

Alment praktiserende lægers psykiske arbejdsmiljø og jobtilfredshed 2023

December 2023



Anette Fischer Pedersen og Peter Vedsted

Forskningsenheden for Almen Praksis

Bartholins Allé 2

8000 Aarhus C

Alment praktiserende lægers psykiske arbejdsmiljø og jobtilfredshed 2023

Udarbejdet af: Anette Fischer Pedersen og Peter Vedsted, Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus, Aarhus Universitet.

Copyright: Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus, Aarhus Universitet. Brug af uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse.

Grafisk design: Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus, Aarhus Universitet.

ISBN: 978-87-90004-80-4

Version: 1. version

Versionsdato: 12. december 2023

Rapporten er bestilt af Praktiserende Lægers Organisation (PLO), der har ret til at citere rapportens resultater. PLO har ikke haft indflydelse på analyserne og konklusionerne i rapporten.

Citeres som: Pedersen AF, Vedsted P. Alment praktiserende lægers psykiske arbejdsmiljø og jobtilfredshed 2023. Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet 2023.

Indhold

Sammenfatning.....	3
Baggrund.....	5
Metode.....	7
Analyse.....	9
Etik og datahåndtering.....	9
Resultater.....	10
Karakteristik af ydernumre	11
Arbejdstid og tidsforbrug.....	14
Udbrændthed.....	19
Udbrændthed og oplevelsen af arbejdet som praktiserende læge	23
Udbrændthed og en sygemeldt kollega.....	24
Udbrændthed og lægens eget helbred og søvnkvalitet.....	24
Andre indikatorer for job-relateret trivsel og arbejdsglæde.....	30
Regionale forskelle	34
Diskussion.....	39
De vigtigste fund.....	39
Undersøgelsens styrker og svagheder.....	39
Udbrændthed.....	40
Længden af arbejdsugen i praksis.....	40
Arbejde-privatlivskonflikt.....	41
Oplevet kvalitet og professionel kapital.....	41
Praktiserende lægers eget helbred	42
Søvnproblemer	42
Jobtilfredshed og arbejdsglæde	43
Regionale forskelle i udbrændthed.....	43
Belastninger i jobbet som alment praktiserende læge.....	44
Solopraksis og kompagniskabspraksis	45
Brug af praksisunderstøttende personale	45
Konklusion	46
Litteratur	48

Sammenfatning

Flere forhold lægger pres på almen praksis, herunder befolkningens stigende levealder, flere ældre med langvarig sygdom, problemer med lægedækningen i almen praksis i flere områder og opgaveflytning fra hospitaler til almen praksis. Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus har siden 2004 fulgt trivslen hos alment praktiserende læger og påvist store stigninger i bl.a. udbrændtheden. Billedet er det samme i internationale studier af praktiserende lægers jobtrivsel. I 2022 besluttede PLO at foretage en ny landsdækkende spørgeskemaundersøgelse blandt deres medlemmer i samarbejde med Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus.

I april 2023 modtog alle medlemmer af PLO, registreret med ydernummer og en e-mailadresse, et link til et elektronisk spørgeskema. I alt 1737 læger (svarprocent = 51 %) fuldførte besvarelsen af spørgeskemaet. Svarprocenten var højest i Region Sjælland med 55 % og lavest i Region Syddanmark, hvor 49 % besvarede spørgeskemaet.

Resultaterne viste, at 48 % opfyldte kriterierne for en moderat grad af udbrændthed og 14 % opfyldte kriterierne for en alvorlig grad af udbrændthed. Gruppen af alvorligt udbrændte udgjorde omtrent 30 % af de moderat udbrændte, da kriterierne for moderat og alvorlig udbrændthed er overlappende. Siden seneste måling i 2019, er andelen af moderat udbrændte steget med 21 % og andelen af alvorligt udbrændte er steget med 44 %. I lighed med, hvad vi har fundet tidligere, at var flere kvindelige praktiserende læger moderat udbrændte, og flere mandlige praktiserende læger var alvorligt udbrændte. Forekomsten af udbrændthed var højest i den midterste aldersgruppe (45-54 år), hvilket vi også fandt i 2019. Stigningen i udbrændthed kan således tilskrives en særlig øget forekomst hos praktiserende læger under 54 år.

Udbrændthed hos praktiserende læger så især ud til at være forbundet med et højt antal arbejdstimer pr. uge, oplevet konflikt mellem arbejde og privatliv, oplevelsen af ikke at kunne udføre sit arbejde i den kvalitet, som man gerne vil og høj grad af oplevet belastning fra mange komplekse patienter. Andelen af praktiserende læger, som følte sig belastet af omfanget af komplekse patientkontakter var steget fra 43 % i 2016 til 66 % i 2023.

Generelt viste undersøgelsen en større variabilitet i en række arbejdsmæssige forhold for lægerne. Den gennemsnitlige arbejdsuge for alment praktiserende læger i undersøgelsen var 45 timer. Et højt antal arbejdstimer pr. uge var tæt associeret til højere risiko for udbrændthed. Niveauet af udbrændthed hos praktiserende læger var sammenligneligt med niveauet hos danske karkirurger, som også angav omtrent 45 arbejdstimer om ugen. Niveauet af udbrændthed hos praktiserende læger var ca. 2½ gange højere sammenholdt med niveauet hos medlemmer af Dansk Urologisk Selskab, hvor den gennemsnitlige arbejdsuge var ca. 40 timer.

Blandt praktiserede læger angav 26 %, at arbejdet helt sikkert tager så meget af deres *energi*, at det går ud over privatlivet, og 24 % angav, at arbejdet helt sikkert tager så meget af deres *tid*, at det går ud over privatlivet. Dette er 2-4 gange så høje andele, som fundet hos andre erhvervsaktive i Danmark. Kun godt halvdelen (56 %) mente, at de kunne udføre deres arbejde i en kvalitet, som de var helt tilfredse med. Hos alvorligt udbrændte praktiserende læger, som

ofte var dem, der arbejdede mest, var andelen, som var tilfredse med kvaliteten af deres arbejde, nede på 22%.

Omtrent halvdelen af praktiserende læger angav, at de i høj grad eller i meget høj grad oplever, at deres arbejde bliver påskønnet i samfundet og i al almindelighed. Denne andel af praktiserende læger med et højt niveau af professionel kapital var på højde med, hvad der er fundet blandt 3100 ansatte på skolerne i Aalborg Kommune. For gruppen af praktiserende læger med alvorlig grad af udbrændthed var andelen med høj professionel kapital reduceret til 19 %. Dvs. kun godt hver femte praktiserende læge med alvorlig udbrændthed oplever, at deres arbejde bliver påskønnet i samfundet og i al almindelighed.

Hvor omtrent den ene halvdel af praktiserende læger udviste tegn på udbrændthed, så angav omtrent den anden halvdel (47 %), at de i meget høj grad eller i høj grad har den arbejdsglæde, som de ønsker sig. Dette var færre end i 2019, hvor det var 55 %, som i meget høj grad eller i høj grad havde den arbejdsglæde, som de ønskede sig.

Praktiserende læger havde halvt så mange sygefraværsdage, som erhvervsaktive danskere, og tre ud af fire læger var taget på arbejde, selv om de var syge, i løbet af det sidste år. Omtrent halvdelen af praktiserende læger vurderede deres eget helbred til at være fremragende eller vældigt godt. Kun omtrent hver femte læge med alvorlig udbrændthed vurderede dog helbredet til at være fremragende eller vældigt godt. Hver femte praktiserende læge med alvorlig udbrændthed angav problemer med at falde i søvn og hver tredje angav problemer med for tidlig opvågning. Hos læger uden tegn på udbrændthed var andelen hhv. 3 % og 5 %.

Udbrændthed så ud til at kunne være af betydning for fastholdelse i praksis. Således havde 3 ud af 4 læger med alvorlig udbrændthed fortrudt deres valg af speciale og var utilfredse eller meget utilfredse med fremtidsudsigterne for almen praksis. Halvdelen af praktiserende læger med tegn på udbrændthed fandt det sandsynligt, at de ville blive pensioneret førend de fyldte 65 år.

Der var ingen signifikante forskelle i udbrændthed på tværs af regioner, heller ikke justeret for forskelle i køn og alder. De højeste andele af praktiserende læger med moderat og alvorlig udbrændthed sås i de regioner, som er særligt udfordrede på fx andelen af borgere med dårligt selvrapporeret fysisk og mentalt helbred og hvor andelen af praksisser, som har lukket for tilgang af nye patienter, er særligt høje. Således havde Region Sjælland den højeste forekomst af moderat udbrændthed (51 %) og Region Nordjylland den højeste forekomst af alvorlig udbrændthed (17 %). Den afledte effekt af dette kan være en høj arbejdsbelastning, der er en væsentlig medvirkende faktor til udbrændthed.

Baggrund

Danskernes middellevetid er stigende for både mænd og kvinder. Danske mænd bliver nu i gennemsnit 79,2 år og danske kvinder 83,2 år (1). Andelen af ældre med langvarig sygdom og dårlig mental trivsel er samtidig for opadgående (1). Flere ældre, som lever længere med flere sygdomme, er med til at øge behovet for ydelser i almen praksis. I 2021 havde hver praktiserende læge i gennemsnit næsten seks ydelser pr. dag med patienter med KOL eller diabetes type 2, og antallet af konsultationer pr. lægekapacitet pr. dag er støt stigende (2).

Antallet af praktiserende læger har i perioden 2013-2022 være stagnerende og er i dag ca. 3500 (2). Det står i skarp kontrast til antallet af læger på offentlige hospitaler som i perioden 2001 til 2021 er vokset med 68 % fra ca. 10.800 til ca. 18.100 læger (2). Samtidig er både indlæggelsestiden og antallet af sengepladser på hospitalerne faldet. Voksende arbejdsstyrke og produktivitet på hospitalerne i kombination med et faldende antal praktiserende læger, som forventes at tage over, når patienterne udskrives til opfølgende behandling, har været med til at skabe en flaskehals-problematik i almen praksis.

Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus har siden 2004 monitoreret trivslen hos alment praktiserende læger, og siden 2012 har monitoreringen fundet sted med 3-4 års mellemrum (3-5). Siden 2016 er monitoreringen sket i samarbejde med PLO. Da vi har anvendt samme måleredskab til bl.a. udbrændthed i alle årene, har vi kunnet dokumentere en dramatisk stigning i forekomsten af moderat udbrændthed blandt praktiserende læger fra 26 % i 2012 til 40 % i 2019 og alvorlig udbrændthed fra 5 % i 2012 til 11 % i 2019.

Vha. Danmarks Statistiks Forskerservice har vi haft mulighed for at koble data fra de tidligere trivselsundersøgelser på individniveau, samtidig med at anonymiteten for den enkelte læge er bevaret. I vores forskning har vi bl.a. påvist, at 24 % af praktiserende læger ser ud til at være langvarigt ramt af mistro i deres job, men også at 11 % ser ud til at få det bedre igen efter en periode med mistro (6). Det er vigtigt at have for øje, at udbrændthed er en reversibel tilstand, og kan afhjælpes med såvel strukturelle som individuelle initiativer (7).

Stigningen i udbrændthed, som er dokumenteret blandt danske praktiserende læger, er i overensstemmelse med udviklingen internationalt (8). Selv om konsekvenserne af udbrændthed og mistro hos praktiserende læger endnu er sparsomt undersøgt, så ved vi fra forskningen i arbejdsmiljø generelt, at lav mental sundhed er associeret til nedsat produktivitet, øget sygefravær samt tidlig tilbagetrækning (9), og at lavt selv vurderet helbred tilmed er forbundet med øget dødelighed (10).

Stigningen i mistro blandt praktiserende læger sker samtidig med, at mange erhvervsaktive danskere oplever store udfordringer med deres mentale helbred. En tredjedel af erhvervsaktive i Danmark har således symptomer på angst og depression i 2021, hvilket er en væsentlig stigning i forhold til 2013 (9). I det perspektiv er den forringede jobtrivsel i almen praksis ikke enestående. Paradoksalt nok bliver de generelle problemer med trivslen på arbejdsmarkedet dog en yderligere belastning for almen praksis, når erhvervsaktive borgere med dårligt mentalt

helbred henvender sig for at få hjælp hos egen læge, fx i form af sygemelding eller henvisning til psykologhjælp.

I april 2023 udførte vi en ny trivselsundersøgelse, og denne rapport præsenterer resultaterne herfra. Rapporten er udarbejdet af Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus. PLO har deltaget i designet af spørgeskemaet, men ikke i hverken analyse eller tolkning af data. Tak til de mange praktiserende læger, som fandt tid til at besvare undersøgelsen.

Metode

Denne undersøgelse inkluderer alle praktiserende læger med ydernummer, som stod listet i Praktiserende Lægers Organisations (PLOs) medlemsdatabase med e-mailadresse per 24.04.2023. Kort før udsendelsen af et personligt link til det elektroniske spørgeskema omtalte PLO undersøgelsen i nyhedsbrevet "PLOrientering". Det elektroniske spørgeskema var opsat i SurveyXact. Efter ca. 2 uger modtog de praktiserende læger, som ikke havde responderet, en påmindelsesmail. I alt 3420 alment praktiserende læger blev inviteret til at deltage i undersøgelsen.

Spørgeskemaet baserede sig på en række standardiserede skalaer, udvalgte spørgsmål fra standardiserede skalaer, spørgsmål anvendt i andre danske arbejdsmiljøundersøgelser samt ad hoc spørgsmål udviklet specifikt til undersøgelsen. Flere af de standardiserede skalaer samt inkluderede enkeltspørgsmål har været anvendt i tidligere undersøgelser af praktiserende lægers arbejdsmiljø. Dette sikrer en mulighed for at monitorere udviklingen.

Spørgeskemaet blev løbende gennemgået i en fælles projektgruppe med PLO, der sikrede at kun de absolut nødvendige skalaer og spørgsmål blev inkluderet. Dertil sikrede det face-validitet hos respondent og aftager af resultaterne.

De standardiserede skalaer inkluderede:

Maslach Burnout Inventory' (MBI): En valideret skala, der måler symptomer på svær arbejdsbelastning (udbrændthed) og består af 22 spørgsmål fordelt på underskalaerne 'emotionel udmattelse', 'depersonalisering' og 'personligt jobudbytte' (11). For hver underskala beregnes en sum-score, som i forhold til normdata kategoriseres som lav, middel eller høj. Moderat udbrændthed defineres som høj grad af emotionel udmattelse (en score >26) og/eller høj grad af depersonalisering (>9). Alvorlig udbrændthed defineres som høj grad af emotionel udmattelse (>26), samtidig høj grad af depersonalisering (>9) og samtidig lav grad af personligt jobudbytte (<34).

Af ovenstående fremgår, at kriterierne for en moderat og alvorlig grad af udbrændthed er overlappende, idet den del af respondenterne, der opfylder kriterierne for alvorlig udbrændthed, også opfylder kriterierne for moderat udbrændthed. Når vi opgør prævalensen af moderat og alvorlig grad af udbrændthed, skal de to andele altså **ikke** lægges sammen.

Når vi analyserer forskelle imellem grupperne bestående af praktiserende læger uden tegn på udbrændthed, læger med moderat grad af udbrændthed og læger med alvorlig grad af udbrændthed, så har vi ladet kategorierne være gensidigt udelukkende. Gruppen af læger med alvorlig grad af udbrændthed indgår altså her **ikke** i gruppen af læger med moderat grad af udbrændthed. Dette skyldes, at statistiske analyser forudsætter uafhængighed af observationerne.

Warr-Cook-Wall Job Satisfaction Scale: Består af ti spørgsmål, som scores på en skala fra 1 ("yderst utilfreds") til 7 ("yderst tilfreds"), som summeres til en samlet sumscore fra 10 til 70, hvor en høj score afspejler høj arbejdstilfredshed (12). Skalaen måler bl.a. tilfredsheden med

de fysiske arbejdsforhold, lønnen, muligheden for at udnytte sine evner og variationen i arbejdet. Hvert item blev inddelt i "høj grad af utilfredshed" (scoren 1, 2, og 3) og "høj grad af tilfredshed" (scoren 5, 6, og 7).

WHO's Trivselsindeks (WHO-5): I alt fem spørgsmål måler den generelle trivsel og det generelle velbefindende i løbet af de seneste to uger (13). Hvert spørgsmål scores fra 0-5 og høj score afspejler højt velbefindende. Scoren fra de fem spørgsmål giver sammenlagt et tal mellem 0 og 25. Dette tal multipliceres med 4, hvorved opnås en sumscore mellem 0 og 100. En score ≤ 50 indikerer ringe mental trivsel og risiko for depression.

Spørgsmål fra standardiserede skalaer inkluderede:

Fire spørgsmål fra **Copenhagen Burnout Inventory (CBI)**, som er en dansk skala til måling af udbrændthed (14). Skalaen består af 19 spørgsmål fordelt på tre underskalaer: personlig udbrændthed, arbejdsrelateret udbrændthed og klient-/patientrelateret udbrændthed. I denne undersøgelse anvendte vi fire spørgsmål omhandlende træthed, fysisk udmattelse, følelsesmæssig udmattelse og følelsen af at være udkørt. De fire spørgsmål indgår i Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ-II), udviklet af Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA). Alle spørgsmål scores på en 5-points Likert skala fra "på intet tidspunkt" til "hele tiden". Da vi ikke har inkluderet hele skalaen, blev de fire spørgsmål analyseret som enkelt-items uden samlet sumscore.

To spørgsmål fra **Burden of Difficult Encounters Measure**, som måler graden af belastning fra patienters forventninger til den praktiserende læge (15). De to spørgsmål måler graden af belastning fra patienters urealistiske forventninger til behandling og klager over behandling. De to spørgsmål scores på en skala med fire svarmuligheder fra "næsten aldrig" til "ofte". Spørgsmålene er oversat til dansk vha. frem- og tilbageoversættelse og efterfølgende konsensusdrøftelse. Da vi ikke har inkluderet hele skalaen, blev de to spørgsmål analyseret som enkelt-items uden samlet sumscore.

Spørgsmål fra andre danske arbejdsmiljøundersøgelser:

Tre spørgsmål til afdækning af **professionel kapital**. Dette begreb blev introduceret i 2012 (16) og rummer bl.a. færdigheder i forhold til at løse kerneopgaver (human kapital), evne til at træffe velbegrundede beslutninger i situationer, som ikke er ens (beslutningskapital) og kvaliteten af samarbejde imellem fx ledelsen og ansatte (social kapital). Der er udviklet et dansk spørgeskema til afdækning af social kapital og fra dette har vi udvalgt tre spørgsmål til måling af mening i arbejdet, anerkendelse fra samfundet og den oplevede kvalitet i arbejdet (17). De tre spørgsmål besvares på en 5-points Likert skala fra "i meget høj grad" til "i meget ringe grad".

Tre spørgsmål til afdækning af **balance mellem arbejde og privatliv**, som indgår i COPSOQ-II, udviklet af Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA) (18). Spørgsmålene omhandler, hvorvidt arbejdet tager så meget tid og/eller energi, at det går ud over privatlivet og venner og families holdning til arbejdsmængden. Spørgsmålene besvares på en 4-points skala fra "ja, helt sikkert" til "nej, slet ikke".

Fire spørgsmål til afdækning af **søvnproblemer** omhandlende graden af dårlig søvnkvalitet, besvær med at falde i søvn, for tidlig opvågning og gentagne opvågninger i løbet af natten. Alle fire spørgsmål besvares på en 5-points Likert skala fra "på intet tidspunkt" til "hele tiden". De fire spørgsmål indgår i COPSQ-II, som er udviklet af NFA (18).

Herudover indeholdt spørgeskemaet ad hoc spørgsmål udviklet til undersøgelsen på baggrund af bl.a. litteratursøgning og tidligere undersøgelser. Spørgsmålene, som var konstrueret til undersøgelsen, omhandlede bl.a. tidsforbruget på udvalgte aktiviteter, praksisorganisering, arbejdsglæde, sygefraværsdage, deltagelse i efteruddannelsesgrupper, deltagelse i klyngemøder, samarbejdet med kommunen, hospitaler og tilfredsheden med funktionen som fast plejehjemslæge. Endelig indeholdt spørgeskemaet spørgsmål om potentielt belastende forhold i hverdagen, f.eks. administrative opgaver og komplekse patientkontakter. Herudover blev der spurgt til køn, alder og antal år som speciallæge. Ved ønske om at rekvirere spørgeskemaet bedes du skrive en email til Anette Fischer Pedersen (afp@clin.au.dk).

Analyse

Denne rapport indeholder en deskriptiv analyse, som tager højde for eventuel ulige fordelingen af demografiske karakteristika blandt lægerne i sammenligningen af udbrændthed i de fem regioner. Til at teste for forskelle mellem grupper er χ^2 -test (kategoriske data), Student's t-test (normalfordelte kontinuerte data) og variansanalyse (normalfordelte kontinuerte data og flere end to grupper) anvendt. Der er anvendt et signifikansniveau på $p < 0,05$.

Etik og datahåndtering

Data håndteres og opbevares i overensstemmelse med EU's Persondataforordning (GDPR) og er anmeldt som sådan til Forskningsenhedens fortegnelse over forskningsprojekter. Projektet er lavet i samarbejde mellem Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Forskningsenheden for Almen Praksis med PLO som dataejer og Forskningsenheden som dataansvarlig og data-behandler. Data er analyseret under anonymiseret løbenummer og ingen af parterne har mulighed for at koble data til en specifik person.

Resultater

I alt 3420 alment praktiserende læger stod per 24.04.2023 registreret i PLO's medlemsdatabase med en e-mailadresse og blev inviteret til at deltage i undersøgelsen. Heraf returnerede 1737 (51 %) praktiserende læger et komplet besvaret spørgeskema. Svarprocenten var højest i Region Sjælland med 55 % efterfulgt af Region Midtjylland med 54 %, Region Nordjylland med 51 %, Region Hovedstaden med 50 % og Region Syddanmark med den laveste svarprocent på 49 %. **Tabel 1** viser fordelingen af køn, alder og region for respondenter og målgruppen. Fordelingen af køn og alder var statistisk signifikant forskellig i de to populationer med en højere forekomst af kvinder blandt respondenterne (64 %) sammenlignet med målgruppen (59 %) og en lavere forekomst af praktiserende læger på 66 år eller ældre blandt respondenterne (5,0 %) end blandt målgruppen (8,4 %). Fordelingen af tilhørsforhold til region var ikke signifikant forskellig i de to populationer. Om end forskellene i køn og alder var statistisk signifikante vurderedes det, at respondenterne var repræsentative for målgruppen, da forskellene overordnet betragtet synes ubetydelige.

Tabel 1. Køn, alder og region for respondenter og målgruppe

		Respondenter N = 1737		Målgruppe N = 3420	
Køn		%	N	%	N
	Kvinder	63.6	1104	59.2	2025
	Mænd	36.4	633	40.8	1395
Alder (år)					
	≤ 40	7.0	121	8.1	276
	41-50	42.5	739	42.2	1444
	51-60	34.5	600	30.3	1036
	61-65	11.0	191	11.1	378
	≥ 66	5.0	86	8.4	286
Region					
	Hovedstaden	30.4	528	40.0	1060
	Midtjylland	25.5	443	24.1	823
	Nordjylland	8.5	147	8.5	291
	Sjælland	12.6	219	11.7	401
	Syddanmark	22.4	389	23.3	797
	Ukendt	0.6	11	1.4	48

Estimeret markeret med **fed**: $p < 0.05$

Som det fremgår af **Tabel 2**, var stort set alle svarpersoner ejere af praksis (97 %), hvilket afspejler, at almenmedicinske speciallæger ansat i almen praksis som udgangspunkt er medlem af organisationen "Yngre Læger" eller "Foreningen af Speciallæger". Andelen, som arbejdede i solopraksis, var 16 %, og 74 % arbejdede i kompagniskabspraksis. De fleste kompagniskabspraksis var drevet af to til tre læger (59 %) og en forholdsvis lille andel var drevet af seks

eller flere læger (5.1 %). To tredjedele oplyste, at de arbejdede i en praksis, som var lukket for tilgang af patienter, og hovedparten af praksis havde selv valgt at lukke for tilgangen.

Tabel 2. Beskrivelse af populationen

Karakteristika		Respondenter n = 1737 (51 %)¹
Ansættelsesforhold		
Ejer af praksis		1691 (97.4)
Ansæt eller vikar i praksis		35 (2.0)
Andet, fx ansat i regionsklinik		11 (0.6)
Praksisform		
Solopraksis		281 (16.2)
Del af samarbejdspraksis²		85 (30.3)
Ikke del af samarbejdspraksis²		195 (69.4)
Kompagniskabspraksis		1286 (74.0)
Del af samarbejdspraksis³		100 (7.8)
Ikke del af samarbejdspraksis³		1182 (91.9)
Størrelse af kompagniskabspraksis		
Drives af 2-3 læger (mindre)³		762 (59.3)
Drives af 4-5 læger (mellemstor)³		458 (35.6)
Drives af 6 eller flere læger (stor)³		66 (5.1)
Delepraksis, satellitpraksis eller ydernummer på licens		90 (5.2)
Andet		80 (4.6)
Tilgang af patienter		
Åbent for tilgang		616 (35.5)
Lukket for tilgang		1078 (62.1)
Selvvalgt lukket⁴		879 (81.5)
Administrativt lukket⁴		186 (17.3)

¹ Pga. afrunding og muligheden for at svare "ved ikke" summerer antallet ikke altid op til 1737.

² Andelen er angivet ift. læger i solopraksis

³ Andelen er angivet ift. læger i kompagniskabspraksis

⁴ Andelen er angivet ift. læger, som har angivet at praksis har lukket for tilgang af patienter

Karakteristik af ydernumre

De 1737 praktiserende læger, som besvarede spørgeskemaet, arbejdede under 1066 ydernumre. Der var 43 læger (2,5 %), som bekræftede, de var medlem af PLO og arbejdede som praktiserende læge, men som ikke var tilknyttet et ydernummer. De er ekskluderet i denne analyse. Karakteristika for de 1066 ydernumre fremgår af **Tabel 3**. Der var 640 ydernumre med én svarperson, 269 ydernumre med hver to svarpersoner og 157 ydernumre havde hver svar fra tre eller flere svarpersoner. I de tilfælde, hvor der var flere svarpersoner på ydernummeret, er oplysningerne om ydernummeret angivet af den praktiserende læge, som arbejdede flest timer per uge.

Som det fremgår af **Tabel 3**, så deltager under halvdelen (42 %) af ydernumrene i uddannelsen af medicinstuderende. Hver tiende af ydernumrene havde mindst en ubesat lægevikarstilling.

For to tredjedele af ydernumrene var der telefontid, hvor en læge besvarede opkald fra patienter. Hos 16 % af ydernumrene anvendtes tid-samme-dag booking system, mens man i 8 ud af 10 bookedede hovedparten af konsultationerne traditionelt. Næsten hver tiende af ydernumrene havde åben konsultation dagligt.

Omtrent hvert ottende ydernummer havde ingen sygeplejerske ansat, mens 28 % havde tre eller flere sygeplejersker ansat. Mere end hvert fjerde ydernummer (29 %) havde ingen lægesekretær ansat, en tredjedel havde én lægesekretær ansat mens en resterende tredjedel af ydernumrene havde to eller flere lægesekretærer ansat. En femtedel af ydernumrene havde én social- og sundhedshjælper/-assistent ansat og 8,5 % havde to eller flere ansat. Hhv. 9,5 %, 5,8 % og 2,3 % af ydernumrene havde mindst én jordemoder, farmakonom eller fysioterapeut ansat. 15 % af ydernumrene havde en bioanalytiker ansat i praksis. Et mindre antal praksisser havde ansat andre faggrupper, fx farmaceuter og psykologer.

Lidt over hvert tredje ydernummer havde ansat medicinstuderende. Blandt disse oplyste 93 %, at de medicinstuderende tog blodprøver, 80 % at de gav vaccinationer, 64 % at de besvarede telefonopkald fra patienter, 21 % at de gennemgik epikriser og korrespondancer og 6,7 % at de medicinstuderende havde graviditetssamtaler.

Tabel 3. Organisering af ydernummer (N = 1066)*

Karakteristika¹	Antal ydernumre (%)²
Antal svarpersoner på ydernummeret	
En	640 (60.0)
To	269 (25.2)
Tre	119 (11.2)
Fire	31 (2.9)
Fem	7 (0.7)
Deltager i uddannelsen af:	
Medicinstuderende	448 (42.0)
Læger i klinisk basisuddannelse (KBU)	838 (78.6)
Læger i introduktions- eller hoveduddannelse	804 (75.4)
Bookingsystem	
Planlagte konsultationer	882 (82.7)
Tid-samme-dag	167 (15.7)
Telefontid	
Har telefontid, hvor en læge modtager og besvarer opkald fra patienter	713 (66.9)
Ubesatte lægevikarstillinger	
Ingen	946 (88.7)
En ubesat lægevikarstilling	100 (9.4)
To eller flere ubesatte lægevikarstillinger	14 (1.3)

Karakteristika ¹		Antal ydernumre (%) ²
	Ukendt antal	6 (0.6)
Praksis har åben konsultation		
	Nej	957 (89.7)
	Dagligt	90 (8.4)
	Ugentligt	14 (1.3)
Antal lægesekretærer ansat i praksis		
	Ingen	305 (28.5)
	En	402 (37.7)
	To	214 (20.1)
	Flere end to	144 (13.5)
Antal sygeplejersker ansat i praksis		
	Ingen	145 (13.6)
	En	312 (29.3)
	To	315 (29.6)
	Flere end to	293 (27.5)
Antal social- og sundhedshjælpere/-assistenter ansat i praksis		
	Ingen	761 (71.4)
	En	213 (20.0)
	To	73 (6.7)
	Flere end to	19 (1.8)
Antal jordemødre ansat i praksis		
	Ingen	963 (90.3)
	En eller flere	101 (9.5)
Antal fysioterapeuter ansat i praksis		
	Ingen	1040 (97.6)
	En eller flere	24 (2.3)
Antal bioanalytikere ansat i praksis		
	Ingen	904 (84.8)
	En eller flere	160 (15.0)
Antal farmakonomer ansat i praksis		
	Ingen	1002 (94.0)
	En eller flere	62 (5.8)
Praksis har ansat medicinstuderende		
	Nej	673 (63.1)
	Ja	393 (36.9)
Medicinstuderende:		
	Gennemgår epikriser, korrespondancer og lign. ³	83 (21.1)
	Besvarer telefonopkald fra patienter ³	253 (64.4)
	Tager blodprøver ³	367 (93.4)
	Har graviditetssamtaler ³	25 (6.7)
	Giver vaccinationer ³	316 (80.4)

¹ I de tilfælde, hvor der er flere besvarelser fra samme ydernummer, er oplysningerne taget fra den praktiserende læge, som arbejder flest timer om ugen i praksis.

² Pga. afrunding og muligheden for at svare "ved ikke" summerer antallet ikke altid op til 1066.

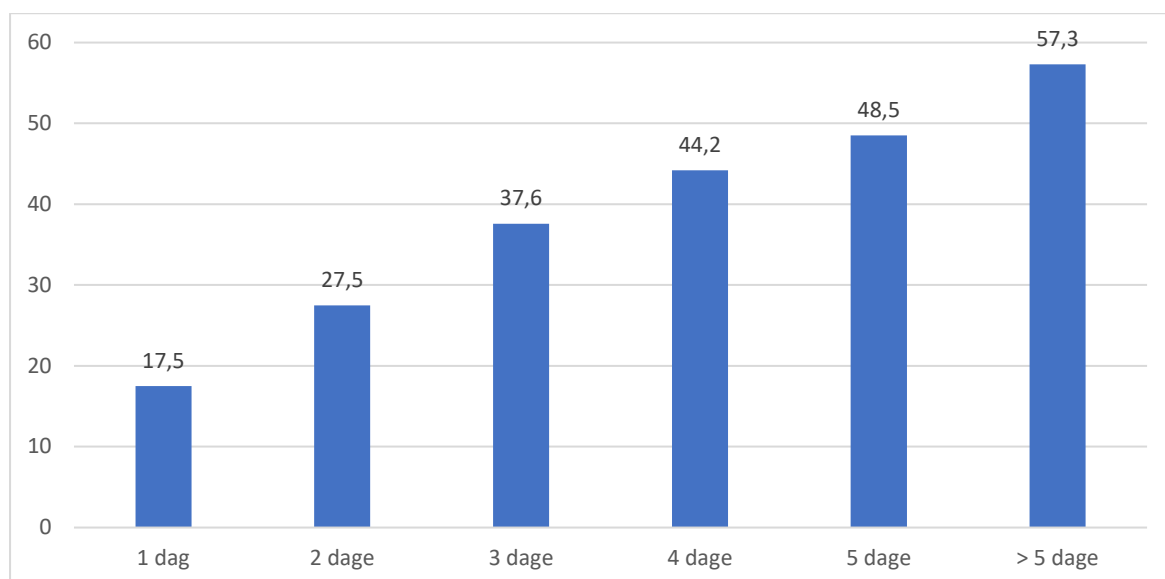
³ Andelen er angivet ift. de ydernumre, som har oplyst, at de har medicinstuderende ansat.

Arbejdstid og tidsforbrug

Det gennemsnitlige antal arbejdstimer, oplyst af de deltagende læger, var 44,9 timer per uge (median = 45 timer, nedre kvartil = 40 timer, øvre kvartil = 50 timer). I det oplyste ugentlige antal timer blev – udover timerne i praksis – inkluderet de følgende: merarbejde, arbejde hjemmefra, deltagelse i konferencer, undervisning, fagligt arbejde, forskning, læsning af faglitteratur, administration og ledelsesopgaver. Vagtarbejde blev ikke inkluderet.

Næsten hver tredje læge (29,8 %) arbejdede fem dage om ugen i praksis, 60,4 % arbejdede fire dage, 6,6 % arbejdede tre dage og 1,5 % arbejdede to dage eller færre i praksis om ugen. Næsten 2 % angav, at de arbejdede mere end 5 dage om ugen i praksis. Det gennemsnitlige antal arbejdstimer per uge for praktiserende læger afhang af deres ugentlige antal arbejdsdage i praksis som vist i **Figur 1**. Det ses, at arbejdstiden stiger ca. 10 timer for hver ekstra dag man arbejder fra 1 dag om ugen til 3 dage om ugen. At gå fra 5 til 4 dage om ugen sænker den ugentlige arbejdstid med ca. 4 timer. Der ses således en stor spændvidde i den ugentlige arbejdstid, og en gennemsnitlig arbejdsuge på 37 timer ses ved 3 dage om ugen i praksis. 87 % rapporterede, at de sjældent eller aldrig foretager telefonopkald til patienter hjemmefra, og 93 % rapporterede, at de sjældent eller aldrig foretager videokonsultationer til patienter hjemmefra.

Figur 1. Gennemsnitlige antal arbejdstimer per uge fordelt på antal arbejdsdage i praksis



Tidsforbruget på forskellige aktiviteter i praksis fremgår af **Figur 2**. Over halvdelen (57 %) af deltagerne angav, at de dagligt anvendte 6-7 timer på face-to-face konsultationer i klinikken eller hjemmebesøg. Omkring en tredjedel anvendte 4-5 timer og hver tiende læge anvendte mere end 7 timer dagligt.

I forhold til videokonsultationer anvendte 12 % slet ikke videokonsultation mens 81 % anvendte under 1 time dagligt på videokonsultationer.

Tæt på halvdelen brugte 30-60 minutter dagligt på telefonkonsultationer og omtrent en tredjedel anvendte mindre end 30 minutter.

Over halvdelen (55 %) angav, at de brugte 30-60 minutter dagligt på e-mailkonsultationer og omtrent en tredjedel (35 %) angav, at de anvendte mindre end 30 minutter.

Omtrent en fjerdedel (24 %) anvendte under 1 time dagligt på andet patientrelateret arbejde i praksis og 69 % anvendte 1-2 timer.

Halvdelen (50 %) af lægerne angav, at de dagligt holdt pause i 15-30 minutter og 43 % holdt pause i 30-60 minutter. En mindre andel på 6 % holdt dagligt pause i mindre end 15 minutter.

Omtrent halvdelen af lægerne anvendte 1-2 timer per uge på ledelse, administration og møder i praksis. Omtrent en femtedel (18 %) anvendte 3-4 timer ugentligt mens en fjerdedel (24 %) anvendte under 1 time om ugen på ledelse, administration og møder i praksis.

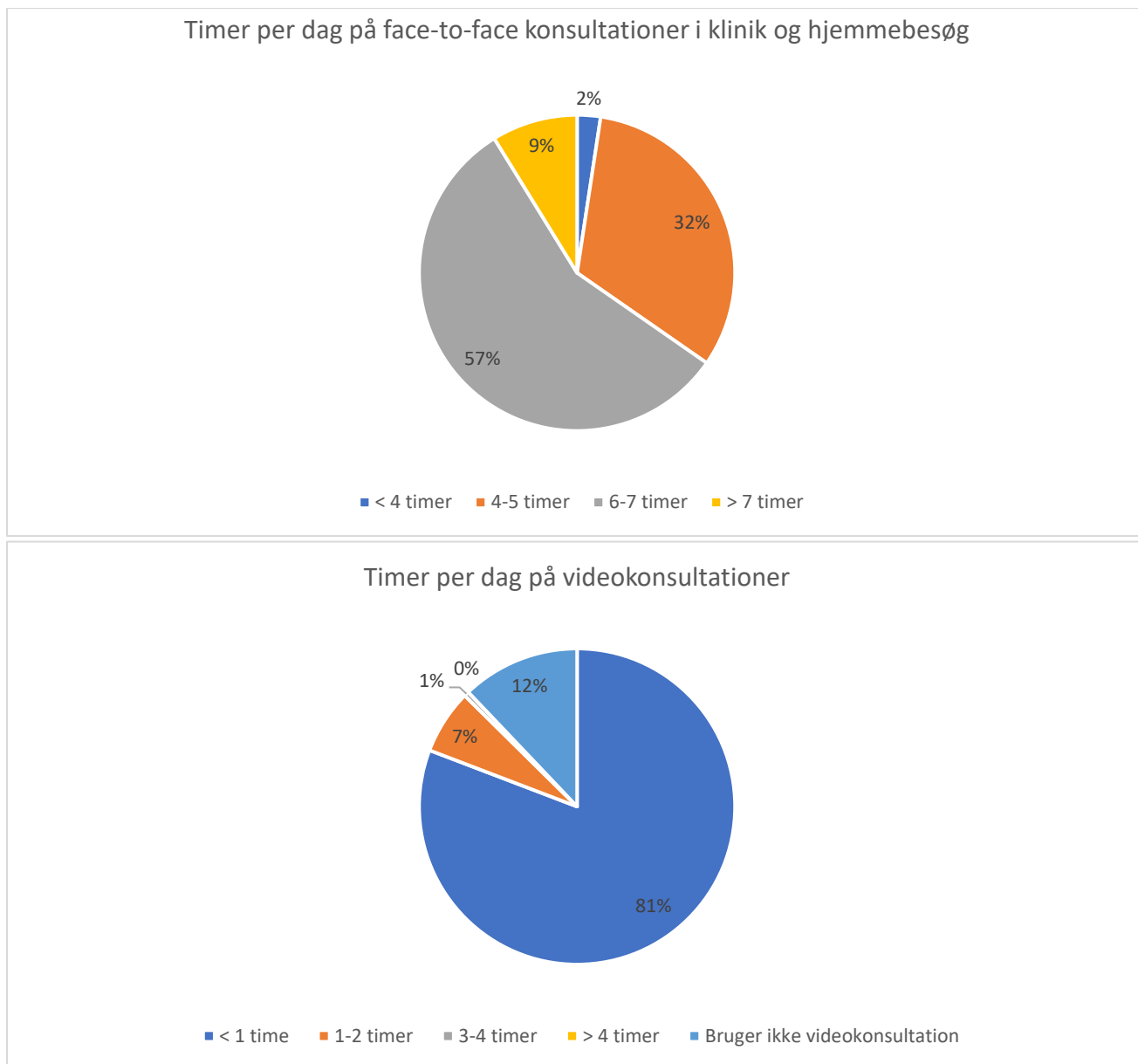
Lidt under halvdelen (46 %) anvendte 1-2 timer om ugen på undervisning og supervision i praksis og 23 % anvendte 3-4 timer mens en tilsvarende andel (24 %) anvendte under 1 time om ugen.

Over to tredjedele anvendte under 1 time om ugen på andet lægerrelateret arbejde uden for praksis og 18 % anvendte 1-2 timer. To lige store andele på 6 % anvendte 3-4 timer om ugen og over 6 timer om ugen på andet lægerrelateret arbejde uden for praksis.

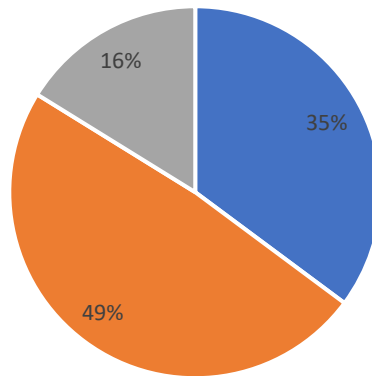
58 % angav, at de brugte under 1 time om ugen på læsning af faglitteratur og 37 % anvendte 1-2 timer. En lille andel på 5 % angav, at de anvendte over 3 timer.

Hhv. 44 % og 40 % af lægerne anvendte 3-5 dage eller 6-10 dage om året på efteruddannelse/kursusaktivitet. En andel på 12 % anvendte mindre en 3 dage om året.

Figur 2. Selvoplyst tidsforbrug på forskellige aktiviteter i praksis

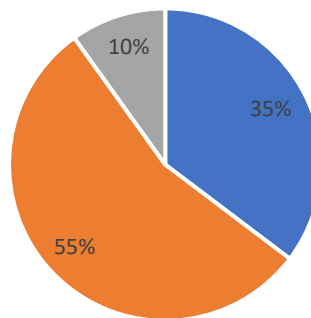


Minutter per dag på telefonkonsultationer



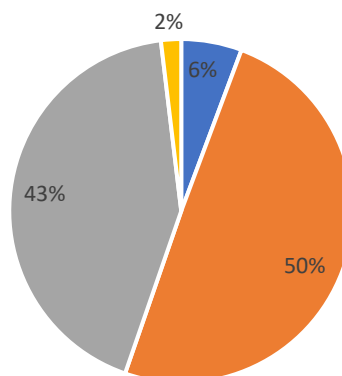
■ < 30 minutter ■ 30-60 minutter ■ > 60 minutter

Minutter per dag på e-mailkonsultationer



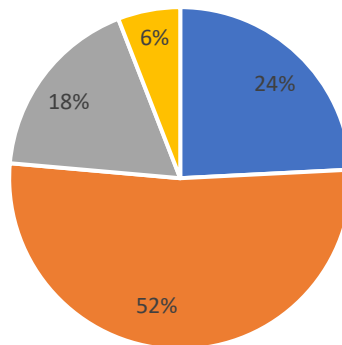
■ < 30 minutter ■ 30-60 minutter ■ > 60 minutter

Minutter per dag på pauser



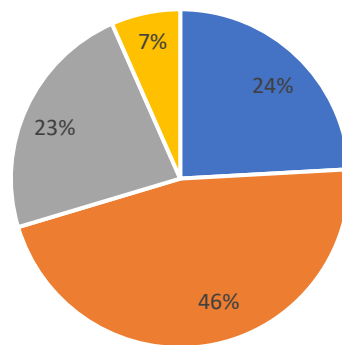
■ < 15 minutter ■ 15-30 minutter ■ 30-60 minutter ■ > 60 minutter

Timer per uge på ledelse/administration/møder i praksis



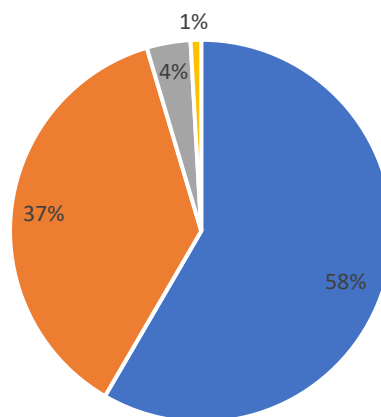
■ < 1 time ■ 1-2 timer ■ 3-4 timer ■ > 4 timer

Timer per uge på undervisning/supervision i praksis



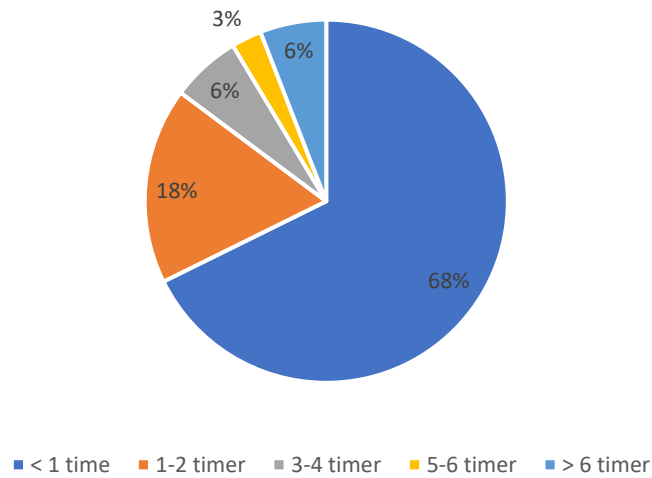
■ < 1 time ■ 1-2 timer ■ 3-4 timer ■ > 4 timer

Timer per uge på læsning af faglitteratur

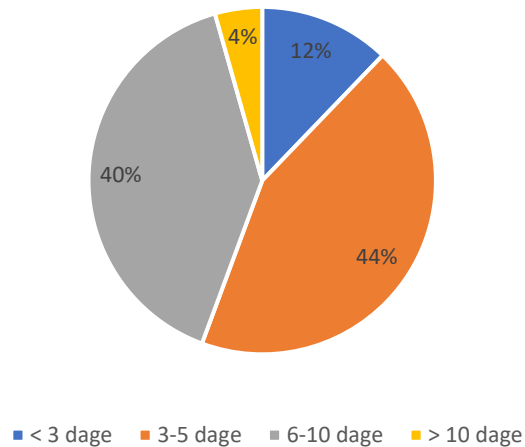


■ < 1 time ■ 1-2 timer ■ 3-4 timer ■ > 4 timer

Timer per uge på andet lægerelateret arbejde uden for praksis



Dage per år på egen efteruddannelse/kursusaktivitet



Udbrændthed

I 2023 opfyldte 38,7 % af svarpersonerne kriterierne for en høj grad af emotionel udmattelse, 30,1 % for en høj grad af depersonalisering og 37,3 % for en lav grad af personligt jobudbytte.

Samlet betyder det, at i 2023 opfyldte 48,2 % af de deltagende praktiserende læger kriterierne for en **moderat grad** af udbrændthed og 14,3 % kriterierne for en **alvorlig grad** af udbrændthed (se **Tabel 4**).

Det skal bemærkes, at graden af personligt jobudbytte har været konstant i de år, vi har målt det, hvorimod graden af emotionel udmattelse og depersonalisering er øget. Udviklingen i udbrændthed blandt praktiserende læger i Danmark fremgår af **Figur 3**. I 2019 var andelen for moderat og alvorlig grad af udbrændthed hhv. 39,9 % og 9,9 %. I 2023 er andelen af moderat udbrændte steget med 21 % og andelen af alvorligt udbrændte med 44 % sammenlignet med 2019.

Som det er vist i **Figur 4**, var andelen af moderat udbrændte størst blandt de 45-54-årige (56 %) og mindst i aldersgruppen 55 år eller ældre (36 %). Samme mønster sås for alvorlig grad af udbrændthed, hvor andelen var 18 % hos de 45 til 54-årige og 9 % hos praktiserende læger i aldersgruppen 55 år og ældre. Forskellene i andelen af moderat og alvorligt udbrændte i de tre aldersgrupper var statistisk signifikante ($p < 0.001$).

Stigningen i udbrændthed kan således tilskrives en negativ ændring hos praktiserende læger under 54 år.

Tabel 3. Alment praktiserende læger med moderat og alvorlig grad af udbrændthed i den aktuelle og i tidligere undersøgelser

	2004 Århus Amt N=358/373	2012 Region Midt N=582/596	2016 Danmark N = 1713	2019 Danmark N = 1866	2023 Danmark N = 1737
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Høj grad af emotionel udmattelse¹	10.2 (38)	18.0 (107)	30.6 (524)	30.6 (571)	38.7 (673)
Høj grad af depersonalisering²	17.7 (66)	13.9 (83)	21.1 (361)	23.6 (441)	30.1 (523)
Lav grad af personligt jobudbytte³	38.1 (139)	34.6 (204)	36.6 (627)	38.8 (724)	37.3 (647)
Moderat grad af udbrændthed⁴	24.1 (89)	25.8 (153)	38.3 (656)	39.9 (745)	48.2 (837)
Alvorlig grad af udbrændthed⁵	2.8 (10)	5.3 (31)	10.5 (180)	9.9 (184)	14.3 (249)

¹ Score på MBI Emotionel udmattelse >26.

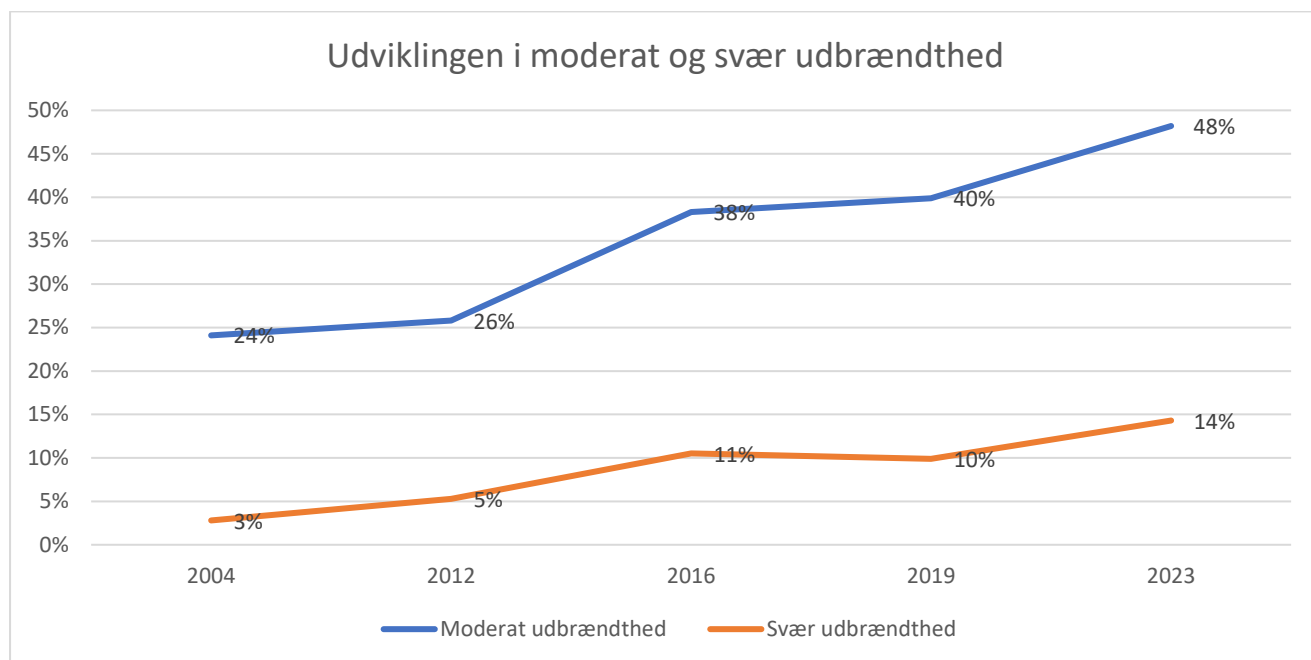
² Score på MBI Depersonalisering >9.

³ Score på MBI Personligt jobudbytte <34.

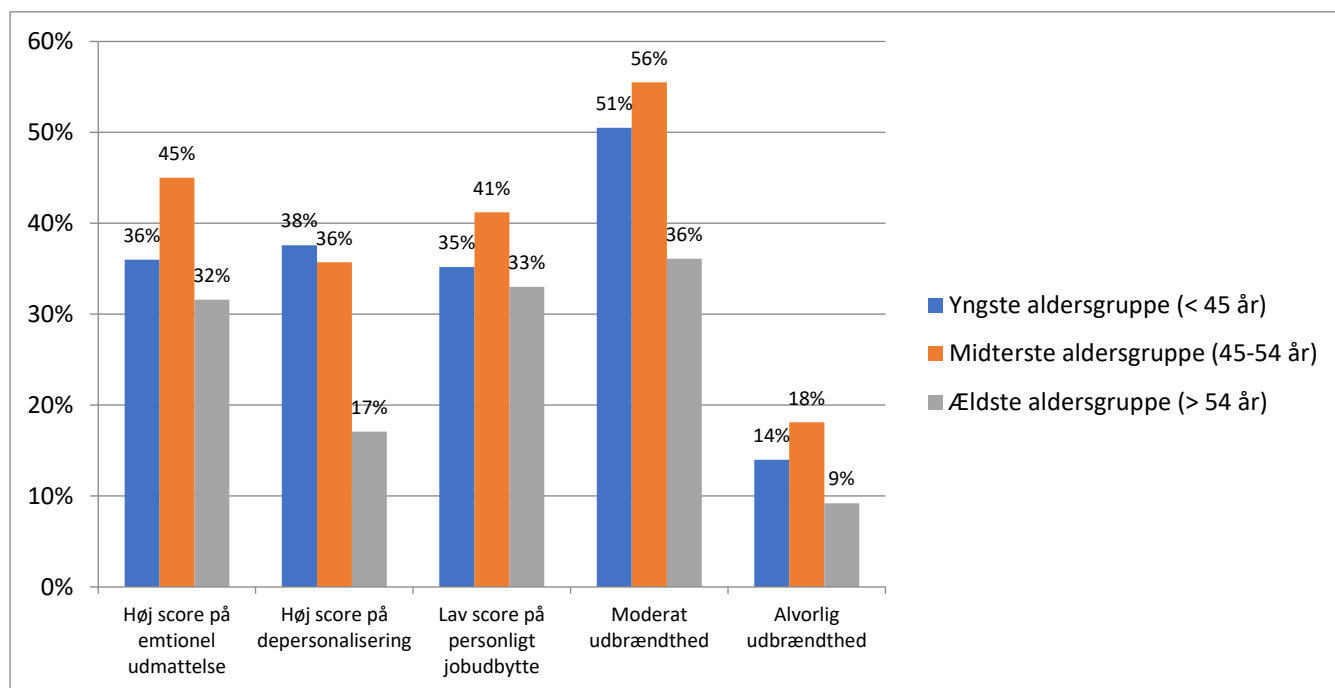
⁴ Score på MBI Emotionel udmattelse >26 og/eller score på MBI Depersonalisering >9.

⁵ Score på MBI Emotionel udmattelse >26 og score på MBI Depersonalisering >9 og score på MBI Personligt jobudbytte <34.

Figur 3. Udviklingen i moderat og alvorlig udbrændthed hos danske praktiserende læger siden 2004



Figur 4. Fordelingen af udbrændtheds-kategorier på aldersgrupper

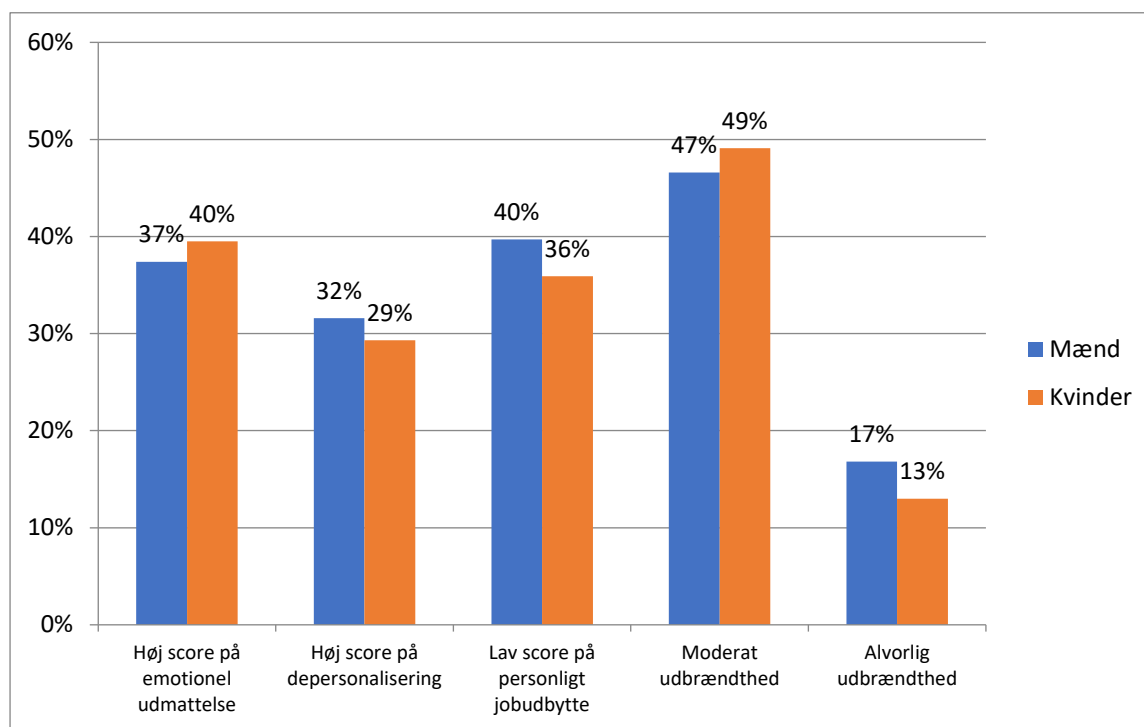


Yngste aldersgruppe, N = 378; Midterste aldersgruppe, N = 802; Ældste aldersgruppe, N = 557

Som vist i **Figur 5** var der mindre forskelle mellem kvindelige og mandlige praktiserende læger i grad af emotionel udmattelse, depersonalisering og lav grad af personligt jobudbytte. Omkring halvdelen af kvindelige praktiserende læger (49 %) opfyldte kriterierne for en moderat grad af udbrændthed, hvilket var omtrent det samme for mandlige praktiserende læger (47

%), og forskellen var ikke statistisk signifikant. Flere mandlige praktiserende læger (17 %) end kvindelige praktiserende læger (13 %) opfyldte kriterierne for en alvorlig grad af udbændthed, og denne forskel var signifikant ($p = 0.030$).

Figur 5. Fordelingen af udbændtheds-kategorier på køn (N = 1737)

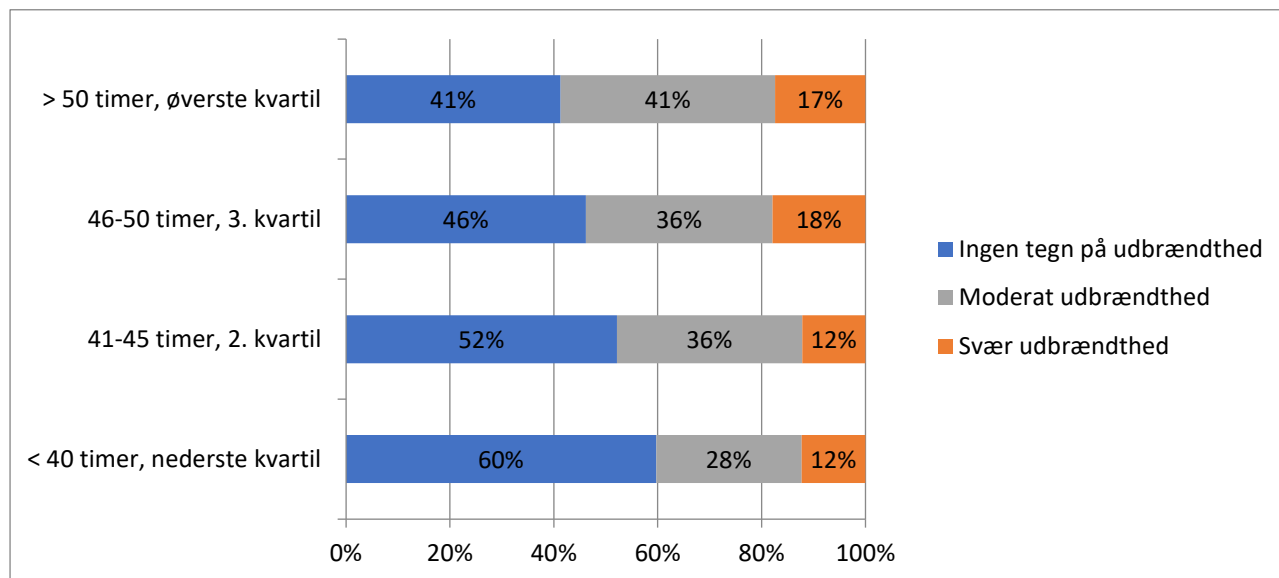


Deltagerne blev inddelt i fire lige store grupper (kvartiler) efter det ugentlige antal oplyste arbejdstimer. Nedre kvartil indeholdt således den fjerdedel af praktiserende læger, som angav det laveste antal arbejdstimer, anden kvartil den fjerdedel, der angav næst færrest arbejdstimer og så fremdeles.

Som vist i **Figur 6** var udbændthed associeret til antal arbejdstimer. Hos den fjerdedel af praktiserende læger, som arbejdede færrest antal timer per uge (< 40 timer), havde 60 % ingen tegn på udbændthed, 28 % opfyldte kriterierne for moderat grad af udbændthed og 12 % opfyldte kriterierne for alvorlig grad af udbændthed. De tilsvarende andele hos den fjerdedel af praktiserende læger, som arbejdede flest timer per uge (> 50 timer) var hhv. 41 % (ingen tegn på udbændthed), 41 % (moderat grad af udbændthed) og 17 % (alvorlig grad af udbændthed). Således steg sandsynligheden for at have tegn på udbændthed med 45 % blandt læger i gruppen med >50 timer ugentlig arbejdstid sammenlignet med læger med <40 ugentlige arbejdstimer.

Blandt praktiserende læger i solopraksis havde 33 % moderat grad af udbændthed og 16 % alvorlig grad af udbændthed. Blandt læger i kompagniskabspraksis havde 34 % moderat grad af udbændthed og 15 % alvorlig grad af udbændthed. Disse forskelle var ikke statistisk signifikante.

Figur 6. Andelen af praktiserende læger uden tegn på udbændthed og praktiserende læger med moderat og alvorlig grad af udbændthed i grupper baseret på kvartiler af det ugentlige antal arbejdstimer



Udbændthed og oplevelsen af arbejdet som praktiserende læge

Som vist i **Tabel 5** var udbændthed signifikant associeret til en række forhold, som afspejlede oplevelsen af at arbejde som praktiserende læge. Fx havde hhv. 72 % og 43 % af læger med alvorlig og moderat grad af udbændthed fortrudt at de blev praktiserende læge mod 7,8 % af læger uden tegn på udbændthed. Hos læger uden tegn på udbændthed var 23 % utilfredse eller meget utilfredse med fremtidsudsigterne for deres arbejde i almen praksis. De tilsvarende andele for læger med moderat eller svær grad af udbændthed var hhv. 58 % og 78 %. Udbændthed kan således have betydning for fastholdelse i praksis.

Hhv. 48 % og 70 % af praktiserende læger med moderat og alvorlig grad af udbændthed har ofte eller jævnligt oplevet, at deres patienter har urealistiske forventninger til behandlingen. Den tilsvarende andel for praktiserende læger uden tegn på udbændthed var 29 %. Udbændthed ser dermed ud til at være associeret med kvaliteten af læge-patient-relationen.

Som vist i **Tabel 5** er også balancen mellem arbejde og privatliv associeret til udbændthed. Omtrent to tredjedele af praktiserende læger med alvorlig grad af udbændthed (68 %) angav, at de altid eller ofte er gået hjem fra klinikken med uløste opgaver, som "fylder i hovedet". Dette var 52 % for læger med moderat grad af udbændthed og 24 % for læger uden tegn på udbændthed.

Hos læger uden tegn på udbændthed angav 6,3 %, at arbejdet helt sikkert har taget så meget af deres energi, at det er gået ud over privatlivet. Det var væsentligt forøget til 40 % hos læger med moderat udbændthed og 61 % hos læger med alvorlig udbændthed.

Familie og venner til 45 % af læger med alvorlig grad af udbrændthed syntes, at han/hun arbejdede for meget. Det var 34 % for læger med moderat grad af udbrændthed og 15 % for læger uden tegn på udbrændthed.

Flere kvindelige end mandlige praktiserende læger rapporterede, at arbejdet tager så meget af deres energi (27 % vs. 23 %) og tid (25 % vs. 23 %), men forskellene var ikke statistisk signifikante. Flere kvindelige end mandlige praktiserende læger rapporterede, at familie og venner siger, at de arbejder for meget (27 % vs. 23 %), og forskellen var tæt på grænsen for statistisk signifikans ($p = 0,055$).

Som vist i **Tabel 5** ser udbrændthed ud til at være associeret med oplevelsen af professionel kapital. Hos læger uden tegn på udbrændthed angav 96 %, at de i høj eller meget høj grad følte, at de yder en vigtig arbejdsindsats. Det var 91 % hos læger med moderat udbrændthed og 76 % hos læger med alvorlig grad af udbrændthed.

Hos læger uden tegn på udbrændthed syntes 63 % i høj eller meget høj grad, at deres arbejde bliver påskønnet i samfundet og i al almindelighed. De tilsvarende andele hos praktiserende læger med moderat grad af udbrændthed var 43 % og 19 % hos læger med alvorlig grad af udbrændthed.

Hos læger med alvorlig grad af udbrændthed angav 22 %, at de kunne udføre deres arbejde i en kvalitet, som de var helt tilfredse med. De tilsvarende andele for læger med moderat grad af udbrændthed eller uden tegn på udbrændthed var hhv. 44 % og 73 %.

Udbrændthed og en sygemeldt kollega

I alt 1286 læger arbejdede i kompagniskabspraksis. Af disse var 658 (51 %) uden tegn på udbrændthed og hhv. 441 (34 %) og 187 (15 %) levede op til kriterierne for moderat og alvorlig udbrændthed. Blandt de 658 læger uden tegn på udbrændthed angav 21 %, at en eller flere lægekolleger i praksis har været sygemeldt i tre eller flere sammenhængende uger i løbet af det seneste år. Hos lægerne med moderat og alvorlig udbrændthed var andelen hhv. 29 % og 32 %. I gruppen af moderat og alvorligt udbrændte læger havde signifikant flere således haft mindst én sygemeldt kollega sammenlignet med gruppen af læger uden tegn på udbrændthed.

Den gennemsnitlige ugentlige arbejdstid for læger i kompagniskabspraksis med en eller flere sygemeldte lægekolleger i løbet af det seneste år var 45,6 timer, hvilket var statistisk signifikant mere end for læger i kompagniskabspraksis uden sygemeldte kolleger med 44,5 timer.

Udbrændthed og lægens eget helbred og søvnkvalitet

Udbrændthed var signifikant associeret til en række forhold, der afspejler den praktiserende læges eget helbred (**Tabel 6**). Fx havde 14 % af praktiserende læger med alvorlig grad af udbrændthed været sygemeldt grundet stress/udbrændthed i løbet af de seneste 3 måneder. Dette gjorde sig gældende for 3,6 % af læger uden tegn på udbrændthed og 9,7 % af læger med moderat grad af udbrændthed. Udbrændthed ser således ud til at påvirke arbejdsevnen.

68 % af læger uden tegn på udbændthed vurderede deres eget helbred til at være fremragende eller godt. Samme positive vurdering af eget helbred sås hos kun 22 % af læger med alvorlig grad af udbændthed og hos 39 % af læger med moderat grad af udbændthed. Der er således en tydelig påvirkning af selv vurderet helbred ved udbændthed.

Omkring halvdelen af læger med alvorlig grad af udbændthed (54 %) og moderat grad af udbændthed (50 %) vurderede, at det er sandsynligt at de vil blive pensioneret førend de fylder 65 år. Andelen var omtrent halvt så stor (26 %) blandt læger uden tegn på udbændthed. Dette er i overensstemmelse med resultaterne fra en kvalitativ interviewundersøgelse, som viste, at oplevet arbejdspress er en væsentlig årsag til, at læger forlader almen praksis (19).

Mindre, men dog signifikante, forskelle sås på sygefraværdsdage. 49 % af læger uden tegn på udbændthed har ikke haft sygefraværdsdage inden for de seneste 12 måneder, og den tilsvarende andel var 42 % hos læger med alvorlig grad af udbændthed. Det gennemsnitlige antal sygefraværdsdage var hos alment praktiserende læger i løbet af de seneste 12 måneder var 4,8. Hos læger uden tegn på udbændthed var det gennemsnitlige antal sygefraværdsdage 3,8 og hos både læger med moderat og alvorlig grad af udbændthed var det gennemsnitlige antal sygefraværdsdage 5,9. Denne forskel i antal sygefraværdsdage i løbet af de seneste 12 måneder var statistisk signifikant.

Det gennemsnitlige antal sygefraværdsdage var 4,9 blandt de 1691 ejere af almen praksis og 5,3 blandt de 35 ansatte i almen praksis. Denne forskel var ikke statistisk signifikant.

Hos læger uden tegn på udbændthed var 72 % taget på arbejde, selv om de var syge i løbet af de seneste 12 måneder. Hos læger med alvorlig grad af udbændthed var den tilsvarende andel 89 %.

Der var ingen forskelle i andele af praktiserende læger, som har haft orlov fra praksis i løbet af de seneste 12 måneder, når de blev inddelt efter udbændthedsstatus.

Udbændthed var signifikant relateret til søvnkvalitet (**Tabel 6**). Andelene af praktiserende læger med søvnproblemer var 5-8 gange højere i gruppen af alvorligt udbændte sammenlignet med gruppen af læger uden tegn på udbændthed. Fx i forhold til at vågne for tidligt uden at kunne falde i søvn igen, så er dette sket hele tiden eller en stor del af tiden for 32 % af læger med alvorlig grad af udbændthed, for 5,3 % af læger uden tegn på udbændthed. I forhold til at vågne flere gange og have svært ved at falde i søvn igen, så er dette sket hele tiden eller en stor del af tiden for 26 % af læger med alvorlig grad af udbændthed, for 3,4 % af læger uden tegn på udbændthed. Der er således tale om en tydelig påvirket søvnkvalitet hos udbændte læger.

Besvarelserne på de fire spørgsmål fra den alternative udbændthedsskala, Copenhagen Burnout Inventory (CBI), fremgår af **Figur 7**. Praktiserende læger med alvorlig grad af udbændthed, målt med MBI, scorede signifikant højere på udbændthed målt med de fire spørgsmål i CBI ($p < 0.001$). I løbet af de sidste 4 uger havde 18 % hele tiden eller en stor del af tiden følt sig følelsesmæssigt udmattet. En lige så stor andel (19 %) havde på intet tidspunkt følt sig følelsesmæssigt udmattet. I løbet af de sidste 4 uger havde 19 % hele tiden eller en

stor del af tiden følt sig udkørt. En tilsvarende andel på 22 % havde på intet tidspunkt følt sig udkørt.

Tabel 5. Udbændthed og oplevelsen af at arbejde som praktiserende læge

		Alle N = 1737		Læger uden tegn på udbændthed N = 900		Læger med moderat udbændthed N = 588		Læger med alvorlig udbændthed N = 249	
		%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
Andele af praktiserende læger, som:									
	Helt sikkert eller i nogen grad har fortrudt, at de blev praktiserende læge	28.8	(500)	7.8	(70)	42.7	(251)	71.9	(179)
	Er utilfreds eller meget utilfreds med fremtidsudsigterne for deres arbejde i almen praksis	42.7	(742)	23.0	(207)	57.8	(340)	78.3	(195)
	Ofte eller jævnligt oplever, at patienter har urealistiske forventninger til behandlingen	41.1	(713)	28.8	259	47.5	279	70.3	175
	Ofte eller jævnligt oplever, at patienter bliver ved med at klage over den behandling, de får, selv om den praktiserende læge har gjort hvad hun kunne for at hjælpe	10.5	(183)	3.6	(32)	11.9	(70)	32.5	(81)
	Altid eller ofte finder det nødvendigt at arbejde ud over den forventede arbejdstid	65.3	(1134)	58.3	(525)	71.4	(420)	75.9	(189)
	Altid eller ofte går hjem med uløste opgaver, som "fylder i hovedet"	39.9	(693)	24.1	(217)	52.0	(306)	68.3	(170)
	Føler at arbejdet helt sikkert tager så meget af deres energi, at det går ud over privatlivet	25.6	(445)	6.3	(57)	40.1	(236)	61.0	(152)
	Føler at arbejdet helt sikkert tager så meget af deres tid, at det går ud over privatlivet	24.0	(417)	9.0	(81)	36.1	(212)	49.8	(124)
	Helt sikkert oplever, at venner og familie siger, at de arbejder for meget	25.6	(444)	14.9	(134)	33.5	(197)	45.4	(133)
	I høj grad eller i meget høj grad føler, at de yder en vigtig arbejdsindsats	91.3	(1586)	95.8	(862)	91.0	(535)	75.9	(189)
	I høj grad eller i meget høj grad vil sige, at deres arbejde bliver påskønnet i samfundet og i al almindelighed	49.9	(867)	63.0	(567)	43.2	(254)	18.5	(46)
	Kan udføre deres arbejde i en kvalitet, som de er helt tilfredse med	55.8	(970)	73.1	(658)	43.7	(257)	22.1	(55)

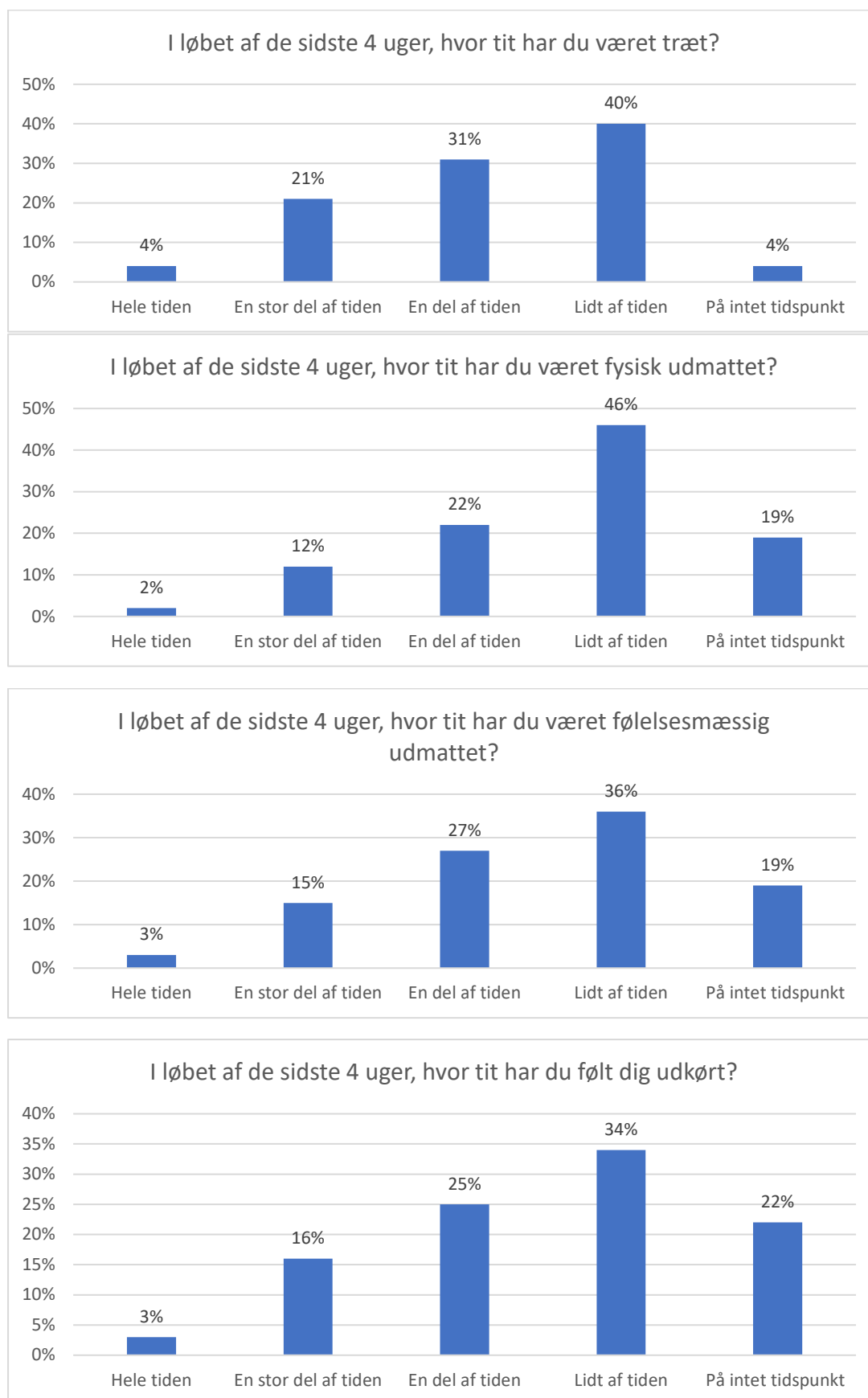
Estimater markeret med **fed**: $p < 0.05$

Tabel 6. Udbændthed og lægens eget helbred og søvnkvalitet

		Alle N = 1737		Læger uden tegn på udbændthed N = 900		Læger med moderat udbændthed N = 588		Læger med alvorlig udbændthed N = 249	
		%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
Andele af praktiserende læger, som:									
	Ikke har haft sygefraværdsdage inden for de seneste 12 måneder	45.8	(796)	48.7	(438)	43.2	(254)	41.8	(104)
	Er taget på arbejde, selv om de var syge, inden for de seneste 12 måneder	79.0	(1373)	72.0	(648)	85.7	(504)	88.8	(221)
	Har været sygemeldt grundet stress/udbændthed inden for de seneste 3 måneder	7.1	(124)	3.6	(32)	9.7	(57)	14.0	(35)
	Har haft orlov fra praksis inden for de seneste 12 måneder	3.7	(64)	3.1	(28)	4.8	(28)	3.2	(8)
	Vurderer deres eget helbred til at være fremragende eller vældig godt	51.4	(893)	67.8	(610)	38.8	(228)	22.1	(55)
	Vurderer at det er sandsynligt, at de vil blive pensioneret førend de fylder 65 år	37.9	(659)	25.8	(232)	49.7	(292)	54.2	(135)
I løbet af de sidste 4 uger:									
	Har hele tiden eller en stor del af tiden sovet dårligt og uroligt	17.4	(303)	7.2	(65)	24.5	(144)	37.8	(94)
	Har hele tiden eller en stor del af tiden haft svært ved at falde i søvn	8.1	(141)	2.6	(23)	10.7	(63)	22.1	(55)
	Er hele tiden eller en stor del af tiden vågnet for tidligt uden at kunne falde i søvn igen	14.8	(257)	5.3	(48)	22.1	(130)	31.7	(79)
	Er hele tiden eller en stor del af tiden vågnet flere gange og har haft svært ved at falde i søvn igen	11.0	(191)	3.4	(31)	16.3	(96)	25.7	(64)

Estimater markeret med **fed**: p < 0.05

Figur 7. Scores på fire spørgsmål fra Copenhagen Burnout Inventory (CBI)



Andre indikatorer for job-relateret trivsel og arbejdsglæde

Praktiserende lægers score på Warr-Cook-Wall Job Satisfaction Scale fra 2012 til 2023 fremgår af **Figur 8**. Ændringerne var generelt små. De største ændringer sås ved tilfredsheden med kolleger og medarbejdere, hvor andelen af utilfredse var faldet fra 13 % i 2019 til 9 % i 2023, og ved tilfredsheden med løn/det økonomiske udbytte, hvor andelen af utilfredse var steget fra 20 % i 2019 til 24 % i 2023. Andelen, som angav at være utilfredse med arbejdet alt i alt sås uændret fra 2019 til 2023 og var 17 %.

Praktiserende lægers score på WHO-5 Trivselsindeks i perioden 2016-2023 fremgår af **Figur 9**. Andelen af praktiserende læger, som udviser tegn på mistrivsel, er steget med 3 procentpoint fra 21 % i 2019 til 24 % i 2023. Den gennemsnitlige sumscore på WHO-5 Trivselsindeks var 63 i 2023.

Figur 10 viser andelen af praktiserende læger, som i perioden 2016 til 2023 havde følt sig meget eller noget belastet af omfanget af komplekse patientkontakter, udefrakommende opgaver, omfanget af opgaver relateret til praksisdrift, risikoen for at lave fejl eller overse noget alvorligt og udfordringer i forhold til at holde sig fagligt opdateret.

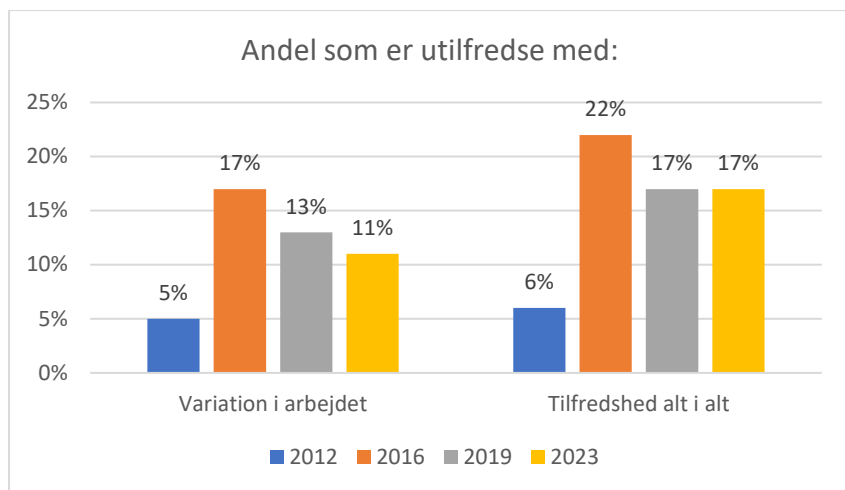
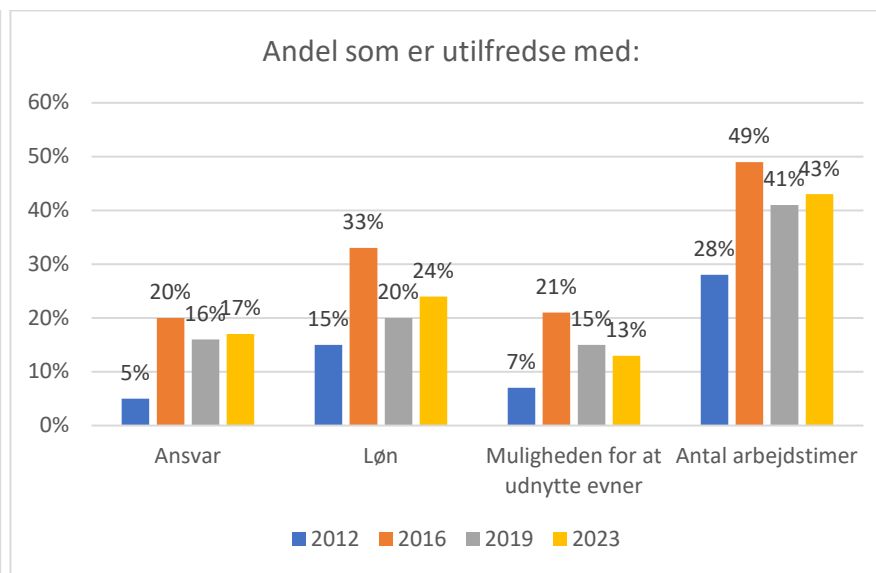
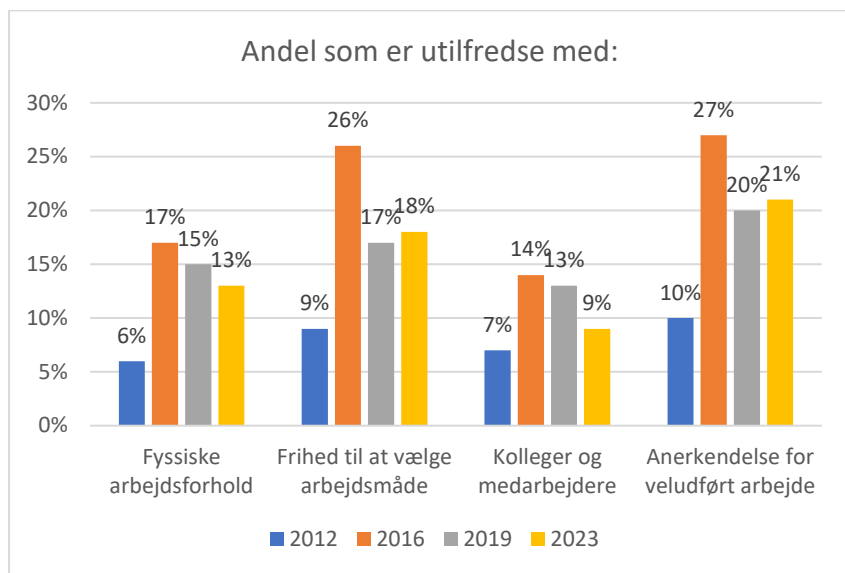
Andelen af praktiserende læger, som havde følt sig meget eller noget belastet af udefrakommende administrative opgaver, omfanget af opgaver relateret til praksisdrift og udfordringer i forhold til at holde sig fagligt opdateret er stort set uforandrede fra 2019 til 2023. Andelen af praktiserende læger, som havde følt sig meget eller noget belastet af risikoen for at lave fejl eller overse noget alvorligt er faldet med 5 procentpoint fra 47 % i 2019 til 42 % i 2023.

Til forskel herfra var andelen af praktiserende læger, som havde følt sig meget eller noget belastet af omfanget af komplekse patientkontakter steget fra 43 % i 2016 til 61 % i 2019 og til 66 % i 2023. Den mest iøjnefaldende ændring over årene er således den oplevede belastning af komplekse patientkontakter hos læger med tegn til udbrændthed.

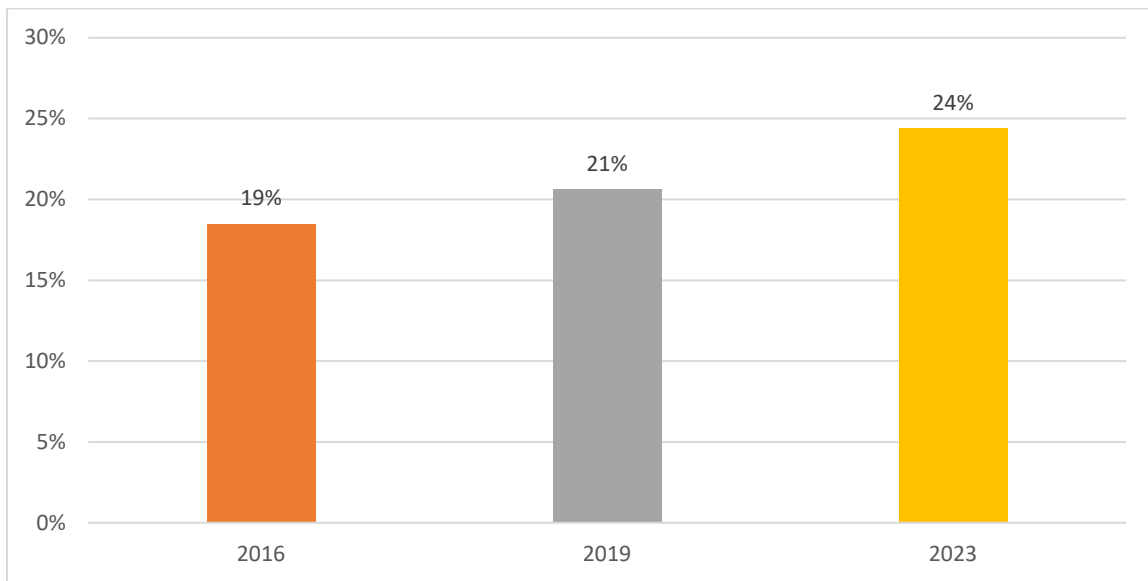
Næsten halvdelen (47 %) af de deltagende praktiserende læger angav, at de i meget høj grad eller i høj grad har den arbejdsglæde, som de ønsker sig (**Figur 11**). 41 % angav, at de i nogen grad havde den arbejdsglæde, de ønskede sig, og 11 %, at de kun i ringe grad havde den arbejdsglæde de ønskede sig.

I **Tabel 7** ses det, at oplevelsen af et godt samarbejde med lægekolleger og klinikpersonalet i praksis var de to forhold, som de deltagende praktiserende læger hyppigst markerede som af størst betydning for deres arbejdsglæde. Derefter kom at opleve, at der er tid nok til det daglige arbejde, at have en langvarig relation til ens patienter og have autonomi til at præge sit arbejdsliv. Det er således i høj grad det nære samspil mellem kolleger og patienter, der er vigtige for lægernes arbejdsglæde. Gode fysiske rammer (1,7 %), tid til efteruddannelse (1,4 %) og mulighed for at udvikle lederkompetencer (0,5 %) var de tre forhold, som færrest praktiserende læger har markeret som vigtige forhold for deres arbejdsglæde.

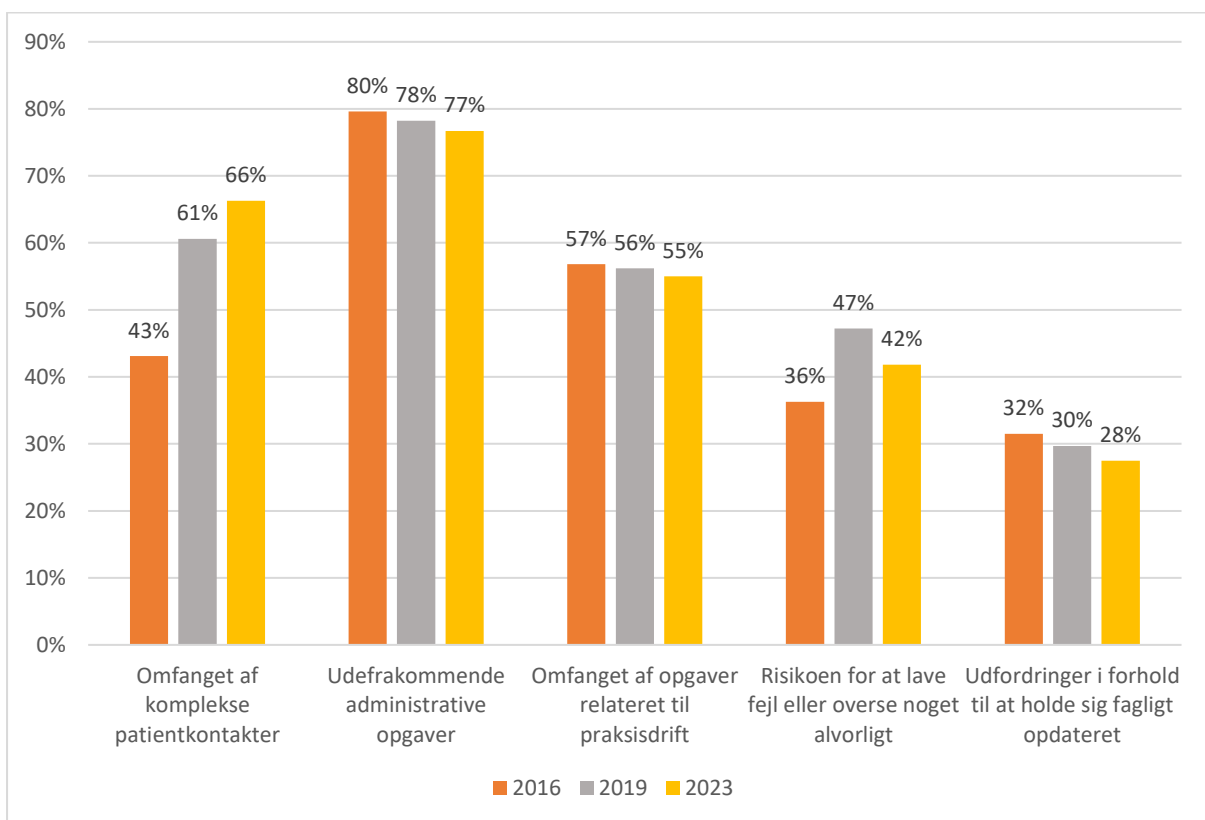
Figur 8. Scores på Warr-Cook-Wall Job Satisfaction Scale i perioden 2016-2023



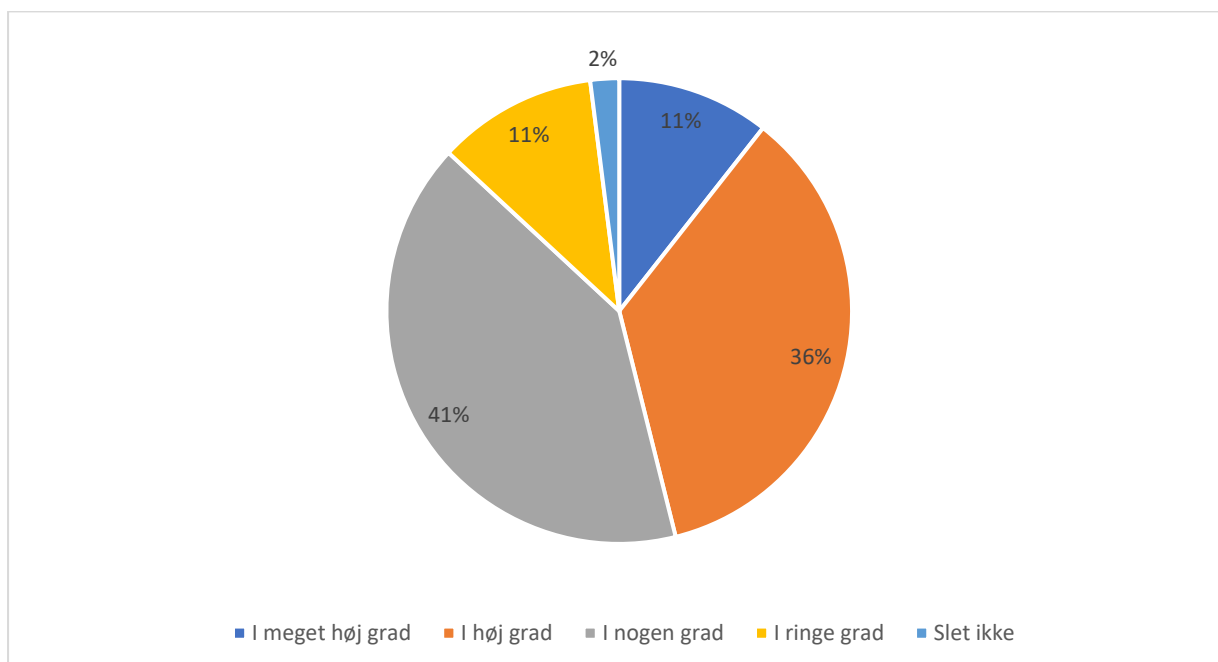
Figur 9. Andel af praktiserende læger med en score på WHO-5 Trivselsindeks lavere end gennemsnittet for befolkningen (<51) i perioden 2016-2023



Figur 10. Andel af praktiserende læger, som har følt sig belastet af komplekse patientkontakter, administrative opgaver, praksisdrift, risikoen for fejl og udfordring med at holde sig fagligt opdateret i perioden 2016 -2023



Figur 11. Arbejdsglæde (N = 1737): I hvilken grad oplever du at have den arbejdsglæde, du ønsker i dit nuværende arbejde?



Tabel 7. Forhold af betydning for arbejdsglæde (N = 1737)

Mulige forhold, hvor der kunne afkrydnes op til 3:	N	%
At jeg har et godt samarbejde med lægekolleger i praksis	1297	74.7
At jeg har et godt samarbejde med klinikpersonalet i praksis	1155	66.5
At jeg oplever, at der er tid nok til det daglige arbejde	737	42.4
At jeg har en langvarig relation til min patienter	418	24.1
At jeg har autonomi til at præge mit arbejdsliv	353	20.3
At jeg bruger min lægefaglighed	282	16.4
At jeg oplever ordentlige lønvilkår	217	12.5
At jeg som læge får anerkendelse for mit arbejde	140	8.1
At jeg har et godt samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen	116	6.7
At almen praksis som fag får tilstrækkelig anerkendelse	106	6.1
At jeg har mulighed for faglig udvikling i dagligdagen	78	4.5
At jeg bidrager til uddannelse af yngre kolleger	56	3.2
At jeg har et godt samarbejde med lægekolleger i f.eks. Lægelaug og klynger	49	2.8
At jeg har mulighed for personlig udvikling	46	2.7
At der er gode fysiske rammer i praksis	30	1.7
At jeg har tid til efteruddannelse	25	1.4
At jeg kan udvikle mine kompetencer som leder	8	0.5

Regionale forskelle

Andelen af praktiserende læger med moderat grad af udbrændthed var mindst i Region Nordjylland med 45 % og størst i Region Sjælland med 51 % (se **Tabel 8**). Andelen af praktiserende læger med alvorlig grad af udbrændthed var mindst i Region Hovedstaden (12 %) og størst i Region Nordjylland (17 %). Gennemsnitsalderen på de deltagende praktiserende læger var højest i Region Sjælland (52,8 år) og lavest i Region Nordjylland (50,6 år). Andelen af kvindelige praktiserende læger var lavest i Region Nordjylland (61 %) og højest i Region Hovedstaden (68 %). Forskellene i andelen af udbrændte praktiserende læger på tværs af regioner var ikke signifikante, heller ikke ved justering for forskellene i køn og alder. **Tabel 8** viser alders- og kønsjusterede andele af moderat og alvorligt udbrændte praktiserende læger i hver af de fem regioner. Disse viser andelen i regionerne, givet at alle læger i alle regioner havde samme køns- og aldersfordeling. I den justerede fordeling indtager Region Sjælland førstepladsen i størst andel af praktiserende læger med moderat og alvorlig udbrændthed.

Det selvrapporterede ugentlige antal arbejdstimer var højest i Region Nordjylland (47,6 timer) og lavest i Region Syddanmark (44,3 timer) og Region Hovedstaden (44,4 timer). Belastningen fra vagtarbejde var størst i Region Nordjylland, hvor 19 % angav, at de arbejder mere end 20 timer per måned på vagtarbejde.

I forhold til samarbejde med kommune sås der en statistisk signifikant forskel på tilfredsheden med antallet af attestanmodninger fra kommunen. I Region Hovedstaden (15 %) var flest praktiserende læger meget tilfredse eller tilfredse med antallet af attestanmodninger fra kommunen, og i Region Sjælland (6,4 %) var færrest praktiserende læger meget tilfredse eller tilfredse med antallet af attestanmodninger fra kommunen. Der sås ingen statistisk signifikante forskelle på tværs af regioner på tilfredsheden med de forhold, som praktiserende læger anmodes om at tage stilling til i kommunale attester eller med tilfredsheden med kommunens efterlevelse af den praktiserende læges socialmedicinske anbefalinger (se **Tabel 8**).

I forhold til samarbejde med hospitaler sås der signifikante forskelle på tværs af regioner (se **Tabel 8**). Andelen af praktiserende læger, som var tilfredse eller meget tilfredse med kvaliteten af epikriser, hospitalets forventninger til den praktiserende læge ved udskrivelse af patienter og tilgængeligheden af diagnostiske undersøgelser klart lavest i Region Sjælland (6,9-21,5 %) versus 2-3 gange så høje andele i de regioner med flest tilfredse praktiserende læger. Dog indtog Region Sjælland en andenplads i andelen af tilfredse praktiserende læger med varigheden fra patientudskrivelse til modtagelse af epikrise (44 % tilfredse eller meget tilfredse).

Som det fremgår af **Tabel 8**, så lå Region Hovedstaden i top på tre ud af fem tilfredshedsfaktorer for samarbejde med hospitaler og Region Sjælland lå i bund på tre ud af de fem tilfredshedsfaktorer. Dette mønster er i nogen grad sammenfaldende med den laveste forekomst af alvorlig udbrændthed i Region Hovedstaden og den næsthøjeste forekomst i Region Sjælland (16%), kun overgået af Region Nordjylland med et procentpoint.

Andelen af praktiserende læger, som var fast plejehjemslæge, var højest i Region Nordjylland (54 %) og lavest i Region Syddanmark (36 %) (se **Tabel 9**). Den største andel af faste

plejehjemslæger, som vurderede kvaliteten af samarbejdet med plejepersonalet som meget godt eller godt, sås i Region Midtjylland (91 %). Den mindste andel sås i Region Nordjylland (80 %). I Region Midtjylland sås også den største andel af faste plejehjemslæger, som var meget tilfreds eller tilfreds med plejepersonalets efterlevelse af deres anbefalinger (82 %) og den mindste andel sås i Region Hovedstaden (70 %). Forskellene på tilfredsheden med samarbejdet med plejepersonalet og plejepersonalets efterlevelse af anbefalinger var statistisk signifikante.

I Region Midtjylland sås den højeste andel af faste plejehjemslæger, som slet ikke eller kun ganske lidt havde følt sig belastet af unødvendige henvendelser fra plejepersonalet (61 %). Også i Region Midtjylland følte flest sig slet ikke eller kun ganske lidt belastet af arbejdsmængden ved tilførslen af medicinsk komplekse plejehjemsbeboere (45 %). De laveste andele (altså flest belastede) på disse to variabler sås i Region Hovedstaden, hvor andelene var hhv. 49 % og 34 %. Forskellene var dog ikke statistisk signifikante. De faste plejehjemslæger i Region Midtjylland lå således i top på fire ud af fire tilfredshedsvariable for arbejdsbelastningen fra denne funktion og de faste plejehjemslæger i Region Hovedstaden lå i bund på tre ud af fire tilfredshedsvariable.

På landsplan var status af fast plejehjemslæge associeret til lavere forekomst af udbrændthed. Blandt faste plejehjemslæger var forekomsten af moderat og alvorlig grad af udbrændthed hhv. 43 % og 12 % hvilket var statistisk signifikant lavere end 52 % og 16 % blandt praktiserende læger, som ikke var faste plejehjemslæger.

Table 8. Udbændthed i de fem regioner og tilfredsheden med samarbejde med kommuner og hospitaler (N = 1726)¹

	Region Hovedstaden N = 528	Region Midtjylland N = 443	Region Nordjylland N = 147	Region Sjælland N = 219	Region Syddanmark N = 389
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Kvindelige praktiserende læger	68.0 (359)	62.3 (276)	60.5 (89)	63.0 (138)	60.7 (236)
Gennemsnitsalder (SD)	52.1 (7.9)	50.9 (8.0)	50.6 (8.6)	52.8 (8.2)	51.5 (8.0)
Maslach Burnout Inventory (MBI)					
Andel af praktiserende læger med moderat udbændthed	47.4 (250)	48.5 (215)	44.9 (66)	51.1 (112)	48.1 (187)
Andel af praktiserende læger med alvorlig udbændthed	12.3 (65)	15.8 (70)	17.0 (25)	16.0 (35)	13.6 (53)
Alders- og kønskorrigeret andel af praktiserende læger med moderat udbændthed	47.2 (43.2-51.6)	47.6 (0.43-0.52)	44.4 (0.37-0.53)	51.5 (45.3-58.5)	47.2 (42.6-52.3)
Alders- og kønskorrigeret andel af praktiserende læger med alvorlig udbændthed	12.2 (9.7-15.4)	15.0 (12.1-18.7)	16.0 (11.2-22.9)	16.1 (11.9-21.8)	13.1 (10.2-16.8)
Gennemsnitlig antal timer i praksis per uge (SD)¹	44.4 (9.3)	45.0 (8.3)	47.6 (9.3)	45.3 (8.6)	44.3 (9.8)
Lægevagt					
Deltager ikke i vagtarbejde	96.4 (509)	18.1 (80)	25.2 (37)	91.3 (200)	45.8 (178)
Anvender mere end 20 timer per måned på vagtarbejde	²	14.7 (65)	19.0 (28)	3.7 (8)	8.5 (33)
I forhold til samarbejde med kommune er jeg:					
Tilfreds eller meget tilfreds med antallet af attestanmodninger fra kommunen	14.6 (77)	13.3 (59)	12.9 (19)	6.4 (14)	13.4 (52)
Tilfreds eller meget tilfreds med de forhold, som jeg anmodes om at tage stilling til i kommunale attester	7.4 (39)	8.8 (39)	8.8 (13)	6.4 (14)	8.2 (32)

	Region Hovedstaden N = 528	Region Midtjylland N = 443	Region Nordjylland N = 147	Region Sjælland N = 219	Region Syddanmark N = 389
Tilfreds eller meget tilfreds med kommunens efterlevelse af mine socialmedicinske anbefalinger	18.0 (95)	16.3 (72)	18.4 (27)	13.7 (30)	19.3 (75)
I forhold til samarbejde med hospitaler er jeg:					
Tilfreds eller meget tilfreds med andelen af afviste henvisninger til specialiseret undersøgelse og behandling	11.8 (62)	9.7 (43)	5.4 (8)	8.2 (18)	9.5 (37)
Tilfreds eller meget tilfreds med varigheden fra patientudskrivelse til jeg modtager epikrise	51.9 (274)	19.2 (85)	15.0 (22)	43.8 (96)	13.4 (52)
Tilfreds eller meget tilfreds med kvaliteten af epikriser	18.8 (99)	27.8 (123)	25.9 (38)	6.9 (15)	19.5 (76)
Tilfreds eller meget tilfreds med forventningerne til mig i forhold til opfølgning og behandling af patienter, som har været behandlet på hospital	19.3 (102)	13.8 (61)	14.3 (21)	6.9 (15)	16.7 (65)
Tilfreds eller meget tilfreds med tilgængeligheden af diagnostiske undersøgelser på hospital*	38.1 (201)	33.6 (149)	53.7 (79)	21.5 (47)	44.5 (173)

Estimater markeret med **fed**: $p < 0.05$

¹ Oplysninger om region manglede for 11 praktiserende læger

² For få observationer til at måtte afrapporteres

Table 9. Tilfredshed med fast plejehjemslæge-ordningen i de fem regioner (N = 1726)¹

	Region Hovedstaden N = 528	Region Midtjylland N = 443	Region Nordjylland N = 147	Region Sjælland N = 219	Region Syddanmark N = 389
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Andel af praktiserende læger som er fast plejehjemslæge	37.9 (200)	48.5 (215)	54.4 (80)	39.7 (87)	35.7 (139)
Andelen² af faste plejehjemslæger, som					
Overordnet vurderer kvaliteten af samarbejdet med plejepersonalet som godt eller meget godt	80.5 (161)	90.7 (195)	80.0 (64)	85.1 (74)	85.6 (119)
Belastes slet ikke eller kun ganske lidt af unødvendige henvendelser fra plejepersonalet	49.0 (98)	60.9 (131)	58.8 (47)	55.2 (48)	55.4 (77)
Belastes slet ikke eller kun ganske lidt af arbejdsbyrden fra tilgangen af mange medicinsk komplekse plejehjemsbeboere	33.5 (67)	44.7 (96)	35.0 (28)	41.4 (36)	41.0 (57)
Er tilfreds eller meget tilfreds med plejepersonalets efterlevelse af deres anbefalinger	70.0 (140)	82.3 (177)	78.8 (63)	79.3 (69)	79.9 (111)

Estimater markeret med **fed**: p < 0.05

¹ Oplysninger om region manglede for 11 praktiserende læger

² Andelene er angivet ift. antallet af læger, som er fast plejehjemslæge

Diskussion

De vigtigste fund

Denne undersøgelse af 1737 alment praktiserende læger viste, at 48 % opfyldte kriterierne for en moderat grad af udbændthed og 14 % opfyldte kriterierne for en alvorlig grad af udbændthed. Da kriterierne for moderat og alvorlig udbændthed er overlappende, udgjorde gruppen af alvorligt udbændte omtrent 30 % af de moderat udbændte. Siden seneste måling i 2019, er andelen af moderat udbændte steget med 21 % og andelen af alvorligt udbændte er steget med 44 %. Stigningen i udbændthed skyldtes især læger under 55 år, som har den højeste forekomst af udbændthed.

I 2023 havde 29 % af praktiserende læger fortrudt, at de blev praktiserende læge; i 2019 var det 22 %. Omtrent fire ud af fem læger med alvorlig udbændthed havde fortrudt, at de blev praktiserende læge, og en tilsvarende andel af alvorligt udbændte læger var utilfredse eller meget utilfredse med fremtidsudsigterne for almen praksis. Dette tyder på meget lav jobmotivation.

Den gennemsnitlige arbejdstid pr. uge var 45 timer, og antallet af arbejdstimer pr. uge var stærkt associeret til udbændthed.

Kun 22% af praktiserende læger med alvorlig grad af udbændthed vurderede deres eget helbred til at være fremragende eller godt. Det lave selvvaluerede helbred spillede sandsynligvis en rolle for, at omkring halvdelen af læger med moderat og alvorlig udbændthed (50-54 %) vurderede, at det var sandsynligt, at de vil blive pensioneret før de fylder 65 år. Denne andel var omtrent dobbelt så stor som andelen hos læger uden tegn på udbændthed (26 %), og vedvarende høje forekomster af udbændthed kan stå i vejen for ønsket om at fastholde praktiserende læger længst muligt i jobbet. Region Sjælland havde den højeste forekomst af moderat udbændthed (51 %), og Region Nordjylland og Region Sjælland havde de højeste forekomster af alvorlig udbændthed (hhv. 17 og 16 %). De regionale forskelle i forekomsten af udbændthed var dog ikke signifikant forskellige.

Undersøgelsens styrker og svagheder

Undersøgelsen opnåede en svarprocent på 51. Det er en meget tilfredsstillende svarprocent sammenlignet med andre nationale og internationale jobtilfredshedsundersøgelser. De 49 %, som ikke deltog i undersøgelsen, kunne have fravalgt deltagelse, fx fordi de ikke havde overskud til at deltage, eller fordi de omvendt trivedes så godt, at de fandt undersøgelsen irrelevant for dem. Graden af mistrivsel, som er rapporteret i undersøgelsen, kan således både være under- eller overestimeret. En tidligere undersøgelse fandt, at manglende deltagelse var relateret til mange ældre, multisyge og socialt udsatte blandt patienterne tilknyttet ydernummeret (20). Da disse forhold er forbundet med øget risiko for udbændthed hos lægen (21), må vi antage, at mistrivsel hos de 49 %, som ikke deltog i undersøgelsen, er på samme niveau eller værre end det viste.

En styrke ved undersøgelsen er, at den har anvendt samme skalaer og spørgsmål, som har været anvendt i tidligere undersøgelser, hvorved den aktuelle trivsel kan sammenlignes med trivsel for år tilbage. En svaghed ved undersøgelsen er, at de rapporterede sammenhænge

er baseret på tværnsnitsdata, hvorved årsagssammenhængene bliver svære at bestemme. Herudover inkluderede undersøgelsen kun subjektive mål for arbejdsbelastning, fx arbejdstimer og oplevet belastning fra komplekse patienter. Vi har i data fra trivselsundersøgelsen 2019 ikke kunnet dokumentere en sammenhæng mellem udbrændthed og antallet af udvalgte ydelser målt vha. registerdata (22). Registerundersøgelsen inkluderede dog kun sololæger og undersøgte ikke patient-kompleksiteten eller kvaliteten, hvormed ydelserne var udført.

Udbrændthed

Undersøgelsen viste, at flere kvindelige praktiserende læger var moderat udbrændte, og flere mandlige praktiserende læger var alvorligt udbrændte. Dette stemmer overens med, hvad vi har fundet i tidligere trivselsundersøgelser (4, 5). Mønstret ser ud til at kunne forklares ved, at flere kvindelige praktiserende læger end mandlige scorer højt på emotionel udmattelse, og at flere mandlige praktiserende læger end kvindelige scorer lavt på personligt jobudbytte.

Forekomsten af udbrændthed var højest i den midterste aldersgruppe (45-54 år). Samme mønster blev fundet i 2019 og stemmer overens med fundene i dansk undersøgelse af udbrændthed blandt 85 karkirurger (23). I den undersøgelse blev udbrændthed målt med CBI. Hvor alment praktiserende læger i gennemsnit scorede 38 på spørgsmål fra CBI-skalaen "personlig udbrændthed", scorede danske karkirurger i gennemsnit 39. Niveauet af udbrændthed hos praktiserende læger kunne således se ud til at være sammenligneligt med niveauet hos læger i karkirurgi. Det skal her understreges, at mindst én 24-timers vagt om ugen var normen blandt de karkirurger, som deltog i undersøgelsen (23). I undersøgelsen af praktiserende læger var forekomsten af udbrændthed højest hos de læger, som arbejdede mere end de gennemsnitlige 45 timer om ugen. Samme mønster blev fundet hos karkirurgerne, hvor den gennemsnitlige ugentlige arbejdstid var 44 timer.

I 2018 blev to af spørgsmålene fra MBI besvaret af 193 medlemmer af dansk urologisk selskab (24). Her blev udbrændthed defineret som en høj score på et af de to spørgsmål, og 9.4 % opfyldte kriteriet. Blandt alment praktiserende læger var andelen 24.5 %, når samme kategorisering anvendtes, dvs. omtrent 2½ gang så mange praktiserende læger opfyldte kriterierne for udbrændthed som medlemmer af dansk urologisk selskab. Det beskrives i studiet, at den typiske arbejdsuge i det urologiske speciale er på ca. 40 timer (24). Forekomsten af udbrændthed blandt de deltagende medlemmer af dansk urologisk selskab blev bemærket som påfaldende lav sammenlignet med internationale studier. Samlet set tyder disse resultater på, at der er stor variation i forekomsten af udbrændthed i forskellige medicinske specialer i Danmark, og at en meget høj forekomst kan være associeret til gennemsnitlige arbejdsuger på 45 timer eller mere.

Længden af arbejdsugen i praksis

Knap en tredjedel af praktiserende læger havde en fuld arbejdsuge i praksis på 5 dage og flertallet, 60 %, en arbejdsuge på 4 dage. Det gennemsnitlige antal arbejdstimer for en praktiserende læge med fuld arbejdsuge i praksis, var 48,5 timer. Praktiserende læger, som arbejdede 3 dage i praksis om ugen, havde en normal arbejdsuge på 37 timer. Dette bekræfter antagelsen om en høj arbejdsmængde for praktiserende læger, og at en del forsøger at håndtere arbejdspresset ved at reducere antallet af arbejdsdage i praksis.

To tredjedele af praktiserende læger anvendte mindre end 1 time pr. uge på lægerelateret arbejde uden for praksis.

Arbejde-privatlivskonflikt

I 2023 rapporterede 26 % af praktiserende læger, at de følte, at arbejdet helt sikkert tager så meget af deres *energi*, at det går ud over privatlivet. Dette er en meget høj andel sammenlignet med andre erhvervsaktive i Danmark. Til sammenligning, så har 14 % af FOAs medlemmer med ledelsesansvar i 2018 angivet, at arbejdet helt sikkert tager så meget af deres energi, at det går ud over privatlivet (25).

I 2023 rapporterede 24 % af praktiserende læger, at de følte, at arbejdet helt sikkert tager så meget af deres *tid*, at det går ud over privatlivet. Også dette er en meget høj andel sammenlignet med andre erhvervsaktive i Danmark. Blandt en heterogen population af 3331 ansatte i Aabenraa kommune var det således kun 6 %, som angav, at arbejdet helt sikkert tager så meget af deres tid, at det går ud over privatlivet (26).

Det er dokumenteret, at oplevelsen af arbejde-privatlivskonflikt er associeret til øget risiko for udbrændthed hos læger og for reduceret motivation til at blive i professionen som læge (27).

Spørgsmålene om arbejde-privatlivskonflikt blev også stillet i 2019, men da vi i 2023 har revideret svarkategorierne, i overensstemmelse med aktuelle anbefalinger, er sammenligning med 2019 desværre ikke mulig.

Oplevet kvalitet og professionel kapital

Udbrændthed var tydeligt associeret til oplevelsen af at kunne udføre sit arbejde med en kvalitet, som man er helt tilfreds med. Således angav 73 % af praktiserende læger uden tegn på udbrændthed, at de kunne udføre deres arbejde i en kvalitet, som de var helt tilfredse med mod kun 22 % af lægerne med alvorlig grad af udbrændthed.

Præcis samme spørgsmål om arbejdets kvalitet blev besvaret af ca. 3100 ansatte på skolerne i Aalborg i 2020. Hvor 67 % her angav, at de kunne udføre deres arbejde i en kvalitet, som de var helt tilfredse med (28) var det 56 % af praktiserende læger. Spørgsmålet er, om dette skyldes, at læger generelt er tilbøjelige til at stille meget høje krav til sig selv (29), eller om arbejdspresset hos praktiserende læger faktisk er så stort, at der til tider mangler muligheder for at levere kvalitet i arbejdet.

Oplevelsen af professionel kapital i form af anerkendelse fra samfundet var også tydeligt associeret til udbrændthed, idet 63 % af praktiserende læger uden tegn på udbrændthed, angav at de i høj grad eller i meget høj grad oplever, at deres arbejde bliver påskønnet i samfundet og i al almindelighed. Samlet set for alle respondenter var andelen 50 % hvilket er det samme (48 %) som i undersøgelsen blandt 3100 ansatte på skolerne i Aalborg Kommune (28). Kigger vi isoleret på gruppen af praktiserende læger med alvorlig udbrændthed var det dog kun 19 %, som i høj grad eller meget høj grad oplevede at deres arbejde bliver påskønnet i samfundet og i al almindelighed. Dvs. for fire ud af fem praktiserende læger med alvorlig udbrændthed omsættes de mange arbejdstimer ikke til høj professionel kapital i form af oplevet anerkendelse for de opgaver, man udfører.

Praktiserende lægers eget helbred

I denne undersøgelse fandt vi, at 46 % af alment praktiserende læger ikke havde haft en sygefraværsdag i løbet af de seneste 12 måneder. Det gennemsnitlige antal sygefraværsdage hos alment praktiserende læger i løbet af de seneste 12 måneder var 4,8. Til sammenligning var det gennemsnitlige antal sygefraværsdage for danske arbejdstagere i 2019 på 8,6 og steg til 9,3 i 2021, sandsynligvis pga. COVID-19 (30). Det gennemsnitlige antal sygefraværsdage for alment praktiserende læger er således omtrent halvdelen af gennemsnittet for danske arbejdstagere. Forklaringen på dette er sandsynligvis ikke, at praktiserende læger er mindre syge end andre erhvervsaktive, men at praktiserende læger i højere grad end andre tager på arbejde, selv om de er syge. Således angav 79% af praktiserende læger, at de var taget på arbejde i løbet af de seneste 12 måneder, selv om de var syge. Hos læger med moderat og alvorlig grad af udbrændthed steg andelen til hhv. 86 og 89 %. En australsk undersøgelse har ligeledes dokumenteret, at praktiserende læger er mindre tilbøjelige til at have sygefraværsdage end andre højtlojnnede erhvervsaktive, og at presenteeism (at tage på arbejde på trods af sygdom) er forbundet med øget forekomst af udbrændthed (31).

Sygefraværsdage var i denne undersøgelse signifikant associeret til udbrændthed. Således havde 49 % af praktiserende læger uden tegn på udbrændthed ikke haft en sygefraværsdag i løbet af de seneste 12 måneder mod 42 % af læger med alvorlig grad af udbrændthed. I overensstemmelse hermed vurderede 68 % af praktiserende læger uden tegn på udbrændthed, at deres helbred var fremragende eller vældig godt. Hos gruppen af læger med alvorlig udbrændthed var andelen væsentlig lavere på 22 %, og over halvdelen af læger med alvorlig udbrændthed (54 %) vurderede, at de ville blive pensioneret førend de fylder 65 år.

I hele populationen af praktiserende læger vurderede 51 % deres eget helbred til at være fremragende eller vældig godt. Denne andel er stort set identisk med andelen på 52 % fundet blandt ca. 3100 ansatte på Aalborgs skoler i 2020 (28). Da udbrændthed blandt praktiserende læger er særligt udbredt i den midterste aldersgruppe (45-54 år), er en halvering i andelen, som vurderer deres eget helbred som fremragende eller vældigt godt i forhold til "normen" stærkt bekymrende. Selvvurderet helbred er i andre undersøgelser dokumenteret relateret til tidlig pension, øget brug af sundhedsvæsenet og dødelighed (28). I flere undersøgelser har selvvurderet helbred vist sig at være en stærkere prædikator for dødelighed end lægediagnosticeret sygdom (10).

Andelen af praktiserende læger med en score på WHO-5 Trivselsindeks, som indikerer lav mental trivsel og risiko for depression, var i perioden 2016-2023 steget fra 19 % til 24 %. Dette var en stigning i andelen af praktiserende læger med lav mental trivsel på 26 %. Den gennemsnitlige trivselsscore på 63 i 2023 var en reduktion på tre points i forhold til 2016. Om end en reduktion på tre points ikke svarer til den mindste kliniske relevante forskel på ti points (13), så er en gennemsnitlig score på 63 noget lavere end den gennemsnitlige score på 70, som er målt hos en dansk normalbefolkning (13).

Søvnproblemer

Blandt alle 1737 praktiserende læger angav 8 %, at de hele tiden eller en stor del af tiden har haft svært ved at falde i søvn, og 15 % angav, at de hele tiden eller en stor del af tiden er

vågnet for tidligt uden at kunne falde i søvn igen. Det er sammenligneligt med de andele, som er rapporteret blandt ca. 3100 ansatte på skolerne i Aalborg Kommune, som har besvaret samme spørgsmål om søvnbesvær (28). Her angav 9 % problemer med at falde i søvn og 14 % problemer med for tidlig opvågning. Disse andele er forventelige, idet næsten halvdelen af erhvervsaktive i Danmark rapporterer søvnproblemer (46 %), og andelen har været stabil i perioden 2013-2019 (9). Hos praktiserende læger med alvorlig grad af udbændthed er andelen med søvnproblemer dog mere end fordoblet. Således angav 22 % problemer med at falde i søvn og 32 % problemer med tidlig opvågning. Udbændthed er således stærkt associeret til søvnproblemer, hvilket er bekymrende, da søvnkvalitet er relateret til en lang række helbredsparametre (32).

Jobtilfredshed og arbejdsglæde

Andelene, som var utilfredse med ti faktorer for trivsel, herunder fysiske arbejdsforhold, frihed til at vælge arbejds måde og muligheden for at udnytte evner, steg markant fra 2012-2016, hvorefter utilfredsheden har været faldende. Således toppede utilfredsheden i 2016, og for alle faktorer var andelen af utilfredse mindre i 2023 end i 2016. Dette på trods af mindre stigninger i perioden fra 2019-2023 i andelen af praktiserende læger, som var utilfredse med økonomisk udbytte og antal arbejdstimer.

Det er et uventet mønster set i forhold til stigningen af udbændthed i den samme periode. Forklaringen på dette kan være, at skalaen til måling af jobtilfredshed (WCW) er udviklet i 1979 og udviklet på baggrund af interviews af mandlige arbejdere, som udførte manuelt arbejde (12). Det kan tænkes, at WCW-skalaen ikke er dækkende for de forhold i arbejdslivet, som praktiserende læger – hvoraf hovedparten er kvinder – oplever som centrale for jobtrivsel.

Lidt under halvdelen af praktiserende læger rapporterede i 2023 høj arbejdsglæde. I 2019 var andelen 55 %. Prioriteringen af forhold, som har betydning for arbejdsglæden, var stort set den samme som den var i 2019. Dog er samarbejde med lægekolleger i fx lægelaug og klynger gået fra en 15. plads til en 13. plads og lå i 2023 over bl.a. muligheden for personlig udvikling.

Regionale forskelle i udbændthed

Forekomsten af moderat udbændthed varierede på tværs af regioner fra 45 % til 51 %, og forekomsten af alvorlig udbændthed varierede fra 12 % til 17 %. Til forskel fra 2019 var de regionale forskelle i 2023 ikke statistisk signifikante. Nogle af de regionale forskelle i 2023 var forklaret ved forskelle i køn og alder. Når der justeredes for disse forskelle, var Region Sjælland den region, hvor de praktiserende læger havde den højeste forekomst af såvel moderat som alvorlig udbændthed (hhv. 52 og 16 %). Dog var førstepladsen for den højeste forekomst af alvorlig udbændthed delt med Region Nordjylland. I overensstemmelse med dette havde Region Sjælland den laveste andel af tilfredse praktiserende læger på tre ud af tre tilfredshedsvariable for samarbejde med kommuner og den laveste andel af tilfredse praktiserende læger på tre ud af fem tilfredshedsvariable for samarbejde med hospitaler. Utilfredshed med samarbejde med kommuner og hospitaler viser altså en samvariation med at være udbændthed på tværs af regioner.

Den relativt højere forekomst af udbrændthed i Region Sjælland sammenlignet med de andre regioner kunne også skyldes en højere arbejdsbelastning fra en befolkning med øget morbiditet. Således viste Sundhedsprofilen 2021, at Region Sjælland har den højeste andel af borgere med dårligt selvrapporeret fysisk helbred (1). Region Hovedstaden har den laveste andel af borgere med dårligt selvrapporeret helbred, og Region Hovedstaden havde den laveste forekomst af alvorlig udbrændthed (12 %). Vi har også tidligere vist, at andelen i praksis af patienter uden for arbejdsmarkedet er associeret med lægernes udbrændthed (33).

Region Nordjylland havde også en høj forekomst af alvorlig grad af udbrændthed og flere forhold peger på, at arbejdsbelastningen også er særligt høj i Region Nordjylland. Således har denne region den næsthøjeste andel af borgere med dårligt selvrapporeret helbred (1), og praktiserende læger i Region Nordjylland har flest tilmeldte patienter pr. læge i 2022 (2). Fælles for Region Sjælland og Region Nordjylland er også flere kommuner med en høj andel af praksis med lukket for tilgang af nye patienter (2). En høj andel af praksis med lukket for tilgang er som regel udtryk for lægemangel, hvorved de resterende læger må håndtere det antal patienter, som de maksimalt kan klare (2). Dette er bekymrende i forhold til, at der særligt i Region Sjælland er en høj andel af praktiserende læger over 65 år og udfordringerne med lægemangel dermed kunne øges i de kommende år (2), hvilket forstærkes af et vigende antal uddannelseslæger i Region Sjælland (19).

Fælles for Region Sjælland og Region Nordjylland er et faldende antal speciallæger i almen medicin i perioden 2010-2020 modsat de øvrige regioner, hvor der har været en beskeden tilvækst (19). Dette vil, kombineret med en befolkningsfremskrivning med den største tilvækst af 80+ åriges andel af befolkningen i netop disse to regioner (19), betyde en accentueret udvikling i udbrændthed, nedsat mentalt helbred og en række negative konsekvenser for praktiserende læger. En kvalitativ interviewundersøgelse af speciallæger i almen medicin viste, at der efterspørges tiltag, som giver mulighed for at lavere patientantal pr. læge i områder med stor ældrebyrde, og at sådanne tiltag vil gøre det mere attraktivt at være praktiserende læge i sådanne områder (19).

Andelen af praktiserende læger, som var fast plejehjemslæge, varierede på tværs af regioner fra 36 % i Region Syddanmark til 54 % i Region Nordjylland. Arbejdsbelastningen fra funktionen som fast plejehjemslæge så ud til at være lavest i Region Midtjylland. På landsplan var funktionen som fast plejehjemslæge forbundet med lavere forekomst af udbrændthed. Det er sandsynligvis udtryk for, at det er praktiserende læger med overskud, som påtager sig rollen som fast plejehjemslæge.

Belastninger i jobbet som alment praktiserende læge

Andelen af praktiserende læger, som følte sig belastet af omfanget af komplekse patientkontakter er steget fra 43 % i 2016 til 66 % i 2023. I samme periode er moderat udbrændthed steget fra 38-48 %. Denne udvikling er i overensstemmelse med registerdata, som har bekræftet, at praktiserende læger med mange multisyge patienter har øget risiko for udbrændthed (21). Den udvikling kan ses som en naturlig konsekvens af at visse opgaver delegeres til andet personale i praksis hvilket efterlader de mere komplekse opgaver til lægerne.

Modsat ovenstående har andelen af praktiserende læger, som følte sig belastet af administrative opgaver og udfordringer i forhold til at holde sig fagligt opdateret, været svagt nedgående siden 2016 og var 3-4 procentpoints lavere i 2023 end i 2016. Andelen, som følte sig belastet af praksisdrift, har ligget stabilt på 55-57 % siden 2016.

Solopraksis og kompagniskabspraksis

Der bliver færre sololæger i Danmark (2) og i overensstemmelse hermed var andelen af sololæger i praksisundersøgelsen faldet fra 23 % i 2019 til 16 % i 2023. Udbrændthed var ikke associeret til status som sololæge eller læge i kompagniskabspraksis, hvilket er også var tilfældet i tidligere trivselsundersøgelser.

For læger i kompagniskabspraksis var en sygemeldt kollega associeret til øget risiko for udbrændthed, og hos læger med en sygemeldt kollega steg det gennemsnitlige antal arbejdstimer pr. uge med 1 time. Det er dog vigtigt at påpege, at det er uvist, om den øgede risiko for udbrændthed skyldtes den ekstra arbejdsbyrde pga. fraværet af en sygemeldt kollega, eller at både den sygemeldte kollega og kollegerne til denne arbejdede i en praksis med særligt ugunstige vilkår for jobtrivsel. Samlet set tyder det dog på, at en sygemeldt læge i praksis kan være en indikator for at de resterende læger i praksis er sårbare og kunne have brug for støtte.

Brug af praksisunderstøttende personale

Forskellige former for praksisunderstøttende personale er foreslået som en mulig løsning på kapacitetsproblemerne i almen praksis (34). I trivselsundersøgelsen angav 37 % af praksisserne, at de har medicinstuderende ansat. De opgaver, som flest praksisser angav, at de medicinstuderende udfører, var blodprøvetagning (93 %) og vaccinationer (80 %).

Antallet af andre ansatte end læger i almen praksis er i vækst (2). Dette gælder traditionelle stillingskategorier som lægesekretærer, sygeplejersker og social- og sundhedshjælpere/-assistenter, men også andre faggrupper ser ud til at have fundet vej ind i almen praksis. I trivselsundersøgelsen rapporterede hhv. 10 og 15 % af praksisserne, at de havde ansat jordemødre og bioanalytikere.

Flere britiske undersøgelser har kortlagt, hvordan aktiviteten i praksis og i sundhedsvæsenet i øvrigt ændres ved systematisk brug af praksisunderstøttende personale i almen praksis (35-37). Generelt ser det ud til, at jo flere fuldtidsansatte med anden faglig baggrund end læge, der er ansat i almen praksis, jo længere tid er det siden, at patienten sidst er blevet set af en læge og jo mindre patienttilfredshed. Jo flere sygeplejersker, der er ansat i almen praksis, jo flere medicinordinationer. Dette er blevet tolket som udtryk for, at sygeplejersken øger den samlede opmærksomhed på at identificere flere af patientens problemer.

Ambulante besøg i hospitalssektoren ser ud til at falde, jo flere sygeplejersker, der er ansat i almen praksis. Der er tvivl om hvad dette skyldes. Det er vigtigt at følge ændringer i ydelsesmønstre nøje ved systematisk brug af praksisunderstøttende personale, så løsninger på kapacitetsproblemer i almen praksis ikke medfører øget sygelighed hos patienterne og dermed i sidste ende forstærker presset på almen praksis og sundhedsvæsenet generelt (35).

Antallet af læger i praksis pr. 1000 patienter har vist sig at have en positiv effekt på praktiserende lægers trivsel og arbejdstid (37). Derfor er det bekymrende, at vi fandt, at mere end hver tiende praksis rapporterede, at de havde mindst én ubesat lægevikarstilling.

Praksisser, som systematisk anvender praksisunderstøttende personale, har ofte stort fokus på organiseringen af arbejdet i almen praksis for at undgå dobbeltarbejde og u hensigtsmæssige arbejdsgange (38). Bl.a. lean-principperne, som også kendes fra hospitalerne, har været inspirationskilde til flere omorganiseringer i almen praksis (39). Et enkelt studie har undersøgt effekten af lean-baseret omorganisering på trivsel og udbrændthed i almen praksis. Studiet fandt, at reorganiseringen øgede ejerskabsfølelsen hos lægerne, men samtidig så ud til at øge udbrændtheden (40). Forfatterne tolkede den øgede udbrændthed som udtryk for, at presset på almen praksis generelt var øget over den 2-års periode, som studiet strakte sig over. Desværre indgik der ikke en kontrolgruppe i undersøgelsen. Der er derfor brug for mere viden om, hvorvidt standardiseret opgaveløsning alene medfører "the gift of time" (40), eller om den også for nogen kan reducere oplevelsen af mening i arbejdet, som er den faktor, der er afgørende for at forhindre en alvorlig grad af udbrændthed.

Samarbejdet med andre faggrupper øger behovet for tydelig rolle- og ansvarsfordeling, så bl.a. dobbeltarbejde undgås (41). Erfaringer fra store lægehuse er, at det ofte har taget mange år at udvikle deres organisation og rutiner (34). Små lægehuse, som i mindre grad anvender praksisunderstøttende personale, ser det da også ofte som en fordel, at det er muligt at have en uformel ledelses- og beslutningsstruktur modsat store lægehuse, som kræver megen koordination, der kan stjæle lægens tid (34). Systematisk brug af praksisunderstøttende personale øger kompleksiteten fx i forhold til matching af patienternes behov med den aktuelle personalesammensætning, stillingtagen til juridiske forhold og dokumentering af betydningen for kapaciteten og normeringen i almen praksis, når det lokale hospital foretager ændringer i tilbuddene til patienter med kroniske sygdomme (41). Selv om det for mange praktiserende læger er idealet, at den praktiserende læge er chef i egen virksomhed (34), så kunne man forestille sig, at de enkelte praksisser organiseres i større enheder med en overordnet administrativ leder, som kunne varetage overordnet strategi og medvirke til at skabe sammenhængskraft mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen. De seneste års udvikling i ansættelses- og organisationsformer i almen praksis har udvidet mulighederne for, hvordan man kan være beskæftiget på det almenmedicinske område uden at eje egen praksis. Dette tilgodeser behovene hos en mindre gruppe af speciallæger i almen medicin, som ikke motiveret af at eje, drive og lede deres egen praksis, men er dedikeret til det almenmedicinske arbejde (19).

Konklusion

Trivselsundersøgelsen 2023 viste en bekymrende udvikling i udbrændthed, idet 48 % af de deltagende praktiserende læger opfyldte kriterierne for en moderat grad af udbrændthed og 14 % opfyldte kriterierne for en alvorlig grad af udbrændthed. Forekomsten af udbrændthed hos praktiserende læger ser ud til at være på samme niveau som hos karkirurger, hvor mindst én ugentlig døgnvagt er normen, og mere end 2½ gange så høj som hos medlemmer af dansk urologisk selskab, som i den refererede undersøgelse havde kortere arbejdsuge end både praktiserende læger og karkirurger. Udbrændthed hos praktiserende læger så især ud til at

være forbundet med et højt antal arbejdstimer pr. uge, oplevet konflikt mellem arbejde og privatliv, oplevelsen af ikke at kunne udføre sit arbejde i den kvalitet, som man gerne vil og høj grad af oplevet belastning fra mange komplekse patienter. Sidstnævnte sås endvidere bekræftet ved, at forekomsten af udbrændthed var særligt høj i de regioner, hvor andelen af borgere med dårligt helbred er højest og hvor befolkningsfremskrivninger forudser størst tilvækst af gruppen af borgere på 80 år eller ældre.

Hvor omtrent den ene halvdel af praktiserende læger udviste tegn på udbrændthed, så angav omtrent den anden halvdel (47 %), at de i meget høj grad eller i høj grad har den arbejdsglæde, som de ønsker sig. I 2019 var det 55 %, som i meget høj grad eller i høj grad har den arbejdsglæde, som de ønsker sig. Det var især samarbejdet med lægekolleger i praksis og samarbejdet med andre faggrupper i praksis, som bidrog til oplevelsen af arbejdsglæde. Prioriteringen af forhold af betydning for arbejdsglæden var stort set uændret siden 2019, dog er samarbejdet med lægekolleger i lægelaug og klynger krøbet en smule op ad listen og lå i 2023 på en 13. plads over forhold, som havde betydning for arbejdsglæden.

Den gennemsnitlige arbejdsuge for praktiserende læger i 2023 var 45 timer, og udbrændthed var relateret til arbejdstimer. Forholdsvis store andele af praktiserende læger angav, at arbejdet tager så megen tid og energi at det går ud over privatlivet. 26 % angav, at arbejdet tager så meget af deres energi, at det går ud over privatlivet, og dette er en dobbelt så stor andel sammenlignet med andelen hos medlemmer hos FOA med ledelsesansvar. 24 % angav, at jobbet som praktiserende læge tager så meget af deres tid, at det går ud over privatlivet, hvilket er fire gang så stor en andel som andelen hos ansatte i en dansk kommune. Under halvdel af praktiserende læger med moderat udbrændthed og kun hver femte med alvorlig udbrændthed, oplevede at de kunne udføre deres arbejde i en grad, som de var helt tilfredse med. En stor arbejdsindsats kombineret med ringe oplevelse af at gøre et godt stykke arbejde skader arbejdsglæden.

Praktiserende læger havde halvt så mange sygefraværsdage, som erhvervsaktive danskere. Til gengæld var tre ud af fire læger taget på arbejde, selv om de var syge i løbet af det sidste år. Dette vidner om, at praktiserende læger generelt føler et stort ansvar for deres patienter og praksis.

Kun omtrent hver femte læge med alvorlig udbrændthed vurderede sit eget helbred til at være fremragende eller vældigt godt. Dette er bekymrende, idet et godt helbred er en forudsætning for at opretholde en god opgavekapacitet under stort arbejdspress.

Udbrændthed så ud til at kunne være af betydning for fastholdelse i praksis. Således havde 3 ud af 4 læger med alvorlig udbrændthed fortrudt deres valg af speciale og var utilfredse eller meget utilfredse med fremtidsudsigterne for almen praksis, og halvdel af praktiserende læger med tegn på udbrændthed fandt det sandsynligt, at de ville blive pensioneret førend de fyldte 65 år. Tidlig tilbagetrækning skal sandsynligvis ses i sammenhæng med det ringe selv-vurderede helbred.

Hvert tiende ydernummer havde mindst en ubesat lægevikarstilling. Undersøgelsen viste udbredt brug af praksisunderstøttende personale som sygeplejersker, lægesekretærer, social og

sundhedshjælpere og -assistenter, bioanalytikere, jordemødre og medicinstuderende, og brug af praksisunderstøttende personale fremhæves ofte som en løsning på kapacitetsproblemerne i almen praksis. Undersøgelser har dog vist, at praksisunderstøttende personale ikke altid reducerer lægens arbejdstid. Selv om samarbejde med praksispersonale var en af de vigtigste faktorer af betydning for arbejdsglæden i den aktuelle undersøgelse, så ved vi fra litteraturen, at brug af praksisunderstøttende personale øger behovet for styring og kvalitetssikring og ofte medfører øget fokus på effektivisering af klinikdrift. En enkelt undersøgelse har vist, at omorganisering med henblik på øget effektivisering var relateret til øget udbrændthed, men evidensen er sparsom og der er brug for mere forskning på området.

Litteratur

1. Jensen HARD, M.; Møller, S.R.; Román, J.E.I.; Kragelund, K.; Christensen, A.I.; Ekholm, O. . Danskernes sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2021. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2022.
2. Organisation PL. PLO Faktaark 2022 [14.11.2023]. Available from: https://laeger.dk/media/1e3cufft/plo_faktaark_2022.pdf.
3. Pedersen AF, Olesen F, Andersen CM, Vedsted P. Arbejdsbelastning blandt alment praktiserende læger. En undersøgelse i Region Midtjylland, 2012: Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus, Aarhus Universitet; 2012.
4. Pedersen AF, Nørøxe KB, Bro F, Vedsted P. Alment praktiserende lægers psykiske arbejdsmiljø og jobtilfredshed 2016. Aarhus: Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet; 2016. Contract No.: Report.
5. Pedersen AFV, P. . Alment praktiserende lægers psykiske arbejdsmiljø og jobtilfredshed 2019. Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet; 2020.
6. Pedersen AF, Vedsted P. Burnout, coping strategies and help-seeking in general practitioners: a two-wave survey study in Denmark. *BMJ Open*. 2022;12(2):e051867.
7. Horn DJ, Johnston CB. Burnout and Self Care for Palliative Care Practitioners. *Med Clin North Am*. 2020;104(3):561-72.
8. Shen X, Xu H, Feng J, Ye J, Lu Z, Gan Y. The global prevalence of burnout among general practitioners: a systematic review and meta-analysis. *Fam Pract*. 2022;39(5):943-50.
9. Rosenkilde SK, M.B.; Nielsen, M.B.D., Thygesen, L.C. Udvikling i forekomsten af mental sundhed blandt erhvervsaktive i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2023.
10. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*. 1997;38(1):21-37.
11. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach burnout inventory manual (3rd). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, Inc.; 1996.
12. Warr P, Cook J, Wall T. Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal of Occupational Psychology*. 1979;52:129-48.

13. Topp CW, Ostergaard SD, Sondergaard S, Bech P. The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2015;84(3):167-76.
14. Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB. The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*. 2005;19(3):192-207.
15. An PG, Rabatin JS, Manwell LB, Linzer M, Brown RL, Schwartz MD, et al. Burden of difficult encounters in primary care: data from the minimizing error, maximizing outcomes study. *Archives of Internal Medicine*. 2009;169(4):410-4.
16. Hargreaves AF, M. Professional capital. Transforming teaching in every school: Teachers College Press & Ontario Principals' Council; 2012.
17. Kristensen TS. Professionel kapital på erhvervsskoler, gymnasier og VUC – en håndbog. København: Gymnasieskolernes Lærereforening og Uddannelsesforbundet; 2015.
18. Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ-II) Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA); 2004-2005 [Available from: <https://nfa.dk/da/Vaerktoejer/Sporgeskemaer/Copenhagen-Psychosocial-Questionnaire-COPSOQ-II>].
19. Madsen MHJ, M.B.; Jensen, M.C.F.; Westergaard, C.L.; Tapager, I.W. Speciallæge i almen medicin - En undersøgelse af begrundelser for forskellige karrierevalg- og veje. København: VIVE. Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2023.
20. Nørøxe KB, Pedersen AF, Bro F, Vedsted P. Mental well-being and job satisfaction among general practitioners: a Danish nationwide cross-sectional survey. Accepted for publication. 2018.
21. Pedersen AF, Norøxe KB, Vedsted P. Influence of patient multimorbidity on GP burnout: a survey and register-based study in Danish general practice. *Br J Gen Pract*. 2020;70(691):e95-e101.
22. Ibsen Bruun A, Vedsted P, Pedersen HS, Pedersen AF. Workload and GP burnout - survey and register-based study in Danish general practice. *BJGP Open*. 2023.
23. Moller CM, Clausen T, Aust B, Eiberg JP. A cross-sectional national study of burnout and psychosocial work environment in vascular surgery in Denmark. *J Vasc Surg*. 2022;75(5):1750-9 e3.
24. Jacobsen FM, Jensen CFS, Schmidt MLK, Qin Y, Akselberg NJ, Sonksen J, et al. Burnout Among Urologists from Denmark and Michigan. *Urology*. 2021;147:68-73.
25. Petersen SUH, L.O.P. Ledernes psykiske arbejdsmiljø. 2018.
26. Kommune A. Aabenraa Kommune Trivselsundersøgelse 2020. 2020.
27. Bodendieck E, Jung FU, Conrad I, Riedel-Heller SG, Hussenoeder FS. The work-life balance of general practitioners as a predictor of burnout and motivation to stay in the profession. *BMC Prim Care*. 2022;23(1):218.
28. Mørch TMJ, P.B.; Ikanovic, E.L. Professionel kapital i Aalborg Kommune. Afdækning af professionel kapital blandt ansatte på skolerne i Aalborg Kommune. København: Analyse & Tal, F.M.B.A.; 2020.
29. Martin SRF, M.A.; Heyming, T.W.; Ahn, K.; Nichols, W.; Golden, C.; Saadat, H.; Kain, Z.N. Perfectionism as a predictor of physician burnout. *BMC health services research*. 2022;22(1).
30. Statistik D. Nyt fra Danmarks Statistik: Sygefraværet steg under fortsat corona i 2021 2022 [14.11.2023]. Available from: <https://www.dst.dk/Site/Dst/Udgivelser/nyt/GetPdf.aspx?cid=42792>.

31. Pit SW, Hansen V. The relationship between lifestyle, occupational health, and work-related factors with presenteeism amongst general practitioners. *Arch Environ Occup Health*. 2016;71(1):49-56.
32. Jin Q, Yang N, Dai J, Zhao Y, Zhang X, Yin J, et al. Association of Sleep Duration With All-Cause and Cardiovascular Mortality: A Prospective Cohort Study. *Front Public Health*. 2022;10:880276.
33. Pedersen AF, Vedsted P. Understanding the inverse care law: a register and survey-based study of patient deprivation and burnout in general practice. *International journal for equity in health*. 2014;13:121-014-0121-3.
34. Kapacitet i fremtidens almen praksis. Muligheder og udfordringer for at realisere de overordnede visioner. Dansk Sundhedsinstitut; 2010.
35. Francetic I, Gibson J, Spooner S, Checkland K, Sutton M. Skill-mix change and outcomes in primary care: Longitudinal analysis of general practices in England 2015-2019. *Soc Sci Med*. 2022;308:115224.
36. Gibson J, Checkland K, Coleman A, Hann M, McCall R, Spooner S, et al. Eighth national GP worklife survey. Manchester: Policy Research Unit in Commissioning and the healthcare system; 2015. Contract No.: Report.
37. McDermott I, Spooner S, Goff M, Gibson J, Dalgarno E, Francetic I, et al. Scale, scope and impact of skill mix change in primary care in England: a mixed-methods study. *Health and Social Care Delivery Research*. Southampton (UK)2022.
38. Gibson J, McBride A, Checkland K, Goff M, Hann M, Hodgson D, et al. General practice managers' motivations for skill mix change in primary care: Results from a cross-sectional survey in England. *J Health Serv Res Policy*. 2023;28(1):5-13.
39. Lean for læger - nu også i almen praksis *Ugeskrift for Læger*2007 [Available from: <https://ugeskriftet.dk/nyhed/lean-laeger-nu-ogsaa-i-almen-praksis>.
40. Hung DY, Harrison MI, Truong Q, Du X. Experiences of primary care physicians and staff following lean workflow redesign. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):274.
41. Nelson P, Martindale AM, McBride A, Checkland K, Hodgson D. Skill-mix change and the general practice workforce challenge. *Br J Gen Pract*. 2018;68(667):66-7.