trivsel og arbeidsglede. Felton påpeker at en bør ha sensitive ledere som ser stresseffekter så tidlig som mulig, og ha evne til å fange opp emosjonell utflating og depersonalisering hos sine ansatte. En leder bør også følge opp stort fravær og overdreven bruk av egenmelding. I følge Felton er det det er slik at under kontinuerlig press vil en ansatts oppførsel endre seg markant. Slike endringer bør en leder forstå. Mange av tegnene på utbrenthet er ikke-verbale, men kan ses i forhold til kvaliteten på arbeidet som utføres. Derfor bør klager fra pasienter tas på alvor og undersøkes nærmere, og dårlig behandling av pasienter må identifiseres. Både Felton og Roness understreker viktigheten av debriefing, spesielt etter negative opplevelser i behandlingssituasjonen, for å hindre at følelser som har oppstått i forbindelse med situasjonen fortrenses og senere setter seg fast. Eksempler på negative opplevelser kan være misfornøyde pasienter, mislykket behandling eller direkte feilbehandling, vold og trusler. Personalmøter mellom arbeidskollegaer er også viktig for å øke kommunikasjonen imellom dem. På slike møter bør det være åpenhet for lufting av ideer, klager, forslag og spørsmål, uten å være redd for straff, forsinkede forfremmelser eller negativ tilbakemelding fra ledelsen. Eliminering av utbrenthet vil medføre bedre omsorg for pasienter, da tannlegen bedre klarer å engasjere seg i sine pasienter, som resulterer i bedre omsorg og behandling. Det er logisk å anta at relasjonen til tannlegen vil subjektivt oppfattes mer positiv for pasienten dersom han/hun opplever at tannlegen er engasjert og har et genuint ønske om å hjelpe.

For ledere i helsevesenet generelt, og tannhelsetjenesten spesielt, forutsetter dette gode kunnskaper om kommunikasjon og personalledelse. Under grunnutdanningen i Norge undervises det lite om slike emner. For å få gode ledere må man tilegne seg nødvendig kompetanse for å løse oppgavene som en lederstilling medfører, men dagens tannlegeutdanning fokuserer lite på dette. Et naturlig tiltak i forhold til denne utfordringen vil være å inkludere slike temaer mer inn i grunnutdanningene. Et annet punkt relatert til disse temaene, er mangel på kunnskap om privat drift hos en nyutdannet tannlege. Utdanningen som tilbys i Norge er rettet mot Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT), selv om omtrent 60 % av de som uteksamineres fra universitetene kommer til å jobbe i privat sektor. Å jobbe i privat sektor kan bety at du er selvstendig næringsdrivende. Noen privatpraktiserende har ansatte under seg, og har da både ansvar for daglig drift, regnskap, markedsføring, samt personalansvar. Fra grunnutdanningen undervises det ingenting om personalledelse, bedriftsøkonomi og markedsføring. Dette er ekstra ansvarsområder som tannleger i privat

praksis står ovenfor, som kan oppleves belastende uten å inneha den nødvendige kompetansen for å løse slike oppgaver.

Som tidligere nevnt, finnes det per i dag ingen spesifikke programmer for tannlegestudentene i Tromsø og Bergen som kollektivt utruker de for å takle yrkesmessige stresspåkjenninger. Det eksisterer et støttetilbud for tannleger gjennom Den norske tannlegeforening som kalles kollegahjelpen. Kollegahjelpen er organisert av lokalforeningen, og består av medlemmer som har sagt seg villig til å støtte kolleger som er i en vanskelig situasjon. Målet er å unngå faglig isolasjon og utstøtning, og kan bidra til å løse problemer i livet til individet som trenger hjelp. Problemene kan være sykdom, rusmisbruk, arbeidsproblemer, utbrenthet, personlige kriser, pasientklager og negativ medieomtale (Den norske tannlegeforening, Retningslinjer for NTFs kollegahjelpsordning). Årsrapportene for Nordland fra 2009 og 2011, viser få eller ingen henvendelser i Nordland de siste årene (Nordland tannlegeforening, 2009; Den norske tannlegeforening, 2011). Om dette er representativt for hele Norge, og hva er årsaken til de lave tallene er, vites ikke, men det kan tyde på at dette tilbudet ikke benyttes. En kan spørre seg om alle tannleger vet at dette tilbudet eksisterer, om tilbudet fungerer og er tilgjengelig for de som trenger det, eller om årsaken for at det ikke benyttes ligger i at tannleger ser det som problematisk å blottlegge sine problemer for en kollega

I 2012 ble det ved det psykologiske fakultet ved Universitetet i Bergen levert en masteroppgave om sammenhengen mellom jobbkrav, jobbbressurser, mestring og utbrenthet (Grøteide & Sunde, 2012). I denne oppgaven påstås det at forholdet mellom utbrenthet og beslektede begreper som depresjon, stress og jobbtilfredshet ikke er tilfredsstillende beskrevet. Denne påstanden støttes av Falkums artikkel om forebygging av utbrenthet (Falkum, 2003). Her skriver han at forståelse om årsaker, og kunnskap om disse fenomenene er viktige i for å kunne sette inn forebyggende tiltak. Falkum poengterer også at det foreligger få longitudinelle studier på området.

Videre peker han på en utfordring som synes å være sentral omkring forebygging av utbrenthet. Han påstår at de fleste forebyggingstiltak har hatt fokus på individuelle løsninger, til tross for at effektiv primærforebygging forutsetter organisatoriske tiltak som optimaliserer krav, kontroll og sosial støtte i arbeidet. Slike forskningsresultater må formidles til ledere og organisasjonsutviklere, som må ta med seg videre denne kunnskapen når de planlegger bedriftens langsiktige utvikling, og dermed må endre sine holdninger i forhold til produksjon og effektivitet. I Grøteide og Sundes studie gis det støtte til både individfaktorer som

innlæring av mestringsstrategier, men også organisasjonsfaktorer som tidspress og autonomi (selvbestemmelse) spiller en rolle i utviklingen av utbrenthet.

Svakheter ved forskningen

En del artikler som var aktuelle for denne litteraturstudien ble utelukket på grunn av at problemstillingene som ble tatt opp ikke er overførbare fra utenlandske til norske forhold. Dette er på bakgrunn av ulik organisering av tannhelsesystemene. Da det ikke har vært utført studier på de utbrenthet og depresjoner blant tannleger i Norge, har vi likevel valgt å benytte oss av forskning fra utlandet, fortrinnsvis fra vestlige land. Da ingen land har helt lik oppbygging som tannhelsetjenesten i Norge, har vi forsøkt å benytte oss av forskning som kan tenkes å være overførbart til norske forhold. Da det ikke eksisterer forskning som sier noe om hvordan det er i Norge i forhold til tannleger, utbrenthet og depresjoner, anses dette som en svakhet ved oppgaven. En annen svakhet er at studiene som er gjort på utbrenthet og depresjoner blant tannleger, ikke har benyttet seg av samme måleverktøy. Dermed er det vanskelig å sammenligne resultater fra de ulike studiene.

Konklusjon

Er utbrenthet og depresjoner mer vanlig blant tannleger enn blant andre yrkesgrupper? Det er vanskelig å gi et enkelt svar. Det finnes lite forskning gjort på norske tannleger, og vi ser et klart behov for å undersøke norske forhold. Undersøkelsene bør utføres med standardiserte tester, som vil muliggjøre sammenligning av resultatene med forskning fra andre land og med øvrig befolkning.

Vi har funnet flere faktorer innen tannlegeyrket som kan bidra til utbrenthet og depresjon. I avsnittet om forebygging satte vi spørsmålstegn ved hvordan en kan organisere forebyggende tiltak. Det kommer tydelig frem av litteraturen at forebygging bør starte tidlig, mens en er under grunnutdanningen (Compos et al., 2012; Felton, 1998; Jain & Bansal, 2012; Prinz et al., 2012; Rada & Johnson-Leong, 2004). I denne forbindelse ønsker vi å understreke universitetenes viktige rolle som ivaretaker av studentenes psykososiale tilstand, under studiet men også i deres fremtidige yrkesaktive karriere. Mer fokus bør settes på universitetenes rolle som forebyggere av utbrenthet og/eller depresjoner.

Sett i lys av at tilstander som er resultat av arbeidsrelatert stress samt depresjoner er dominerende årsaker til over halvparten av sykemeldinger, kan en løsning kan være at universiteter får programfestet undervisning omkring forebyggende tiltak. Det er også pekt på

at forebyggende tiltak bør fortsette inn i arbeidslivet, der organisering og ledelse er viktige faktorer for trivsel og god helse hos de ansatte.

Hvis en ser på forebygging i et større perspektiv, er stress i ulike former ikke til å unngå. Det vil alltid være tilstede i våre liv i større eller mindre grad. Derfor har det enkelte individet også ansvar for å tilegne seg de nødvendige verktøy i livet for å takle slike påvirkninger, og bevisst sette av tid til rekreasjon, avslapning og avkobling fra sitt daglige virke. Ulike mennesker har ulike behov – det gjelder å finne frem til hva som fungerer for den enkelte.

Referanser

- Ahola, K., & Hakanen, J. (2007) Job strain, burn out and depressive symptoms: A prospective study among dentists. *Journal of Affective Disorders*, 104, 103-110
- Alexander, R. E. (2001) Stress-related suicide by dentists and other health care workers. Fact or folklore? *Journal of the American Dental Association*, 132, 786-793.
- Angst, J., & Hochstrasser, B. (1994). Recurrent brief depression: the Zurich Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 3-9.
- American Dental Association Council on Dental Practice (2003). *Dental Well-Being Programs Handbook*. Chicago, IL.: American Dental Association. Hentet 11.12.2013 fra http://www.ada.org/sections/professionalResources/pdfs/topics_wellbeing_handbook.pdf
- Arbeidstilsynet (2014). *Stress på arbeidsplassen*. Hentet 07.01.2014 fra <http://www.arbeidstilsynet.no/fakta.html?tid=78247>
- Ayers, K. M., Thomson, W. M., Newton, J. T., & Rich, A. M. (2008). Job stressors of New Zealand dentists and their coping strategies. *Occupational Medicine*, 58, 275-281.
- Blinkhorn, A. S. (1992). Stress and the dental team: a qualitative investigation of the causes of stress in general dental practice. *Dental Update*, 19, 385-387
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1997). Writing narrative literature reviews. *Review of General Psychology*, 1, 311-320.
- Charmandari, E., Tsigos, C. & Chrousos, G. (2005). Endocrinology of the stress response. *Annual Review of Physiology*, 67, 259-284.
- Collins English Dictionary (2003). Complete and unabridged. New York: Harper Collins Publishers.
- Compos, J. A. D. B., Jordani, P. C., Zucoloto, M. L., Bonafé, S. S., & Maroco, J. (2012). Burnout syndrome among dental students. *Rev Brasil Epidemiol*, 15, 155-165.
- Den norske tannlegeforening (2011). *Årsrapport kollegahjelpen i Nordland 2011*. Hentet 5.september 2013 fra https://www.tannlegeforeningen.no/forening_story.aspx?id=4913&MenuNode=634311251771302343&zzone=43.
- Den norske tannlegeforening (2013). *Retningslinjer for NTFs kollegahjelpsordning*. Hentet 5.september 2013 fra <http://www.tannlegetidende.no/dnttpdf2011/P11-01-73.pdf>

Denton D. A., Newton J. T. & Bower E. J. (2008). Occupational burnout and work engagement: a national survey of dentists in the United Kingdom. *British Dental Journal*, 205, 382-383.

Ettung, G. *Trives best på arbeidsplasser med god kjønnsbalanse*. Hentet 9. desember 2013 fra <http://www.arbeidsmiljo.no/xp/pub/hoved/tidsskrift/temaer/arbeidsmiljo/279957?tab=4>

Falkum, E. (2000). Hva er utbrenthet? *Tidsskrift for den norske legeforening*, 120, 1122-1128.

Falkum E. (2003). Kan utbrenthet forebygges? *Tidsskrift for den norske legeforening*, 123, 1819

Felton, J. S. (1998). Burnout as a clinical entity – its importance in health care workers. *Occupational Medicine* 48, 237-250.

Frey, R. (2000). When Professional Burnout Syndrome Leads to Dysthymia. *Journal of the Canadian Dental Association*, 66, 33-34

Gorter, R. C., Albrecht, G., Hoogstraten, J. & Eijkman, M. A. J. (1999). Professional burnout among Dutch dentists. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 27, 109–116.

Gorter, R. C., Albrecht, G., Hoogstraten, J. & Eijkman, M. A. J. (2001). A career counseling program for dentists: effects on burnout. *Patient Education and Counseling*, 43, 23-30.

Griffiths, J., Ravindran, A. V., Merali, Z. & Anisman, H. (2000). Dysthymia: A review of pharmacological and behavioral factors. *Molecular Psychiatry*, 5, 242-261.

Grøteide, H. & Sunde, S. K. (2012). *Utbrenthet og mestring i et norsk utvalg. En surveystudie av sammenhengen mellom jobbkrav, jobbressurser, mestring og utbrenthet (N=5022)*. Mastergradsoppgave ved Universitetet i Bergen.

Hahn S. R., Kroenke, K., Spitzer, R. L., Brody, D., Williams, J. B. W., Linzer, M. & de Gruy III, F.V. (1996). The difficult patient. *Journal of General Internal Medicine*, 11, 1-8.

Hannah A., Millichamp, J. C. & Ayers, K. M. S. (2004). A communication skills course for undergraduate dental students. *Journal of Dental Education*, 68, 970-977.

Hannah A., Lim, B. T. & Ayers, K. M. S. (2009). Emotional Intelligence and Clinical Interview Performance of Dental Students. *Journal of Dental Education*, 73, 1107-1117.

Haakanen, J. & Schaufeli, W. B. (2012). Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 141, 415-424.

Haakanen, J. J., Bakker, A. B. & Demerouti, E. (2005). How dentists cope with their job demands and stay engaged: the moderating role of job resources. *European Journal of Oral Sciences*, 113, 479-487.

Henriksen, T. H. (2006, 20.10). Lønns-gap skaper tannlegekrise. *Nordlys*.

Helse og omsorgsdepartementet. (2007). *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning, Personellmarkedet*. Hentet 03.01.2014 fra:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2006-2007/Stmeld-nr-35-2006-2007-/5/5.html?id=475156>

Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: a theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94, 319-340

Humphris, G., Blinkhorn, A., Freeman, R., Gorter, R., Hoad-Reddick G., Murto-maa, H., O'Sullivan, R. & Splieth, C. (2002). Psychological stress in undergraduate dental students: baseline results from seven European dental schools. *European Journal of Dental Education*, 6, 22-29.

Holter, Ø., Svare, H. & Egeland, C. (2008). Likestilling og livskvalitet Nordisk institutt for kvinne- og kjønnsforskning, *AFI- rapport 2008 1*, 270-279

Jain, A. & Bansal, R. (2013). Stress among Medical and Dental Students: A Global Issue. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences*, 5, 5-7.

Keirse.com. Guardian TM, *Portrait of the supervisor*. Hentet 5. desember 2013 fra <http://www.keirse.com/4temps/supervisor.asp>

Kilnes, C. (2013). *Se hva tannlegene tjener på å «torturere» deg*. Hentet 9. desember 2013 fra: <http://www.adressa.no/nyheter/okonomi/article8467471.ece>

Kjellman, B., Martinsen, E., Taube, J. & Andersson, E. (2009). *Aktivitetshåndboken Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Helsedirektoratet. Hentet 5. desember 2013 fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/aktivitetshandboken-fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling/Sider/default.aspx>

Klein, D. N. & Santiago, N. J. (2003). Dysthymia and Chronic Depression: Introduction, Classification, Risk Factors, and Course, *Journal of Clinical Psychology*, 59, 807-816.

Kvalheim, B. & Giskeødegård, T. (2008). *Kvinner kupper tannlegeboret*. Bergens tidende. Hentet 5. desember 2013 fra <http://www.bt.no/nyheter/lokalt/Kvinner-kupper-tannlegeboret-1894007.html>

- Lang, R. (2007). Stress in Dentistry – It could Kill You! Hentet 5. desember 2013 fra <http://www.oralhealthgroup.com/news/stress-in-dentistry--it-could-kill-you/1000214585/>
- Labovitz, S., & Hagedor, R. (1971). An analysis of suicide rates among occupational categories. *Sociological Inquiry*, 41, 67–72.
- Malt, U. (2009a). *Tilbakevendende kortvarig depresjon*. I Store medisinske leksikon. Hentet 5. Desember 2013 fra http://sml.snl.no/tilbakevendende_kortvarig_depresjon
- Malt, U. (2009b). *Stress*. I Store medisinske leksikon. Hentet 17. november 2013 fra <http://sml.snl.no/stress>.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- Mathias, S., Koerber, A., Fadavi, S., & Punwani, I. (2005). Specialty and sex as predictors of depression in dentists. *Journal of the American Dental Association*, 136, 1388-1395.
- Morris, D. O. (2000). Personality types of dental school applicants. *European Journal of Dental Education*, 4, 100-107.
- NAV (2010). *Rundskriv § 8-33 Feriepenger, NAV Drift og utvikling*. Hentet 9. desember 2013 fra: <https://www.nav.no/rettskildene/Rundskriv/%C2%A7+8-33+Feriepenger.147774.cms>
- NAV (2013). *Sykepenger til selvstendig næringsdrivende og frilansere. Jobb og helse 2013*. Hentet 9. desember 2013 fra: <https://www.nav.no/Arbeid/Jobb+og+helse/Sykmelding+og+sykepenger/Sykepenger+til+selvstendig+n%C3%A6ringsdrivende+og+frilansere>
- NHS (Common Services Agency for the Scottish Health Service) National Services Scotland (2013). *Depression*. Hentet 5. desember 2013 fra <http://www.isdscotland.org/Health-Topics/General-Practice/GP-Consultations/Health-Conditions/Depression/>
- National Institutes of Health, Department of Health and Human Services (2011). *Depression, NIH Publication 2011 No. 11-3561*
- Nilsen, H. (2006). *Selvord på dødstoppen*. SIDE2. Hentet 3. februar 2013 fra <http://www.side2.no/helse/article734358.ece>.
- Nordland tannlegeforening (2009). *Styrets årsberetning 2009*. Hentet 5. september 2013 fra <http://www.nordlandtannlegeforening.no/sites/n/nordlandtannlegeforening.no/files/749796685.pdf>.
- Nordvi, J. C. (2013, 15.02). *Her er Norges dyreste tannlege*. Finnmark dagblad. Hentet

9. desember 2013 fra <http://www.finnmarkdagblad.no/nyheter/article6502945.ece>

NOU (1999) Kvinners helse i Norge. *Helse- og omsorgsdepartementet*, 13

Owen, D. (1982). *The secret lives of dentists*. Harper's magazine, 1982 Mars, 42-52.

Pedersen, K. & Mjelva, H. K. (2013, 18.10). *Store forskjeller i tannlegelønnen*.

Bergens Tidende. Hentet 9. desember 2013 fra <http://www.bt.no/nyheter/okonomi/Store-forskjeller-i-tannlegelonen-2988665.html>

Perlman, B. & Hartman, E. A. (1982). Burnout: summary and future research. *Human Relations*, 35, 283-305.

Pezawas, L., Angst, J., Gamma, A., Ajdacic, V., Eich, D. & Rössler W. (2003). Recurrent brief depression--past and future. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 27, 75-83.

Prinz, P., Hertich, K., Hirchenfelder, U. & de Zwaan, M. (2012). Burnout, Depression and depersonalization – Psychological factors and coping strategies in dental and medical students. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 29, 8-14.

Puriene, A., Janulyte, V., Musteikyte, M. & Bendinskaite, R. (2007). General health of dentists. Literature review. *Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal*, 9, 10-20.

Rada, R. & Johnson-Leong, C. (2004). Stress, burnout, anxiety and depression among dentists. *The Journal of the American Dental Association*, 135, 788-794.

Roness, A. (1996). *Utbrent? Arbeidsstress og psykiske lidelser hos mennesker i utsatte yrker*. (2. utgave s.19-27) Universitetsforlaget AS.

Rother, E. T. (2007). Systematic literature review X narrative review. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20, 5-6

Rutter, H. Herzberg, J. & Paice, E. (2002). Stress in doctors and dentists who teach. *Medical Education*, 36, 543-549.

Samordna opptak (2012). *Sluttstatistikk for opptaket 2012*. Hentet 9. desember 2013 fra http://www.samordnaopptak.no/info/om/sokertall/sluttstatistikker/sokerstatistikk_2012.pdf

Stack, S. (1996). Suicide risk among dentists: a multivariate analysis. *Deviant Behaviour*, 17, 107-117.

Statistisk sentralbyrå (2013, 19.09). *Sykefravær, 2. kvartal 2013*. Hentet 9. desember 2013 fra: <http://www.ssb.no/sykefratot/>

Statistisk sentralbyrå (2013, 20.03). *Lønn, alle ansatte, 2012*. Hentet 9. desember 2013 fra: <http://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/lonnansatt/aar>

The American Heritage Dictionary of the English Language (2013). (4th ed.). Boston, Houghton Mifflin Harcourt Publishing Company

Takahashi, S. (1976). Reduction of Blood Platelet Serotonin Levels in Manic and Depressed Patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 30, 475–486.

Te Brake, J. H. M, Gorter, R. C., Hoogstraten, J. & Eijkman, M. A. J. (2001) Burnout intervention among Dutch dentists: long-term effects. *European Journal of Oral Sciences*, 109, 380-387.

Toomingas, A., Mathiassen, S. E. & Tornquist, E. W. (2012). *Occupational physiology*. Boca Raton: CRC Press (Taylor and Francis Group).

Torp, S., Grimsmo, A., Hage, S., Duran, A. & Gudbergsson, S. B. (2013). Work engagement: a practical measure for workplace health promotion? *Health Promotion International*, 28, 387-96.

Utenriksdepartementet (2012-2013). *Kjønnsfordeling fravær pga sykt barn/foreldrepermisjon. Prop. 1 S (2012–2013)*, Hentet 9. desember 2013 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/ud/dok/regpubl/prop/2012-2013/prop-1-s-20122013/13/2/3.html?id=703348>

Vinsrygg, G. (2003). *Konflikter på arbeidsplassen kan gjøre deg utbrent*. Sinnets helse. Hentet 5. desember 2013 fra http://www.sinnetshelse.no/artikler/konf_arb.htm

Wikipedia, the free encyclopedia, Beck Depression Inventory. Hentet 05. desember 2013 fra http://en.wikipedia.org/wiki/Beck_Depression_Inventory.

Wergeland, E. (2012). *Hvorfor har kvinner høyere sykefravær enn menn?* Hentet 30.01.2014 fra <http://www.arbeidstilsynet.no/nyhet.html?tid=236281>

Wilson, R. F., Coward, P. Y., Capewell, J., Laidler, T. L., Rigby, A. C., & Shaw, T. J. (1998). Perceived sources of occupational stress in general dental practitioners. *British Dental Journal*, 184, 499-502.