

! Godkänd för publicering 10 november 2016

Belastningssymtom och sviktande arbetsförmåga – en utmaning för tandvården

Anställda inom folktandvården, i synnerhet obefordrade tandläkare inom allmäntandvård, har en påfrestande arbetsmiljö. Den upplevda stressen har ett tydligt samband med den självskattade arbetsförmågan och inställningen till arbetsplatsen, visar denna studie.



Författare

Eva Nyqvist (bild)
HR-konsult, Folktandvården, Region Örebro län, Örebro.

E-post: eva.nyqvist@regionorebrolan.se
Kristina Arnrup
docent, Odontologiska forskningsenheten, Folktandvården, Region Örebro län; Inst för hälsovetenskaper, Örebro universitet, Örebro.

Hanne Berthelsen
odont dr, Centrum för tillämpad arbetslivsforskning och utvärdering (CTA), Odontologiska fakulteten, Malmö högskola, Malmö.

Vi har mycket som är bra i arbetslivet inom tandvården i dag. Vi har fina kliniker med goda fysiska möjligheter att utföra arbetet och bra arbetsmaterial. Trots det har antalet anmälningar av arbets-skada ökat kraftigt i Sverige de senaste åren, och vård och omsorg är den bransch som anmäler flest tillfällen [1]. Det genomsnittliga antalet sjukdagar har ökat från 10 till 14 under perioden 2011–2015 [2]. Särskilt de psykosociala arbetsmiljöriskerna ökar och de visar sig vara svåra att hantera på arbetsplatserna [3].

Arbetsrelaterad stress är ett betydande problem i hela Europa och 2014 rapporterade 25 procent av den arbetande befolkningen att de var stressade under större delen av arbetsdagen [4]. Utvecklingen gäller därmed inte enbart Sverige, utan är ett internationellt fenomen på arbetsmarknaden i stort.

Genom nästan fyra årtionden har forskningen visat att tandläkare upplever stress i sin yrkesroll [5, 6]. I Sverige har särskilt arbetsvillkoren inom folktandvården ifrågasatts [7, 8]. Trots att teamwork blir allt vanligare och arbetsuppgifter omfördelas, saknas forskning som inkluderar samtliga yrkesgrupper inom den kliniska tandvården.

Det nationella planeringsstödet 2016 beskriver en obalans mellan efterfrågan och tillgång på tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor, särskilt erfarna medarbetare [9].

Tandvården, med en hög förändringstakt, en ökad sjukfrånvaro och svårighet att rekrytera och behålla personal, står inför många utmaningar.

Syftet med detta arbete är därför:

- att beskriva självskattad hälsa och belastningssymtom hos tandvårdspersonal i fyra län
- att undersöka skillnader i självskattad hälsa och belastningssymtom mellan verksamhetsområden och yrkesgrupper
- att undersöka eventuella samband mellan belastningssymtom, inställningen till arbetsplatsen och självskattad arbetsförmåga.

MATERIAL OCH METOD

Studien är en tvärsnittsundersökning med användning av elektroniska enkäter. Enkäten bestod av skalor från den svenska översättningen av Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ II) [10–12] samt ytterligare frågor av särskild relevans för vårdsektorn.

Data samlades in under perioden 2014–2015 inom folktandvården i fyra län. Samtliga anställda i tjänst (n = 1 782) mottog per e-post informationsbrev och personlig länk till en elektronisk enkät. Efter två påminnelser hade svar inkommit från 1 345 personer (76 procent). Av dessa var 90 procent kvinnor, medelåldern var 48,5 år och de hade arbetat inom sin organisation i genomsnitt 17,3 år. Fördelningen mellan verksamhetsområden och yrkeskategorier framgår av tabell 1.

Genomsnittligt var de svarande nästan tre år äldre än de som inte svarade ($p < 0,001$). Medarbetare med ledningsansvar var mer benägna att svara än övriga anställda (92 procent versus 74 procent; $p < 0,001$) och svarsandelen varierade mellan yrkesgrupper (allmäntandläkare 68 procent, specialist-

Foto: Colourbox



”Det är tidigare visat att arbetsrelaterade belastnings-symtom kan vara ’smittsamma’, särskilt från tandläkare till tandköterska.”

tandläkare 70 procent, tandhygienister 76 procent, tandköterskor 79 procent, tandtekniker 79 procent och anställda med annan utbildningsbakgrund 84 procent; $p < 0,001$).

Globalt självskattad hälsa (en fråga) samt belastningssymtom i form av stress (fyra frågor), utbrändhet (fyra frågor) samt sömnbesvär (fyra frågor), mättes med COPSOQ II [10–12]. En skala avseende positiv inställning till arbetsplatsen etablerades med två frågor från COPSOQ II: *Skulle du rekommendera andra att söka anställning på din arbetsplats?* och *Hur ofta överväger du att söka nytt jobb?* Varje fråga hade fem svarsalternativ (Likert-typ) och poängsattes i analysarbetet 0, 25, 50, 75, 100. Skalpoäng (möjligt intervall 0–100) beräknades som medelvärdet för frågorna inom varje skala förutsatt att minst hälften var besvarade [11].

Nuvarande arbetsförmåga, ”Work Ability Score” (WAS), skattades på en skala från 0 till 10 poäng, där 0 betyder att man inte alls kan arbeta nu och 10 att arbetsförmågan är som allra bäst just nu [13]. Självskattad framtida hälsorelaterad arbetsförmåga skattades med frågan: *Med tanke på din hälsa, tror du att du kan arbeta i ditt nuvarande yrke även om två år?* Svarsalternativen var: *Ja, troligen; Kanske; Nej, knapptast.*

Studien har godkänts av Regionala etikprövningsnämnden i södra Sverige och finansierats av Forte.

Tabell 1. Fördelningen av de svarande mellan tandvårdens yrkesgrupper inom respektive verksamhetsområde.

	Allmän-tandvård		Specialist-tandvård		Annan funktion		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Tandköterskor	516	52	139	58	30	26	685	51
Tandhygienister	213	22	20	8	3	3	236	18
Tandläkare	250	25	76	32	15	13	341	25
Tandtekniker					19	17	19	1
Övrigt	10	1	6	2	48	42	64	5
Totalt	989		241		115		1345	100

DATAANALYS

Univariat fördelningsanalys av studiepopulationen redovisas och för bortfallsanalys användes Mann-Whitney U-test och Pearson χ^2 -test. För värdering av intern konsistens av skalorna för stress, utbrändhet och sömnbesvär användes Cronbach’s alpha. Resultatvariabler presenterades med deskriptiv statistik i form av medelvärde och standarddeviation (SD) eller frekvensfördelning. Gruppskillnader analyserades för parametriska data med t-test eller ANOVA. Skillnader avseende icke-parametriska data analyserades med χ^2 -test. För sambandsanalys valdes

”Genom nästan fyra årtionden har forskningen visat att tandläkare upplever stress i sin yrkesroll.”



”Globalt självskattad hälsa var signifikant lägre inom allmäntandvård ... liksom bland medarbetare utan ledningsansvar ...”

Pearsons eller Spearmans korrelationskoefficient (r eller r_s) beroende på datanivå. Explorativ hierarkisk klusteranalys enligt Ward utfördes med självskattad hälsa och de tre belastningsdimensionerna som klustervariabler.

RESULTAT

Hälsa och belastningssymtom

Globalt självskattad hälsa (medelvärde 62,2; SD 21,0) var signifikant lägre inom allmäntandvård jämfört med övriga verksamhetsområden liksom bland medarbetare utan ledningsansvar jämfört med medarbetare med ledningsansvar (tabell 2).

Skattningarna av stress (medelvärde 34,3, SD 23,9; $\alpha = 0,91$), utbrändhet (medelvärde 37,9, SD 23,7; $\alpha = 0,91$) och sömnbesvär (medelvärde 30,4, SD 24,7; $\alpha = 0,90$) uppvisade likartade mönster med konsekvent högre belastningssymtom inom allmäntandvård jämfört med övriga verksamhetsområden. Tandläkare rapporterade högre belastningssymtom än övriga yrken (tabell 2). Medarbetare utan ledningsansvar och de med patientkontakt > 10 timmar/vecka hade högre värden för stress och utbrändhet än övriga (tabell 2).

Isyfte att specifikt kartlägga belastningssymtom bland de som arbetar i ”första linjens tandvård” ge-

Tabell 2. Medelvärden och standarddeviation för global självskattad hälsa samt symtom på stress, utbrändhet och sömnbesvär per verksamhetsområde, yrkeskategori, ledningsansvar och omfattning av patientkontakt redovisade för hela materialet (valid $n = 1343$). Medelvärden och standarddeviation för de tre belastningsdimensionerna för kliniska yrkesgrupper inom allmäntandvård respektive specialisttandvård ($n = 981$). P-värden från ANOVA respektive t-test.

	Självskattad hälsa			Stress			Utbrändhet			Sömnbesvär		
	Medel	SD	p-värde	Medel	SD	p-värde	Medel	SD	p-värde	Medel	SD	p-värde
Verksamhetsområde												
Allmäntandvård ($n = 988$)	61,1	21,2		36,2	24,4		39,8	24,2		31,8	25,4	
Specialisttandvård ($n = 240$)	65,0	19,4	0,009	28,2	21,7	<0,001	32,6	21,5	<0,001	25,3	22,5	0,001
Övriga funktioner ($n = 115$)	65,5	22,5		30,8	21,7		32,5	20,5		28,2	21,6	
Yrkeskategori												
Tandsköterskor ($n = 684$)	60,6	20,9		31,3	23,8		35,8	23,6		29,7	25,2	
Tandhygienister ($n = 236$)	61,4	19,5	0,090	35,9	23,2	<0,001	37,7	22,8	<0,001	29,1	24,0	0,012
Tandläkare ($n = 340$)	63,9	22,7		40,2	24,2		43,4	24,3		33,8	25,0	
Övrig personal* ($n = 83$)	65,4	19,6		30,3	20,6		32,6	19,8		25,5	19,7	
Ledningsansvar												
Ja ($n = 154$)	69,6	20,5		30,8	21,6	0,037	35,5	21,4	0,001	30,1	24,4	0,881
Nej ($n = 1189$)	61,2	20,9	<0,001	34,7	24,2		38,6	23,9		30,4	24,8	
Patientkontakt > 10 timmar/vecka inom allmän- eller specialisttandvård												
Ja ($n = 1066$)	62,2	20,5		35,1	23,9	0,016	38,8	23,9	0,003	30,2	24,9	0,724
Nej ($n = 277$)	62,3	23,0	0,916	31,2	22,9		34,1	22,0		30,8	24,1	
Endast kliniska yrkesgrupper utan ledningsansvar och med patientkontakt > 10 timmar/vecka ($n = 981$)												
Allmäntandvård												
Tandsköterskor ($n = 395$)				33,3	24,5		37,0	24,2		30,3	25,3	
Tandhygienister ($n = 188$)				37,4	23,1	<0,001	39,2	23,1	<0,001	29,8	24,7	0,030
Tandläkare ($n = 208$)				44,0	23,9		49,4	24,0		35,5	25,9	
Specialisttandvård												
Tandsköterskor ($n = 114$)				25,6	20,2		33,2	22,3		24,1	23,2	
Tandhygienister ($n = 18$)				24,7	18,4	0,001	27,8	22,0	0,238	18,1	19,8	0,161
Tandläkare ($n = 58$)				37,8	22,8		37,3	21,1		29,1	23,3	

* Inklusive tandtekniker

nomfördes separata analyser inom kliniska yrkesgrupper utan ledningsansvar och med > 10 timmar patientkontakt per vecka (n = 981). De högre skattningarna för allmäntandvård och för tandläkare bekräftades (tabell 2).

Inställning till arbetsplatsen och självskattad arbetsförmåga

Tandläkare, i synnerhet i "första linjens tandvård" inom allmäntandvård, hade en mindre positiv inställning än övriga; det vill säga de var mindre benägna att rekommendera arbetsplatsen och övervägde i större utsträckning att söka sig bort (tabell 3).

Medarbetare med ledningsansvar gav betydligt högre skattningar än medarbetare utan ledningsansvar och medarbetare utan patientkontakt högre än medarbetare med patientkontakt (tabell 3).

Den nuvarande arbetsförmågan (WAS) var högst inom specialisttandvård respektive för medarbetare med ledningsansvar (tabell 3). Majoriteten (86 procent) angav också att de trodde sig kunna arbeta kvar inom sitt nuvarande yrke om två år, medan 11 procent svarade "kanske" och 3 procent "nej, knappast" på den frågan. Högst andelar osäkra fanns inom kategorierna allmäntandvård respektive tandsköterskor och tandläkare (tabell 3).

"Tandläkare, i synnerhet i 'första linjens tandvård' inom allmäntandvård ... övervägde i större utsträckning att söka sig bort."

Tabell 3. Medelvärden och standarddeviation för positiv inställning till arbetsplatsen och självskattad nuvarande (Work Ability Score; WAS) och framtida (specifik fråga) arbetsförmåga, redovisade per verksamhetsområde, yrkeskategori, ledningsansvar och omfattning av patientkontakt. P-värden från ANOVA, t-test och Chi²-test.

	Inställning till arbetsplatsen*			WAS (1–10)			Med tanke på din hälsa – tror du att du kan arbeta i ditt nuvarande yrke även om två år?			
	Medel	SD	p-värde	Medel	SD	p-värde	Nej, knappast %	Kanske %	Ja, troligen %	p-värde
Verksamhetsområde										
Allmäntandvård (n = 988)	67,1	24,5		8,2	1,5		3	12	85	
Specialisttandvård (n = 240)	70,6	24,2	0,134	8,6	1,3	0,001	1	9	90	0,041
Övriga funktioner (n = 115)	68,2	22,3		8,4	1,3		0	9	91	
Yrkeskategori										
Tandsköterskor (n = 684)	69,9	23,7		8,3	1,5		3	14	83	
Tandhygienister (n = 235)	66,9	23,2	0,008	8,3	1,3	0,276	2	7	91	0,019
Tandläkare (n = 341)	64,5	26,7		8,2	1,6		4	10	86	
Övrig personal* (n = 82)	67,2	20,3		8,4	1,1		0	7	93	
Ledningsansvar										
Ja (n = 154)	78,6	19,3	< 0,001	8,6	1,1	0,002	3	6	91	0,128
Nej (n = 1182)	66,4	24,6		8,2	1,5		3	12	85	
Patientkontakt > 10 timmar/vecka inom allmän- eller specialisttandvård										
Ja (n = 1065)	67,0	24,8	0,006	8,3	1,5	0,440	3	11	86	0,850
Nej (n = 277)	71,2	22,3		8,2	1,5		3	12	85	
Endast kliniska yrkesgrupper utan ledningsansvar och med patientkontakt > 10 timmar/vecka (n = 981)										
Allmäntandvård										
Tandsköterskor (n = 395)	68,6	23,3		8,3	1,5		3	13	84	
Tandhygienister (n = 188)	65,5	23,8	< 0,001	8,2	1,3	0,007	2	8	90	0,061
Tandläkare (n = 208)	58,5	27,8		7,9	1,7		5	12	83	
Specialisttandvård										
Tandsköterskor (n = 114)	67,8	26,3		8,5	1,4		1	12	87	
Tandhygienister (n = 18)	70,8	19,6	0,882	8,6	1,0	0,719	6	6	89	0,319
Tandläkare (n = 58)	68,4	21,4		8,5	1,2		2	5	93	

*Modifierat index med utgångspunkt från dessa två frågor: Skulle du rekommendera andra att söka anställning på din arbetsplats? Hur ofta överväger du att söka ett nytt jobb? (omvänd skala). Högre värden anger mer positiv inställning till arbetsplatsen.



”Även i ett internationellt perspektiv har yrket förknippats med stress och utbrändhet.”

Samband mellan hälsa, belastningssymtom, inställning till arbetsplatsen och arbetsförmåga

Ju lägre skattningar av hälsa ($r = 0,287$) respektive högre skattningar av stress ($r = -0,478$), utbrändhet ($r = -0,504$) eller sömnbesvär ($r = -0,385$), desto mindre benägen var man att rekommendera arbetsplatsen för andra och mer benägen att söka nytt jobb (samtliga $p < 0,01$).

Samma mönster sågs när det gällde sambanden med arbetsförmåga. Högre skattning på hälsoskalan var korrelerat till högre skattning av den nuvarande (WAS; $r = 0,501$) och framtida ($r_s = 252$) arbetsförmågan, medan högre skattningar av stress, utbrändhet eller sömnbesvär var korrelerade till lägre nuvarande ($r = -408$, $r = -434$ och $r = -379$) och framtida ($r_s = -226$, -248 och -248) arbetsförmåga (samtliga $p < 0,01$).

Fyra kluster med olika profiler

Med utgångspunkt från varje individs skattningsprofil för självskattad hälsa, stress, utbrändhet och sömnbesvär identifierades fyra kluster (figur 1). Kluster 1 (god hälsa och mycket låga belastningssymtom) hade den lägsta andelen medarbetare från allmäntandvården, högsta andelen från specialisttandvården och en relativt hög andel medarbetare med ledningsansvar (tabell 4). Kluster 2 (god hälsa men höga belastningssymtom) utmärkte sig med en hög andel tandläkare och, liksom kluster 1, en relativt hög andel medarbetare med ledningsansvar. Kluster 3 (försämrad hälsa och mycket höga belastningssymtom) var det yngsta klustret, hade den högsta andelen medarbetare från allmäntandvården, en hög andel tandläkare, lägst andel medarbetare med ledningsansvar och högst andel medarbetare med patientkontakt > 10 timmar/vecka. Kluster 4 (försämrad hälsa men ordinära belastningssym-

tom) var äldst men i övrigt det kluster som utmärkte sig minst avseende sammansättning (tabell 4).

Kluster 3 utmärkte sig också med betydligt mindre positiv inställning, lägre självskattad nuvarande arbetsförmåga (WAS) och en hög andel som var osäkra på sin framtida arbetsförmåga (5 + 29 procent, tabell 4). Kontrasten utgjordes av kluster 1 som uppvisade den mest positiva inställningen till arbetsplatsen och den största tilltron till sin nuvarande och framtida arbetsförmåga.

DISKUSSION

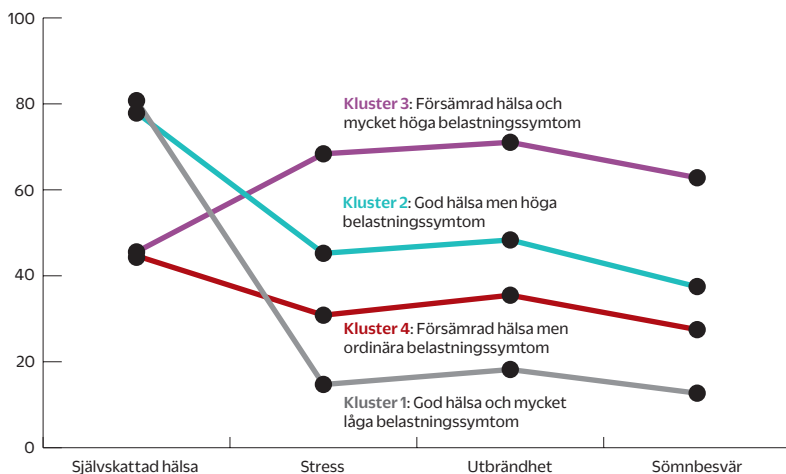
Den självskattade hälsan inom specialisttandvården liksom bland övrig personal var i nivå med det danska referensvärdet (66,0) [11], medan personal inom allmäntandvård skattade sin hälsa som sämre. Skillnaderna mellan yrkesgrupper motsvarar den förväntade sociala gradienten (ju högre utbildning och ansvar, desto bättre hälsa), vilket är en generell tendens i samhället (Folkhälsorapporten 2016).

Belastningssymtomen var generellt högre jämfört med danska referensvärden (stress: 26,7; utbrändhet: 34,1; sömnbesvär: 21,3), särskilt för allmäntandläkare. Villkoren för tandläkare inom allmäntandvården i Sverige har diskuterats, särskilt möjligheterna till inflytande och de tydliga produktivetskraven [7, 8, 14, 15]. Även i ett internationellt perspektiv har yrket förknippats med stress och utbrändhet [16–19]. Att specialisttandläkare upplever mindre belastningssymtom stämmer med tidigare forskning inom svensk folktandvård [20]. Även forskning om tandhygienisters arbetsmiljö pekar i samma riktning som vår studie [19, 21, 22], medan tandsköterskors psykosociala arbetsmiljö är i stort sett obeforskad.

Fyra kluster identifierades, där kluster 2 och 3 utifrån ett förebyggande perspektiv är av störst intresse. Förutom de höga andelarna allmäntandläkare, är båda dessa kluster yngre än kluster 1 och 4. Kluster 3 utgör en högriskgrupp, både i relation till individens hälsa och risken för att lämna jobbet eller yrket i förtid. Kluster 2 karakteriseras också av höga belastningssymtom, men av mindre påverkad hälsa. Det kan bero på att individerna i denna grupp är mindre stresskänsliga eller att de inte har varit under stor belastning så länge. Oavsett orsaken är det viktigt att den höga belastningen uppmärksammas så att riskprofilen inte ökar i riktning mot kluster 3.

Resultaten visar ett tydligt samband mellan upplevd stress på arbetsplatsen och medarbetares självskattade arbetsförmåga samt inställning till arbetsplatsen. Medarbetares hälsa och välbefinnande har även betydelse för produktiviteten [23, 24], och sjukskrivningar, rekrytering och introduktion av nyanställda innebär stora kostnader för arbetsgivaren [25, 26].

Folktandvården i Sverige har uppmärksammat stressproblematiken och erbjuder i dag förmåner på olika sätt (till exempel friskvårdsbidrag, arbetstids-



Figur 1. Klusterutfall med fyra kluster identifierade genom hierarkisk klusteranalys. Analysen baseras på 1302 individers skattningar av hälsa, stress, utbrändhetssymtom och sömnbesvär. Y-axeln anger klustermedelvärde för respektive variabel.

Tabell 4. Beskrivning av de fyra klustren med avseende på bakgrundsvariabler, inställning till arbetsplatsen och arbetsförmåga. Värdena anger, om inget annat anges, andelar i procent. P-värden från ANOVA respektive Chi²-test.

	Kluster 1 (n = 439)	Kluster 2 (n = 203)	Kluster 3 (n = 225)	Kluster 4 (n = 435)	p-värde
Ålder i år (medelvärde; SD)	49,0; 11,0	46,8; 11,9	45,9; 11,2	49,9; 11,1	< 0,001
Kön, andel kvinnor	89	91	92	91	0,592
Verksamhetsområde					
Allmäntandvård	65	77	84	75	< 0,001
Specialisttandvård	25	14	12	16	
Yrkeskategori					
Tandsköterskor	54	43	44	55	
Tandhygienister	16	17	20	19	< 0,001
Tandläkare	22	34	34	19	
Övriga	8	5	2	7	
Ledningsansvar	16	15	5	9	< 0,001
Patientkontakt > 10 timmar/vecka	77	82	87	78	0,008
Inställning till arbetsplatsen CW (medelvärde; SD)	79,2; 19,8	64,9; 23,6	47,6; 25,1	68,2; 21,1	< 0,001*
Nuvarande arbetsförmåga WAS (medelvärde; SD)	9,1; 0,9	8,6; 1,3	7,1; 1,7	8,0; 1,4	< 0,001**
Med tanke på din hälsa – tror du att du kan arbeta i ditt nuvarande yrke även om två år?					
Nej, knappast	1	2	5	3	
Kanske	3	8	29	12	< 0,001
Ja, troligen	96	90	66	85	

* Bonferroni post hoc-test för CW: Kluster 1 respektive kluster 3 skiljer sig signifikant från samtliga andra kluster. Kluster 2 och kluster 4 skiljer sig signifikant från kluster 1 respektive kluster 3 men inte från varandra.

** Bonferroni post hoc-test för WAS: Samtliga kluster skiljer sig signifikant från varandra.

förkortning). Våra resultat visar dock att belastningsproblematiken i hög grad kan kopplas till särskilda grupper av medarbetare, vilket innebär att generella och organisatoriska insatser måste diskuteras.

Belastningen och dess konsekvenser kan förstås utifrån Jobb–krav–resurs-modellen [27, 28]. För att ändra situationen behöver man identifiera såväl de påfrestningar som de resurser som finns i arbetet. Kraven har betydelse för utveckling av stress och utbrändhet [29, 30], men balanseras av resurser i form av till exempel inflytande, utvecklingsmöjligheter, välfungerande samarbetsrelationer samt förutsättningar för att bedriva en god kvalitet i patientarbetet [8, 20, 22, 31–34]. Tandvårdsforskning betonar även betydelsen av meningsfullhet i arbetet [35].

Det är tidigare visat att arbetsrelaterade belastningssymtom kan vara ”smittsamma”, särskilt från tandläkare till tandsköterska [36]. Resultaten är därför särskilt intressanta i relation till planeringen av generationsväxlingen av tandsköterskor. Det kan bli problematiskt för verksamheten när gruppen erfarna tandsköterskor, som mår bra, går i pension om nya tandsköterskor kommer in i en miljö som kännetecknas av en ung tandläkarkår med uttalade belastningssymtom. Det är därför angeläget att se

belastningsproblemen i ett större sammanhang, från ett samhällsperspektiv.

Vår studie har såväl styrkor som svagheter. Användningen av validerade frågor och skalor samt den höga svarsprocenten är styrkor, men värt att notera är att till exempel långtidssjukskrivna inte inkluderades, varför nivån av belastningssymtom troligen är underestimerad. Deltagande organisationer är inget slumpmässigt urval, vilket begränsar generaliserbarheten. Organisationer som valde att ingå i projektet kan antas ha ett tydligt intresse för arbetsmiljö och organisationsutveckling, vilket ytterligare talar för en underskattning av belastningsnivån. Sambanden mellan belastningssymtom och arbetsförmåga samt inställning till arbetsplatsen torde ändå vara generaliserbara i ett bredare perspektiv. Studiens tvärsnittsdesign tillåter dock inga slutsatser om orsakssamband.

Resultaten indikerar en betydande förebyggande potential i systematiskt arbete med den sociala och organisatoriska arbetsmiljön. Detta arbete ska bedrivas utifrån principer i Arbetsmiljöföreskriften (AFS 2015:4), gällande såväl policy och organisering som arbetets dagliga utförande. I det nationella planeringsstödet för framtidens tandvård [9] används redan olika sorters underlag för etablering av prog-

”För att ändra situationen behöver man identifiera såväl de påfrestningar som de resurser som finns i arbetet.”

**”.. värt att notera är att till exempel långtidssjukskrivna inte inkluderades, varför nivån av belastningssymtom troligen är underestimerad.”**

noser för utvecklingen. Resultat från studier som vår bör kunna komplettera planeringsunderlagen.

SLUTSATSER

- Anställda inom folktandvården, i synnerhet obefordrade tandläkare inom allmäntandvård, har en påfrestande arbetsmiljö.
- Belastningen ser olika ut för olika verksamhetsområden och yrkesgrupper.
- Självskattade uppgifter om belastningssymtom kan användas för att identifiera särskilda riskgrupper.
- Belastningen relaterar även till arbetsförmåga och inställningen till arbetsplatsen.

Studien bidrar med ny kunskap som bör beaktas i en diskussion om hur arbetsmiljöaspekter skulle kunna integreras i planeringen av en hållbar framtida tandvårdsorganisation med ett för medarbetarna hållbart arbetsliv.

ENGLISH SUMMARY

Strain symptoms and work ability – a challenge for the public dental health service

Eva Nyqvist, Kristina Arnrup and Hanne Berthelsen-Tandläkartidningen 2016; 108 (14): 54–60

The Public Dental Health Service (PDHS) in Sweden has been challenged by increasing sickness rates among staff and difficulties in recruitment of staff, as well as a high staff turnover due to expected

retirements. The aim of this study was to describe and compare self-rated health and strain symptoms for different work areas and occupational groups amongst dental care staff, and to analyse associations between strain symptoms, affective commitment to the workplace and self-rated work ability.

An online questionnaire was sent to all PDHS staff in four regions of Sweden. Questions were mainly based on scales from the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. A resulting response rate of 76 percent (n = 1345) was obtained. ANOVA and exploratory cluster analyses were used, in addition to descriptive and correlational analyses.

The current study supported the view of previously reported research in Sweden with respect to employees of PDHS. In particular, non-managerial dentists in general practice from general practice have a stressful work environment. However, the study does contribute with new knowledge on how work-related stress, burnout symptoms and sleeping trouble (strain symptoms) differed according to work area and occupation. Furthermore, strain symptoms were linked to self-rated work ability and affective commitment to the workplace. The processes by which the work environment, health, and well-being of staff can be integrated is important knowledge for the dental field to consider when planning a future sustainable dental organization. ●

Referenser

- Socialförsäkringskassan. Utökad sammanfattning till Socialförsäkringsrapport 2015:11. Bred samverkan krävs för att minska sjukfrånvaron. 2015.
- Cooper CL, Mallinger M, Kahn R. Identifying sources of occupational stress among dentists. *J Occ Psychol* 1978; 51: 227–34.
- Bejerot E. Dentistry in Sweden – Healthy work or ruthless efficiency? Lund: Lunds universitet, 1998. Doktorsavhandling.
- Hjalms K. Good work for dentists-ideal and reality for female unpromoted general practice dentists in a region of Sweden. *Swed Dent J (Suppl)* 2005 (182): 10–136.
- Nationella planeringsstödet 2016. Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård. Socialstyrelsen, 2016.
- Berthelsen H, Westerlund H, Kristensen TS. COPSQ II – en uppdatering och språklig validering av den svenska versionen av en enkät för kartläggning av den psykosociala arbetsmiljön på arbetsplatser. Stressforskningsrapport 326. Stockholm: Stressforskningsinstitutet, Stockholms universitet, 2014.
- Pejtersen JH, Kristensen TS, Borg V, Björner JB. The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Scand J Pub Health* 2010; 38 (3 Suppl): 8–24.
- Cotrim T, da Silva CF, Amaral V, Bem-Haja P, Pereira A. Work ability and psychosocial factors in healthcare settings: Results from a national study. In: *Advances in Human Aspects of Healthcare*. Duff VG, editor. New York: CRC Press 2014; 3: 32.
- Franzén C. Att vara en tandläkare i folktandvården. Malmö: Malmö högskola, 2009. Doktorsavhandling
- Puriene A, Janulyte V, Musteikyte M, Bendinskaite R. General health of dentists. Literature review. *Stomatologija* 2007; 9: 10–20.
- Gorter RC. Work stress and burnout among dental hygienists. *Int J Dent Hyg* 2005; 3: 88–92.
- Candell A, Engstrom M. Dental hygienists' work environment: motivating, facilitating, but also trying. *Int J Dent Hyg* 2010; 8: 204–12.
- Hakanen JJ, Koivumäki J. Engaged or exhausted – How does it affect dentists' clinical productivity? *Burnout Res* 2014.
- Kocakulah MC, Kelley AG, Mitchell KM, Ruggieri MP. Absenteeism problems and costs: causes, effects and cures. *IBER* 2016; 15: 89.
- Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands-resources model of burnout. *J Appl Psychol* 2001; 86: 499.
- Hakanen JJ, Schaufeli WB, Ahola K. The job demands-resources model: A three-year cross-lagged study of burnout, depression, commitment, and work engagement. *Work Stress* 2008; 22: 224–41.
- Berthelsen H, Hjalms K, Pejtersen JH, Söderfeldt B. Good Work for dentists – a qualitative analysis. *Com Dent Oral Epidemiol* 2010; 38: 159–70.
- Petren V, Levin G, Chohan T, Preber H, Candell A, Bergström J. Swedish dental hygienists' preferences for workplace improvement and continuing professional development. *Int J Dent Hyg* 2005; 3: 117–25.
- Lindström B, Eriksson M. The hitchhiker's guide to salutogenesis: Salutogenic pathways to health promotion. *Health Promotion Research Report*, 2010:2. Helsinki: Health Promotion research Centre, 2010.
- Hakanen JJ, Perhoniemi R, Bakker AB. Crossover of exhaustion between dentists and dental nurses. *Stress Health* 2014; 30: 110–21.

Fullständig referenslista finns tillgänglig i artikeln på tandläkartidningen.se



Fullständig referenslista

1. Arbetsmiljöverket. Arbetsbelastning. Korta arbetskade fakta Nr 4/2015. Stockholm: Arbetsmiljöverket; 2015.
2. Socialförsäkringskassan. Utökad sammanfattning till Socialförsäkringsrapport 2015:11. Bred samverkan krävs för att minska sjukfrånvaron. 2015.
3. van Stolk C. Management of psychosocial risks at work: an analysis of the findings of the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER): Publications Office [of the European Union]; 2012.
4. Eurofound, EU-OSHA. Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention 2014.
5. Cooper CL, Mallinger M, Kahn R. Identifying sources of occupational stress among dentists. *J Occ Psychol* 1978; 51: 227–34.
6. Katz CA. Reducing interpersonal stress in dental practice. *Dental Clin North Am* 1978; 22: 347–59.
7. Bejerot E. Dentistry in Sweden – Healthy work or ruthless efficiency? Lund: Lunds universitet, 1998. Doktorsavhandling.
8. Hjalms K. Good work for dentists-ideal and reality for female unpromoted general practice dentists in a region of Sweden. *Swed Dent J (Suppl)* 2005 (182): 10–136.
9. Nationella planeringsstödet 2016. Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård. Socialstyrelsen, 2016.
10. Berthelsen H, Westerlund H, Kristensen TS. COPSQ II – en uppdatering och språklig validering av den svenska versionen av en enkät för kartläggning av den psykosociala arbetsmiljön på arbetsplatser. Stressforskningsrapport 326. Stockholm: Stressforskningsinstitutet, Stockholms universitet, 2014.
11. Pejtersen JH, Kristensen TS, Borg V, Bjorner JB. The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Scand J Pub Health* 2010; 38 (3 Suppl): 8–24.
12. Kristensen TS, Hannerz H, Hogh A, Borg V. The Copenhagen Psychosocial Questionnaire – a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scand J Work Env Health* 2005; 31: 438–49.
13. Cotrim T, da Silva CF, Amaral V, Bem-Haja P, Pereira A. Work ability and psychosocial factors in healthcare settings: Results from a national study. In: *Advances in Human Aspects of Healthcare*. Duff VG, editor. New York: CRC Press 2014; 3: 32.
14. Franzén C. Att vara en tandläkare i folktandvården. Malmö: Malmö högskola, 2009. Doktorsavhandling.
15. Franzén C, Söderfeldt B. Changes in employers' image of ideal dentists and managers in the Swedish public dental sector. *Acta Odontol Scand* 2002; 60: 290–6.
16. Puriene A, Janulyte V, Musteikyte M, Bendinskaite R. General health of dentists. Literature review. *Stomatologija* 2007; 9: 10–20.
17. Moore R. Psychosocial aspects of dental anxiety and clinical pain phenomena. Aarhus: Aarhus University, 2006. Doctoral dissertation.
18. Brake HT, Bouman AM, Gorter R, Hoogstraten J, Eijkman M. Professional burnout and work engagement among dentists. *Eur J Oral Sci* 2007; 115: 180–5.
19. Gorter RC. Work stress and burnout among dental hygienists. *Int J Dent Hyg* 2005; 3: 88–92.
20. Pilgård G, Söderfeldt B, Hjalms K, Rosenquist J. Dimensions of good work for employees in oral and maxillofacial surgery in Sweden. *Swed Dent J* 2006; 31: 147–54.
21. Lang RJ, Gilpin JL, Gilpin AR. Stress-related symptoms among dental hygienists. *Psychol Rep* 1990; 66 (3 Pt 1): 715–22.
22. Candell A, Engstrom M. Dental hygienists' work environment: motivating, facilitating, but also trying. *Int J Dent Hyg* 2010; 8: 204–12.
23. Taris TW. Is there a relationship between burnout and objective performance? A critical review of 16 studies. *Work Stress* 2006; 20: 316–34.
24. Hakanen JJ, Koivumäki J. Engaged or exhausted – How does it affect dentists' clinical productivity? *Burnout Res* 2014.
25. Kocakulah MC, Kelley AG, Mitchell KM, Ruggieri MP. Absenteeism problems and costs: causes, effects and cures. *IBER* 2016; 15: 89.
26. Li Y, Jones CB. A literature review of nursing turnover costs. *J Nurs Manage* 2013; 21: 405–18.
27. Schaufeli WB, Taris TW. A critical review of the Job Demands-Resources Model: Implications for improving work and health. In: *Bridging occupational, organizational and public health*. Bauer, GF, Hämmig, O, editors. London: Springer, 2014, p 43–68.
28. Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands-resources model of burnout. *J Appl Psychol* 2001; 86: 499.
29. Hakanen JJ, Schaufeli WB, Ahola K. The job demands-resources model: A three-year cross-lagged study of burnout, depression, commitment, and work engagement. *Work Stress* 2008; 22: 224–41.
30. Hakanen JJ, Bakker AB, Demerouti E. How dentists cope with their job demands and stay engaged: The moderating role of job resources. *Eur J Oral Sci* 2005; 113: 479–87.
31. Berthelsen H, Hjalms K, Pejtersen JH, Söderfeldt B. Good Work for dentists – a qualitative analysis. *Com Dent Oral Epidemiol* 2010; 38: 159–70.
32. Berthelsen H, Hjalms K, Söderfeldt B. Perceived social support in relation to work among Danish general dental practitioners in private practices. *Eur J Oral Sci* 2008; 116: 157–63.
33. Hjalms K, Söderfeldt B, Axtelius B. Healthy work for female unpromoted general practice dentists. *Acta Odontol Scand* 2004; 62: 107–10.
34. Petren V, Levin G, Chohan T, Preber H, Candell A, Bergström J. Swedish dental hygienists' preferences for workplace improvement and continuing professional development. *Int J Dent Hyg* 2005; 3: 117–25.
35. Lindström B, Eriksson M. The hitchhiker's guide to salutogenesis: Salutogenic pathways to health promotion. Health Promotion Research Report, 2010:2. Helsinki: Health Promotion research Centre, 2010.
36. Hakanen JJ, Perhoniemi R, Bakker AB. Crossover of exhaustion between dentists and dental nurses. *Stress Health* 2014; 30: 110–21.