

Jon Arne Gangvik Østgård

"Å være tannlege er helt topp, hadde det ikke vært for alt det andre....."

**En studie av privatpraktiserende tannlegers
opplevelse av egen arbeidshverdag.**

Masteroppgave i organisasjon og ledelse, spesialisering i
relasjonsledelse.

Veileder: Anne Torhild Klomsten
Trondheim, januar 2018

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for pedagogikk og livslang læring



Forord

Denne oppgaven markerer slutten på studiene innen organisasjon og ledelse ved NTNU i Trondheim. Det har vært en flott reise som har gitt meg mange nye perspektiv på veien videre. Som privatpraktiserende tannlege har det vært befriende å kunne slippe blikket litt fra munnhulen og slippe til nye innfallsvinkler og erfaringer. Jeg er temmelig overbevisst om at dette har gjort meg til en bedre tannlege, leder og medmenneske.

Først og fremst vil jeg takke informantene som har gjort denne oppgaven mulig. Intervjuene var en fornøyelse og fine avbrekk i en ellers travel hverdag. Tusen takk for at dere stilte opp og lot meg låne av deres tid. Hjertelig takk!

Hjertelig takk også til min flotte og dyktige veileder Anne Torhild Klomsten ved NTNU. Du har gitt mange gode og reflekterte innspill. Og ikke minst imponerende raske tilbakemeldinger. Hvor du tar all energien fra er en gåte!

Så vil jeg også takke familien, og spesielt til min kjære Anne. Du har holdt motet oppe for meg og inspirert meg til å krumme nakken og gå på når motivasjonen har buttet. Du har også gitt rom for den boblen jeg i perioder har vært inne i. Du har støttet og oppmuntret til tross for at jeg til tider har vært fraværende både i sted og hode. Stor klem til deg! Takk også til barna som har måttet lide over at pappa har sittet fordypet over pc'en sene kveldstimer etter jobb. Nå blir det igjen bedre rom for felles hobbyer og interesser.

Jeg vil også takke alle jentene på jobben som har støttet opp og trått til når ”sjefen” har hatt for mye annet å tenke på. Et slikt prosjekt er kanskje lite forenlig med en hektisk praksis og lange dager, men vi klarte det sammen uten å brenne ut!

Trondheim, Januar 2018

Jon Arne Gangvik Østgård

Sammendrag

Internasjonale studier påpeker at tannleger er utsatt for stress, sykdom forbundet med stress og at de løper en stor risiko for å bli utbrente (Lang, 2007). I en norsk kontekst er dette lite undersøkt, men det er grunn til å tro at også norske tannleger er utsatte for stress. Dette danner bakgrunnen for denne studien som belyser hvilke belastninger norske tannleger står i, og om disse oppleves å gi grunnlag for stress og eventuelt utvikling av utbrenthet. Oppgavens problemstilling er: **”Hvordan opplever privatpraktiserende tannleger egen arbeidshverdag?”** Med utgangspunkt i en kvalitativ metode ble fire tannleger intervjuet, hvor det blir benyttet intervju som forskningsmetode. Det ble intervjuet fire tannleger i privat praksis, som enten driver eller har drevet egen praksis om hvordan de opplever sin egen arbeidshverdag som tannleger.

Forskningsundersøkelsen har en fenomenologisk tilnærming som legger spesielt vekt på informantenes egne opplevelser og forståelser. I tillegg til intervjuet fylte deltakerne ut eget skjema om utbrenthet. Dette skjemaet var kun som et bakteppe til selve samtalen som bestod av et semistrukturert intervju. I dette intervjuet ble det også samtalt rundt et bilde hentet fra en behandlingssituasjon. Studiet viser at norske tannleger opplever belastning og at dette relaterer seg til forhold som økonomi, administrasjon, tidspress, krevende pasienter og et arbeid som suger energi. De opplever videre i perioder stress forbundet med det å være tannlege. Resultatene diskuteres i lys av teori forskning om belastning, stress og utvikling av utbrenthet generelt, og blant tannleger spesielt. Dette er i tråd med hva de utenlandske studiene har funnet. Men studiet viser også at de trives med sitt yrkesvalg og at ingen viste tegn til utbrenthet. Ved et vedvarende høyt stressnivå, vil utvikling av utbrenthet være en betydelig risiko. Studiet viser hvilke stressorer norske tannleger opplever og bør derfor være et viktig bidrag til å forstå belastning de utsettes for. Ved å være bevisst disse faktorene, kan det forebygges. Det forslås å øke kompetansen og ferdighetene slik at tannleger kan stå bedre rustet. Da kan graden av stress og faren for påfølgende sykdom reduseres.

Innholdsfortegnelse

Innledning	9
Teori	11
<i>Stress</i>	11
Konsekvenser av stress	12
Krav/kontroll modellen	13
<i>Utbrenthet</i>	15
Symptomer på utbrenthet	17
Utvikling av utbrenthet.	17
Faktorer som disponerer for utbrenthet	18
Faktorer som disponerer tannleger spesielt for utbrenthet.	20
<i>Tidligere forskning</i>	21
Metode	23
Kvalitativ forskningsintervju	23
Intervjuguide	24
Pilotintervju	25
Informanter	26
Datainnsamling	26
Etikk	28
Gyldighet	29
Pålitelighet	30
Analyse	31
Empiri	35
<i>Belastning</i>	35
Administrasjon	35
Stort ansvar	36
Jobben suger energi.	38
Stort økonomisk ansvar	39
Krevende pasienter Ellen beskriver:	40
Tidspress	42
<i>Stress</i>	43
Drøfting	47
<i>Egne refleksjoner</i>	53
<i>Videre arbeid</i>	55
Litteratur	57
Vedlegg:	61
Vedlegg 1, BBI	61
Vedlegg 2, Intervjuguide	63
Vedlegg 3, Foto brukt i intervju	64
Vedlegg 4, Informasjonsskriv til deltakere	65
Vedlegg 5, Godkjenning NSD	66
Vedlegg 6, Eksempel på transkripsjon med koding	67
Vedlegg 7, Eksempel på kodeark med frekvens	68

Innledning

På folkemunne er det hevdet at medarbeidere jobbet til de ”stupte”. Noe som innebar at de jobbet mer enn helsa tålte, og da ofte i forbindelse med fysisk arbeid. Sykdom som hjerteinfarkt og andre overbelastningslidelser var resultatet. På 1970-tallet ble begrepet burn-out, eller på norsk utbrent, tatt i bruk for første gang. Freudenberg (1974) hadde observert hvordan helsearbeidere gradvis ble tappet for krefter og utviklet kronisk fysisk tretthet kombinert med en omfattende følelsesmessig utmattelse og stadig større avstand til pasientene (Roness & Matthiesen, 2002). I starten var utbrent assosiert spesielt til helsesektoren og til hjelpere som yter service til andre mennesker. I dag er det derimot anerkjent at utbrenthet kan ramme alle mennesker og i ulike yrkesgrupper. Fra å være brennende ildsjeler i sine respektive yrker, brenner de ut og derav oppstod begrepet utbrent.

Stress er en vanlig konsekvens ved overbelastning. Bourassa & Baylard (1994) fant at stress blant tannleger ofte er forbundet med behandlingen av vanskelige pasienter eller kontor-organiseringen. Ved en opplevd ubalanse mellom kravene fra omgivelsene og tilgjengelige ressurser, blir det en belastning og stress oppstår. Det er en sterk kobling mellom stress og utbrenthet. Langvarig stress er sett på som en betydelig faktor for utvikling av utbrenthet. I følge Felton (1998) gjelder dette spesielt individer som utfører presisjonsarbeid og som har stort ansvar med store konsekvenser. Spesielt sykepleiere, sosialarbeidere, leger og tannleger er ansett for å være særlig utsatt (Felton, 1998).

Jeg arbeider selv som tannlege og har selv følt stresset i en travel praksis. Flere kollegaer har klaget over hvordan praksisen legger føringer for både arbeid og fritid. Og enkelte har også valgt å gi opp drømmen om egen praksis og selge seg ut før tilværelsen ble helt uutholdelig. Et nytt fenomen er en økende kjededannelse i bransjen og mange praksiseiere synes å gi opp noe av sin egen råderett i bytte mot økt administrativ avlastning. Som unge studenter var det å kunne drive sin egen praksis for mange en drøm. Hvorfor er det nå blitt slik enkelte velger å forlate denne drømmen? Hvordan opplever de egentlig sin egen arbeidshverdag med hensyn til stress og belastning? I et stort studie med over 3500 deltagende tannleger, rapporterte 38% at de ofte var bekymret og urolige. 34% rapporterte at de alltid eller svært ofte følte seg fysisk eller følelsesmessig utslitt og 26% hadde hodeplager eller ryggplager (Gale, 1998). Det hevdes også at tannleger har forhøyet forekomst av skilsmisse, alkohol/medisin- misbruk, samt økt risiko for selvmord i forhold til andre helsearbeidere (Moore, 2011). Tannleger er altså utsatt for stress og fare for utbrenthet. Internasjonalt er det forsket mye rundt stress og utbrenthet blant tannleger. Men det er usikkert om dette er overførbart til norske forhold. I de ulike landene er det forskjellige

organiseringer av tannhelsetjenesten. Forholdet mellom privat og offentlig tannhelse varierer, de økonomiske betingelsene variere og også tannlege-tettheten varierer mellom de ulike landene. Utenlandske studier er dermed ikke direkte overførbare til norske forhold. Men samtidig er det grunn til å anta at noen forhold også er relevante for norske tannleger. Mitt søk etter studier gjort blant norske tannleger, viste at det er forsket lite eller ingenting på forholdene for norske tannleger. Jeg tok kontakt med forsker Astrid Richardsen pr e-post og hun opplyste at det nærmeste hun kjente til var et materiale hun hadde samlet for ca. 20 år siden, men som aldri var blitt publisert. Hun hadde samlet data fra 167 norske tannleger i 1997. Hun fant der at norske tannleger var signifikant mer utmattede enn tannpleiere og tannlegesekretærer. Deler av materialet fremkommer i slideserie lagt ut av BI (Richardsen, 2015). Dette trigget meg til å undersøke nærmere hvordan norske tannleger opplever sin hverdag med hensyn til stress og faren for utbrenthet. Det utforskes i denne studien gjennom følgende problemstilling: Hvordan opplever privatpraktiserende tannleger egen arbeidshverdag? Dette belyses gjennom følgende forskningsspørsmål; i) Hva opplever tannleger gir økt belastning, ii) hvordan opplever tannleger stress, iii) i hvilken grad er tannleger i fare for å kunne bli utbrente, og iiiii) hva gir glede i arbeidshverdagen?

Teori

Stress

Stressteoriene ble utviklet på 1930-tallet. Opplevelsen av stress ble sett på som en funksjon av kravene en ble stilt overfor på jobben. Tanken var at når kravene økte, så økte stressopplevelsen, langs en rett linje, jo flere krav, jo mer stress. Det har vist seg at stressopplevelsen øker både når kravene øker og når de avtar. Denne teorien ligger til grunn for dagens stressmodeller (Rønnes & Matthiesen, 2002). I de fleste vitenskaper betyr begrepet stress påvirkning eller påkjenning. De fysiologiske reaksjonene på stress beskrives og forklares med det høye tempo i arbeidslivet som forårsakes av globalisering, teknologisk utvikling og økonomi (Kruge, 2005).

Stress i arbeidslivet defineres som en dynamisk tilstand hvor et individ konfronteres med en mulighet, hindring, eller krav om å være/gjøre/oppnå noe en ønsker, og hvor utfallet er både usikkert og viktig (Rønnes & Matthiesen, 2002). En person blir stresset når han eller hun opplever en ubalanse mellom de krav som blir stilt fra omgivelsene og tilgjengelige ressurser.

Malt & Svartdal (2016) definerer stress som en psykisk eller fysiologisk tilstand som kjennetegnes ved en subjektiv følelse av å være under press i et slikt omfang at det føles ubehagelig eller belastende. Ytre situasjoner eller hendelser kan føre til en slik tilstand og kalles for stressorer (Malt & Svartdal, 2016). McGrath (1970) gjengitt av Skogstad (2002) definerer stress som en ubalanse mellom krav eller utfordringer og den enkeltes responskapasitet under forhold hvor det å mislykkes i møte med disse kravene eller utfordringene oppleves å ha store konsekvenser for den enkelte (Rønnes & Matthiesen, 2002).

Stress fokuseres på som en belastning og hvilke effekter den har på ansattes helse og velvære på jobben. Maslach (1980) beskriver i Kilburg m.fl. (1986) at stress oppstår dersom det er en uoverensstemmelse mellom det individet ønsker seg i jobben og det jobben kan tilby, eller mellom evnene individet har, og det som jobben krever av vedkommende. Stimulans-respons tilnærmingen ser på stress som en konsekvens av det samspillet som oppstår mellom de miljømessige stimuli og individets respons (Masic, 2013). I følge Arbeidstilsynet opplever arbeidstakere stress når det stilles større krav og forventninger i jobben enn det de er i stand til å takle, mestre eller kontrollere (Arbeidstilsynet, 2017).

Sonnentag og Frese i Borman m.fl. (2003) har identifisert flere stressorer som de deler i følgende hovedgrupper:

Stress relatert til fysiske forhold, roller, arbeidsordning, organisasjonsendringer, relatert til

oppgaver, sosiale forhold, karriere og traumatiske hendelser.

Fysiske stressorer er relatert til fysiske arbeidsforhold. Eksempler her er støy, varme, ergonomi.

Roller, her tenkes det på tvetydighet rundt rollen og eventuelle rollekonflikter.

Arbeidsordning, dette retter seg mot arbeidstidsordninger. Som f.eks. skiftarbeid, lange arbeidsdager og mye overtid.

Organisasjonsendring, her er nedbemanning og innføring av hvor nedbemanning, fusjoner eller implementering av ny teknologi er eksempler.

Oppgaverelaterte stressorer retter seg mot faktorer som f.eks. høyt tidspress, høy arbeidskompleksitet, monotont arbeid og avbrytelser.

Sosiale stressorer viser seg i dårlig sosial samhandling med leder, kollegaer og andre. Dette innebærer mellommenneskelige konflikter på arbeidsplassen, trakassering og mobbing.

Karrierelaterte stressorer er bla jobb-usikkerhet og dårlige karrieremuligheter.

Traumatiske stressorer er f.eks. ulykker, katastrofer eller ekstrem farlige aktiviteter (Borman, Ilgen, Klimoski, & Weiner, 2003).

Arbeidsrelatert stress refererer til betydningen av arbeidet i forholdet til den psykologiske velfølelsen. Det vesentlige ved arbeidsrelatert stress er at det forekommer når det oppstår en ubalanse mellom jobbkrav og responsevnen til den enkelte. Den enkeltes persepsjon i forhold til innhold, betingelser, profesjonelle relasjoner og muligheter for påvirkning kan for noen, gi kilder til stress, men for andre bidra til glede.

Det kan være vanskelig å skille mellom om noen er under stress fordi de har for stor arbeidsbelastning eller om de opplever arbeidsbelastningen til å være for stor fordi de er under stress. Det påpekes at manglende kompetanse innfor et yrke er en risikofaktor for å oppleve stress i arbeidet (Roness & Matthiesen, 2002). Dersom stresset blir for stort kan konsekvensen bli utvikling av sykdom (Rada & Johnson-Leong, 2004).

Konsekvenser av stress

Stress er en fysiologisk respons på farer kroppen utsettes for. Ved farer settes kroppen i alarmberedskap for å sikre nødvendig beredskap til krevende situasjoner. Denne responsen setter kroppen i beredskap til å møte farer og skal bidra til overlevelse. Denne stress-respons aktiveringen er som regel kortvarig. Det sympatiske nervesystemet aktiveres (Egil Haug, 1992). Det frigjøres noradrenalin, de store muskelgruppene prioriteres med hensyn til blodforsyning, blodtrykket øker, sentrale og livsviktige funksjoner prioriteres og kroppen klargjøres for kamp/flukt. Man blir fokusert og årvåken og fra det endokrine systemet skilles

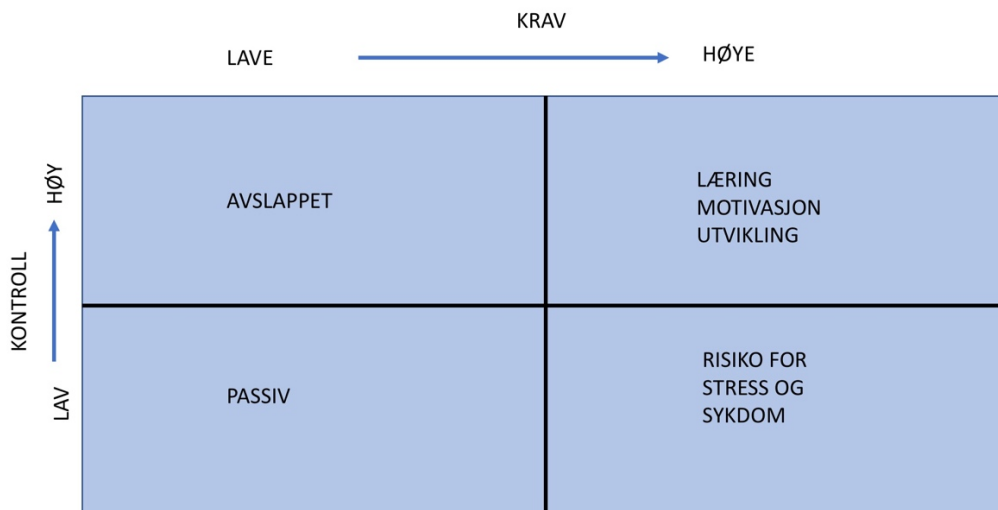
det ut stresshormoner som adrenalin, kortisol og glukokortikoider. Det parasympatiske nervesystemet nedprioriteres sammen med immunforsvaret. Fordøyelsessystemet endres ved at aktiviteten i tarm og nyrer reduseres (Charmandari, Tsigos, & Chrousos, 2005).

Ved vedvarende stress blir det en langvarig utskillelse av stresshormoner. Det blir i tillegg en hemming av veksthormonet. Ved angst og depresjon ser en tydelig reduksjon av veksthormon-nivået. Andre fysiologiske tegn ved langvarig stress er vedvarende høyt blodtrykk, utvikling av kardiovaskulær sykdom, nedsatt fordøyelse på grunn av hemmet magesyresekresjon og redusert immunforsvar som følge av økt hemming fra glukokortikoider (Charmandari m.fl., 2005).

Når det gjelder konsekvensene av arbeidsrelatert stress, kan disse deles mellom hva som er individrelatert og hva som er relatert til organisasjonen. For individet er konsekvensene av slikt stress knyttet til nedsatt helse og velvære og viser seg psykologisk, fysisk og gjennom atferd (Sonntag, 2005). For organisasjonen er konsekvensene mistriivsel, lavt engasjement i jobb og organisasjon samt jobbrelatert frustrasjon. Det er vist til svekket ytelse, aggresjon, tyveri og økt fare for ulykker (Barling, Kelloway, & Frone, 2005).

Krav/kontroll modellen

Jobbstress i form av belastninger i arbeidet, blir beskrevet i Karakseks stressmodell fra 1979. Modellen viser forholdet mellom hvordan kravene personen stilles over i forhold til beslutningskontrollen vedkommende innehar, kan gi jobbstress (Einarsen & Skogstad, 2000). Ved høye krav og lav kontroll over eget arbeid sees en sammenheng mot redusert helse, trivsel og velvære. "Høy stress" jobbene kjennetegnes ved høye krav og liten kontroll. Det gir økt fare for stressrelaterte sykdommer som f.eks. hjerte og karlidelser. Karakseks modell ble modifisert mot slutten av 1990-tallet. Den ble så utvidet med sosial støtte som en tredje variabel. Sosial støtte er viktig med hensyn til hvordan en opplever jobbkravene. Ved en god sosial støtte, minker styrken i jobbkravene mht. f.eks. opplevelse av stress. Ved liten kontroll, lite sosial støtte, men med høye krav, står arbeidstaker i økt fare for helseplager (Einarsen & Skogstad, 2000).



Figur 1 Sammenhengen mellom krav og kontroll (Karasek og Theorell 1990) i (Roness & Matthiesen, 2002).

Figur 1 viser sammenhengen mellom krav og kontroll. Stiller jobben høye krav samtidig som kontrollen er høy, vil det gi læring, motivasjon og utvikling. Problemene oppstår når forholdene er høye krav kombinert med lav kontroll. Da er man i risiko for stress og sykdom (Roness & Matthiesen, 2002).

Men som Gale (1998) skriver i sin artikkel, er ikke stress bare negativt, det kan også føre til økt motivasjon og vekst. Manger og Wormnes (2015) hevder at vi på samme måte som ved fysisk trening, trenger vi alle å bli mentalt stresset for å utvikle oss og for å bli bedre. Stresset deler de inn i positivt og negativt stress. Dersom individet opplever stresssituasjonen som meningsfull vil det gjøre den positiv. På den annen side vil manglende mestring og opplevelse av meningsløshet skape negativt stress og være nedbrytende. På den måten blir det persepsjonen av hendelsen som gjør hele forskjellen og ikke selve hendelsen (Manger & Wormnes, 2015). Sannsynligvis kan lav grad av kontroll og stort arbeidspress også føre til utbrenthet.

Det å bli skremt av et eller annet er en stresssituasjon som er sunt. Den skal hjelpe oss i yte og overleve i pressede situasjoner. (Egil Haug, 1992) En langvarig stress-situasjon er vi derimot ikke rustet til å tåle. Det medfører en konstant aktivering av stresshormonkjeden. Langvarig stress fører uten unntak til sykdom, sier M. Miller, svensk stressforsker (Miller, 2000). Når arbeidsrelatert stress blir kronisk, kan utbrenthet ofte bli en konsekvens.

Utbrenthet

Ordet utbrent er på mange måter et utbrukt begrep. Det brukes i dagligtale og rommer etter hvert mange tidligere tilsvarende begreper. Man kan parallelt bruke navn som depresjon, arbeidsbetinget depresjon, stress og utladet. Utbrenthet er av noe nyere dato og er knyttet til det å være yrkesaktiv. Utbrent ble på 1960 –tallet brukt til å beskrive effekter av narkotikamisbruk. Mot slutten av 1970-tallet ble det begynt brukt til å beskrive negative reaksjoner på arbeidet, for personer som arbeidet innen omsorgsykker. Utbrenthet kjennetegnes ved at individet tappes for krefter. De som først beskrev utbrenthet, mente det skyldtes en brist i karakteren hos arbeidstakerne (Krüge, 2005). Ut fra en slik tanke var det den enkelte det var noe galt med og som måtte endre og tilpasse seg systemet. I dag har dette endret seg til at både arbeidsforhold og omgivelser også er årsaker til at utbrenthet oppstår. I følge Matthiesen (2002) kan utbrenthet betraktes som en form for uhensiktsmessig måte å mestre belastninger eller problemer på (Roness & Matthiesen, 2002). Det ansees at profesjonell utbrenthet er en følge av langvarig stress relatert til arbeidet (Gorter, Albrecht, Hoogstraten, & Eijkman, 1999), (Barth & Sundby, 2014).

Freudenberger regnes som begrepets far og beskrev det første gang i 1974. Han var tilknyttet en alternativ helsetjeneste for samfunnet svakstilte. Arbeidet var preget av knappe ressurser, lange arbeidsdager, lav lønn og krevende møter med fattige og ustabile klienter (Krüge, 2005). Han beskrev hvordan en økende andel av de ansatte gradvis ble tappet for krefter og utviklet kronisk fysisk tretthet kombinert med følelsesmessig utmattelse og økende avstand til klientene (Roness & Matthiesen, 2002). I starten var de ansatte engasjerte og idealistiske hjelpere med et ønske om å hjelpe. På grunn av små økonomiske ressurser kunne bare et fåtall hjelpes og arbeidet opplevdes som håpløs og bortkastet. Hjelperne utviklet bla. distanse, amperhet og nedlatenhet. De utviklet en kynisk innstilling og begynte etterhvert å forakte klientene (Roness & Matthiesen, 2002).

Maslach definerte utbrenthet ut fra et multidimensjonalt perspektiv, kjennetegnet ved tre dimensjoner; emosjonell utmattelse, kynisme og utilstrekkelighet.

Maslach & Jackson lanserte i 1978 følgende definisjon;

"[...] utbrenthet er en tilstand preget av redusert omtanke for mennesker en arbeider med, ledsaget av fysisk utmattelse og en emosjonell utmattelse som fjerner enhver følelse av sympati eller respekt for klienter eller pasienter" (Maslach & Jackson (1981) i Roness & Matthiesen, 2002).

Definisjonen har senere vært et utgangspunkt for mye forskning rundt utbrenthet. I følge Maslach mye av kjernen i utbrenthet rundt omsorgsrelasjonen. Arbeidere innen omsorgsykker

involverer seg i andre mennesker. Dette kan oppleves belastende og derfor er en viss grad av kynisme normalt. Det blir en overlevelsesteknikk, men som ved utbrenthet blir overdrevet i relasjonen (Kruge, 2005). Maslach flyttet etterhvert fokuset fra individet til arbeidsbetingelsene, den økonomiske -, tekniske- og politiske utvikling. Hun vektlegger at hennes definisjon av utbrenthet forutsetter et høyt tidligere engasjement i jobben (Kruge, 2005). Utbrenthet er en tilstand preget av redusert omtanke for mennesker en arbeider med, ledsaget av fysisk utmattelse og en emosjonell utmattelse som fjerner enhver følelse av sympati eller respekt for klienter eller pasienter (Maslach og Jackson 1981) i Roness & Matthiesen (2002).

I følge definisjon, så er det å bli mentalt eller følelsesmessig utslitt hovedkomponenten av utbrenthet. Ved tap av følelsesmessige ressurser vil den som er rammet føle seg lite kapabel til å håndtere jobben psykologisk. Et annet viktig aspekt er utviklingen av en negativ, kynisk holdning overfor egne klienter eller pasienter. Dette kalles depersonalisering. Roness & Matthiesen (2002) påpeker også den tredje dimensjon hvor det oppleves redusert faglig ytelse og dermed redusert selvfølelse. Maslach påpekte dette som det tredje aspektet; tendensen å evaluere kvaliteten på eget arbeid negativt (C. Maslach, Jackson, Susan E., 1981). Dette er interessante forhold å se nærmere på i studiet. Vil det kunne finnes tegn til kynisme, depersonalisering og redusert selvfølelse i blant mine informanter?

Schaufeli og Buunk (1996) gjengitt i Roness og Matthiesen (2006), beskriver utbrenthet som sluttstadiet i en nedbrytende tilpassing, som et resultat av en langvarig ubalanse mellom krav og ressurser. Pines & Aronson (1988) hentet fra Roness og Matthiesen (2006), omtaler utbrenthet som en tilstand av fysisk emosjonell og mental utmattelse forårsaket av langvarig involvering i følelsesmessig krevende situasjoner. Utbrenthetsprosessen starter med en emosjonell utmattelse og det er hoveddimensjonen i utbrenthet (Roness & Matthiesen, 2006). Utbrenthet krever en langvarig periode med misforhold mellom de kravene man møter i forhold til ressursene man har til disposisjon. Emosjonell utmattelse følges så av kynisme, en fase hvor isolasjon og distanse fra andre mennesker vil være resultatet. Det kan gjelde både familie, venner og kollegaer (Roness & Matthiesen, 2006).

Ifølge Roness (1996) og Falkum (2003) er årsakssammenhengen til at mennesker utvikler utbrenthet multifaktoriell (Roness, 1996), (Falkum, 2003). Både arbeidssituasjon og den enkeltes personlighet er av betydning for årsakene. Med god kompetanse innen yrkesrollen, jo bedre synes man å være rustet mot utbrenthet. Videre er dårlig selvtillit en predisponerende faktor for utbrenthet. Individuer med lav selvfølelse som opplever negativ

kritikk, er derfor mer utsatt for utbrenthet (Roness, 1996), (Barth & Sundby, 2014).

Flere modeller til å forklare dynamikken i utbrenthet er utviklet. En generell modell for utbrenthet er presentert i manualen til det mest benyttede instrumentet til å måle utbrenthet, Maslach Burnout Inventory. I følge Matthiesen (Roness & Matthiesen, 2002), er MBI vanskelig å tolke og det er ikke gitt noe klart svar på hvilke skår som karakteriserer utbrenthet. Matthiesen utviklet derfor et spørreskjema kalt Bergen Burnout Indicator (BBI) (se vedlegg 1), hvor utbrenthet blir målt langs en skala og gir et mer entydig bilde om en person er utbrent eller i grenseland til å bli utbrent. (Roness & Matthiesen, 2002).

Symptomer på utbrenthet

Fire av de mest vanlige tegnene på utbrenthet er emosjonell eller følelsesmessig utmattelse, depersonalisering, selvopplevd redusert ytelse og en kynisk innstilling til arbeidet (Roness & Matthiesen, 2006). Utbrenthet gir symptomer som tretthet, tristhet, mangel på energi, søvnproblemer, irritabilitet, hodepine, muskelsmerter og en rekke andre plager (Roness & Matthiesen, 2002).

Ifølge Roness og Matthiesen har utbrente en rekke felles symptomer, men noen kjennetegn kan være forskjellige. Symptomene kan inndeles i:

- a) følelsesmessige eller affektive symptom (f.eks. angst, minsket emosjonell kontroll).
- b) tankemessige eller kognitive symptomer (dårlig selvbilde, skyldfølelse),
- c) fysiske symptom (hodepine, kvalme, rastløshet)
- d) atferdsmessige symptom (hyperaktivitet, økt inntak av kaffe, rusmidler)
- e) motivasjonsmessige symptom (skuffelse, kjedsomhet, tap av idealisme)

(Roness & Matthiesen, 2002). I tillegg til disse individuelle symptomene trekker Matthiesen også frem en rekke symptom på det interpersonlige nivået med eksempler som økt sinne mot andre, redusert empati med pasienter/klienter, mistenksomhet, grov stereotypisering av pasienter/klienter, sosial isolasjon med mer. På det organisatoriske plan sees misnøye med jobben, redusert effektivitet, sykefravær, lav arbeidsmoral med mer (Roness & Matthiesen, 2002).

Utvikling av utbrenthet.

Tidligere ble utbrenthet hovedsakelig relatert til arbeid med mennesker som f.eks. pasienter, klienter og elever. Nyere forskning derimot viser imidlertid at utbrenthet også er knyttet til det psykososiale arbeidsmiljøet generelt, og særlig til organiseringen av arbeidet (Dyrnes & Rokkedal, 2017). Roness og Matthiesen (2002) presiserer at utbrenthet er et syndrom som

utvikler seg over tid. Dersom den emosjonelle utmattelsen varer over tid, kommer depersonaliseringen. Man distanserer seg fra dem man skal gjøre noe for og etter hvert kommer også en nedsatt jobbytelse. Det blir en stressreaksjon som følge av belastninger over lang tid.

En vanlig årsak til utbrenthet, er for høy arbeidsbelastning over lang tid. Opplever arbeidstakeren i tillegg manglende kontroll over arbeidssituasjonen samt eventuelt også manglende anerkjennelse/belønning, vil sjansen for utbrenthet øke betydelig (Børresen, 2014).

Faktorer som disponerer for utbrenthet

Jobber med hardt arbeidspress, liten autonomi og mangel på støtte på jobben, er faktorer som disponerer for krise og utbrenthet (Roness & Matthiesen, 2002). Utbrenthet henger sammen med vanskelige jobbforhold, men i følge Roness og Matthiesen, må man heller ikke glemme den enkeltes personlighet som også en faktor med hensyn til disponering for utbrenthet (Roness & Matthiesen, 2002). Filosofen Epiktet hevdet at vi ikke plages av hendelsen i seg selv, men av måten vi betrakter den på (Berg & Karlsen, 2013).

Manger og Wormnes (2015) hevder at vi forstår våre opplevelser og bestemmer følelsestilstanden vi vil ha når vi tenker. Selvsuggesjoner påvirker tilstanden vår. Den gir motivasjon, mestring og selvtillit eller understreker håpløshet og stagnasjon (Manger & Wormnes, 2015). I følge Poulaine & Walter (1993) gjengitt i Roness og Matthiesen (2002), har også yngre lettere for å bli utbrente og at dette kan indikere at gifte og voksne med barn har lettere for at livet også dreier seg om noe annet enn jobben/arbeidet. Dette er viktige beskyttelsesfaktorer mot utbrenthet. Maslach og Leiter (2005) trekker frem seks områder som er vesentlige for utvikling av utbrenthet, disse er:

- 1) Arbeidsmengde-For stor arbeidsmengde i forhold til tid. Arbeidspresset overgår evnen til mestring.
- 2) Eget arbeid – Mangel på egen kontroll, få muligheter til å styre valg og avgjørelser.
- 3) Belønning-Manglende anerkjennelse for utført arbeid.
- 4) Sosialt fellesskap –Tap av sosial kontakt på arbeidsplass, langvarige konflikter.
- 5)Rettferdighet – Manglende respekt, urettferdighet i evalueringer og forfremmelser.
- 6)Verdier-Jobbkrav som strider mot personlig overbevisning (Leiter & Maslach, 2005).

Mor og Laliberte (1984) gjengitt i Roness og Matthiesen (2006), mener det er tegn til at de med høyere utdanning har større tendens til utbrenthet enn de med lavere utdanning. De mener dette skyldes at de har større forventninger og at det derfor blir en for stor

diskrepans mellom de mål de har satt seg og den virkeligheten de opplever. Eventuelt at de med høyere utdanning også får mer krevende jobber og derigjennom blir lettere utbrent. Maslach og Leiter (1997) påpeker at arbeidslivet har endret seg og at årsakene til utbrenthet må finnes i arbeidslivet. Det er stadig økende krav til effektivitet, stadig omstruktureringer og nedskjæringer og flere usikre arbeidsplasser. De hevder at økende grad av utbrenthet må sees som et symptom på mangler ved hvordan både organisasjoner og selve arbeidslivet er organisert. Maslach & Leiter (1997) påpekte at risikoen for utbrenthet er størst der arbeidets karakter er uforenelig med personkarakteren til den som utfører arbeidet (Kruge, 2005).

På 1980-tallet beskrev Edelwich og Brodsky utbrenthet som en progredierende prosess i fire faser: Fra entusiasme, stagnasjon via frustrasjon til apati.

I begynnelsen er arbeidstakeren preget av entusiasme i forhold til arbeidet. Han/hun jobber mye og føler å mye igjen for dette. Denne entusiasmen er ofte urealistisk og personer i denne stressfasen kan oppleves som en trussel av kollegene sine. I den andre fasen oppleves stagnasjon i forhold til jobben. Arbeidstakeren opplever tvil og usikkerhet uten å vite eksakt hva som er galt. De første isolasjonstendensene melder seg i stagnasjonsfasen. Den tredje fasen preges av frustrasjon. Har jeg valgt rett utdanning og yrke? Hvordan ser fremtiden ut? Maktesløshet og følelse av udugelighet har blitt sterkere. Personen trekker seg enda mer tilbake fra jobben, og taper ytterligere engasjement. Konsentrasjonsvansker, tretthet og hodepine er vanlig i denne fasen. I den fjerde fasen, den apatiske fasen, har personen mer eller mindre resignert i forhold til jobben. Selvtilliten er liten. Et psykisk eller fysisk sammenbrudd er ikke uvanlig med langvarig sykemelding som resultat. Helt utmattet og tappet for krefter – utbrent (Roness & Matthiesen, 2002). Utbrenthet fremstår etter denne modellen som en prosess og ikke bare som et endepunkt i en stress-syklus.

I følge Pines (Schaufeli, Maslach, & Marek, 1993), ligger noe av roten til utbrenthet i vårt behov for å tro at våre liv er meningsfulle. Vi ønsker å se på oss selv som viktige og nyttige. Mange ønsker å finne meningen med livet gjennom arbeidet. Når de da opplever å mislykkes kan resultatet være utbrenthet. Arbeidstakere i omsorgs og serviceyrker med høye mål og forventninger, er derfor utsatt for utbrenthet. Dette er årsaken til at utbrenthet rammer folk med høye mål og forventninger når de går inn i omsorgs-og service yrker (Schaufeli m.fl., 1993). Høyt motiverte mennesker blir mottakelige for utbrenthet ved at de mislykkes i å nå sine mål i et arbeid de har identifisert seg sterkt med og hvor de har søkt etter en følelse av eksistensiell betydning. At stadig flere opplever utbrenthet blir av noen sett på som et resultat av et sekularisert samfunnet. For de som har forkastet det religiøse alternativet, gir ikke

religionen lenger meningen med livet og en rettesnor for hvordan man burde leve. For mange ligger nå svaret på det eksistensielle problem i jobben (Kruge, 2005).

Maslac & Leiter (1997 i Roness & Mathiessen, 2002), tar til orde for at utbrenthet kan sees som et resultat av at jobben som i begynnelsen var interessant, meningsfull og utfordrende, blir utilfredsstillende og meningsløs. Den gradvise prosessen gir stadig større misstilpassing i viktige områder av jobben. Energi blir til utmattelse, engasjement til kynisme og selvpoplevd mestring til en følelse av ineffektivitet. På den bakgrunn angir Astrid Richardsen (Roness & Mathiessen, 2002) grad av jobbengasjement ved de samme faktorene. Høyt jobbengasjement karakteriseres da av lav utmattelse, lav kynisme og høy selvpoplevd effektivitet. Det vil derfor være interessant å se om tannleger opplever et stort jobbengasjement eller om de er preget av utmattelse.

Faktorer som disponerer tannleger spesielt for utbrenthet.

De tre dimensjonene som definerer utbrenthet synes å være svært relevante for tannleger. Lange arbeidsdager og høy konsentrasjon kan lett føre til utmattelse. Tannleger jobber tett på pasienter hvor man samtidig trenger å holde en profesjonell avstand. Utviklingen i faget skifter ofte og raskt, noe som kan være vanskelig å følge med på. Det er gjort studie blant fastleger der det er funnet at fastleger betegner 15% av sine pasienter som vanskelige (Hahn et al., 1996). Det er derfor grunn til på tro at tannleger som også behandler pasienter, vil kunne føle noe av det samme.

Lang (2007) påpeker at arbeidet er intrikat og tålmodighetskrevenende og utføres i et svært lite og avgrenset område som munnhulen representerer. Dette er både fysisk og mentalt krevende og noe som på sikt lett gjør tannlegen både fysisk og mentalt utbrent. Videre påpekes det at tannlegene ofte arbeider alene og ikke like lett får delt sitt arbeide, sine synspunkter og problemer med kolleger. En stadig søkende etter perfektjon og ytelse er i følge Lang (2007) en hovedfaktor til stress og frustrasjon. Videre er det et stort økonomisk press ved å være privatpraktiserende. Ofte skipper tannlegen lunsjen til fordel for en ekstra pasient, eller nødvendig kontorarbeid. Uten noe hvile i løpet av dagen, er resultatet ofte en utslitt og trøtt tannlege mot slutten av arbeidsdagen. En annen konsekvens er at det økonomiske presset gjør ofte at tannlegen føler at han/henne ikke kan ta ferie, eller være borte ved sykdom. De som ikke klarer å fri seg fra dette presset ender i følge Lang (2007) med stor sannsynlighet opp som utbrente. Videre nevner han at mye av behandlingen tannleger utfører hele tiden er et kompromiss. Under utdanningen lærer de den optimale behandlingen, men virkeligheten er en helt annen. På grunn av økonomi og andre forhold vil ikke pasientene

godta den ideelle behandlingen og tannlegen tvinges til å finne kompromiss i en mer ”fix and repair” stil hvor pasienten legger mye av premissene og som tvinger tannlegen bort fra den ideelle behandlingen. Tannlegen ender opp med å bære det følelsesmessige ansvaret for et mindre ideelt resultat, mens pasienten forsetter å uttrykke urealistiske forventninger (Lang, 2007). Mange pasienter er i tillegg engstelige for tannbehandling. Denne engstelsen gir økt stress for tannlegen, hvor det som resultat er påvist forhøyet hjertefrekvens og blodtrykk hos behandler. Videre påpeker han at tannleger jobber under et strekt tidspress, som er en kronisk kilde til stress (Lang, 2007).

Tidligere forskning

Det er funnet lite studier relatert til de skandinaviske landene med hensyn til stress relatert til tannlegeyrket. De fleste studiene stammer fra USA og England. Det er funnet en masteroppgave fra Universitet i Tromsø (Barth & Sundby, 2014). Det var et litteraturstudie basert på utenlandske resultater, da de ikke hadde funnet studier relatert til skandinaviske forhold. Det er derfor ikke funnet tidligere studier relatert til forhold blant norske tannleger. Det ble derfor ekstra viktig å se nærmere på hvordan temaet oppleves blant norske tannleger. Flere korrelasjonsstudier har vist at det en forbindelse mellom lav jobbtilfredshet og svekket helse (Lundberg & Cooper, 2010). Berge og Falkum (2014) viser til en metaanalyse av 485 studier med over 250 000 personer involvert. Den viste at lav jobbtilfredshet var knyttet til økt forekomst av utbrenthet, depresjon og angst, og i mer moderat grad også til somatiske sykdommer (Faragher, Cass, & Cooper, 2005).

Generelt vet vi at forhold som er forbundet med lavere jobbtilfredshet, også er forbundet med helserisiko. Manglende innflytelse på egen arbeidssituasjon, dårlig ledelse, urimelig høye arbeidskrav eller kjedelige og monotone arbeidsoppgaver er sentrale eksempler (Berge & Falkum, 2014). Ulike studier beskriver ulike stressfaktorer som tannleger opplever. Studie gjort av von Quast med 473 resipienter i 1996 legger vekt på jobbrelaterte faktorer som arbeidsmengde, uforutsette hendelser, vanskelige pasienter, konkurranse, konsentrasjon, profesjonskonflikter mm som stressfaktorer (von Quast, 1996).

Burke m.fl. (1997) påpeker helseproblemer som en viktig personrelatert faktor. De så at muskelskjelett lidelser og stressrelaterte lidelser var hovedårsaken til tidlig avslutning av tannlegeyrket (Burke, Main, & Freeman, 1997).

Waddington fremhevet bla. misfornøyde pasienter, antall pasienter og økonomiske forhold som stressfaktorer i sitt studie/intervju av 10 britiske tannleger (Waddington, 1997).

Wilson m.fl. fant blant sine 667 deltakere at tidspress, vanskelige pasienter og praksis administrasjon var de største stressfaktorene blant sine deltakere (Wilson m.fl., 1998). Også Myers og Myers (2004) fant vanskelige pasienter, konstant tidspress, forsinkelser og redde pasienter som spesielt stressfullt for tannleger (Myers & Myers, 2004).

Disse studiene relaterte seg til britiske tannleger. DiMatteo et al forespurte 108 amerikanske tannleger og fant at manglende kontakt med kolleger, lite tid for faglig utvikling og manglende respekt for faget fra pasientene som vesentlige stressfaktorer (DiMatteo, Shugars, & Hays, 1993). Te Brake m.fl. (2003) så på kjønnsvariasjoner i sitt studie. De fant høyere skår med hensyn til utbrenthet blant mannlige tannleger. Men påpeker samtidig at denne forskjellen ikke blir like tydelig om man samtidig tar hensyn til alder og antall timer i praksis (Te Brake m.fl., 2003).

Som nevnt tidligere var jeg i kontakt med Astrid M. Richardsen ved Handelshøyskolen BI. Hun er den forskeren som har vært nærmest å se på stress og utbrenthet blant norske tannleger. I 1997 samlet hun inn data fra 304 personer tilknyttet tannhelsetjenesten. Av disse var 167 tannleger. Hun fant at tannlegene var signifikant mer utmattet enn de øvrige. Resultatet har aldri vært publisert som artikkel, men brukt som bakgrunn ved en rekke forelesninger om temaet (Richardsen, 2015).

I et studie av Osborne & Croucher (1994), sammenlignet de tannleger mot den generelle befolkningen og personell fra medisin. De fant en høyere utmattelse hos tannleger. De fant også høyere grad av depersonalisering blant tannleger og også en lavere jobbrelatert selvfølelse sammenlignet med medisin (Osborne & Croucher, 1994).

Som privatpraktiserende tannlege har jeg selv følt stresset i en travel praksis og jeg har møtt kollegaer som har valgt å selge seg ut av egne praksiser for å få en roligere og mindre stressfull hverdag. Med den bakgrunnen vil jeg se nærmere på hvordan norske kollegaer i samme situasjon opplever hverdagen. Praksiseiere styrer mer sin egen hverdag, noe som skulle tale for at de er mindre utsatt for stress og faren for utbrenthet enn tannleger som ikke har den samme muligheten til å påvirke arbeidsforholdene. Men min opplevelse er at de ofte klager over stress og en altfor stor arbeidsbelastning ved å drive egen praksis. Jeg ønsker derfor å se nærmere på om tannleger med egen praksis i Norge opplever det samme som rapporteres i andre land. Om de opplever stress i hverdagen og om de er utsatte for å kunne bli utbrent. Hvordan opplever norske tannleger sin egen arbeidshverdag? Hvordan opplever de stress, hva opplever de gir økt belastning og er de i fare for å kunne bli utbrente?

Metode

Valg av metode

For å belyse hvordan norske tannleger opplever stress i egen privatpraksis, hva som eventuelt oppleves som belastende og om de er i fare for å bli utbrent, ble det valgt en kvalitativ tilnærming. Valg av metode ble gjort utfra ønsket om å få frem et beskrivende og utforskende design. Jeg ønsket å foreta intervju for å få en dypere forståelse og finne frem til informantens ståsted. Hensikten med studien var å forstå problemstillingen ut fra informantenes perspektiv. Det gjorde det mest hensiktsmessig med få informanter. Datainnsamlingen foregikk over en relativ kort tidsperiode våren 2017. Antall informanter ble derfor også en begrensning. Valget falt derfor på en kvalitativ tilnærming. Til hjelp for å avklare eventuelt grad av utbrenthet, bestemte jeg meg for å benytte Bergen Bournout Indeks (BBI) (Roness & Matthiesen, 2002), forut for samtalen (se vedlegg 1). Skjemaet ble kun brukt som et grunnlag for den videre samtalen. BBI er en kvantitativ måling av grad av utbrenthet. Skalaen angir at over 100 poeng = grenseland for å brenne ut. Over 125 poeng = indikerer utbrenthet mens 150 poeng eller mer = alvorlig utbrent. Respondentene svarte på skjemaet før samtalen startet. Selve scoringen gjorde jeg i etterkant, men dette ble ikke mye vektlagt. Tanken var først og fremst at spørsmålene ville danne en bakgrunn og sette et fokus for den videre samtalen. Samtidig ville det gi meg som intervjuer et raskere innblikk i hvordan de oppfatter sin egen belastning og eventuelt "hvor skoen tykker" mest. Dette kan gi inntrykk av metodetriangulering hvor det blir brukt to eller flere metoder for å belyse en problemstilling. Metodetriangulering brukes ved at f.eks.to forskjellige perspektiv kan kontrollere gyldigheten og påliteligheten til resultatene og konklusjonene (Sander, 2017). I denne oppgaven var ikke hensikten en slik triangulering, men BBI-skjemaet ble her brukt som et bakteppe for den videre samtalen.

Kvalitativ forskningsintervju

I starten vekslet jeg mellom å lese teori og finne frem til tidligere forskning som kunne være relevant for studiet. Jeg leste teori rundt selve temaet, men også teori rundt forskningsprosess og metode. Jeg definerte noen forskningsspørsmål jeg ønsket å finne svar på. Primært ønsket jeg å finne ut om informantene opplevde sin tannlegehverdag som stressende. Mitt hovedfokus var hvilke faktorer ved arbeidet informantene opplever som belastende og som gir grobunn for stress. Videre hvordan de opplevde eventuelt stresset og hvordan de håndterte dette. Jeg ønsket også å finne ut om de var utsatt for å kunne bli utbrent eller om noen av dem hadde tegn til å være utbrente. Jeg benyttet en del tid på å finne frem til en ønsket

intervjuform, støttet på teori og tidligere forskning. Intervjuet vil som form, kunne skape en nærhet mellom informant og forsker slik at jeg kunne fange opp nye synsvinkler og oppfatte stemninger i samtalen som kunne føre til nye oppdagelser. Jeg ønsket en viss form for struktur på intervjuet, men innså også at mine erfaringer som forsker er relativt begrensede. Det ble derfor valgt et semistrukturert intervju. Styrken til denne intervjuformen er at spørsmål kan følges opp med oppfølgende spørsmål avhengig av hva informanten forteller (Kvale & Brinkmann, 2015). Svakheterne til semistrukturert intervju er at relasjonen mellom forsker og informant blir avgjørende, samt at intervjueren kan påvirke informantens svar (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2016). Det kvalitative forskningsintervjuet vil skape et materiale basert på erfaring. Som en forberedelse til intervju utarbeidet jeg en intervjuguide hvor forskningsspørsmålene dannet en basis for temaene som ble omhandlet (se vedlegg 2). Jeg ønsket å holde en viss ramme rundt undersøkelsen, men samtidig åpne opp for fleksibilitet og dialog mellom informant og meg som intervjuer.

Intervjuguide

Intervjuguiden (se vedlegg 2) ble en ramme for samtalene, med noe friere oppfølgende spørsmål i forhold til hvordan samtalen løp. Det ble benyttet i størst mulig grad åpne spørsmål. Første del gikk ut på å få informantene til å fortelle fritt hvordan de opplever sin egen hverdag som tannlege i egen praksis. Kom de inn på forhold som berørte belastninger og stress, ble dette fulgt opp med; *Hvordan oppleves dette? Hva gjør dette med deg?* etc. Dersom informantene ikke selv kom innom temaet, fikk de spørsmål av typen; *Hva ved jobben gjør deg sliten? Hva stresser deg?* På slutten av intervjuet fikk de også fremlagt et bilde som viser en behandlingssituasjon mellom pasient og behandler (se vedlegg 3). Bildet dannet grunnlaget for en fri samtale rundt situasjonen og hvordan informantene oppfattet denne. Tanken med dette bildet var å sette en felles ramme for samtalen, ved at både informant og intervjuer så det samme. Bildet kunne også sette i gang assosiasjoner og tanker rundt behandlingssituasjonen.

Ulempen ved et semistrukturert intervju, er at informanten kan justere sine svar etter mine reaksjoner og svar. De kan tilpasse svarene til hva de oppfatter jeg som intervjuer ønsker å høre eller er på jakt etter. Videre kan jeg som intervjuer tro at svarene er ærlige og reelle erfaringer. Måten jeg stiller spørsmålene på og hvordan jeg reagerer på svarene vil kunne påvirke de svarene/fortellingene jeg får. Dette kan være en ulempe ved bruk av intervju, spesielt også sett i lys av at jeg ikke er en spesielt erfaren intervjuer. Dette samspillet mellom intervjuer og respondent er en grunn til å velge semistrukturert intervju. Men samtidig er

hovedhensikten å få frem informantenes opplevelser. Et semistrukturert intervju vil la det være opp til informanten hvordan samtalen flyter og hvilke temaer som blir vektlagt.

Pilotintervju

Jeg hadde fokus på at intervjuet og datamaterialet skulle gi meg et solid grunnlag for det videre analysearbeidet. Forut for de første intervjuene ble det foretatt et pilotintervju for å avdekke eventuelt dårlige spørsmål og gi meg erfaring i intervjusituasjonen. Det ga grunnlag for eventuelle endringer/justeringer før de endelige intervjuene. Pilotintervjuet ble gjort på en kollega jeg kjenner til fra tidligere og som jeg følte meg trygg på. På den måten kunne jeg være litt friere under selve intervjuet og tørre å teste ut ulike spørsmål og teknikker. I perioder følte jeg det ble stille, jeg har selv lett for å fylle inn i samtaler dersom jeg opplever de som stille/langsomme, det kom nok litt som et resultat av at jeg var noe usikker på hvordan jeg skulle gripe neste spørsmål an. Informanten beskrev derimot samtalen i etterkant som behagelig, hun hadde fått snakke ut og det hadde virket som jeg hørte nøye på hva hun sa og fulgte godt med. Hun hadde ikke følt seg avbrutt, men fikk snakke ut og komme med tilføyelser i de ”tomme rommene”. Etter prøveintervjuet gjorde jeg et refleksjonsnotat. Jeg tenkte dette var noe jeg bør ta med meg videre. Gi informanten ro, tid og oppmerksomhet. De ”tomme rommene” som jeg hadde følt på, hadde informanten bare følt som behagelige pauser, rom for ettertanke. Det gjorde at jeg endret strukturen på intervjuguiden. Jeg la vekt på åpne spørsmål og gjorde bevisst plass for stillhet og ”åpne rom” under intervjuet. Den endelige intervjuguiden ble utarbeidet, og det ble ikke foretatt ytterligere endringer av denne under resten av forskningsprosessen.

Jeg fant ut at selv om BBI først og fremst måler grad av utbrenthet, var det en god inngang for en samtale med informanten. Pilotintervjuet ga meg også den nyttige erfaring i å la informanten prate og ikke selv være så opphengt i å tenke på neste spørsmål, men heller konsentrere meg om hva informanten forteller. Det gjorde at jeg omdefinerte noen spørsmål og la ytterligere vekt på åpne spørsmål, være lyttende og gi rom for stillhet/ettertanke. I prøveintervjuet testet jeg også ut om det var noen ide å legge frem bildet og samtale litt rundt dette (se vedlegg 3). Informanten ga tilbakemelding på at bildet forenklet hennes oppfatning om at vi samtalte om det samme, ga en økt felles forståelse og noe konkret i samtalen. På bakgrunn av dette valgte jeg å ha med bildet i samtalen også med de øvrige informantene.

Informanter

Informanter til intervjuene ble rekruttert blant privatpraktiserende tannleger i Norge. Det ble gjort ved at jeg gjorde en henvendelse med informasjon om studiet på den lukkede Facebook gruppen "Oss tannleger i mellom". Det er tilknyttet ca 2500 tannleger til gruppen, det største felles samlingspunktet for norske tannleger i dag og kravet for å være medlem er norsk lisens som tannlege. Henvendelsen gikk til privatpraktiserende tannleger med egen praksis. Det meldte seg tannleger av begge kjønn. Av disse ble det plukket ut fire informanter til intervju, to kvinner og to menn. De var alle privatpraktiserende tannleger med 20-35 års erfaring fra bransjen og med en til flere ansatte tannleger. Dette er et relativt lavt antall, i følge Kvale & Brinkmann (2015) ligger antall intervjuer i vanlige intervjuundersøkelser på rundt 15 +/- 10. I et mastergradsstudie ansees 4 respondenter å være "innenfor". Det valgte antallet skyldes en kombinasjon av hvor mye tid og ressurser som var tilgjengelig og studiets omfang. I følge Kvale & Brinkmann (2015), kan det være en fordel med et mindre antall intervjuer og i stedet bruke mer tid på å forberede og analysere intervjuene. Ved kvalitative studier er det ofte en misforståelse å bruke en kvantitativ forutsetning –jo flere intervjuer, desto mer vitenskapelig (Kvale & Brinkmann, 2015). Det viktigste er at det blir en "mettet" struktur, det vil si at forskeren avslutter forskningen først når informantene ikke har mer å tilføye datamaterialet (Charmaz, 2006). Det ble hensyntatt geografi for å gjøre gjennomføringen enklest mulig, samt at det ikke skulle være noen uttalt forbindelse fra tidligere. Det siste var vesentlig for at samtalen ikke skulle bli styrt av tidligere preferanser eller kjennskap til hverandre. Etter at kontakt med de aktuelle informantene var opprettet ble det sendt ut et informasjonsskriv pr e-post som beskrev hensikten med intervjuet, tema, hvordan det ville bli gjennomført og om hvordan informasjonen ville bli håndtert i etterkant (se vedlegg 4). Denne henvendelsen ble sendt forut for avtale om intervju. Ingen av informantene hadde innvendinger mot å bli intervjuet og det ble deretter avtalt fortløpende møter med de enkelte.

Datainnsamling

De fire informantene ble intervjuet på ulike dager ved fysiske treff i perioden april-mai 2017. Et av intervjuene foregikk hjemme hos en av informantene etter ønske fra informanten selv, de øvrige foregikk på kafe i et stille og uforstyrret hjørne over en kopp kaffe. Vi satt ovenfor hverandre, ansikt til ansikt. Lyddopptakeren ble lagt på bordet. Jeg hadde intervjuguiden i fanget og skrev stikkord dersom behov. Det ble forsøkt å begrense antall notater, og heller konsentrere om selve samtalen. Lyddopptaker ble derfor brukt for å sikre at jeg klarte å skille de ulike svarene, samt å kunne være litt friere i selve intervjusituasjonen. Intervjuet startet

med at de fylte ut BBI-skjemaet. Når vi så i løpet av samtalen kom inn på temaer som stress/belastning, kikket vi sammen på skjemaet og samtalte rundt hva som var besvart og tankene rundt besvarelsen. Dette skjedde i ulik grad mellom informantene og etter hvordan det passet inn i samtalen forøvrig. Mot slutten av intervjuet samtalte vi fritt rundt hvordan de opplevde det vedlagte behandlingsbildet (se vedlegg 3). Intervjuene hadde en varighet på 40-60 minutter pr respondent. Intervjuene ble tatt opp på lydopptaker.

Forskerrollen

I denne forskningsstudien har jeg flere roller. I tillegg til forsker er jeg også selv privatpraktiserende tannlege med egen praksis. Det blir derfor viktig å ikke blande disse rollene. Som privatpraktiserende tannlege med egen praksis og ansatte, vil jeg selv kjenne forhold som avdekkes. Mine egne preferanser blir det derfor viktig å legge til siden og være bevisst på at dette skal være informantenes erfaringer uten påvirkning fra meg og mine erfaringer. Jeg var derfor bevisst på å legge tannlegerollen min til side under intervjuene og forsøke å tilnærme meg problemstilling uten å la egne erfaringer styre innholdet i samtalen. Dette er selvsagt utfordrende da det er vanskelig å legge en slik erfaring helt til side. Etter et langt liv som tannlege er dette på mange måter en del av meg og vil kunne prege min måte å tenke på. Dette tenkte jeg mye på forut for intervjuet og forsøkte å ha et svært bevisst forhold til under intervjuet. Noe av utfordring ligger i at det er svært lett å tenke og konkludere utfra egne erfaringer. Jeg vil kunne kjenne igjen situasjoner og tillegge informantene mine egne tanker, erfaringer og følelser, uten å sjekke om disse faktisk er sammenfallende. Det ble derfor viktig å være svært bevisst rundt dette og la informanten fortelle uten å tenke på egne erfaringer og opplevelser. Informanten vil også se på meg som en kollega og dette kan være med på å påvirke hva og hvordan informasjon blir gitt. På den ene siden vil informanten føle seg lettere forstått. På mange måter vil jeg lettere kunne oppfatte hva informantene beskriver og jeg vil ikke falle ut av samtalen eller misforstå på grunn av ukjente begreper. Det vil kunne være mindre behov for oppklarende spørsmål eller grunnlag for misforståelser. Det kan gi en løpende samtale uten for mange forstyrrende avbrytelser. Jeg kan stille relevante oppfølgings spørsmål. Derimot kan denne forståelsen også gjøre at jeg vil vektlegge deres svar på en annen måte enn en helt nøytral intervjuer vil gjøre. Det gjør at jeg, dersom jeg er ubevisst, kan overse forhold som ikke passer inn i mitt eget bilde og tolke feil hva informantene forsøker å formidle. Jeg vil også lett kunne jage etter å få bekreftet mine egne erfaringer og stille spørsmål på en måte som skal bekrefte hva jeg selv har erfart. Da vil ikke intervjuet ta en naturlig vei i forhold til hva som blir uttrykt, men heller følge mine forventninger.

Informantene vil kunne preges av at de samtaler med en kollega. De vil kunne føle forventning til hva de bør si, samt ønske å fremstå i et bedre lys overfor en kollega. Det er derfor helt avgjørende at jeg som intervjuer lar informantene fortelle med egne ord og være bevisst min egen rolle. At mine egne preferanser og erfaringer legges til side, og at jeg heller bruker min bakgrunn til å få etablert en naturlig og god samtale uten å blande rollene.

Etikk

Temaet som tas opp i dette studiet vil kunne føles personlig for enkelte. Samtalene kan fort komme inn på forhold som oppleves følelsesmessig for informanten. Det var derfor viktig å danne en trygg ramme slik at informantene kunne føle seg trygge og hensyntatt. Det var en forutsetning for at de skulle kunne åpne seg og uttale seg fritt. For å sikre informantene ble veilederen fra De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene benyttet (*Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi.*, 2016). Alle informantene fikk tilsendt et informasjonsskriv om studiet forut for intervjuet (se vedlegg 4). Det ble innhentet informert samtykke til å delta i studiet forut for oppstarten av intervjuet. De fikk også en grundig redegjørelse for hvordan materialet ville bli håndtert underveis i studiet og at alle lydfiler ville bli slettet etter transkribering. De fikk også informasjon om at de kunne trekke seg fra studiet uansett årsak uten at dette skulle oppleves negativt for informantene. Jeg var ved planleggingen av studiet opptatt av å sikre konfidensialitet. Tannlegebransjen i Norge er relativt liten, de fleste kjenner noen som kjenner, slik at det var viktig at informantene skulle føle seg trygge på at samtalen forble mellom intervjuer og informant. Opplysningene ble også håndtert slik at det ikke var mulig å identifisere hvem som har sagt hva. Informantene fikk heller ikke kjennskap til hvilke andre som var deltakere i studiet. Jeg var bevisst på at ingen informasjon skulle kunne spores til enkelt individ. Det blir brukt fiktive navn på intervjupersonene. Alder og praksissted blir ikke synliggjort. Dette for å sikre personvernet til deltakerne. Alle deltakerne bli informert om at de ville bli behandlet anonymt, og at alle opptak ville bli slettet ved studiets slutt. Selve intervjuet ble gjennomført på en for informanten komfortabel plass slik at de kunne føle seg trygge og kunne samtale fritt uten unødvendig stress fra omgivelsene. Selve transkriberingen ble foretatt nøyaktig og ordrett i forhold til intervjuene. Kvale & Brinkmann (2015) påpeker at forskeren av etiske hensyn også bør vurdere hvorvidt informantene også bør ha medbestemmelse i forhold til hvordan uttalelsene deres skal tolkes. I dette studiet fikk ikke informantene innsyn i analyseringen. Tolkningen av deres utsagn ble gjort av meg alene og kan sies å være en svakhet ved studiet, da jeg ikke har sjekket med informantene om min tolkning er korrekt i forhold til slik de

ønsket å uttrykke seg. Selve studiet og behandlingen av informasjonen var på forhånd søkt og gitt tillatelse fra Norsk senter for forskningsdata, NSD (se vedlegg 5).

Gyldighet

Med gyldighet ser man på hvorvidt studiet synliggjør det som skulle studeres sett i lys av studiets mål. Blir spørsmålene som stilles besvart ved hjelp av metoden og er analysen gjort på en gyldig måte? En kan også settes spørsmål ved om studiets spørsmål synliggjør det de er ment å skulle. Kan forskerens for forståelse av temaet farge behandlingen av temaet, analysen på et slikt sett at det kan påvirke validiteten av studiet på et negativt sett.

Det ble valgt å gjøre intervjuer som grunnlag til studiet. Årsaken til at denne metoden ble valgt, var for å få en dypere forståelse på hvordan tannleger opplever stress i sin hverdag og hva som gjør at de eventuelt opplever mer eller mindre stress. En spørreundersøkelse kunne ha gitt svar på mer systematiserte spørsmål og bidratt til kvantitet, gitt en større mengde data som grunnlag for statistikk. Å fremskaffe en større mengde data eller utarbeide generaliserbar statistikk var ikke mitt mål for oppgaven. Jeg ønsket en mer dypgående kunnskap gjennom samtale slik at jeg kunne fange opp andre forhold enn de som et spørreskjema ville begrenses til.

Intervjuene ble styrt av en intervjuguide. De var semistrukturerte da det var ønskelig å ha åpning for nye veier/utfall og ikke være låst til et fast mønster med faste spørsmål. Det var viktig at det var rom for oppfølgingsspørsmål slik at en kunne samle opp så mye materiale som mulig og derigjennom kunne berike studiet med nye innfallsvinkler, ideer, årsaker og forklaringer. Det ble da mer dynamikk ved intervjuet og en avslappet tone mellom intervjuer og respondent. På den måten håpet jeg på å oppnå mer oppriktige og engasjerte svar fra respondenten.

Et annet viktig aspekt er den teoretiske gyldighet. Den sier noe om hvordan teorien som benyttes forklarer sentrale forhold i studien. Jeg har lest liknende utenlandske studier og funnet at deler av den mest sentrale teorien også gjenfinnes i disse. Den teoretiske gyldigheten bør derfor være ivaretatt ved at de benyttede teoriene også kan gjenfinnes i tilsvarende studier.

Spørsmålene som stilles i intervjuet klarer å fange opp de teoretiske begrepene som er benyttet. Studiet fanger opp stress og utbrenthet slik det er forstått i teorien. Ved at studiet også benytter BBI for undersøkelse om informantene er utbrente, får studiet en økt styrke. Det blir en hjelp og en kontroll på om vi er overensstemmelse. Om funnene fremkommet av

intervjuene er i tråd med resultatet fra BBI-skjemaet. Dette gir derav en triangulering av studiet, selv om det ikke var den opprinnelige hensikten med å bruke BBI-skjemaet.

Generaliserbarhet henspiller på studiets mulighet til å kunne generalisere det studerte fenomenet på en større populasjon (Ahrne & Svensson, 2015). Et godt eksempel på at studiet har god generaliserbarhet er om det går å replikere med et likeverdig resultat. Ved at respondentene var fordelt med hensyn til kjønn, alder og yrkessted ansees at respondentenes opplevelser kan generaliseres i en større utstrekning. Det er allikevel ikke grunnlag for å si at deres uttalelser er generaliserbare for praksiseiere i hele landet, til det vil det kunne være større lokale forskjeller enn det studiet klarte å avdekke, samt at det da ville være nødvendig med et større utvalg. Styrken i utvalget gjelder spredning i aldre, kjønn, område det praktiseres i og antall år i bransjen. Disse faktorene er ikke synliggjort i studiet da det norske tannlegemiljøet er relativt lite og da fort kunne ha satt respondentenes konfidensialitet i fare. Det er heller ikke ansett at å ikke synliggjøre dette skulle påvirke studiets resultat. En svakhet med utvalget kan være at de meldte seg etter å ha sett hva studiet skulle omhandle. Det kan da tenkes at informantene allerede hadde en erfaring eller tanker rundt temaet og at studiet derav fikk en overvekt av tannleger som allerede hadde kjent på problemstillingen. I den kvalitative forskningens natur ligger det at det er vanskelig å generalisere. Funnene i dette studiet bør likevel kunne gi verdifull innsikt som kan danne grunnlag i annen forskning. Det kan derfor sies at studiet har en overførbarhet ved at funnene også bør være gjeldene utover seg selv.

Pålitelighet

Pålitelighet handler om hvorvidt studiet er gjennomført på en pålitelig måte. Leseren bør gis en åpen og detaljert fremstilling av fremgangsmåten under hele forskningsprosessen (Johannessen m.fl., 2016). Her er det vesentlig å være transparent og detaljert i beskrivelsen av hvordan studiet har vært gjennomført. Gjennom hele studiet har jeg forsøkt å være så transparent som mulig og hatt som mål å forklare tydelig og på en så enkel måte som mulig hvordan jeg har gått frem fra start til slutt (Ahrne & Svensson, 2015). Jeg har lagt vekt på at leseren skal kunne følge alle mine steg og valg i prosessen og på den måten gi en god pålitelighet i studiet. Invitasjonen til å delta i studiet ble gitt 15. januar 2017. Første intervju ble gjort 14. April, mens siste ble gjennomført 5. mai samme år. Selve intervjuperioden foregikk derfor over en relativt komprimert periode. I et kvalitativt studie finnes det flere ulike sannheter og kunnskaper innen et fenomen, da det handler om ulike personers opplevelser. Derfor vil et replikerende studie sannsynligvis ikke få eksakt samme resultat (Kvale & Brinkmann, 2015).

Under metode beskrives hvordan hele utvelgelsesprosessen har foregått. Hvilken informasjon respondentene har fått i forbindelse med studiet. Videre er det beskrevet hvordan materialet er samlet inn og bearbeidet. Påliteligheten er også forsøkt styrket ved at både positive og negative aspekter som er oppdaget er forsøkt belyst på et åpent sett. Gjennom å diskutere studiets svakheter og påse en transparens, styrkes påliteligheten til studiet.

Intervjuspørsmålene er testet gjennom et prøveintervju og er deretter blitt justert for å sikre at studiets mål blir besvart. Informantene fikk ikke lese gjennom sine uttalelser i etterkant, member-check. Derimot ble det i intervjuet aktivt brukt parafrasering og oppsummering for å klargjøre hva som ble sagt. Det er en svakhet at deltagerne ikke fikk verifisert og kvalitetssikret resultatene, men det er også hevdet at en slik verifisering vil kunne være en svekkelse av påliteligheten da analysen vil bli holdt uhensiktsmessig tett til dataene (Morse, Barrett, Mayan, Olson, & Spiers, 2002). Jeg vil hevde at studiets resultat viser at de forskningsspørsmål som ble benyttet målte det de skulle måle. Det kan derfor hevdes at valg av metode var gunstig.

Analyse

Braun & Clarke (2006) beskriver en egnet analysemetode, tematisk analyse, som de mener er godt egnet innen kvalitativ forskning. Jeg tok utgangspunkt i denne med hensyn til analysen. De presiserer at det er viktig å underbygge hva som er gjort og hvorfor. Leseren må kunne forstå hvordan analysen ble gjort slik at han/hun kan reflektere og evaluere forskningen. Tematisk analyse følger seks trinn: 1. Transkribering, 2. Koding, 3. Identifisere temaene, 4. Evaluere de identifiserte temaene, 5. Definere og navngi de identifiserbare temaene, 6. Produsere det skriftlige materiale (Braun & Clarke, 2006).

Opptakene av intervjuene ble transkribert ved hjelp av programmet HyperTRANSCRIBE. Dette programmet er til hjelp under selve transkriberingen. Etter at alle intervjuene var ferdig transkribert ble de overført til programmet HyperRESEARCH. Dette er et program for å hjelpe til med å kode teksten tatt frem fra programmet HyperTRANSCRIBE. Begge programmene er utgitt av Researchware, Inc. Og ble lastet den fra deres nettside (<http://www.researchware.com>). De har laget databaserte verktøy for bearbeiding av tekst siden 1991. Versjonene som ble brukt var utgitt 18. mai 2017. Programmene benyttes av universitet og høyskoler i flere land, og jeg oppdaget det etter et tips fra en masterstudent ved OsloMet-storbyuniversitetet, hvor dette programmet var anbefalt og gjort tilgjengelig for masterstudenter. HyperTRANSCRIBE er en teksteditor som knyttes opp mot lydfilen. Når man hører lydfilen kan man pause denne for å utføre transkriberingen Programmet omformer

ikke lydfilen til tekst, det er kun en editor, slik at skrivingen må gjøres manuelt. Man kan gå frem eller tilbake med enkle tastetrykk. Samtidig blir det satt av markør i den transkriberte teksten, slik at man kan lytte til lydfilen som omhandler bare denne delen av teksten. Programmet gjorde det mulig å transkribere svært nøyaktig. Den transkriberte teksten ble direkte knyttet opp mot samme posisjon i lydfilen. På den måten kunne jeg etter transkriberingen gå direkte inn å høre informanten si de samme ordene som jeg hadde transkribert. Programmet gjorde det mulig å hoppe fritt i det transkriberte materialet og samtidig få rett lydspor der man ønsket å høre på nytt, ved f.eks. usikkerhet om hva som var blitt sagt. Eksempel på transkribert tekst kan sees i vedlegg 6. Den transkriberte teksten gjorde det mulig å gjennomføre analyser av det innsamlede materialet. Kvale & Brinkmann (2015) beskriver transkripsjonen som en svekkende gjengivelse av direkte samtaler. De påpeker at overgangen fra muntlig diskurs til skriftlig diskurs taper det muntlige og sosiale samspillet. Kroppsspråk, toneleie, intonasjon og spesielt ironi går tapt. Transkripsjonen mister disse forholdene, men ved å kunne lytte på lydfilen underveis, ble en noen av disse forholdene bevart i vurderingen av hva som ble sagt og hvordan det ble sagt. Programmet HyperRESEARCH hjelper til å holde orden på kodingen etterhvert som denne blir lagt til teksten. Teksten ble kodet utfra hvilke temaer som ble berørt og emner som kom opp. Ved at kodingen ble gjort av den som både intervjuet og transkriberte, ble det lettere å fange opp riktig koding i forhold til hvordan det var sagt, med hensyn til kroppsspråk og f.eks. bruk av ironi. I begynnelsen kodet jeg med stikkord som omhandlet innholdet i teksten. Dersom jeg fant koder som var brukt tidligere og de dekket innholdet i teksten, ble disse kodene gjenbrukt. Dersom det var behov for nye koder til å beskrive innholdet, ble disse opprettet som nye koder. For å synliggjøre hvordan jeg gikk frem tar jeg et eksempel. En informant sa: ” *Pasientene er sure og tverre. De er skeptiske til de anbefalingene de får*”. Dette ble kodet med ” Krevende pasienter”. Da en annen informant beskrev: ” *Jeg gruer meg hele dagen når en av de vanskelige pasientene står i timeboken*”, ble dette utsagnet også kodet med ” Krevende pasienter”. Slik gikk jeg gjennom den transkriberte teksten til alle informantene. Til slutt stod jeg igjen med en kodeliste som jeg gikk grundigere inn i. Jeg hadde for eksempel en kode som var kalt ” Låst til jobben/yrket” basert fra hva informant hadde fortalt. Samtidig hadde jeg koden ” Manglende frihet”. Jeg gikk da tilbake i den transkriberte teksten og søkte opp hvor disse kodene var brukt og sjekket om de kunne beskrives med en kode. Slik ble de to utsagnene da samlet under koden ” Manglende frihet”. Slik fortsatte jeg gjennom kodingen og teksten inntil jeg følte at den ikke kunne sammenfattes mer, men at de gjenværende kodene måtte stå som egne begrep. Jeg kunne nå navngi og identifisere de mest aktuelle temaene. Det

gjorde jeg ved å se nærmere på de temaene informantene omtalte mest og som var representert hos alle informantene. På den måten sikret jeg temaer som gjaldt alle informantene i denne gruppen og som alle informantene var opptatt av. Eksempel på koding sees i vedlegg 7.

For at jeg skulle kunne se etter likheter ble det avgjørende å få systematisert alle utsagnene og finne likheter som beskrevet over. På bakgrunn av dette utarbeidet jeg fire ulike tema som jeg brukte som hovedgrupper til å beskrive hvordan de opplever sin hverdag som praksiseier og tannlege. Kvale & Brinkmann (2015) betegner induksjon som den mest benyttete analyseformen i kvalitativ forskning. De beskriver analytisk induksjon som systematisk undersøkelse av likheter innen og mellom tilfeller for å utvikle begreper, ideer og teorier. Ved en induktiv fremgangsmåte går man fra empiri til teori. Man starter undersøkelsen uten noe teoretisk utgangspunkt (Johannessen m.fl., 2016). En deduktiv fremgangsmåte vil være å bevege seg fra teori til empiri, hvor generelle påstander testes ved empiriske data (Johannessen m.fl., 2016). Jeg har samlet og systematisert data, men også på forhånd sett på gjeldene teorier. Kategoriene har dermed ikke oppstått helt av seg selv. Det har vært stilt spørsmål om stress og utbrenthet og dermed er ikke funnene helt uventet. Oppgave har derfor elementer fra både induktiv og deduktiv metode. Thagaard (2009) beskriver en slik veksling mellom etablert teori og egen empiri som en abduktiv tilnærming (Thagaard, 2009).

Risjord (2014) skriver at forskere kan skape en bestemt forståelse ved å sette sammen hendelser og detaljer som opprinnelig ikke sameksisterer. Bak legitimiteten av å skjule informantens anonymitet kan forskeren sette sammen sitater fra ulike personer eller ta et sitat fra sin opprinnelige kontekst. På denne måten konstruerer fortolkeren teksten som skal fortolkes uten å si så mye om hvordan han/hun har gått frem. Samtidig kan intervjupersonen komme forberedt til intervjuet og konstruerer seg selv i tråd med forventningene han/hun har til intervjuet (Risjord, 2014). Farene Risjord beskriver har jeg forsøkt å være bevisst på. Ved dannelsen av hovedtemaene er sitatene som brukes gjengitt korrekt i forhold til den enkelte informant. De er ikke satt sammen av ulike elementer eller konstruert. Jeg har også vært tro mot konteksten de er sagt i. At informanten på en eller annen måte er forberedt til intervjuet tenker jeg er naturlig. Like viktig er det å være bevisst over at det ikke eksisterer noen intervjusituasjon som ikke blir påvirket av omstendighetene (Risjord, 2014). Intervjueren/forskeren vil alltid virke inn på informanten. Oppsummert er det derfor viktig at jeg som intervjuer ser på meg selv som en del av intervjuet. Det ferdige produktet vil være skapt i fellesskap mellom intervjuer og informant. Derfor vil resultatet og det skriftlige

materialet være et produkt av dette. Jeg har etterstrebet å bringe frem et resultat som i størst mulig grad også ville ha vært gyldig med en annen intervjuer. Samtidig er jeg klar på at vektleggingen kunne ha blitt en annen. Etter analysedelen sitter jeg igjen med to hovedkategorier Stress og Belastning.

Empiri

Gjennom dataanalysen ble framkom to kategorier; stress og belastning. Belastning består av seks underkategorier som fremkommer belastende; administrasjon, stort ansvar, jobb som suger energi, økonomi, krevende pasienter og tidspress. Jeg tar for meg de to hovedfunnene med tilhørende underkategorier:

Belastning

Som det fremkommer av analysen, opplever informantene flere sider ved arbeidet som belastende. Dette er med på å ta fra dem arbeidsgleden i perioder og er tyngende. Begrepet rommer de temaene som av informantene fremkom som belastende i deres daglige virke som tannleger i egne private praksiser.

Administrasjon

For eksempel sier Robert:

”Før var vi tannleger, la fyllinger og gjorde annet tannlegearbeid. Vi koste oss. Nå har det blitt altfor mye administrasjon.”

Respondentene opplever at det stadig stilles nye krav og pålegg som skal etterkommes. Disse påleggene ansees som belastende i en ellers travel hverdag og kommer i tillegg til arbeidet som tannlege. Helge uttrykker det på følgende måte:

”At dette bakenfor som ligger og venter på meg klokken fem på ettermiddagen.”

Administrasjonen føles som et tillegg som må gjøres etter arbeidstid og på kvelden. De er da ofte slitne og har lite overskudd. Mange av respondentene føler at kravene og påleggene er altfor omfattende til å kunne håndteres tilfredsstillende i en liten bedrift som en tannlegepraksis normalt er. De tenker da på internkontrollrutiner, krav om dokumentasjon, oppfølging av ansatte, Helfo refusjoner, uttalelser og ikke minst alle krav i forhold til lønns og regnskapsføring. Helge uttrykker:

”Regnskapsfører ringer og forventer svar og oppfølging umiddelbart. Jeg sitter nedlesset i arbeidet med pasienter og har ikke mulighet til å finne ut av dette før senere. Det henger over meg, sammen med alle de andre forespørselene og

oppfølgingene jeg alltid har å gjøre....”

Respondentene opplever alle tannlegearbeidet som meningsfylt og givende. Men forhold utenom dette oppfattes som belastende. Spesielt trekkes administrasjon frem som en belastning. Dataprogrammer som ikke fungerer, som skal oppgraderes, nettleie, betalingsterminaler, avtaler, følge opp leverandører, regnskapsførere etc. oppleves belastende. Guro opplever:

”Kombinasjonen å være produsent og administrator kan stjele mye tid”

En av respondentene forteller at det var viktig relativt tidlig å overlate til andre å ta den administrative delen av jobben. Hvis ikke ville ikke vedkommende ha kunnet fungert som tannlege. Respondentene beskriver:

”Før var tannlegeyrket et fritt yrke, men det oppleves ikke som mye fritt lenger. Stadig nye krav tres ned over ryggen på oss og friheten føles langt borte.”

Robert

”Det har blitt mange feil og noen kostbare lærepenge. Vi vet jo så lite om selve praksisdriften i utgangspunktet. Det ble å kjøpe seg kunnskap, kostnader som svir og som ikke alltid står i forhold til hva som blir levert.” Guro

Respondentene etterlyser mer initial kunnskap om praksisdrift. De etterlyser støtte, kurs og kunnskap rundt dette både i grunnutdanningen og fra foreningen sentralt i form av kurs og etterutdanning. Guro utdyper:

”Har derfor lent meg til kolleger som igjen har lent seg til meg. Som bransje blir vi vel litt uproffe på dette feltet.”

Felles for respondentene er at de hadde ønsket mer trygghet og vært mer forberedt på hva det vil si å drifte egen praksis.

Stort ansvar

De trives alle meget godt med jobben som tannlege og utfordringene det gir. Ingen av respondentene har angret på yrkesvalget sitt. Derimot opplever de fleste at ansvaret ved å drive er stort. De føler det som belastende å ha ansvar på ansatte, at alle har nok å gjøre, at lover og regler blir fulgt og at praksisen drives etter de lover og regler som gjelder. Dette

ansvaret føler de ofte mer på etterhvert som de driver. I starten er det ofte stas og utfordrende å drive egen praksis, men etterhvert blir ansvaret ofte mer og mer tyngende. De opplever at mer og mer henger på deres skuldre. Skulle de bli syke eller svikte vil det for de fleste gi store konsekvenser både for bedriften og deres personlige økonomi. De føler seg litt ensomme og utsatte dersom noe skulle skje i forhold til egen arbeidsevne. Alt henger og faller på dem personlig. Blir de borte fra jobb, stopper ofte inntektene opp og det føles kritisk med store faste løpende kostnader. Ellen beskriver:

” Skuffelser kommer etterhvert, ansvaret gnager, ansatte, arbeidsbyrden og administrasjonen krever stadig mer energi og gir usikkerhet. Jeg føler et press.”

Flere av respondentene forteller om administrasjon som føles kvelende. De føler seg forpliktet til å benytte arbeidstiden på tannlegearbeid for å være lønnsomme og derav blir administrasjonen overført til fritiden. Denne føles belastende å skulle gjøre etter arbeidstid. De føler også at administrasjonen blir stadig mer omfattende og tidkrevende. Robert uttrykker:

”Det tærer på ekteskapet, jeg er mye på kontoret på ettermiddag/kveldstid.”

Guro opplever arbeidet også som tyngende:

”Med flere ansatte tannleger er det ofte forventninger om å tilrettelegge og ordne opp i vanskeligheter fortløpende. Det kan bli vel slitsomt i perioder og føles tyngende.”

En av respondentene valgte å selge sin klinikk da fokuset og gleden ved å være tannlege druknet i ansvaret for en bedrift og de ansatte. For å redde gleden ved å være tannlege, valgte respondenten å kvitte seg med ansvaret før det var for sent og gleden ved yrket hadde blitt ødelagt. Robert forteller:

”Jeg har valgt å selge min klinikk for å slippe det ansvaret jeg som arbeidsgiver og praksiseier føler.”

Å selge sin egen praksis opplevde Robert som et nederlag og en skam. Han ser i ettertid at det var riktig for han og hans situasjon, men føler samtidig på en sorg over å ha gitt opp

drømmen.

Jobben suger energi.

Respondentene forteller som dager som tapper dem for energi og overskudd. Arbeidsdagene er ofte lange og intense og de opplever å være både psykisk og fysisk slitne etter endt arbeidsdag. De føler de gir mye av seg selv for å opprettholde fornøyde kunder. I tillegg krever arbeidet stor konsentrasjon og tilstedeværelse hele tiden. På den måten oppleves det som et krevende yrke. Guro beskriver:

”Selv om jeg har en dårlig dag, kan jeg ikke ta 5 min ekstra, ta en kaffe, titte ut av vinduet eller lese litt i avisen”.

Helge forteller:

”Jeg kommer hjem trett og sliten og er ikke i annet humør enn til å se på TV og legge meg.”

Respondentene forteller om dager hvor de er helt tomme for energi og trenger å være i fred for å hente seg inn. De føler seg tappet og har lite overskudd til andre gjøremål. De fleste beskriver dette å gjelde i perioder med mye press og belastning på jobben. De beskriver alle gode teknikker til å komme seg ut av situasjonen. De er alle flinke til å mosjonere/trene, komme seg ut i frisk luft og sette fokus på hva de liker ved jobben og ta tak i de delene av jobben som motiverer dem. De forteller at kurs/videreutdanning ofte virker svært motiverende og er med på å gi ny drive i hverdagen som tannlege. Respondentene forteller at det er vanskelig å dele disse tankene med ektefelle og andre kollegaer og på spørsmål om hvordan de syntes det var å samtale om temaet gir de inntrykk av at det var befriende å kunne dele tanker og frustrasjon med noen som lyttet. Helge ga denne tilbakemeldingen:

”Det er jo ting du har holdt her inne. Jeg kan jo ikke snakke med kona om dette i tre minutter, da mister hun jo oppmerksomheten, det ser jeg jo.”

Også kolleger føler de det kan være vanskelig å luften disse forholdene for. Robert forklarer:

”Det hender man klager litt til kollegaer, men det blir overfladisk, man vil jo holde maska og ikke gi inntrykk av at en evt. skulle mistrives eller ikke takler jobben.”

Også Guro opplevde samtalen som befriende:

”Sjelden en får prate helt fritt og avslappet som nå. Det er faktisk litt godt”.

Stort økonomisk ansvar

Ellen beskriver:

”Det er snart mer regninger enn inntekter, leverandørene blir bare dyrere og dyrere og det blir stadig nye kostnadskrevende påbud. Det er en grense for hvor mye vi kan belaste pasientene, så det blir å jobbe enda hardere.”

Respondentene føler at økonomi er belastende, de føler stadig økte kostnader og mindre marginer. De føler på ansvaret for at bedriften skal være lønnsom og gi sikre arbeidsplasser for de ansatte. Samtidig forteller de at det ofte er vanskelig å snakke om dette, da de opplever at tannleger oppfattes å tjene godt og burde ha lite å klage over. Derimot mener de at skal man tjene godt som tannlege, så må man også jobbe svært mye og intenst og ta økonomisk risiko. De føler det ofte som et press for å få lønnsom økonomi og må jobbe mye og intenst for å sikre økonomien. Robert utdyper:

”Pasienter stusser når jeg forteller hvordan tannleger egentlig har det. De er oppvokst med å tro at tannleger er krøsuser, det var nok mer tilfelle i tidligere tider, men henger fortsatt igjen blant mange.”

Flere av respondentene etterlyser mer kunnskap innen bedriftsøkonomi og det å drive egen praksis. Som utdannede tannleger følte de seg sikre i faget som tannlege, men ganske blottet for kunnskap i det å drive egen virksomhet. Utdannelsen hadde lite fokus på den siden av yrket. Ikke alle tannleger velger å drive egen virksomhet, men det er en stor andel som er drivere av egen praksis og slik har det vært i årtier. Derfor etterlyser de mer kunnskap og undervisning innen også den delen av hverdagen som tannlege. Guro beskriver:

”Vi kom ut og kunne alt om rotfyllinger, karies, kroner, broer etc, men noen kunnskap om å drive egen virksomhet, være arbeidsgiver og vite litt om realitetene som møtte oss, var fraværende”

Flere av respondentene etterlyser mer faglig påfyll i forhold til drift av praksis. Prøv og feil metoden har for mange blitt løsningen, det har kostet dyrt for flere av dem, både med hensyn

til tid og penger. De føler en usikkerhet med tanke på stadig nye utfordringer og stadig nye aktører som snuser på bransjen og som er mer skolerte og dyktige innen økonomi og drift enn de selv føler seg. De føler at det hjelper ikke å være verdens beste tannlege om du setter det hele på økonomisk styr. Mange påpeker at god økonomisk kunnskap er minst like viktig for å lykkes som de rent tannlegemessige ferdighetene, spesielt nå i tider som de opplever som mer økonomisk utfordrende enn tidligere i form av økt konkurranse og endrede driftsvilkår. Helge forklarer:

”I starten var jeg kjempestresset på økonomien. Var det for store luker i boken bekymret jeg meg og var urolig. Var vi i en periode med mange avbestillinger av timer, kunne jeg ligge våken om natten og være urolig for fremtiden.”

Respondentene forteller om mer avslappet holdning til økonomien etterhvert som erfaringen øker. De har lært seg at økonomien kan svinge fra måned til måned, men at det på sikt drives med margin selv om enkelte måneder kan være lite lønnsomme. Allikevel forteller de at de lett blir urolige igjen dersom de er inne i nedadgående faser. De bekymrer seg raskt for at dette skal bli vedvarende, men glemmer det fort når alt er på skinner igjen. Med årene bekymrer de seg mer rundt egen helse og hvordan det vil påvirke praksisen om de skulle bli langtids syke. Spesielt gjelder det respondentene som driver mindre praksiser hvor mye henger på den enkelte. Økonomien vil brått endre seg ved langtids sykdom. Vil de klare å beholde praksisen, ansatte, lokaler etc. Her føler de en økonomisk bekymring.

Krevende pasienter
Ellen beskriver:

”Noen pasienter er veldig, veldig krevende og forlanger service utover hva de kan forvente å ha krav på. De er bare rett og slett krevende å omgås.”

Flere av respondentene rapportere at de føler seg presset og slitne av enkelte pasienter. De føler seg misforstått av pasientene og at pasientene har liten forståelse for de utfordringene de står ovenfor i hverdagen som tannlege. Det kan være vanskelig å kommunisere og forklare pasientene hvorfor forhold er som de er og hvorfor ikke alle behandlinger er 100% vellykkede. De føler de blir pålagt ansvar for forhold de som tannlege ikke kan ta ansvar for og at pasienter ofte har en forventning om at dersom noe ikke blir vellykket, så er det tannlegen sitt ansvar og feil. Det oppleves som belastende og urettferdig. De opplever forventningene

fra pasientene som store samtidig som toleransen er liten. Robert utdyper:

”Mange pasienter skal ikke vente mer enn fem til ti minutter før de begynner å knurre, det synes jeg er veldig rart.”

Respondentene oppfatter ofte tålmodigheten fra pasientene som liten. De føler at det rammer litt urettferdig. De jobber med mennesker og kan ikke la alt bli styrt av klokken. Ofte opplever de at pasienter som har klaget over å ha måttet vente er de første til å trekke tiden ut pga egne spørsmål og forventninger. Derfor opplever de det som vanskelig å skulle gjøre alle til lags og føler det litt urettferdig å bli kritisert når de bare forsøker å gjøre alt så godt de kan for alle. De opplever det som nedbrytende å forholde seg til misfornøyde og tverre pasienter og forstår ikke alltid hvorfor pasienter skal ha behov for å vise sin misnøye og surhet og ikke kan beregne noe mer slingring, slik de oppfatter at pasienter gjør hos f.eks. legen. Slik beskriver Helge det:

”Enkelte tillater seg å være så utrolig frekke og mye mer frekk enn det jeg noen gang kunne tenke meg å være mot et medmenneske.”

Respondentene opplever samlet at enkelte pasienter kan være en stor belastning. Det tærer på humøret med vanskelige pasienter som aldri blir tilfredse. Men de har valgt å oppfordre slike pasienter til å finne seg en annen tannlege, slik at de selv ikke blir helt utslitte av dem. De opplever i det store og hele pasientbehandling og omgang med medmennesker som svært givende og et gode med jobben. Men er samstemte i at vanskelige, krevende pasienter er i stand til å ødelegge trivselen radikalt. Følgende sitater fra intervjuene uttrykker dette godt:

”80% av pasientene går jeg veldig godt overens med, de resterende 20% har jeg lært meg å bare gi beng i...” Helge

”Hadde alle pasientene bare vært samarbeidsvillige og greie, så hadde det vært en ypperlig jobb.” Robert

”Jeg trives å arbeide med mennesker, men noen kan være svært krevende og gjøre jobben vanskelig og unødvendig utfordrende.” Ellen

Respondentene viser en evne til å distansere seg fra vanskelige pasienter, men beskriver alle at det går personlig inn på dem og ødelegger mye av arbeidsgleden, gleden ved yrket når de

blir utsatt for dem. Ellen beskriver:

”Jeg gruer meg, er urolig og bare gleder med til den timeavtalen er unnagjort.”

Respondentene forteller at enkelte pasienter er såpass slitsomme å behandle at de gruer seg til vedkommende skal komme. Timene før den aktuelle avtalen er preget av uro, de blir påvirket ved at de gruer seg for hva som skal komme.

I følge Haakanen et al (2005) vil positiv pasientkontakt oppveie en høy kvantitativ arbeidsmengde (Hakanen, Bakker, & Demerouti, 2005). Det ble en del samtale rundt temaet da vi sammen så på behandlingsbildet (se vedlegg 3). Felles for respondentene var at de alle følte medfølelse med pasienten på bildet. De hadde opplevd tilsvarende situasjoner og kjente igjen stresset og ubehaget det medførte. Robert forteller:

”Det legger et press på behandler og er slitsomt. Det stjeler energi og overskudd. Men gir samtidig en ”boost” når man lykkes.”

Ellen uttrykker:

”Man klarer ikke mange slike på samme dag. Kjenner stress ved å se på bildet. Stress for meg og stress for pasienten. Ingen god situasjon.”

Lang (2007) beskriver at det økte stresset som pasienten opplever også overføres til tannlegen. Pasienten opplever høyere puls, uro etc., og det er gjort studier hvor det kan vises til at dette også overføres til behandler (Lang, 2007). Kunnskap i håndtering av vanskelige pasienter, odontofobi-pasienter ved å heve kompetansen vil gi mestringsfølelse til tannlegen. Ved å håndtere vanskelige pasienter på en god måte vil han/hun øke sin mestringsfølelse og belastningen knyttet til denne pasientgruppen vil kunne dempes.

Tidspress

Ellen uttrykker:

”Klokka går... kjenner på presset når tiden trekker ut og man blir forsinket.”

Robert forklarer:

”Pasienter blir sure hvis de må vente og jeg ikke alltid holder den tiden som er beregnet. Det er ofte en evig kamp mot klokka.”

Respondentene føler alle ofte et press i forhold til tiden. Arbeidsdagene er ofte fulle med korte intervaller til hver pasient. De forteller at ofte er det tatt litt tid fra andre pasienter for å kunne hjelpe akutte pasienter. Da blir det fort forsinkelser som igjen medfører en belastning på behandleren. Pasienter som må vente blir irriterte og tannlegene føler på presset for å forsøke å unngå for store forsinkelser. Det oppleves stadig som en kamp mot klokka. Helge beskriver:

”Mange tror vi har så mye tid, en revisor ber om en kommentar til en postering, ja jeg skal se på det men gi meg et par dager, jeg jobber for fullt og har ikke tid nå.”

Respondentene føler stadig avbrytelser. Det forstyrrer fokuset i arbeidet og oppleves som stressende i en travel hverdag. Det er stadig forstyrrelser som krever tid og som spiser av tiden som er avsatt til pasientbehandling. Dagene er tett belagt og det er ikke rom for mange avbrudd skal de klare å holde timeplanen. Gjøremålene blir derfor ofte utsatt til etter arbeidstid og føles ekstra belastende etter en lang og slitsom arbeidsdag. Noen gjøremål må gjøres i arbeidstiden da andre er på jobb og blir da oppfattet som stressende å finne tid til i en allerede tidspresset arbeidsdag. Det blir en belastning. Guro forklarer:

”Det oppleves som urettferdig å bli klandret av den som må vente i 15 minutter når en bare har gjort så godt en kan og jobbet med hjertet i halsen for å bli ferdig.”

Stress

Alle respondentene opplever fysisk uro når det topper seg i praksis. De har i perioder vært redde for å ikke strekke til og for å overse noe i planleggingen. Robert beskriver stresset:

”Jeg blir kjempestressa, blir urolig, føler hjertebank. Brystpress har jeg hatt, jeg kjente det fysisk.”

Slik beskriver Ellen det:

”Jeg jobber med dunkende hjerte, høy puls og stress for å komme i mål.”

Flere av respondentene føler fysisk ubehag og stress i jobben som tannlege.

De kaver seg mer opp, blir lettere irritable og føler fysisk uro. Denne fysiske uroen er et uttrykk for stress og aktiveringen av det sympatiske nervesystemet (Haug, Sand, & Sjaastad, 1992). Denne fysiske responsen kan over tid føre til sykdom. Men også mistrivsel, lavt engasjement, svekket ytelse og frustrasjon. I slike situasjoner kan spørsmål fra pasientene oppleves irriterende og de vet de blir ordknappe og kanskje litt ”sære” overfor personalet rundt seg. De føler de mister litt kontroll og at de ikke får utført det de skal, haugen med oppgaver vokser og blir nærmest uhåndterbar.

Robert forteller:

”Jeg blir ordknapp og assistenten begynner å irritere meg. Det føles brått som hun gjør alt i sakte film.”

Flere av respondentene opplever å bli avbrutt i sitt arbeide og opplever dette som stressende. Eksempler kan være en assistent som kommer inn og forstyrrer med spørsmål som ikke har noe med den aktuelle behandlingen å gjøre, en telefonsamtale som kommer inn og må besvares og som fører til at noe må løses før man kan fortsette etc. Slike forstyrrelser gjør at tannlegene opplever å miste fokus og opplever stress ved at det blir mindre tid igjen til behandling før neste pasient begynner å bli utålmodig.

Det er ofte relatert til at antall oppgaver blir for mange i forhold til tiden og at de kjenner på at de ikke vil klare å følge opp alt de bør og som forventes av dem. Helge påpeker:

”Det er rett og slett bare slitsomt og stressende og jeg føler at jeg aldri kommer i mål eller er ajour. I slike perioder kan jeg ha litt kortere lunte og blir mer irritabel på alle som maser og krever en bit av meg.”

Robert forteller:

”Jeg er oppkavet, urolig, kjenner et press i magen, klarer ikke å finne roen, kaver og blir ineffektiv og derigjennom ytterligere stresset.”

Guro utdyper:

”Dagene er fulle med pasientbehandling og man får stadig spørsmål om bilag etc. som skal avklares i ledige stunder. Da blir det mye ekstra arbeid etter arbeidstid og jeg føler meg stresset for å rekke alt ved siden av mann, barn og familie.”

Alle informantene svarte innledningsvis på BBI-skjemaet. Dette var kun ment som en forberedelse til selve intervjuet. Spennet i antall poeng lå fra 42 til 65, dermed skåret de lavt i forhold til utbrenthet. Av de enkelte spørsmålene det var høyt skår på var ” Jeg opplever en stadig følelse av å ikke strekke til”, ”Ofte sover jeg dårlig på grunn av forhold på jobben”, ”Også når jeg har fri tenker jeg mye på forhold ved jobben” og ”Jeg føler meg trett etter arbeidsdagen”. Utslagene på BBI skjemaet er i godt samsvar med hva som kom frem under intervjuene. At alle informantene skåret svært lavt på, ” Jeg tenker en del på å finne meg ny jobb” i BBI skjemaet, er også interessant. For å nyansere bildet er det derfor viktig å påpeke at selv om informantene føler mye belastning og stress med jobben som tannlege, så uttrykker de også samtidig glede og begeistring for jobben. Her er noe utsagn fra intervjuene som underbygger dette:

” Det å være tannlege er gøy, det er givende” Guro

” Det er jo slitsomt til tider....men mest gleder” Helge

Spesielt fremhever de den tekniske utførelsen og utfordringer med hensyn til ferdigheter som spesielt givende. Helge beskriver det med følgende:

” Jobben som sådan, håndverket, det er gøy. Det er ting jeg trives med, jeg trives med pirk”

Også Robert gir uttrykk for noe av det samme:

” Liker kirurgi, sette implantater, liker kosmetisk tannpleie, liker stort sett alt jeg driver med. Jeg har aldri angret på selve yrkesvalget, tross alt trives jeg meget godt som tannlege.”

Men omgangen med pasienter er samtidig også en trivselsfaktor som trekkes frem. Helge utdyper:

[...]” så trives jeg med å prate med pasienter.”

Ellen vektlegger også dette:

” Den daglige omgangen med pasientene og den mekaniske jobben trives jeg så godt med.”

Trivselen med å omgås pasienter og gleden ved å hjelpe medmennesker er noe alle respondentene vektlegger.

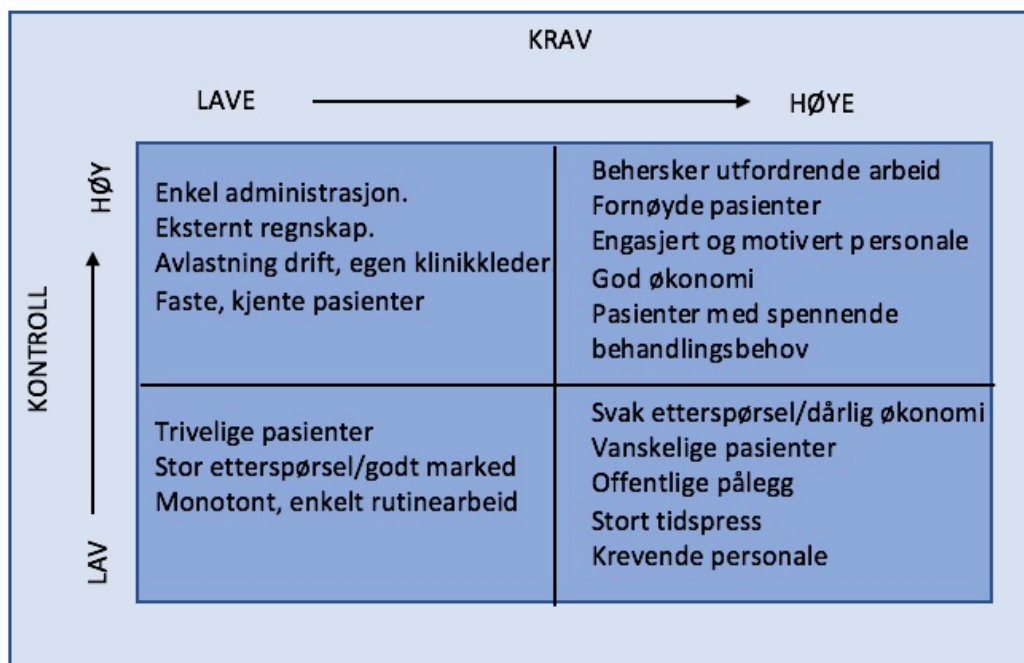
Drøfting

Hovedfunnet i denne undersøkelsen er at alle tannlegene opplever en samlet sett stor belastning ved å være privatpraktiserende tannleger med egne praksiser. Det er flere sider ved arbeidet de oppfatter som belastende. Følgende forhold trekker de spesielt frem som belastende; administrasjon, stort ansvar, en jobb som suger energi, økonomi, krevende pasienter og tidspres. Felles for forholdene de opplever som belastende, er at de representerer krav fra omgivelsene som de ikke klarer å innfri. Administrasjonen oppleves som belastende, de etterlyser kunnskap om praksisdrift og føler seg i perioder lite kompetente til denne delen av hverdagen som praksiseier. Økonomien og ansvaret tynger dem også i perioder. De opplever stadig økte utgifter og pressede marginer. De føler her at de ikke strekker til i forhold til det som kreves av dem. En fellesnevner som også gjelder i forhold til krevende pasienter og tidspresset en travel hverdag med full timebok gir dem. Flere av stressorene som Sonnentag og Frese i Borman m.fl. (2003) identifiserte, identifiseres derfor også i dette studie. De er utsatt for dårlig ergonomi, de har lange arbeidsdager, de utsettes stadig for ny teknologi og myndighetskrav, har høyt tidspres, høy arbeidskompleksitet, ofte et monotont arbeid og mange forstyrrelser. Derimot er det lite rollekonflikter og de er lite utsatt for trakassering og mobbing. Men de har dårlige karrieremuligheter, trives de ikke som tannleger er det vanskelig å benytte utdannelsen til noe annet. Men arbeidsmarkedet er godt og de har derfor liten jobb-usikkerhet. De er heller ikke utsatt for traumatiske stressorer, selv om man kan argumentere for at smittefaren er en risiko som kan gi store konsekvenser for den enkelte. Denne stadige belastningen om å ikke strekke til i forhold til kravene de opplever påvirker dem og gir grobunn for det stresset de selv oppgir å oppleve og som er det andre hovedfunnet i dette studiet. De opplever å kave seg opp i perioder, blir lettere irritable og føler i perioder en fysisk uro. Følelsen av utilstrekkelighet over tid og på flere områder samtidig, gir dem samlet sett en belastning som over tid utvikler seg til stress. Dette sammenfaller godt med teorier rundt stress og utvikling av stress. I følge Roness & Matthiesen (2002), opplever personer å bli stresset når de opplever en ubalanse mellom de krav som blir stilt fra omgivelsene og tilgjengelige ressurser. Dersom personen ikke har nok kompetanse eller ikke har tid til å få jobben gjort til fastsatt frist, vil personen bli stresset.

Maslach & Leiter (1997) beskriver også den økende belastningen om å ikke strekke til og at den jobben som i begynnelsen var interessant, meningsfull og utfordrende, kan bli meningsløs og utilfredsstillende. Energi kan bli til utmattelse, engasjement til kynisme og selvopplevd mestring til en følelse av ineffektivitet (Rones & Matthiesen, 2002). Som vi ser av analysen oppgir alle respondentene sammenfallende årsaker til den belastningen de

opplever ved praksisdrift.

De rapporterer alle en stor glede ved selve tannlegefaget. Denne delen av jobben er de meget kompetente på og opplever en stor trygghet i. Her har de trolig et overskudd av ressurser i forhold til de kravene de blir stilt overfor, og opplever ingen ubalanse. Ingen av dem ser denne delen av jobben som belastende, men snarere oppgir en stor glede og tilfredshet rundt mestringen av det rent teknisk faglige i jobben. De stortrives med dette. Det interessante er at denne delen av jobben er de godt skolert til fra studiene og gir derav lite grunnlag for belastning. De områdene de påpeker som belastende er forhold de har lite eller manglende kunnskaper om i utgangspunktet. De føler seg usikre og også i perioder inkompetente til å kunne ta gode og raske beslutninger alene. Denne usikkerheten blir en belastning som på sikt gir grunnlag for utvikling av stress, i tråd med teorien. Dersom kravene over tid er høye og følelsen av kontroll er lav vil de i følge Karasek og Theorell's (1990) krav/kontroll modell kunne utvikle risiko for stress og sykdom (Roness & Matthiesen, 2002).



Figur 2 Krav/kontroll modellen, FOR privatpraktiserende tannleger.

Med utgangspunkt i krav/kontroll modellen har jeg implementert sentrale funn i denne studien (se figur 2). Privatpraktiserende tannleger opplever for eksempel lav kontroll over offentlige pålegg hvor kravene samtidig oppleves krevende. Det samme opplever de med vanskelige

pasienter, det store tidspresset og kravene i forhold til lønnsomhet ved svak etterspørsel. Lav kontroll og høye krav er i følge krav/kontroll modellen en posisjon som gir økt fare for stress. På samme måte gir avlastning ved bruk av for eksempel ekstern hjelp til administrative oppgaver en mer avslappet plassering. Virkelig motivasjon og utvikling fremkommer av modellen ved høye krav, men hvor det samtidig er høy kontroll. Tannlegene opplever dette ved for eksempel utfordrende behandlinger og samtidig fornøyde pasienter og ved motiverte og engasjerte medarbeidere. Som det fremkommer representerer flere av funnene fra undersøkelsen forhold hvor jobbkravene er høye samtidig som beslutningskontrollen for tannlegen er lav. De havner direkte i gruppen som gir risiko for stress og sykdom. Denne modellen understøtter derfor også at privatpraktiserende tannleger er disponert for stress og eventuelt sykdom som følge av det vedvarende stresset. På samme måte ser vi at dersom de opplever høy kontroll samtidig med høye krav, opplever de stresssituasjonen som meningsfull. Det blir et positivt stress som kan gi økt motivasjon, utvikling og vekst (Manger & Wormnes, 2015).

Fysiologiske tegn ved langvarig stress er vedvarende høyt blodtrykk samt utskillelse av stresshormoner som f.eks. adrenalin (Egil Haug, 1992). Vi kjenner alle til hvordan adrenalin virker på oss etter å ha opplevd en fare, f.eks. ved at en bil brått kommer fra høyre og vi er nær ved å kolliderer. Kroppen settes da i alarmberedskap og adrenalinet flommer. Hjertet dunker og vi føler en stor uro i kroppen umiddelbart etterpå. Det tar tid å roe seg ned igjen og få tilbake hvilepuls. På samme måte beskriver respondentene at de i perioder føler en fysiologisk uro. ” *Jeg blir urolig, føler hjertebank*”, ” *Jeg jobber med dunkende hjerte, høy puls og stress for å komme i mål*”, ” *Jeg er oppkavet, urolig, kjenner et press i magen, klarer ikke å finne roen, kaver og blir ineffektiv og derigjennom ytterligere stresset*”. Alle utsagn tegn på utskillelse av stresshormon og at de i perioder er svært stresset. En slik vedvarende utskillelse av stresshormon ved et vedvarende stress, kan på sikt gi alvorlig varig sykdom og som ytterste konsekvens død (Lang, 2007). Jeg har i studiet ikke gått inn på den enkeltes respondents helsetilstand, men baserer meg på hva som kan tolkes ut fra samtalen. Ingen av respondentene ga uttrykk for en redusert helse eller at det var påpekt stressrelaterte symptomer som f.eks. høyt blodtrykk, men det er ikke utenkelig at flere av dem i lengre perioder kan ha et forhøyet blodtrykk.

Flere utenlandske studier peker på de samme faktorene som fremkommer i dette studiet i forhold til stress og belastning. For eksemplet påpeker Von Quast (1996) blant annet vanskelige pasienter, konkurranse, uforutsette hendelser og arbeidsmengde som vesentlige stressfaktorer. Waddington (1997) fant faktorer som misfornøyde pasienter og økonomiske

forhold som vesentlige stressfaktorer i sitt studie. Man kan derfor se at funnene i mitt studie er sammenfallende med tidligere studier når det gjelder stress og belastning. Det ser ut til at disse forholdene er lite avhengig av hvilket land man praktiserer i, så lenge man sammenligner land med relativt lik kultur og samfunnsmønster. Det man har sett i tidligere europeiske og amerikanske studier, sammenfaller godt med hva en kan trekke ut av dette studiet. Tannleger opplever en økt belastning og stress i utøvelsen av yrket og den økte belastningen er nært knyttet til økonomi, ansvar, vanskelige pasienter og tidspress. I tillegg til økt fare for sykdom, vil vedvarende stress også kunne være koblet til utviklingen av utbrenthet. I følge Gorter m.fl. (1999), kan profesjonell utbrenthet ansees å være en følge av langvarig arbeidsrelatert stress. Som det fremkommer av studiet er respondentene i perioder utsatt for mye belastning og også stress. De tre dimensjonene Roness (1996) definerer som predisponerende faktorer for utbrenthet er høyst relevante for tannleger (Roness, 1996). Derimot avdekker ikke mitt studie at noen av respondentene er utbrente, eller står nært ved å skulle bli utbrente. De er riktignok utsatt for en høy belastning og et stort stress, noe som ofte er forutsetning for å kunne utvikle utbrenthet, men det ser ut til å stoppe med noen av de predisponerende faktorene. Tvert i mot gir respondentene inntrykk av å stortrives i sitt yrkesvalg og viser ingen tegn til at de ønsker seg bort og over i en annen type arbeid. Til tross av at dette studiet fokuserer på belastningene ved å være tannlege, uttrykker de også spontant og uoppfordret begeistring for sitt yrke. ” *Det å være tannlege er gøy*”, ” *Jeg trives med å borre og fikse problemer og hjelpe andre*”. Maslach (1981) påpeker at ved utbrenthet vil det være en stor tendens til å evaluere eget arbeid negativt. Dette har det ikke vært noen tegn til blant respondentene, snarere har de verdsatt sitt eget arbeid høyt og følt en stolthet av dette.

Et viktig aspekt ved utbrenthet som ofte trekkes frem er utviklingen av en negativ, kynisk holdning overfor egne klienter eller pasienter (Roness & Matthiesen, 2002). Flere av respondentene uttrykker et litt anstrengt forhold til flere av sine pasienter. ” *Jobben suger energi, det gjør pasientene også*”, ” *Det er ikke tennene som ødelegger arbeidsgleden, det er jo noen av folkene*”. Det kan tolkes som et tegn på at de utvikler en negativ holdning overfor pasientene og kan være et tegn på begynnende utbrenthet. Men i og med at de forøvrig ikke viser tegn til utbrenthet, de scoret alle svært lavt på BBI, kan det tenkes at disse negative holdningene rett og slett stammer fra at enkelte pasienter faktisk er krevende og vil oppleves som det uavhengig av eventuell utbrenthet. Det som taler for en slik tilnærming er at alle respondentene påpeker at dette gjelder bare noen av pasientene og ikke er en holdning de som behandlere har til sine pasienter generelt. ” *80% av pasientene går jeg veldig godt overens*

med, de resterende 20% har jeg lært meg bare å gi beng i...”, ”Jeg trives å arbeide med mennesker, men noen kan være svært krevende og gjøre jobben vanskelig og unødvendig utfordrende”.

Men samtidig er det viktig å være oppmerksom på hva som her kommer til uttrykk. Det at pasienter kan oppleves som vanskelige, vil etter mange år i det samme sporet, kunne resultere i at nok er nok. Tannlegene har få å dele denne frustrasjonen med, de savner et forum hvor de kan dele og utveksle erfaring og få forståelse for hvordan de opplever dette. Som en av respondentene sa: *”Det hender man klager litt til kollegaer, men det blir overfladisk, man vil jo holde maska og ikke gi inntrykk av at en eventuelt skulle mistrives eller ikke takler jobben”.* Over tid kan dette bli tungt å bære for den enkelte og resultere i emosjonell utmattelse, sykdom og eventuelt utbrenthet. Det er påpekt at dersom en tannlege lider av emosjonell utmattelse, depersonalisering/kynisme eller redusert personlig ytelse i jobben, vil det pasientivaretaelsen kunne bli dårligere (Felton, 1998). Utbrenthet vil derfor kunne utgjøre en betydelig trussel mot god tannhelseomsorg. Tenker man da i et pasientperspektiv, blir det særs viktig å forebygge utbrenthet blant behandlende tannleger. En stor del av befolkningen lider av odontofobi (tannbehandlingsskrek). Og da blir spørsmålet, er det redde, vanskelige pasienter som gir utbrente tannleger, eller er det utbrente tannleger som påfører pasientene dette som følge av emosjonell utmattelse og kynisme? Dette er det ikke enkelt å finne noe entydig svar på, men vesentlig blir det at tannleger blir best mulig rustet til å takle de belastningene de utsettes for å kunne forhindre utbrenthet i størst mulig grad.

Av respondentene fremkomme det at de opplever det som belastende å ikke inneha den nødvendige kompetansen for en del av de oppgavene de er satt til å løse. Her kommer oppgaver som økonomi/regnskap, markedsføring, daglig drift samt personalansvar inn. En svakhet med dagens ordning er at dette er mangelfull kunnskap både i grunnutdanningen og er lite tilbudt som etter/videreutdanning. En styrking av denne kunnskapen ville kunne forbygge og gjort tannleger bedre i stand til å takle og håndtere denne belastningen. Videre ville en styrking av forståelsen og trening i hvordan man best skal håndtere redde pasienter, kunne gitt en god selvfølelse i å håndtere denne pasientgruppen og gjort tannlegen mindre mottagelig for denne stressfaktoren.

Av symptomene Roness og Matthiesen viser til som kjennetegn for utbrenthet, var det kun de fysiske i form av uro, respondentene ga uttrykk for. Hva kan så være en mulig forklaring til at respondentene viser lite tegn til utvikling av utbrenthet til tross for at de opplever stor belastning og stress? Roness & Matthiesen (2002) peker på personlige ressurser

som evnen til å løse problemer, sosiale evner og selvfølelse påvirker både opplevelsen av belastning og mestringsrepertoar. Å ha en partner og et fungerende sosialt nettverk øker oftest sjansen for at personen får bufret belastningsopplevelsen. Lav selvfølelse, lite bekræftelse, eller negativ kritikk, gir økt risiko for utbrenthet. Noe av forklaringen kan derfor ligge i at utvalget består av respondenter med personlige egenskaper som beskytter mot utvikling av utbrenthet. Singh m.fl. (2015) fant at visse personlighetstyper var overrepresentert blant tannleger. Disse var mer tilbøyelige til å studere odontologi og viste seg å være bedre rustet til å motstå arbeidspresset og derav mindre utsatte til å utvikle utbrenthet (Singh, Aulak, Mangat, & Aulak, 2015). Videre vil godt utviklede personlige ressurser kunne forbygge utbrenthet, til tross for at de opplagt er i situasjoner gjennom arbeidet som disponerer for utvikling av utbrenthet. Alle respondentene er i tillegg erfarne tannleger hvor alle var gift og hadde familie og barn. Dette er viktige beskyttelsesfaktorer, de har andre kilder enn yrkesrollen som påvirker selvfølelsen. De kan hente identiteten sin fra andre roller enn yrkesrollen og blir ikke like sårbare om ikke jobben alltid skulle gi dem den ønskede selvfølelsen (Roness & Matthiesen, 2002). Felton (1998) påpeker at tannleger, som alle mennesker, har behov for anerkjennelse, takknemlighet og respekt. Trolig er disse forholdene totalt sett ivaretatt slik utøvelsen av yrket foregår i Norge i dag. Yrket gir fremdeles en viss anerkjennelse og derav opplever nok også tannlegene en viss respekt for den jobben de gjør. De opplever respekt for sitt fagfelt og kommer trolig sjelden bort i forhold hvor jobbkrav strider mot personlig overbevisning. Noe som er forhold som kan beskytte tannleger mot utbrenthet. I tillegg kan det argumenteres for at jobben som tannlege gir stor grad av autonomi. Tannlegene tar mange avgjørelser selv og er på den måten mindre styrt av andre. Dette studiet viser også at tannlegene opplever en stor glede ved å arbeide med mennesker. Pasientene som også kan være en kilde til frustrasjon og belastning, er samtidig også en ressurs som gir glede, trivsel og betydning i arbeidshverdagen og som kan være med på å balansere vektskålen. Som Ellen beskrev: ” *Den daglige omgangen med pasientene og den mekaniske jobben trives jeg så godt med.* ” Denne trivselen virker positivt inn slik at de orker å stå i det presset de beskriver.

I følge Pouline m.fl. (Roness & Matthiesen, 2006) har yngre, enslige og kvinner lettere for å brenne ut. Hvorfor kvinner lettere enn menn brenner seg ut, kan være vanskelig å se umiddelbart. Med det påpekes at kvinnelige tannleger har vesentlig høyere selvmordsrisiko enn menn og forklares bl.a. med krav til både å være profesjonsutøver og den samtidige rollen som hustru og mor (Sewerin, 2010). Frode Thuen trekker frem at tidligere fordelte kvinner og menn på presset i en annen grad enn i dag (Roness & Matthiesen, 2002). Kvinnene tok seg av familie og hjem, mens mannen tok seg av jobb og karriere. I dag ønsker begge å ta aktiv del i

familie og jobb. I følge Thuen (Roness & Matthiesen, 2002) oppstår dermed krysspress og rollekonflikter som i sin tur kan føre til stress og utbrenthet. Studiet ga ingen indikasjon på at kvinner var mer utsatt enn menn. En av kvinnene i studiet hadde redusert den kliniske tiden til fordel for administrasjon. En faktor Te Barke (2003) så i sitt studie ved at kvinner ofte var flinkere til å redusere arbeidstid for å mestre familie og administrasjon. Antall deltagere i mitt studie var også begrenset, det blir derfor usikkert å slutte noe entydig ut av dette med hensyn til kjønnsvariasjoner.

Ut fra teorien om utbrenthet, kan man se at tannleger er en yrkesgruppe som scorer høyt med tanken på faren for utbrenthet. Hyppig, anstrengende og monoton gjentakelse gir ifølge Svebak (Roness & Matthiesen, 2002) risiko for tidlig metning. Stort arbeidspress, tidspress, økonomisk press og pasientrelasjoner er noen av flere faktorer som medvirker til forhøyet risiko for tannleger, akkurat slik det også fremkommer i dette studiet. Dette er også i samsvar med hva som er funnet i utenlandske studier (Myers & Myers, 2004; Waddington, 1997; Wilson m.fl., 1998). Men arbeidet er også et svært spesialisert fag, med mange utfordringer og en ser resultatet av eget arbeid direkte. Det er ofte svært motiverende og tilfredsstillende. Stadig nye teknikker og en rivende utvikling gjør faget spennende. Det gir jobbengasjement og glede ved jobben, i tråd med hva respondentene forteller. Dette er forhold det er viktig å vektlegge og ta vare på.

I bransjen ser vi nå en økt vekst av tannlegekjeder. Etablerte tannleger selger seg inn i kjedene og overlater økonomi og administrasjon til kjeden. Kjedenes vekst og popularitet blant tannlegene er trolig et resultat av at tannleger der kan fokusere på å være tannleger og får avlastning med hensyn til f.eks. økonomi og administrasjon. Dette i tråd med hva Osborne & Croucher (1994) fant i sitt studie, hvor de fant en levere utmattelse blant tannleger som arbeider i større praksiser. Kjedenes forretningsidé er jo nettopp å tilby avlastning og økonomisk bistand og derigjennom kunne høste av verdiskapningen i den enkelte praksis. Derimot arbeider de aller fleste norske tannleger fremdeles i små praksiser, spesielt i distriktene. Det vil derfor også i fremtiden være svært viktig å ha fokus på hva som gir økt belastning og derav risiko for utvikling av stress og utbrenthet. Og være bevisste på hvordan dette kan forebygges.

Egne refleksjoner

Mitt studie er basert på en kvalitativ forskningsmetode. Dette er som tidligere nevnt, fortolkende, det vil si at en helt korrekt gjengivelse trolig ikke vil være mulig. Dette på grunn

av den gjensidige påvirkningen mellom meg som forsker og mine informanter. En slik påvirkning skjer gjennom tolkninger, forforståelse, språket og ulike perspektiver. Min forståelse av faget og egne erfaringer ved å være privatpraktiserende tannlege, kan medføre at jeg tenker og oppfatter ut fra min situasjon og mine erfaringer. Jeg kan da løpe risikoen å tillegge analogier som jeg tror er der uten at de nødvendigvis er de samme. Jeg er klar over at jeg trolig har vært med på å påvirke svarene og de funnene jeg har gjort fra samtalene. De felles slutningene jeg gjør av samtalene kan være et resultat av *min* tolkning av dem. Er respondentene så enige og samstemte som studiet gir inntrykk av? Har de svart slik de egentlig føler det eller har de svart slik de tror og tenker de *bør* svare? De har samtalt med en kollega, det kan det ha påvirket dem til svare etter hva de tror jeg vil høre? Eller har de svart ut fra en tanke om hvordan det er forventet at de skal oppfatte seg selv og sitt eget yrke? En helt korrekt gjengivelse vil derfor være utilgjengelig (Charmaz, 2006). Spørsmålene i intervjuguiden har vært fokusert mot belastning og stress i yrket. Dersom hovedvinklingen under hele intervjuet hadde vært glede og trivsel, ville trolig totalinntrykket vært noe annet. På en måte kan det kritiseres ved å si at man finner det man leter etter og har fokus på. Men samtalen ga også rom for å samtale om og søke etter det positive, slik at en balanse bør være ivarettatt i studiet.

Studiet har innhentet informasjon vi på forhånd viste lite om. Jeg etterlyste studier som så på arbeidshverdagen for norske tannleger. Det viste seg å foreligge svært lite forskning på dette området. Det er derfor nå ekstra motiverende å kunne bidra med et studie som nettopp gir ny kunnskap om temaet. I studiet fant jeg at norske privatpraktiserende tannleger er utsatt for belastninger og stress. De belastningene jeg fant var administrasjon, stort ansvar, økonomi, krevende pasienter, tidspress og en jobb som suger energi. Dette er forhold som sammenfaller med hva tidligere utenlandske studier har funnet (Myers & Myers, 2004; Waddington, 1997; Wilson m.fl., 1998). Studiet viser derfor at også norske tannleger er utsatte og at mye av den forskningen som er gjort tidligere også er overførbart til norske forhold. Richardsen har tidligere sett på forholdene for norske tannleger med tanke på stress og utbrenthet. Hun fant at tannleger var signifikant mer utmattet enn tannpleiere og tannlegesekretærer (Richardsen, 2015). Dette er funn jeg ikke kan si noe om utfra mitt studie, da jeg ikke har gjort noen sammenligning med de andre yrkesgruppene innen tannhelse. Richardsen's funn sammenfaller på en måte med mine funn ved at hun har funnet økt utmattelse blant tannleger sammenlignet med tannpleiere og tannlegesekretærer. Mitt studie bekrefter at norske tannleger er utsatt for den samme belastningen og stresset som fremkommer av utenlandske studier. Noen tannleger vil derfor sannsynlig også ha en økt

utmattelse slik også enkelte utenlandske studier påpeker. Studien har bidratt til å få belyst stress og belastning blant norske tannleger. Det har betydning for bevisstgjøring i bransjen og vil kunne bidra til å bedre det forebyggende arbeidet. Tannlegetyrket kan lett stigmatiseres til en enkel jobb hvor det tjenes gode penger. Studiet bidrar til å nyansere dette bildet. Det bidrar også til at andre fagfelt som kommer i berøring med problemstillingen, får en bedre forståelse for hvor skoen trykker. Jeg tenker da f.eks. på leger og psykologer som møter tannleger som sine pasienter. Også offentlige organer som f.eks. Helsedepartementet vil kunne nyttiggjøre seg kunnskapen. De legger mange føringer for hverdagen til norske helsearbeidere, og vil med økt kunnskap på området, kunne søke å treffe vedtak som ikke gir unødig belastning. Overføringsverdien kan også gjelde andre yrkesgrupper som arbeider med redde og engstelige mennesker, under sterkt tidspress og med mange forstyrrelser. Det kan være sykepleiere, leger og ambulanspersonell fra helsesektoren, men også andre aktuelle yrkesgrupper.

Videre arbeid

Denne oppgaven bekrefter at det oppleves belastninger som kan danne grunnlag for stressrelatert sykdom og utbrenthet blant norske tannleger. Det bør derfor være av stor interesse å få kartlagt omfanget i en større populasjon enn det studiet omfavner. Et større studie kunne sagt noe mer i forhold til utbredelse og om det er noen forskjell mellom tannleger i en enkelt-praksis i forhold til større fellespraksiser. Er det noen forskjell mellom antall år i praksis og hvor stort er frafallet fra yrket? Hva er eventuelt årsakene til frafallet? De intervjuede tannlegene stilte opp til studiet til tross for en travel hverdag og stor belastning i jobb. En kan derfor anta at de representerer en motivert gruppe tannleger. Hvordan ville resultatet blitt med en annen type tannleger representert? Hvordan fange opp tannleger som pga. belastningen de opplever ikke har overskudd eller ønske om å delta i et studie eller delta i en samtale? Å kunne finne frem også til dem ville vært interessant i et videre studie. Da kunne det dannet seg et mer nyansert bilde. Samtidig oppfatter jeg at dette studiet har en god teoretisk validitet/gyldighet. Når jeg ser på funnene tyder de på at spørsmålene har klart å fange opp begrepene fra teorien ved at de lot seg identifisere fra svarene.

Mitt studie har satt fokus på hvilke forhold tannleger opplever som belastende. Belastningen er i et slikt omfang at stressrelatert sykdom ikke kan utelukkes å kunne utvikle seg. Dette er derfor av stor betydning for norske tannleger. De arbeider under forhold som for enkelte kan gi økt risiko for alvorlig sykdom og død. Det er derfor viktig at de blir seg selv bevisst på hvordan yrkesutførelsen kan påvirke dem og hvordan de selv kan ta grep og

forbygge. På mange måter er det viktig at de tidlig kan fange opp signalene, enten på seg selv eller nære medarbeidere. At de er bevisst på at de står i en risiko gjennom sitt yrke og tidlig kan se symptomene på at noe er galt. Samtidig kan de gjøre enkle grep ved å sette egen helse først og gjøre tiltak i egen praksis som kan være forebyggende. Slike enkle tiltak kan f.eks. være å sørge for nok tid i timeboken, unngå overtid og sette av tid i den normale arbeidstiden for administrative oppgaver. Kanskje bør hele bransjen gå en runde og se på honorarsystemet slik det er i dag. Stykkpris tilnærmingen som er utbredt i dag, setter et voldsomt fokus på å utføre mest mulig på så effektiv tid som mulig. Kanskje ville et timehonorar-basert system bedre roet tempoet og gitt tannlegene muligheten til å senke skuldrene uten å være så bekymret for økonomien. Det bør derfor vurderes om kunnskapen fra dette studiet bør gjøres kjent blant kolleger f.eks. ved en populærvitenskapelig artikkel i fagtidsskriftet Tidene som utgis av den Norske tannlegeforening.

Studiet bør også være en spore for fagforening og de norske utdanningsinstitusjonene til å vektlegge en kompetanseøkning spesielt rundt disse forholdene. Det kan være et svært fornuftige tiltak for å forebygge sykdom, stress og utbrenthet. Samtidig vil det kunne gi en betydelig større trygghet og jobbtrivsel for fremtidens tannleger.

Litteratur

- Ahrne, G., & Svensson, P. (2015). *Handbok i kvalitativa metoder*. (2. utgave ed.). Stockholm: Liber AB.
- Arbeidstilsynet. (2017). *Stress*. Arbeidstilsynet.no: Arbeidstilsynet Hentet mai 5, 2017 fra <https://www.arbeidstilsynet.no/tema/stress/>.
- Barling, J., Kelloway, K., & Frone, M. R. (2005). *Handbook of workstress*. London: Sage Publications.
- Barth, R. L., & Sundby, I. E. K. (2014). *Utbrenthet og depresjoner blamt tannleger - en litteraturstudie*. (Master), Universitet i Tromsø.
- Berg, M. E., & Karlsen, J. T. (2013). Snakk deg bort fra stress. *Lederens verktøykasse*. Hentet september 12, 2017 fra <http://www.bi.no/>
- Berge, T., & Falkum, E. (2014, 20. september 2014). Hva slags ansatte vil vi ha? Hentet november 12, 2017 fra <http://www.psykologisk.no/>
- Borman, C. W., Ilgen, R. D., Klimoski, J. R., & Weiner, B. I. (2003). *Handbook of Psychology. Vol. 12, Industrial and Organizational Psychology*. . New Jersey: John Wiley & Sons.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Burke, F. J., Main, J. R., & Freeman, R. (1997). The practice of dentistry: an assessment of reasons for premature retirement. *British Dental Journal*, 182(7), 250-254.
- Børresen, B. H. (2014). Covita. Hentet september 6, 2017 fra <http://www.covita.no/>
- Charmandari, E., Tsigos, C., & Chrousos, G. (2005). ENDOCRINOLOGY OF THE STRESS RESPONSE. *Annu. Rev. Physiol*, 67, 259-284.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory. A Practical Guide through Qualitative Analysis*. London: Sage Publications Inc. .
- DiMatteo, M. R., Shugars, D. A., & Hays, R. D. (1993). - Occupational stress, life stress and mental health among dentists. - 66(- 2), - 162.
- Dyrnes, R. P., & Rokkedal, C. (2017). Utbrent. Hentet oktober 6, 2017 fra <http://www.tre-de.no/gestaltterapi/utbrenthet/>
- Egil Haug, O. S., Øystein V. Sjaastad. (1992). *Menneskets Fysilologi*: Universitetsforlaget.
- Einarsen, S. I., & Skogstad, A. (2000). *Det gode arbeidsmiljø*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Falkum, E. (2003). Kan utbrenthet forebygges? *Tidsskrift for den norske legeförening*, 123(13-14), 1819.

- Faragher, E., Cass, M., & Cooper, C. (2005). The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occup Environ Med*, 62, 105-112.
- Felton, J. (1998). Burnout as a clinical entity—its importance in health care workers. *Occupational Medicine*, 48(4), 237-250.
- Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi.*, (2016).
- Gale, E. (1998). Stress in dentistry. *The New York state dental journal*, 64(8), 30-34.
- 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.
- Hahn, S. R., Kroenke, K., Spitzer, R. L., Brody, D., Williams, J. B. W., Linzer, M., & de Gruy, F. V. (1996). The difficult patient. *Journal of General Internal Medicine.*, 11.
- Hakanen, 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.
- Haug, E., Sand, O., & Sjaastad, O. V. (1992). *Menneskets Fysiologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Johannessen, A., Tufte, P., & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (Vol. 5. utgave). Oslo: Abstrakt forlag.
- Kilburg, R. R., Nathan, E. P., & Thoreson, W. R. (1986). *Professionals in distress – Issues, syndroms and solutions in psychology*. Washington: APA Books.
- Kruger, M. (2005). *Utbrent eller? Ulike versjoner av utbrenthet*. Universitetet i Oslo.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (G. Akademisk Ed. 3. utgave ed.).
- Lang, R. (2007). Stress In Dentistry - It Could Kill You! *Oralhealth*. Hentet januar 12, 2017 fra <https://www.oralhealthgroup.com/features/stress-in-dentistry-it-could-kill-you/>
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2005). *Banishing Burnout*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Lundberg, U., & Cooper, C. L. (2010). *The science of occupational health: stress, psychobiology, and the new world of work*: John Wiley & Sons.
- Malt, U., & Svartdal, F. (2016). Stress. Hentet desember 16, 2016 fra <https://www.snl.no/stress>
- Manger, T., & Wormnes, B. (2015). *Motivasjon og mestring*. (Vol. 2. utgave): Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke As.
- Masic, N. (2013). *Kunnskapsarbeidets tvetydighet –en analyse av psykososiale forhold og arbeidsrelatert stress i kunnskapsintensivt arbeid*. Universitetet i Oslo

- Maslach, C., Jackson, Susan E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational behavior*, 2(2), 1099-1379.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Miller, M. (2000). *Fra utmattelse til hjernesnell*. Oslo: Tiden Norsk Forlag.
- Moore, R. (2011). *Handbook of Stress in the Occupations*: Cheltenham.
- Morse, J. M., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K., & Spiers, J. (2002). Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1(2), 13-22. doi:10.1177/160940690200100202
- Myers, H. L., & Myers, L. B. (2004). "It's difficult being a dentist": stress and health in general dental practitioner. *British Dental Journal*, 197(2), 89-93.
- Osborne, D., & Croucher, R. (1994). *Levels of burnout in general dental practitioners in the south-east of England* (Vol. 177). British dental journal.
- Rada, R., & Johnson-Leong, C. (2004). Stress, burnout, anxiety and depression among dentists. *The Journal of the American Dental Association*.
- Richardsen, A. M. (2015). Utbrenthet blant helsepersonell. Hentet fra <http://docplayer.me/5341800-Utbrenthet-blant-helsepersonell.html>
- Risjord, M. (2014). *Philosophy of social science A Contemporary Introduction*. New York: Routledge.
- Roness, A. (1996). *Utbrent? Arbeidsstress og psykiske lidelser hos mennesker i utsatte yrker*. (2.utgave ed.). Oslo: Universitetsforlaget As.
- Roness, A., & Matthiesen, S. B. (2002). *Utbrent -Krevende jobber - Gode liv? :* Fagbokforlaget.
- Roness, A., & Matthiesen, S. B. (2006). *I klem eller balanse? Om arbeid, stress og familieliv*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sander, K. (2017). Metodetriangulering. Hentet januar 3, 2018 fra <https://estudie.no/metodetriangulering/>
- Schaufeli, W. B., Maslach, C., & Marek, T. (1993). *Professional burnout, Recent development in theory and research*. Washington: Taylor&Francis.
- Sewerin, I. (2010). Selvmord blandt tandlæger og læger. *Tandlægebladet*, 5, 398-402.
- Singh, P., Aulak, D. S., Mangat, S. S., & Aulak, M. S. (2015). Systemic review: factors contributing to burnout in dentistry. *Occupational Medicine*.
- Sonnentag, S. (2005). Burnout research: Adding an off-work and day-level perspective The views expressed in Work & Stress Commentaries are those of the author(s), and do not

- necessarily represent those of any other person or organization, or of the journal. *Work & Stress*, 19(3), 271-275. doi:10.1080/02678370500386473
- Te Brake h , B. E., Hoogstraten J. (2003). Gender differences in burnout among Dutch dentists. *Community Dentistry and Oral Epidemiology.*, 31, 321-327.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse -en innføring i kvalitativ metode. 2. Utgave. Oslo: Fagbokforlaget. (Vol. 2. Utgave): Fagbokforlaget. Oslo.*
- von Quast, C. (1996). Stress bei Zahnärzten. *Deutscher Ärzte-Verlag, Köln*, 21-24.
- Waddington, T. J. (1997). New stressors for GDPs in the past 10 years. *British Dental Journal*, 182(3), 82-83.
- 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(10), 499-502. doi:10.1038/sj.bdj.4809674

Vedlegg:

Vedlegg 1, BBI

BBI	Kryss av ved hvert utsagn for det svaret som best avspeiler deg selv og arbeidssituasjonen- Svar slik du føler det for tiden. Vær så ærlig og oppriktig som mulig.	1 Svært uenig	2 Stort sett uenig	3 Litt uenig	4 Litt enig	5 Stort sett enig	6 Svært enig
1	Jeg føler meg nedlesset av arbeid						
2	Egentlig har jeg sjelden fri fra jobben, fordi jeg stadig omgås kollegaer etter arbeidstid(treffes privat, telefonisk osv.)						
3	Jeg opplever at jeg gir mer av meg selv til andre mennesker enn jeg får tilbake.						
4	Jeg har en stadig følelse av å ikke strekke til.						
5	Jeg opplever følelsesmessig distanse til de jeg omgås.						
6	Jeg stiller stadig spørsmål ved om det jeg gjør er verdt noe.						
7	Mine ønsker om å stimulere andre gjennom mitt arbeid er større enn det jeg faktisk får utrettet.						
8	Jeg er ofte motløs på arbeid og tenker derfor stadig på å slutte i jobben,						
9	Jeg blir hyppig irritert på jobben.						
10	Ofte sover jeg dårlig pga forhold på jobben.						
11	Jeg har gradvis opplevd at jeg har mindre å gi på det følelsesmessige plan,						
12	Jeg har vansker med å omgås enkelte av de jeg jobber sammen med.						

BBI		1 Svært uenig	2 Stort sett uenig	3 Litt uenig	4 Litt enig	5 Stort sett enig	6 Svært enig
13	Da jeg begynte min nåværende jobb hadde jeg større forhåpninger til arbeidet og min arbeidsinnsats enn det jeg har nå,						
14	Jeg synes det er vanskelig å engasjere seg fullt i de problemene og behovene til de jeg treffer gjennom arbeidet.						
15	I det siste har jeg følt meg så nedkjørt at jeg har blitt tvunget til å redusere kontakten med de andre på jobben.						
16	Arbeidspresset har forårsaket private vansker (f.eks i ekteskap, familie, kontakt med venner)						
17	Også når jeg har fri tenker jeg mye på forhold ved jobben.						
18	Jeg føler meg trett etter arbeidsdagen						
19	Jeg tenker en del på å finne meg ny jobb.						
20	Jeg opplever ofte vansker med å konsentrere meg om det som skjer på jobben.						
21	Skal jeg være helt ærlig følte jeg meg mer "verdt" i arbeidet tidligere						
22	Jeg opplever at jeg gradvis har mistet interessen for de mennesker jeg treffer gjennom jobben.						
23	Jeg synes aldri jeg får nok tid til å gi hjelp eller støtte til kollegaer eller folk som jeg treffer gjennom jobben.						

BBI		1 Svært uenig	2 Stort sett uenig	3 Litt uenig	4 Litt enig	5 Stort sett enig	6 Svært enig
24	Jeg opplever et stort sprik mellom innsats og økonomisk uttelling (lønn).						
25	Jeg har til stadighet dårlig samvittighet da jeg p.ga arbeidsmessige forhold må forsømme eller forsake familien.						

Vedlegg 2, Intervjuguide

Intervjuguide

Problemstilling

Hvordan opplever norske tannleger stress og utbrenthet i arbeidet.

Forskningsspørsmål:

Oppfatter norske tannleger hverdagen som stressende?
Hvis JA, hva er det som gjør den stressende? Er det i perioder? Hele tiden?
Hvis NEI, hvordan håndterer de eventuelle perioder med stor belastning?
Utbrenthet:
Har noen av intervjutannlegene følt på utbrenthet? Hvordan?

Innledning

-Takke deltagerene for at de stiller opp og ønsker å bidra
-Kort informasjon om studiet, Slitenhet, belastning og stress er temaet for intervjuet.
-Informasjon om at deltagelsen er helt frivillig og at deltager kan trekke seg underveis, men da helst før nedskrivningen av intervjuet er påbegynt.
-Informasjon om lydopptak og anonymitet, ingen andre enn jeg har tilgang til opptakt. Deltagere blir anonymisert, opptaket skrives ned og lydfilen slettes etter en viss tid. Blir det for personlig kan navn og kjønn fiktivt endres. Det vil ikke være mulig å kjenne igjen den enkelte i etterkant.
-Informasjon om at studiet er godkjent av NSD, forklar
-Ved innlevering av oppgaven vil både skriftlige notater og lydopptaket bli slettet.

Spørsmål

-Kjønn, Alder, Sivilstatus, Barn, Antall år i yrket. Egen praksis, Ambisjoner
-Deltageren bruker 5-10 min på å fylle ut BBI/Stress skjema.
-Hva tenker deltageren om dette?
-Egne erfaringer om å være sliten/stresset? Konkrete eksempler.
-Kollegaer?

Hovedtema

1.Hvordan opplever du det å være tannlege?

-Hva trives du med? Eksempler.
-Hva gir deg glede i yrket? Eksempler.
-Hva trives du ikke med? Eksempler

2.Hvis informantene kommer inn på tretthet eller ”stress” ;

-Hvordan oppleves dette? Eksempler
-Når oppstår dette?
-Kan du si noen om hvorfor du blir stresset eller trett?
-Hva gjør dette med deg?
-Hvordan håndterer du det?
-Hva tar fra deg gleden som tannlege? Utdyp/Hvorfor?
-Hva tenker/føler du ved å snakke om dette?

3.Hvis informanten ikke kommer inn på tretthet eller ”stress”;

-Hva ved jobben gjør deg sliten?
-Hva ved jobben gjør deg stresset?
Forsette med spørsmål fra punkt 2.

Avslutning

Spørsmål/kommentarer

Vedlegg 3, Foto brukt i intervju



Vedlegg 4, Informasjonsskriv til deltakere

Informasjonsskriv

Takk for at du har stilt deg positivt til å bli intervjuet!

Intervjuet er en del av min masteroppgave ved NTNU, fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse. Studiet ønsker å se nærmere på hvordan det er å drive privat tannlegepraksis i Norge med fokus på faren for stress og utbrenthet.

Hva innebærer det å være med i studien?

Ved å delta i studien vil du bli intervjuet om hvordan din hverdag oppleves som praksiseier og tannlege. Intervjuet vil ta fra 20 – 60 minutter. Du vil også bli bedt om å fylle ut et spørreskjema om stress/utbrenthet.

Hva skjer med informasjonen?

Intervjuet vil bli tatt opp for å få med all informasjonen som fremkommer. Samtalen vil deretter bli bearbeidet skriftlig og inngå som en del av oppgaven. Når oppgaven er ferdig og blir sendt inn vil alt bli slettet. Det er kun student og veileder som vil ha tilgang. Alt vil bli anonymisert og det vil ikke være mulig å gjenkjenne deltakerne i den ferdige oppgaven. Studien er meldt og godkjent av NSD - Norsk senter for forskningsdata.

Det er helt frivillig å delta. Prosjektet med databearbeiding avsluttes 15.08.2017 og du kan når som helst trekke din deltagelse frem til prosjektslutt.

Har du spørsmål eller ønsker ytterligere opplysninger er det bare å ta kontakt med Jon Arne Gangvik Østgård på jonarneoest@gmail.com eller veileder Anne Thorild Klomsten på anne.klomsten@svt.ntnu.no

Vedlegg 5, Godkjenning NSD



Anne Torhild Klomsten
Institutt for pedagogikk og livslang læring NTNU

7491 TRONDHEIM

Vår dato: 28.03.2017

Vår ref: 53236 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 23.02.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>53236</i>	<i>Hvordan opplever norske tannleger med egen praksis hverdagen med hensyn til stress og utbrenthet?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Anne Torhild Klomsten</i>
<i>Student</i>	<i>Jon Arne Gangvik Østgård</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 12.11.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Kjersti Haugstvedt

Kontaktperson: Kjersti Haugstvedt tlf: 55 58 29 53

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Vedlegg 6, Eksempel på transkripsjon med koding

Stress	<p>rundt og er irritert på venteværelset fordi jeg er forsinket. Jeg lar meg stresser av det og føler ubehag. Gruer meg også til å bare smile og være påtatt hyggelig mot en person jeg da tenker kommer med "piggene ute". Heldigvis roer jo de fleste seg ned og er veldig hyggelige. Ofte er det vel eget stress og ubehag som får det til å koke over for dem, men kjenner at det påvirker meg fysisk og at jeg trenger noe tid til å roe meg når jeg føler dette....</p> <p>Trives ikke med situasjonen</p>
	<p>Hva gjør du for å takle det?</p> <p>Sier til meg selv at det er fordi de er redde og stresset, men jeg blir fysisk urolig av det. Tenker derfor på det i form av å unngå å bli forsinket så godt jeg kan i løpet av dagen og ihvertfall ikke komme skjevt ut fra starten av dagen.</p>
Stress	<p>Heldigvis er jo mange pasienter også forståelsesfulle. De værste bråkebøttene prøver jeg å ta så tidlig som mulig på dagen, da slipper jeg å grue meg og mindre sansynlighet for at jeg er forsinket.. Men samtidig har jeg lært at man skal startet dagen med en hyggelig pasient og avslutte med det samme, og det er det noe sant i, men samtidig kjenner jeg at jeg gruer meg hele formiddagen dersom en av de vanskelige står som pasient utpå, det kan ødelegge hele starten på dagen..</p>
Krevende pasie...	<p>Hva mener du med ødelegge?</p> <p>At jeg gruer meg , er urolig og bare gleder meg til den timeavtalen er unnagjort.</p>
Mestringsfølelse	<p>Oppsiden er en fantastisk godfølelse om den timen går greit, det føles som 100 kg lettere og resten av dagen er bare glede...</p>
Ansvar belaste...	<p>Er det andre forhold som kan tyngde deg ved jobben som tannlege?</p> <p>Ja, alt stresset med drift, i form av ansatte, kostnader, økonomi og usikkerhet.....</p>
Økonomi belast...	<p>Hva mener du med usikkerhet?</p> <p>Det er kostbart å drive praksis, det er stor konkurranse og pasienter er mye mer flyktige enn tidligere. Før gikk de til en fast tannlege, nå shopper de mye mer rundt og de bytter bare de ikke får time akkurat når det passer dem eller at de må betale for en time de ikke kommer til. En må hele tiden være på, forklare og ligge i forkant, konkurransen er stor og har de gått til deg i 8 år uten å måtte gjøre noe spesielt, blir enkelte nærmest fornærmet og klandrer meg som behandler at de får større kostnader på sine tenner. Blir kostanden for stor i forhold til hva de er vant til, spiller det liten rolle at de har sluppet billig unna tidligere. Da er det for dyrt hos deg og enkelte slutter. Det føles urettferdig men også belastende med hensyn til usikkerhet i forhold til økonomi etc. Pasientene vokser ikke lenger på trær og hver tapt pasient er et tap. Dette er noe jeg har diskutert med flere kolleger og som mange opplever i vår region. Det er klart at</p>
Miste pasienter	
Økonomi belast...	

Vedlegg 7, Eksempel på kodeark med frekvens

<u>Code</u>	Total	Min	Max	Mean	Std Dev	Bar Graph
Ansvar belastende	16	2	7	4	2.16	
Bebreide seg selv	6	0	4	1.5	1.732	
Belastende med ad...	22	3	10	5.5	3.109	
Distansere seg	4	0	2	1	1.155	
Dyrt å sette bort a...	2	0	1	0.5	0.577	
Ensomt	2	0	1	0.5	0.577	
Forventning om go...	9	1	5	2.25	1.893	
Fysisk belastende	12	1	4	3	1.414	
Gir overskudd	4	0	4	1	2	
Jobben går utover ...	7	0	4	1.75	2.062	
Krav til etikk	1	0	1	0.25	0.5	
Krevende pasienter	24	4	9	6	2.16	
Lange dager	3	0	2	0.75	0.957	
Lite kunnskap om ...	15	1	7	3.75	2.5	
Låst til jobben/yrket	1	0	1	0.25	0.5	
Manglende frihet	7	0	4	1.75	1.708	
Manglende støtte fr...	7	0	5	1.75	2.217	
Meningsfylt arbeid	3	0	1	0.75	0.5	
Mennesker kan vær...	5	0	2	1.25	0.957	
Mestringsfølelse	6	0	6	1.5	3	
Miste pasienter	1	0	1	0.25	0.5	
Motarbeides som k...	4	0	4	1	2	
Møtt veggen	2	0	1	0.5	0.577	
Nye krav	10	2	3	2.5	0.577	
Pasientbehandling ...	15	0	6	3.75	2.872	
Perfeksjonisme	10	0	5	2.5	2.887	
Personal belastende	10	0	4	2.5	1.732	
Personlig belastende	19	3	7	4.75	1.708	
Positivt å hjelpe an...	2	0	2	0.5	1	
Påføre smerte	1	0	1	0.25	0.5	
Ser resultater	3	0	1	0.75	0.5	
Skoletannlegen	0	0	0	0	0	
Slitsomt	22	0	11	5.5	5.323	
Store forandringer	2	0	1	0.5	0.577	
Stress	25	1	14	6.25	5.56	
Stygge ulven	0	0	0	0	0	
Suger energi	16	2	5	4	1.414	
Takknemlighet	4	0	2	1	1.155	
Tannlege fremfor a...	1	0	1	0.25	0.5	
Tidspress	16	2	6	4	1.826	
Trett og sliten	5	0	3	1.25	1.5	
Trives	18	2	8	4.5	3	
Trives med pasienter	5	0	3	1.25	1.5	
Trivsel	3	0	1	0.75	0.5	
Trygt yrke	1	0	1	0.25	0.5	