

Alment Praktiserende lægers psykiske arbejdsmiljø og jobtilfredshed 2019

April 2020



Anette Fischer Pedersen og Peter Vedsted

Forskningsenheden for Almen Praksis

Bartholins Allé 2

8000 Aarhus C

Alment praktiserende lægers psykiske arbejdsmiljø og jobtilfredshed 2019

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: 978-87-90004-99-6

Version: 1. version

Versionsdato: 27. april 2019

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 2019. Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet 2020.

Indhold

Sammenfatning.....	3
Oversigt over figurer og tabeller	5
Baggrund.....	7
Metode	8
Analyse.....	9
Etik og datahåndtering.....	10
Resultater	11
Arbejdstid og tidsforbruget på specifikke aktiviteter	13
Udbrændthed.....	14
Faktorer relateret til udbrændthed	15
Udbrændthed og selv vurderet arbejdsevne og patientklager.....	21
Udbrændthed og mistrivsel.....	21
Udbrændthed målt med Copenhagen Burnout Inventory	24
Arbejdsglæde og arbejdstilfredshed	25
Regionale forskelle	29
Udbrændthed og motivation	34
Diskussion	36
Udbrændthed i forhold til andre ansatte i social- og sundhedsvæsenet	36
Udbrændthed og praksisorganisering.....	37
Udbrændthed og komplekse patientkontakter.....	37
Udbrændthed og selv vurderet arbejdsevne.....	38
Udbrændthed og røde flag for trivslen	39
Sygefravær, presenteeism og udbrændthed	39
Kønsforskelle i trivslen	40
Arbejdstilfredshed	40
Tilfredshed og trivsel i de fem regioner	41
Motivation og udbrændthed.....	42
Konklusion.....	43
Referencer	44
Appendiks	46

Sammenfatning

Omorganisering af sundhedsvæsenet, et stigende antal patienter med kroniske sygdomme og lægemangel i særligt yderområderne har øget presset på almen praksis. Internationale undersøgelser viser stigende forekomst af udbrændthed blandt praktiserende læger, men litteraturen er karakteriseret ved forskellige målemetoder til registrering af udbrændthed, hvilket reducerer gyldigheden af sammenligninger mellem grupper og over tid. Forskningsenheden for Almen Praksis har siden 2004 med års mellemrum målt udbrændthed blandt danske praktiserende læger med det samme spørgeskema og har dokumenteret en kraftig stigning i andelen af moderat og alvorligt udbrændte praktiserende læger. Således steg andelen af moderat udbrændte praktiserende læger fra 24% til 38% og andelen af alvorligt udbrændte fra 3% til 11% i perioden 2004 til 2016. Undersøgelsen fra 2016 blev lavet i samarbejde med Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og i 2019 besluttede PLO at foretage en ny landsdækkende spørgeskemaundersøgelse blandt deres medlemmer i samarbejde med Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus.

I november 2019 modtog alle medlemmer af PLO med ydernummer og en gyldig e-mailadresse et link til et elektronisk spørgeskema. I alt 1866 læger (svarprocent = 55%) fuldførte besvarelsen af spørgeskemaet.

Resultaterne viste, at 39.9% opfyldte kriterierne for en moderat grad af udbrændthed og 9.9% for en alvorlig grad af udbrændthed. Udbrændthedskurven er således fladet ud siden 2016. Alder var signifikant forbundet med udbrændthed med den laveste forekomst af såvel moderat som alvorlig grad af udbrændthed i den ældste aldersgruppe (≥ 55 år). Køn var ikke forbundet med forekomsten af udbrændthed. Arbejdstiden i 2019 var stort set den samme som i 2016, og udbrændthed var i 2019 relateret til arbejdstimer, men i mindre grad end i 2016.

Samtidig med de relativt høje forekomster af udbrændthed viste undersøgelsen, at 55.0% angav, at de i meget høj grad eller i høj grad har den arbejdsglæde de ønsker sig i deres nuværende arbejde, og blot 9% angav, at de i ringe grad eller slet ikke har den arbejdsglæde de ønsker sig. Især godt samarbejde med lægekolleger i praksis (68.0%), godt samarbejde med klinikpersonale i praksis (56.4%), oplevelsen af tid nok i det daglige arbejde (39.3%), en langvarig relation til patienterne (33.9%) og autonomi til at præge arbejdslivet (24.4%) blev udpeget som vigtige forhold for arbejdsglæden.

For første gang besvarede deltagerne "Copenhagen Burnout Inventory" (CBI), som er et andet skema til måling af udbrændthed. Dette skema er tidligere besvaret af omtrent 2000 ansatte i det danske social- og sundhedsvæsen. Overordnet set så praktiserende lægers niveau af udbrændthed ud til at være på samme niveau som hos flere andre grupper af ansatte i social- og sundhedsvæsenet. Kun praktiserende læger med alvorlig grad af udbrændthed kunne defineres som "udbrændte" ifølge CBI. Dette skal ses i lyset af de relativt svage kriterier for moderat grad af udbrændthed med høj score på blot en af tre underskalaer.

Hele 60% angav, at de føler sig noget eller meget belastet af komplekse patientkontakter og belastningen var tæt forbundet med udbrændthed. Den oplevede belastning fra komplekse patientkontakter er øget markant siden 2016, hvor 43% angav at de følte sig noget eller meget belastet af kom-

plekse patientkontakter. Udbrændthed var ligeledes associeret til at føle sig noget eller meget belastet af risikoen for at lave fejl eller overse noget alvorligt og til ofte eller meget ofte at tænke på risikoen for at blive involveret i en patientklagesag.

Omtrent en tredjedel af læger med alvorlig udbrændthed angav, at de havde søgt professionel hjælp i forbindelse med psykisk belastning/sygdom inden for de seneste 3 år. En næsten lige så høj andel angav dog, at de ikke havde søgt hjælp, selv om det måske kunne have gavnet dem.

På flere parametre rapporterede mandlige praktiserende læger bedre trivsel end kvindelige praktiserende læger. Således fandt vi, at 80.7% af mandlige praktiserende læger rapporterede lavt niveau af generel stress mod kun 75.0% af kvindelige praktiserende læger. Ligeledes rapporterede 55.7% af mandlige praktiserende læger høj trivsel på WHO's trivselsindeks mod kun 46.2% af kvindelige praktiserende læger. Hvor 44.3% af mandlige praktiserende læger angav, at de i høj eller meget høj grad har en god balance mellem arbejde og privatliv, var andelen kun 37.3% blandt de kvindelige praktiserende læger.

Tilfredsheden med samarbejdet med kommuner, plejehjem og hjemmepleje og sygehuse er øget i de fem regioner siden 2016. Der ses dog stadig regionale forskelle i tilfredsheden med samarbejdet, og disse forskelle forklarer ikke variationen i udbrændthed i de fem regioner. Således var lægerne i Region Midtjylland generelt nogle af de mest tilfredse med samarbejdet med kommuner, hjemmepleje og sygehuse, men havde højest forekomst af udbrændthed (hhv. 49.2% og 12.6% moderat og alvorligt udbrændte). Lægerne i Region Sjælland var generelt de mindst tilfredse med samarbejdet, men havde en af de laveste forekomster af udbrændthed (hhv. 36.5% og 8.4% moderat og alvorligt udbrændte). Region Midtjylland havde den klart højeste svarprocent og dette kan muligvis være en del af forklaringen på den højere forekomst af udbrændthed. Ligeledes angav lægerne i Region Midtjylland mere belastning fra komplekse patientkontakter, og registerstudier kunne foretages med henblik på at kortlægge eventuelle regionale forskelle i patientpopulationerne og objektiv arbejdsbelastning.

Oversigt over figurer og tabeller

Tabel 1	Køn, alder og region for respondenter og målgruppen	side 11
Tabel 2	Antal år som speciallæge, ansættelsesforhold, praksisorganisering og services i praksis	side 12
Tabel 3	Tidsforbruget på udvalgte aktiviteter i 2019 og 2016	side 14
Tabel 4	Alment praktiserende læger med moderat og alvorlig grad af udbrændthed i den aktuelle og i tidligere undersøgelser	side 15
Tabel 5	Sammenhænge mellem udbrændthed og deltagelse i efteruddannelsesgruppe, klyngemøde, tillid til klynger, afholdelse af ferie samt kvalitet af kollegialt samarbejde i praksis	side 18
Tabel 6	Udbrændthed og selv vurderet arbejdsevne	side 22
Tabel 7	Udbrændthed og røde flag for mistrivsel	side 23
Tabel 8	Udbrændthed målt med "Copenhagen Burnout Inventory"	side 24
Tabel 9	Alment praktiserende lægers gennemsnitlige score på Copenhagen Burnout Inventory sammenlignet med andre faggrupper i Danmark	side 25
Tabel 10	Forhold af betydning for arbejdsglæde	side 26
Tabel 11	Stress, trivsel, selv vurderet helbred og balance mellem arbejde og privatliv hos kvindelige og mandlige praktiserende læger	side 29
Tabel 12	Lægepopulationer og trivslen i de fem regioner	side 31
Tabel 13	Tilfredsheden med samarbejdet med kommune(r), plejehjem og hjemmepæleje og med sygehus(e) i de fem regioner	side 32
Tabel 14	Belastning fra komplekse patientkontakter, administrative opgaver, praksisdrift og faglig opdatering i de fem regioner	side 33
Tabel 15	Praktiserende lægers score på Public Service Motivation, brugerorientering og indre motivation sammenlignet med offentligt og private ansatte i Danmark	side 34
Tabel 16	Motivation hos læger uden tegn på udbrændthed og læger med moderat eller alvorlig udbrændthed	side 35

Figur 1	Udviklingen i moderat og alvorlig udbændthed siden 2004	side 16
Figur 2	Fordelingen af udbændthedsscores på aldersgrupper	side 16
Figur 3	Fordelingen af udbændthedsscores på køn	side 17
Figur 4	Andelen af læger uden tegn på udbændthed og læger med moderat og alvorlig udbændthed i grupper baseret på kvartiler af det ugentlige antal arbejdstimer	side 18
Figur 5	Udbændthed i forhold til praksisorganisering	side 19
Figur 6	Andelen af praktiserende læger uden tegn på udbændthed og med moderat og alvorlig udbændthed, som føler sig belastet af komplekse patientkontakter, administrative opgaver, praksisdrift og faglige opdateringer	side 20
Figur 7	Arbejdsglæde	side 26
Figur 8	Andelen af praktiserende læger, som er utilfredse med ni faktorer af betydning for arbejdstilfredsheden og den overordnede arbejdstilfredshed i 2012, 2016 og 2019	side 28

Baggrund

Presset på almen praksis er øget pga. omorganisering af sundhedsvæsenet, et stigende antal ældre, patienter med kroniske sygdomme og lægemangel, særligt i yderområderne. Flere opgaver fra specialiserede hospitalsafdelinger klares, planlagt og mindre planlagt, i almen praksis. Som følge af tidligere udskrivning fra hospitaler er der oftere konkrete opfølgninger samt flere bio-psyko-sociale problemstillinger at 'samle op på' for alment praktiserende læger.

Længere levetid og flere behandlingskrævende sygdomme betyder, at antallet af multisyge patienter vokser. Især fordi den alment praktiserende læge er tovholder for udredninger, behandlinger og kontroller. Samtidig med det øgede antal opgaver til almen praksis, tænker mange praksisser i andre løsninger og ansætter personale til at varetage de opgaver, der ikke kræver direkte lægelig kompetence. På den ene side kan dette tænkes at føre til driftige praksisser med høj trivsel. På den anden side kan man også være bekymret for øget arbejdsbyrde fra ledelsesmæssige og administrative opgave og fra de mange 'tunge' patienter, som lægen sidder tilbage med.

International litteratur viser, at udbændthed og ringe trivsel er udbredt blandt læger, og i særlig grad blandt alment praktiserende læger [1, 2]. Forekomsten af udbændthed varierer dog stærkt (fra 0-85%!) afhængig af målemetode og en nylig oversigtsartikel identificerede 142 forskellige operationaliseringer af udbændthed i studier af læger [1]. Forskningsenheden for Almen Praksis har siden 2004 anvendt den samme operationalisering af udbændthed og har dokumenteret en kraftig stigning i andelen af moderat og alvorligt udbændte praktiserende læger. Således steg andelen af moderat udbændte praktiserende læger fra 24% til 38% og andelen af alvorligt udbændte fra 3% til 11% i perioden 2004 til 2016 [3]. I undersøgelsen fra 2016, lavet i samarbejde med Praktiserende Lægers Organisation (PLO), angav 16% dårlig balance mellem arbejds- og privatliv, 22% lav jobtilfredshed, 21% høj stress og 19% generel dårlig trivsel [4]. Disse trivselsparametre var overlappende og 8% angav høj stress og generel dårlig trivsel.

Et mindst lige så vigtigt fund var dog, at 25% ikke havde tegn på udbændthed og angav god generel trivsel og høj jobtilfredshed. Trivslen blandt alment praktiserende læger er vigtig i sig selv, fordi stress og udbændthed kan have store personlige konsekvenser for den person, som rammes. Herudover ser ringe jobtrivsel blandt praktiserende læger også ud til at udgøre en alvorlig trussel imod "Triple Aim". Således ser ringe jobtrivsel ud til at være forbundet med reduceret patienttilfredshed, dårlige behandlingsresultat for patienten og i sidste ende øgede sundhedsudgifter, og det har således været foreslået at tilføje lægens trivsel som et fjerde ben i "Triple Aim" [5]. Af disse årsager besluttede PLO igen at måle trivslen hos deres medlemmer. For at sikre sammenlignelighed er dele af undersøgelsen en gentagelse af undersøgelsen fra 2016, og andre dele afspejler nye indsatsområder.

Metode

Denne undersøgelse inkluderer alle praktiserende læger med ydernummer, som stod listet i Praktiserende Lægers Organisations (PLOs) medlemsdatabase med en gyldig e-mailadresse i november 2019. 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 2 uger og igen efter yderligere 1 uge modtog de praktiserende læger, som ikke havde responderet, en påmindelsesmail. I alt 34 medlemmer med ydernummer kunne ikke inviteres pga. ukendt eller ugyldig e-mailadresse. I alt 3381 alment praktiserende læger med ydernummer og gyldig e-mailadresse blev inviteret til at deltage i undersøgelsen.

Spørgeskemaet (se appendiks) baserede sig på brug af tidligere anvendte ad hoc spørgsmål samt en række standardiserede skalaer, herunder:

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' [6]. For hver underskala beregnes en sumscore, 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 endvidere samtidig lav grad af personligt jobudbytte (< 34).

Perceived Stress Scale (PSS-10): Består af ti spørgsmål, som måler oplevet stress i løbet af de seneste 4 uger [7]. Hvert spørgsmål scores fra "aldrig" (= 0) til "meget ofte" (= 4). I seks spørgsmål afspejler en høj score høj stress og i fire spørgsmål afspejler en høj score lav stress. De fire spørgsmål scores derfor omvendt, hvorved alle ti spørgsmål kan summeres til en sumscore fra 0 til 40 hvor høj score afspejler høj stress. I overensstemmelse med tidligere undersøgelser, blev en sumscore på 18 og derover defineret som "høj grad af stress" [4, 8]

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 [9]. 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).

WHOs Trivselsindeks (WHO-5): I alt fem spørgsmål måler den generelle trivsel og det generelle velbefindende i løbet af de seneste 2 uger [10]. Høj score afspejler højt velbefindende. Sumscoren fra 0 til 100 kan inddeles i tre grupper: 1) 0-50 som er væsentlig lavere end gennemsnittet for resten af befolkningen, 2) 50-70 som er lavere end gennemsnittet for resten af befolkningen og 3) 70 og derover som er den gennemsnitlige score og derover for resten af befolkningen.

Copenhagen Burnout Inventory (CBI): Er en dansk skala til måling af udbrændthed, som består af 19 spørgsmål fordelt på tre underskalaer: personlig udbrændthed (6 spørgsmål), arbejdsrelateret udbrændthed (7 spørgsmål) og klient-/patientrelateret udbrændthed (6 spørgsmål) [11]. Personlig udbrændthed omhandler følelsen af udmattelse, fysisk såvel som psykisk, og følelsen af at være presset så meget, at man ikke kan klare mere. Arbejdsrelateret udbrændthed omhandler

bl.a. oplevelsen af, at hver en time på arbejdet er en belastning, at man ikke har lyst til at tage på arbejde om morgenen og at man er udkørt, når arbejdsdagen er slut. Spørgsmålene om klient-/patientrelateret udbrændthed omhandler oplevelsen af at blive tappet for energi i kontakten med klienter/patienter. Alle spørgsmål scores på en 5-points Likert skala, som scores 0, 25, 50, 75 og 100 og for hver underskala beregnes den gennemsnitlige score for de inkluderede spørgsmål, der således også varierer fra 0-100 uanset antallet af spørgsmål, der indgår i underskalaen. Gennemsnitlige sumscores på 50 og derover definerer udbrændthed på hver af de tre underskalaer.

Public Service Motivation (PSM): Refererer til ansattes orientering imod at levere service til mennesker med det formål at gøre godt for samfundet [12]. PSM består af fire dimensioner: "Compassion" som handler om at være motiveret til at bidrage samfundsmæssigt ud fra ønsket om at hjælpe og beskytte udsatte samfundsgrupper (6 spørgsmål), "Commitment to the public interest" som handler om ønsket om at leve op til en samfundsmæssig forpligtelse og følge normer for, hvordan arbejdet bør udføres (3 spørgsmål), "Attraction to public policy making" som handler om tilliden til at kunne bidrage samfundsmæssigt ved at påvirke den førte politik (2 spørgsmål) og "Self-sacrifice" som omhandler viljen til at tilsidesætte egne behov til fordel for andre og samfundet via levering af offentlige ydelser (3 spørgsmål). Alle spørgsmål scores på en 5-points Likert skala, som scores 0, 25, 50, 75 og 100 og for hver underskala beregnes den gennemsnitlige score for de inkluderede spørgsmål, der således også varierer fra 0-100 uanset antallet af spørgsmål, der indgår i underskalaen.

Brugerorientering: Blev målt vha. 3 spørgsmål omhandlende i hvilken grad den ansatte er motiveret af at gøre godt for den enkelte bruger (her patienten). Skalaen måler i hvilken grad patientens tilfredshed tillægges en rolle og i hvilken grad patientens ønsker og behov prioriteres over formelle regler [13]. Hvert af de tre spørgsmål scores på en 5-points Likert skala, som scores 0, 25, 50, 75 og 100 og den gennemsnitlige score for de 3 spørgsmål beregnes.

Indre opgavemotivation: Et begreb fra offentlig ledelsesteori og blev her målt med 4 spørgsmål der handler om i hvilken grad der opleves glæde og spænding ved de daglige arbejdsopgaver [14]. Hvert af de fire spørgsmål scores på en 5-points Likert skala, som scores 0, 25, 50, 75 og 100 og den gennemsnitlige score for de 4 spørgsmål beregnes. Indre opgavemotivation er blevet associeret med bl.a. sygefravær i den offentlige sektor [14].

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, arbejdsglæde, sygedage, deltagelse i efteruddannelsesgrupper, deltagelse i klyngemøder, samarbejdet med kolleger i praksis og kommunen, hjemmeplejen og sygehuse og potentielt belastende forhold i hverdagen, f.eks. administrative opgaver og komplekse patientkontakter. Herudover blev der spurgt til køn, alder, antal år som speciallæge og praksisorganisering.

Analyse

Denne rapport indeholder en deskriptiv analyse, som ikke tager højde for eventuel ulige fordelingen af sociodemografiske karakteristika blandt lægerne. Til at teste for forskelle mellem grupper er χ^2 -test (kategoriske data) og Student's t-test (normalfordelte kontinuerte data) anvendt. Lægernes scores på CBI er sammenlignet med 1917 ansatte i social- og sundhedssektoren, som deltog i det nationale "Projekt om Udbrændthed, Motivation og Arbejdstilfredshed" (PUMA). Dette første danske projekt om udbrændthed blev igangsat i 1999. Projektet var 5-årigt og inkluderede omtrent

2000 socialarbejdere, sundhedsmedarbejdere, fængselsfunktionærer og social- og sundhedshjælpere i hovedstaden og i en provinskommune [15]. Vi sammenligner med de seneste resultater publiceret i 2006. Til sammenligningerne er anvendt χ^2 -test og Student's t-test. Lægernes scores på motivation er sammenlignet med 7094 offentligt og private ansatte i Danmark [16] med Student's t-test. De offentligt og private ansatte kommer fra 604 forskellige organisationer (børnehaver, folkeskoler, gymnasier, skattekontorer og banker).

Svarprocenten var forskellig i de fem regioner. Da der kan være en tilbøjelighed til, at det er de objektivt set mest belastede læger, som ikke deltager [4], kunne der gemme sig et mørketal af læger med dårlig trivsel blandt de ikke-deltagende læger fra især regioner med lav svarprocent. Ved sammenligning af udbrændthed lavede vi derfor en sensitivitetssanalyse i form af "extreme value imputation". Ved denne metode opjusteres svarprocenten i fire regioner, så den bliver på samme niveau som regionen med højest deltagelse og det antages, at de ekstra svarpersoner alle tilhører det forventede mørketal af udbrændte. Der kan således beregnes en observeret forekomst af udbrændthed og en forekomst ved extreme value imputation.

Etik og datahåndtering

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

Resultater

I alt 3381 alment praktiserende læger med ydernummer og gyldig e-mailadresse blev inviteret til at deltage i undersøgelsen. Heraf oplyste fem, at de ikke længere var medlem af PLO, to at de var ansat i regionsklinik og ti at de arbejdede under andre ansættelsesforhold.

Af den resterende målgruppe på 3364 praktiserende læger, returnerede 1866 (55.5%) et komplet besvaret spørgeskema. Svarprocenten var lavest i Region Hovedstaden med 50.5%, derefter Region Syddanmark med 54.9%, Region Nordjylland med 56.3%, Region Sjælland med 59.5% og højest i Region Midtjylland med 60.6%.

Tabel 1 viser fordelingen af køn, alder og region for respondenter og målgruppen. Fordelingen af køn og alder var statistisk men næppe klinisk signifikant forskellig i de to populationer. Fordelingen af tilhørsforhold til region var ikke signifikant forskellig. Kvindelige læger udgjorde 60.3% af respondenterne og den største aldersgruppe var 41-50 år (41.3%) efterfulgt af 51-60 år (31.0%).

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

Respondenter n = 1866 ¹			Målgruppe n = 3364 ¹	
Køn	%	(n)	%	(n)
Kvinder	60.3	(1126)	55.9	(1881)
Mænd	39.7	(740)	44.1	(1483)
Alder (år)				
≤ 40	9.7	(180)	9.8	(328)
41-50	41.3	(770)	40.1	(1348)
51-60	31.0	(579)	28.8	(967)
61-65	12.9	(240)	13.5	(454)
≥ 66	5.2	(97)	7.9	(267)
Region				
Hovedstaden	27.5	(513)	30.2	(1016)
Sjælland	14.1	(263)	13.1	(442)
Syddanmark	23.1	(431)	23.3	(785)
Midtjylland	26.4	(492)	24.1	(812)
Nordjylland	8.8	(165)	8.7	(293)

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

¹ Pga. manglende oplysninger for socio-demografiske variabler summer antallet ikke op til 1866 eller 3364 ved alle grupper

Som det fremgår af **Tabel 2**, var 98.9% af deltagerne ejere af praksis. I alt 22.6% oplyste, at de arbejdede i solopraksis og 76.9% at de arbejdede i kompagniskabspraksis, hvoraf lidt over halvdelen (52.9%) angav at der var tale om 3- eller 4-mandspraksis. De fleste læger (71.7%) angav, at de arbejdede i praksis med lægeserviceret telefoni, hvorimod under halvdelen (41,3%) angav, at de arbejdede i praksis, som tilbyder 'tid-samme-dag' og kun godt en fjerdedel angav, at de arbejdede i praksis, som har 'åben konsultation' (25.7%), dvs. patienter har i særlige tidsrum mulighed for en konsultation uden forudgående tidsbestilling. For den fjerdedel af læger, som angav, at de arbejdede i praksis med 'åben konsultation', er det for langt de fleste et dagligt tilbud (85.4%). Hovedparten af lægerne afsatte mellem 11 og 15 minutter (83.8%) til en almindelig planlagt konsulta-

tion og 13.8% afsatte 10 minutter eller mindre. Størstedelen af læger (80.6%) angav, at de arbejdede i praksisser, som deltager i uddannelsen af læger, primært læger i klinisk basisuddannelse og læger i introduktions- eller hoveduddannelsesstilling (78.7%). Omtrent halvdelen (50.5%) angav, at de deltog i uddannelsen af medicinstuderende.

Tabel 2. Antal år som speciallæge, ansættelsesforhold, praksisorganisering og services i praksis

År som speciallæge, ansættelsesforhold og øvrige karakteristika ved praksis		Respondenter n = 1866 ¹
År som speciallæge		n (%)
	≤ 5	403 (21.6)
	6-10	368 (19.7)
	11-15	323 (17.3)
	16-20	248 (13.3)
	21-25	276 (14.8)
	≥ 26	248 (13.3)
Ansættelsesforhold		
	Ejer af praksis	1845 (98.9)
	Ansæt i praksis	21 (1.1)
Praksisform		
	Solopraksis	421 (22.6)
	Del af samarbejdspraksis ¹	187 (44.4)
	Ikke del af samarbejdspraksis ¹	232 (55.1)
	Kompagniskabspraksis	1434 (76.9)
	Del af samarbejdspraksis ²	118 (8.2)
	Ikke del af samarbejdspraksis ²	1312 (91.5)
	Størrelse af kompagniskabspraksis	
	1 ejer ³	21 (1.5)
	2-mandspraksis ³	447 (31.2)
	3- eller 4-mandspraksis ³	758 (52.9)
	5-mandspraksis eller større ³	208 (14.5)
Tilgang af patienter		
	Åbent for tilgang	715 (38.3)
	Lukket for tilgang	1126 (60.4)
	Selvvalgt lukket ⁴	902 (80.1)
	Administrativt lukket ⁴	220 (19.5)
Praksis deltager i uddannelsen af:		
	Læger i introduktions- eller hoveduddannelsesstilling	1469 (78.7)
	Læger i klinisk basisuddannelse	1504 (80.6)
	Medicinstuderende	942 (50.5)
Praksis har lægeserviceret telefontid		
	Ja	1337 (71.7)
	Nej	524 (28.1)
Praksis tilbyder "tid-samme-dag"		
	Ja	770 (41.3)
	Nej	1053 (56.4)

År som speciallæge, ansættelsesforhold og øvrige karakteristika ved praksis		Respondenter n = 1866 ¹
Praksis har "åben konsultation"		
	Nej	1381 (74.0)
	Ja	479 (25.7)
	Dagligt ⁵	409 (85.4)
	Ugentligt ⁵	41 (8.6)
	Andet end dagligt eller ugentligt ⁵	29 (6.1)
Minutter som afsættes til en almindelig planlagt konsultation		
	Op til 10 minutter	256 (13.8)
	11-15 minutter	1551 (83.8)
	15-20 minutter	44 (2.4)

¹ På grund af afrunding og muligheden for at svare "ved ikke" summerer antallet ikke altid op til 1866.

² Andelen angives i forhold til læger i solopraksis.

³ Andelen angives i forhold til læger i kompagniskabspraksis.

⁴ Andelen angives i forhold til læger fra praksis, som har lukket for tilgang af patienter.

⁵ Andelen angives i forhold til læger, som tilbyder åben konsultation.

Arbejdstid og tidsforbruget på specifikke aktiviteter

14.8% (n = 277) møder typisk i praksis før 7.30 om morgenen, og 7.8% (n = 146) forlader praksis senere end 17.30. Omtrent en tredjedel (34.3%) angav, at de arbejder 5 dage i praksis i en almindelig arbejdsuge og 43.5% angav, at de arbejder 4 dage i praksis eller mindre i en almindelig arbejdsuge. Dette skal ses i forhold til, at 52% (n = 962) angiver, at de laver andet lægerelateret arbejde uden for praksis, f.eks. forskning, konsulentarbejde og fagforeningsarbejde (se **Tabel 3**).

Tidsforbruget på udvalgte aktiviteter sammenlignet med 2016 fremgår af **Tabel 3**. Tidsforbruget pr. dag på konsultationer, inkl. hjemmebesøg, telefonkonsultationer, e-mailkonsultationer, andet patientrelateret arbejde i praksis og pauser var stort set det samme i 2019 som i 2016. Det samme gælder tidsforbruget pr. uge på ledelse og administration, læsning af faglitteratur og tidsforbruget pr. måned på lægevagt og efteruddannelse. Det mediane tidsforbrug pr. uge på undervisning og supervision er øget med ca. 20 minutter og andet lægerelateret arbejde uden for praksis er reduceret med ca. ½ time.

Beregnes det samlede daglige antal timer som summen af timer anvendt på konsultationer og hjemmebesøg, telefonkonsultationer, e-mailkonsultationer og andet patientrelateret arbejde i praksis var det mediane antal arbejdstimer 8 timer og 1 kvarter per arbejdsdag. Til sammenligning var det mediane antal daglige antal arbejdstimer i 2016 8.5. Ganges det beregnede antal arbejdstimer på en arbejdsdag med den enkelte læges antal arbejdsdage pr. uge, bliver resultatet, at det mediane antal arbejdstimer i praksis per uge var 36 timer (interkvartil interval = 32.0 – 41.3 timer). Til sammenligning var det mediane antal arbejdstimer i praksis 38 timer per uge i 2016 (interkvartil interval = 33.8 – 42.5 timer per uge).

I alt 1048 (56.2%) angav, at de deltager i en lægevagtsordning, hvilket i 2016 var 44.6%. Det mediane antal timer pr. måned anvendt på vagtlægearbejde for de læger, der deltager i en lægevagtsordning var 16 timer per måned, hvilket det også var i 2016.

Tabel 3. Tidsforbruget på udvalgte aktiviteter i 2019 og 2016

	Median antal timer 2016 (IKI) ¹		Median antal timer 2019 (IKI) ¹	
	N ²	Pr. dag	N ²	Pr. dag
Konsultationer og hjemmebesøg	1638	6 (5.5-6.5)	1850	6 (5.5-6.5)
Telefonkonsultationer	1580	1 (1.0-1.0)	1841	1 (0.5-1.0)
E-mailkonsultationer	1655	0.5 (0.3-0.5)	1820	0.5 (0.3-0.5)
Andet patientrelateret arbejde i praksis³	1639	1 (0.5-1.5)	1831	1 (0.75-1.5)
Pauser	1689	0.5 (0.5-0.8)	1798	0.5 (0.5-0.75)
Antal timer pr. dag beregnet som sum af konsultationer og hjemmebesøg, telefon- og e-mailkonsultationer og andet patientrelateret arbejde i praksis	1414	8.5 (7.9-9)	1802	8.25 (7.5-9.0)
		Pr. uge		Pr. uge
Ledelse og administration	1630	1.5 (1.0-2.0)	1861	1.5 (1.0-2.0)
Undervisning/supervision	1680	1 (0.5-2.0)	1861	1.3 (1.0-2)
Læsning af faglitteratur	1663	1 (0.5-2)	1862	1 (0.5-1.5)
Andet lægerelateret arbejde uden for praksis^{4, 5}	759	2 (1-4)	962	1.5 (1.0-4.0)
		Pr. måned		Pr. måned
Lægevagt⁶	772	16 (10-24)	1048	16 (8.0-20.0)
Efteruddannelse/kursusaktivitet	1688	4 (2-7)	1861	4 (4.0-8.0)

¹ IKI = Interkvartil interval (spændvidden mellem 25. og 75. centil).

² Usandsynligt lave og høje timeangivelser er ekskluderet.

³ F.eks. opfølgning på prøvesvar, epikriser, attester og korrespondancer.

⁴ F.eks. undervisning, forskning, konsulentarbejde og fagforeningsarbejde.

⁵ I beregningen indgår kun praktiserende læger, som har oplyst at de laver andet lægerelateret arbejde uden for praksis.

⁶ I beregningen indgår kun praktiserende læger, som har oplyst, at de deltager i en vagtlægeordning.

Udbrændthed

I 2019 opfyldte 39.9% kriterierne for en moderat grad af udbrændthed og 9.9% kriterierne for en alvorlig grad af udbrændthed. **Figur 1** og **tabel 4** viser udviklingen i udbrændthed hos danske alment praktiserende læger siden 2004. I 2004 havde 24.1% af lægerne i det daværende Århus Amt en moderat grad af udbrændthed og 2.8% alvorlig udbrændthed. I 2012 var andelen hhv. 25.8% og 5.3% blandt praktiserende læger i Region Midtjylland. Den første nationale undersøgelse i 2016 viste, at 38.3% af danske praktiserende læger havde moderat grad af udbrændthed og 10.5% alvorlig grad af udbrændthed. Andelen af læger med høj emotionel udmattelse var den samme i 2019 som i 2016 (30.6%), hvorimod andelen af læger med høj grad af depersonalisering i 2019 var øget med 2.5 procentpoint til 23.6% og andelen af læger med lav grad af personligt jobudbytte var øget med 2.2 procentpoint til 38.8%.

Fordelingen af udbrændthed fordelt på aldersgrupper fremgår af **Figur 2**. Den ældste aldersgruppe scorede signifikant lavere end yngste og midterste aldersgruppe på emotionel udmattelse og depersonalisering, og en signifikant lavere andel af den ældste aldersgruppe kunne kategoriseres som "moderat udbrændt" og "alvorlig udbrændt" sammenlignet med de to yngre aldersgrupper.

Fordelingen af udbrændthed fordelt på køn fremgår af **Figur 3**. En signifikant højere andel af kvindelige praktiserende læger end mandlige praktiserende læger faldt i kategorien ”høj emotionel udmattelse”, men herudover blev der ikke fundet kønsforskelle i udbrændthed.

Faktorer relateret til udbrændthed

Respondenterne blev inddelt i kvartiler efter det samlede antal arbejdstimer i praksis per uge således at den nedre kvartil indeholdt den fjerdedel af læger, der arbejder mindst og den øverste kvartil den fjerdedel, der arbejder mest. Som det fremgår af **Figur 4**, så var andelen af læger uden tegn på udbrændthed 67% hos den fjerdedel af læger, som arbejdede mindst mod 54% hos den fjerdedel af læger, som arbejdede mest. Andelen af læger med alvorlig grad af udbrændthed var 9% hos den fjerdedel af læger, som arbejder mindst mod 13% hos den fjerdedel, som arbejder mest.

Som vist i **Tabel 5** havde signifikant flere læger uden tegn til udbrændthed været aktive i efteruddannelsesgrupper end læger med moderat og alvorlig udbrændthed. Udbrændthed var ikke relateret til deltagelse i klyngemøder. Signifikant flere læger uden tegn til udbrændthed havde høj eller meget høj tillid til, at klynger kommer til at forbedre kvaliteten i almen praksis end læger med moderat og alvorlig udbrændthed. At afholde mindst 3 sammenhængende ferieuger i hovedferien var ikke relateret til udbrændthed. At tilbyde åben konsultation var ikke associeret med udbrændthed.

Af **Tabel 5** fremgår, at udbrændthed var signifikant associeret til samarbejdet blandt lægekolleger i kompagniskabspraksis. Således angav 93.4% af læger uden tegn på udbrændthed, at samarbejdet mellem kolleger i praksis er godt eller meget godt mod 69.2% af læger med alvorlig grad af udbrændthed. Ligeledes angav 90.0% af læger uden tegn på udbrændthed, at de altid eller ofte kan få den nødvendige hjælp og støtte fra kolleger i praksis mod 74.7% af læger med alvorlig grad af udbrændthed. Hvor 93.0% af læger uden tegn på udbrændthed sjældnere end månedligt har haft konflikter med kolleger i praksis var andelen 85.6% blandt læger med alvorlig grad af udbrændthed.

Tabel 4. 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
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Høj grad af emotionel udmattelse¹	10.2 (38)	18.0 (107)	30.6 (524)	30.6 (571)
Høj grad af depersonalisering²	17.7 (66)	13.9 (83)	21.1 (361)	23.6 (441)
Lav grad af personligt jobudbytte³	38.1 (139)	34.6 (204)	36.6 (627)	38.8 (724)
Moderat grad af udbrændthed⁴	24.1 (89)	25.8 (153)	38.3 (656)	39.9 (745)
Alvorlig grad af udbrændthed⁵	2.8 (10)	5.3 (31)	10.5 (180)	9.9 (184)

¹ Score på MBI Emotionel udmattelse > 26.

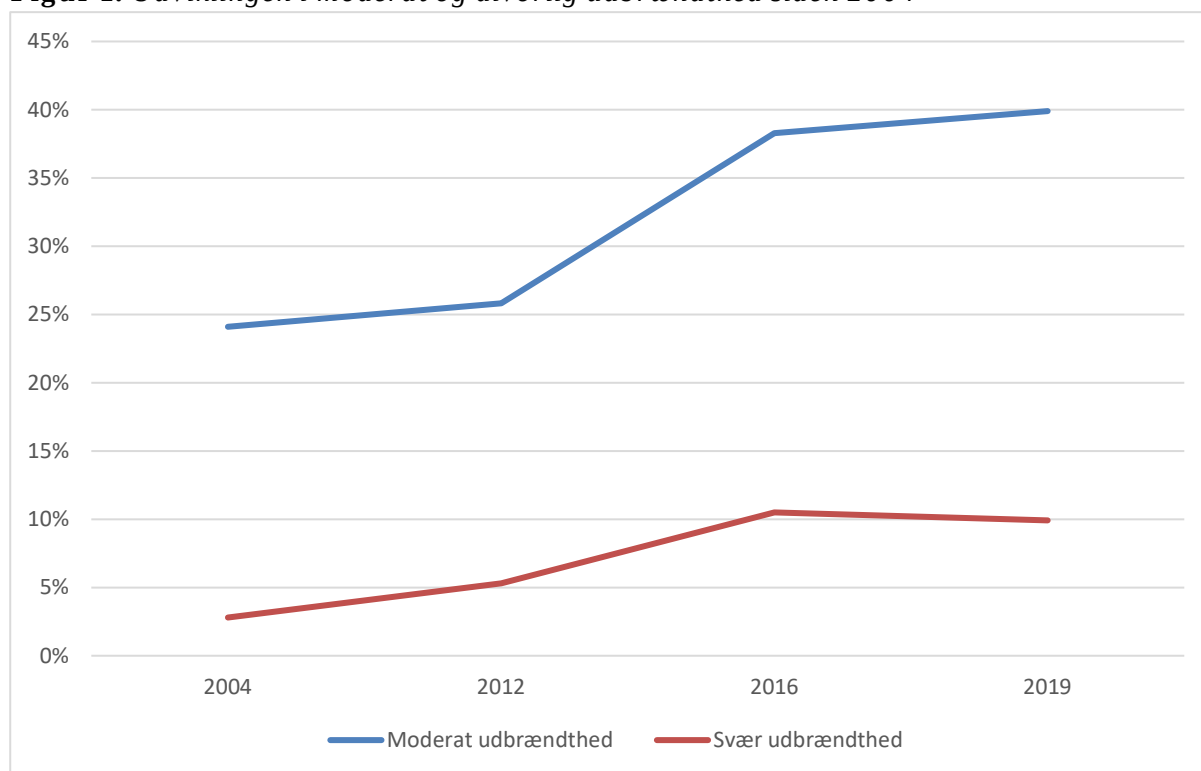
² Score på MBI Depersonalisering > 9.

³ Score på MBI Personligt jobudbytte < 34.

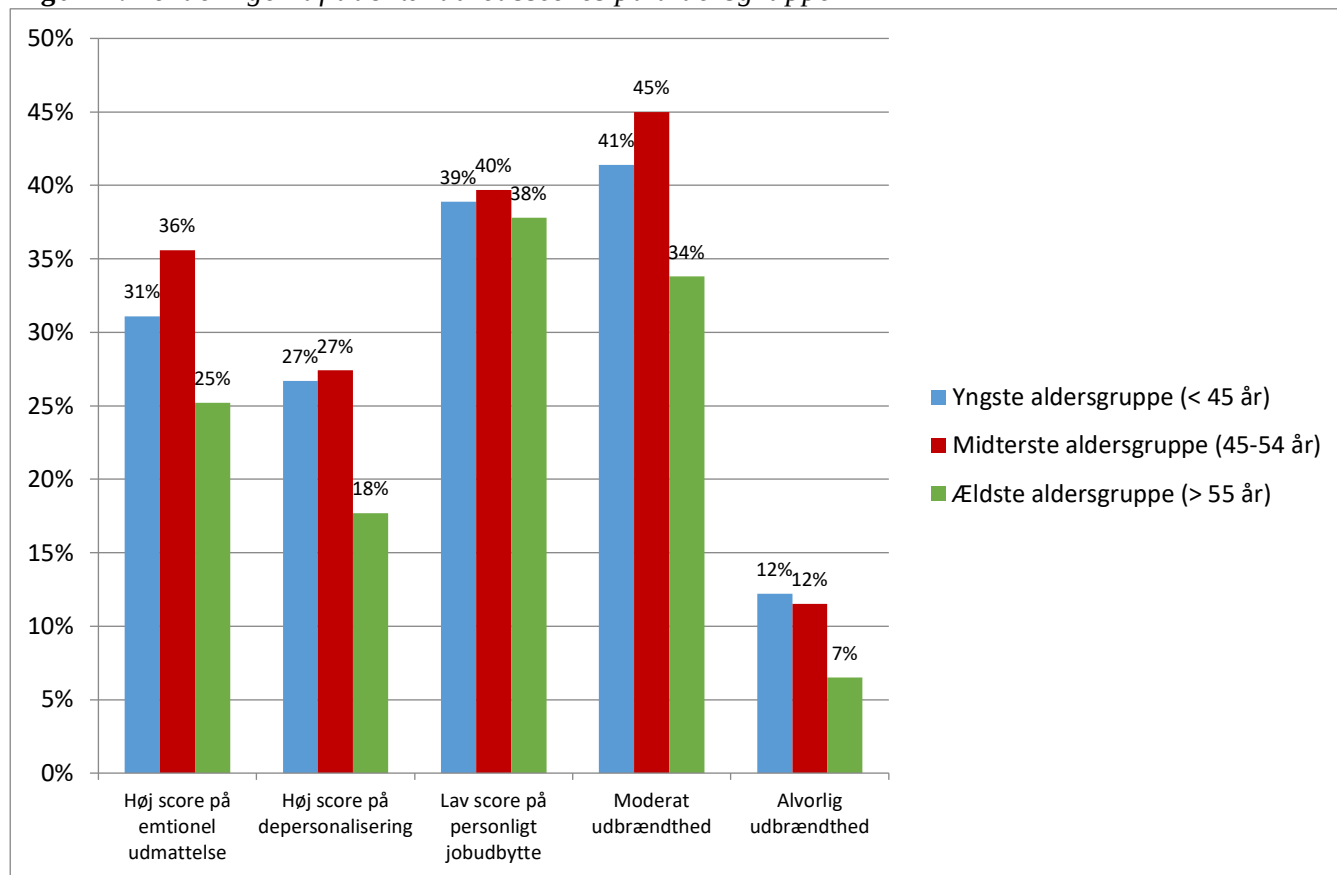
⁴ Score på MBI Emotionel udmattelse > 26 og/eller score på MBI Depersonalisering > 9.

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

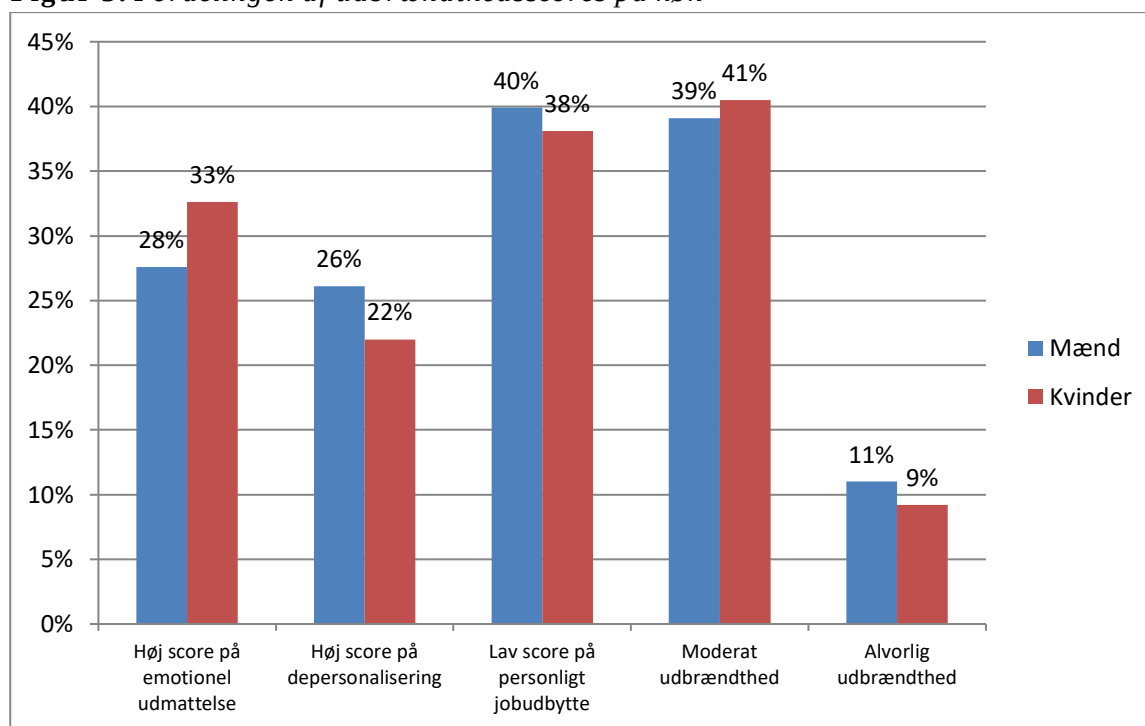
Figur 1. Udviklingen i moderat og alvorlig udbændthed siden 2004



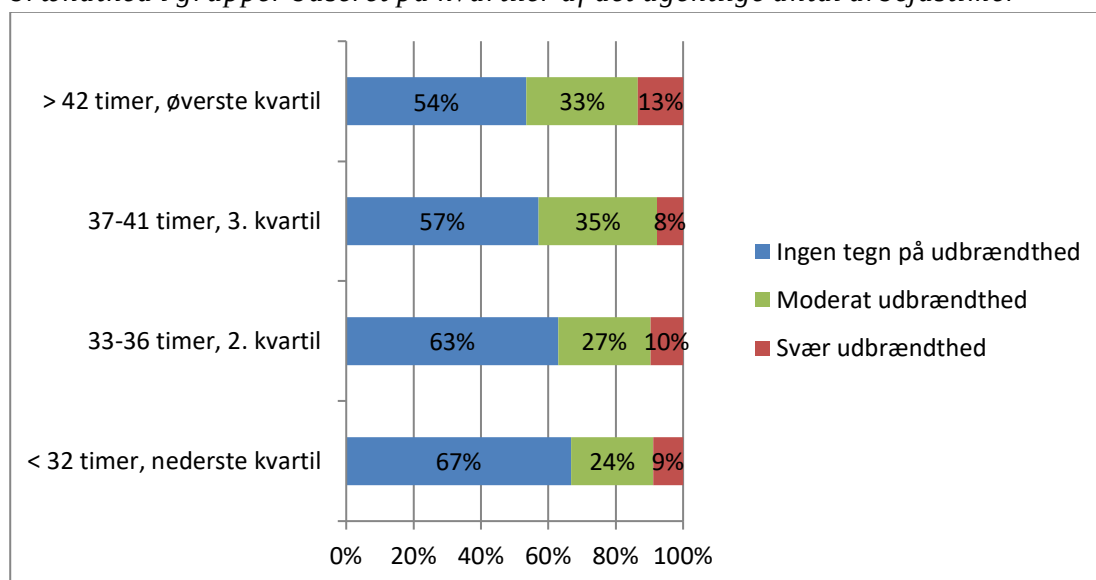
Figur 2. Fordelingen af udbændthedsscores på aldersgrupper



Figur 3. Fordelingen af udbrændthedsscores på køn



Figur 4. Andelen af læger uden tegn på udbrændthed og læger med moderat og alvorlig udbrændthed i grupper baseret på kvartiler af det ugentlige antal arbejdstimer¹



¹ Det ugentlige timeantal er beregnet som summen af timer anvendt på konsultationer og hjemmebesøg, telefon og e-mailkonsultationer og andet patientrelateret arbejde i praksis ganget med antallet af dage i praksis per uge.

Tabel 5. Sammenhænge mellem udbrændthed og deltagelse i efteruddannelsesgruppe, klyngemøde, tillid til klynger, afholdelse af ferie samt kvalitet af kollegialt samarbejde i praksis

		Alle N = 1866		Læger uden tegn på udbrændthed N = 1121		Læger med mode- rat udbrændthed N = 561		Læger med alvor- lig udbrændthed N = 184	
		%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
Andele af praktiserende læger, som:									
	Har været aktive i efteruddannelsesgruppe i 2019	86.9	(1622)	88.8	(995)	85.2	(478)	81.0	(149)
	Har deltaget i et møde i en klynge i 2019	97.4	(1818)	97.6	(1094)	97.5	(547)	96.2	(177)
	Har høj eller meget høj grad af tillid til at klynger kommer til at forbedre kvaliteten i almen praksis	32.2	(600)	35.1	(393)	30.0	(168)	21.2	(39)
	Arbejder som sololæge	22.6	(421)	22.9	(257)	22.5	(126)	20.7	(38)
	Tilbyder åben konsultation	25.7	(479)	26.3	(293)	24.5	(137)	26.6	(49)
	Holder mindst 3 sammenhængende ferieuger i hovedferien	90.4	(1687)	91.2	(1022)	89.1	(500)	89.7	(165)

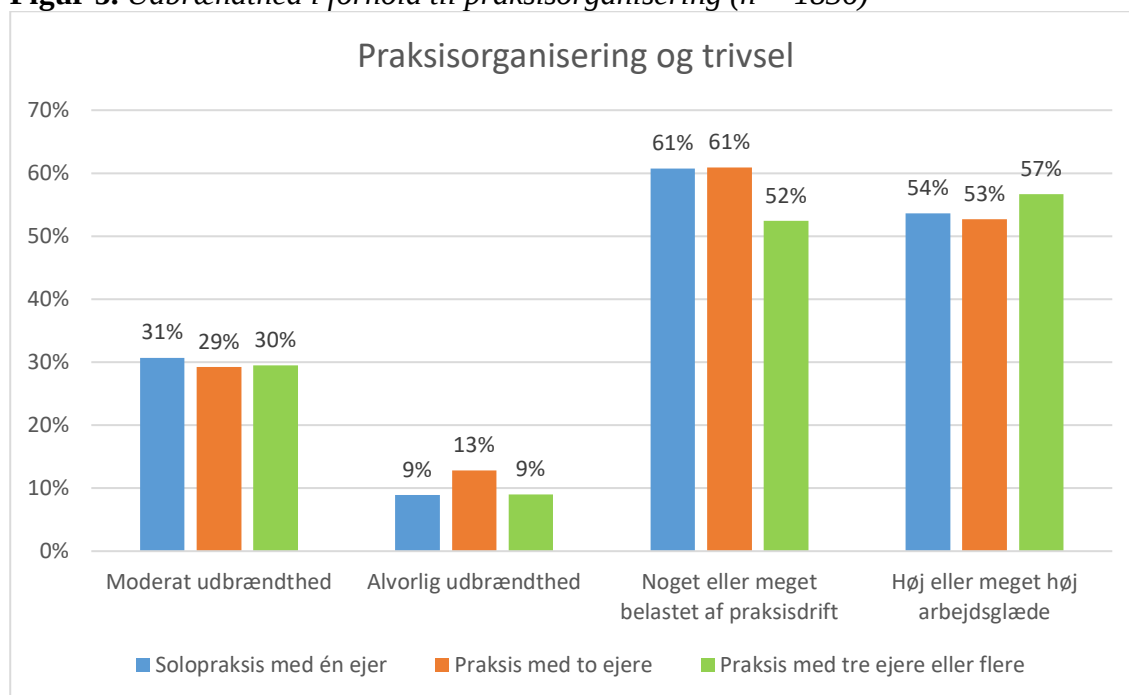
		Alle N = 1434		Læger uden tegn på udbrændthed N = 859		Læger med mode- rat udbrændthed N = 429		Læger med alvor- lig udbrændthed N = 146	
		%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
<i>KUN FOR LÆGER I KOMPAGNISKABSPRAKSIS</i>									
Andele af praktiserende læger, som vurderer at:									
	Kvaliteten af samarbejdet mellem mig og mine kolleger er meget god eller god	88.2	(1265)	93.4	(802)	84.4	(362)	69.2	(101)
	Jeg kan altid eller ofte få den nødvendige hjælp og støtte fra mine kolleger	86.7	(1243)	90.0	(773)	84.2	(361)	74.7	(109)
	Jeg har sjældnere end månedligt været involveret i konflikt med kolleger i min praksis inden for de seneste 12 måneder	91.4	(1310)	93.0	(799)	90.0	(386)	85.6	(125)

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

Som det fremgår af **Figur 5** var antal ejere af praksis ikke relateret til forekomsten af moderat eller alvorlig udbændthed eller andelen af læger, som angav at de i høj eller meget høj grad har den arbejdsglæde i deres nuværende arbejde, som de ønsker sig. Læger fra praksisser med tre ejere eller flere var signifikant mindre belastet af praksisdrift end solopraksis med en ejer og praksis med to ejere.

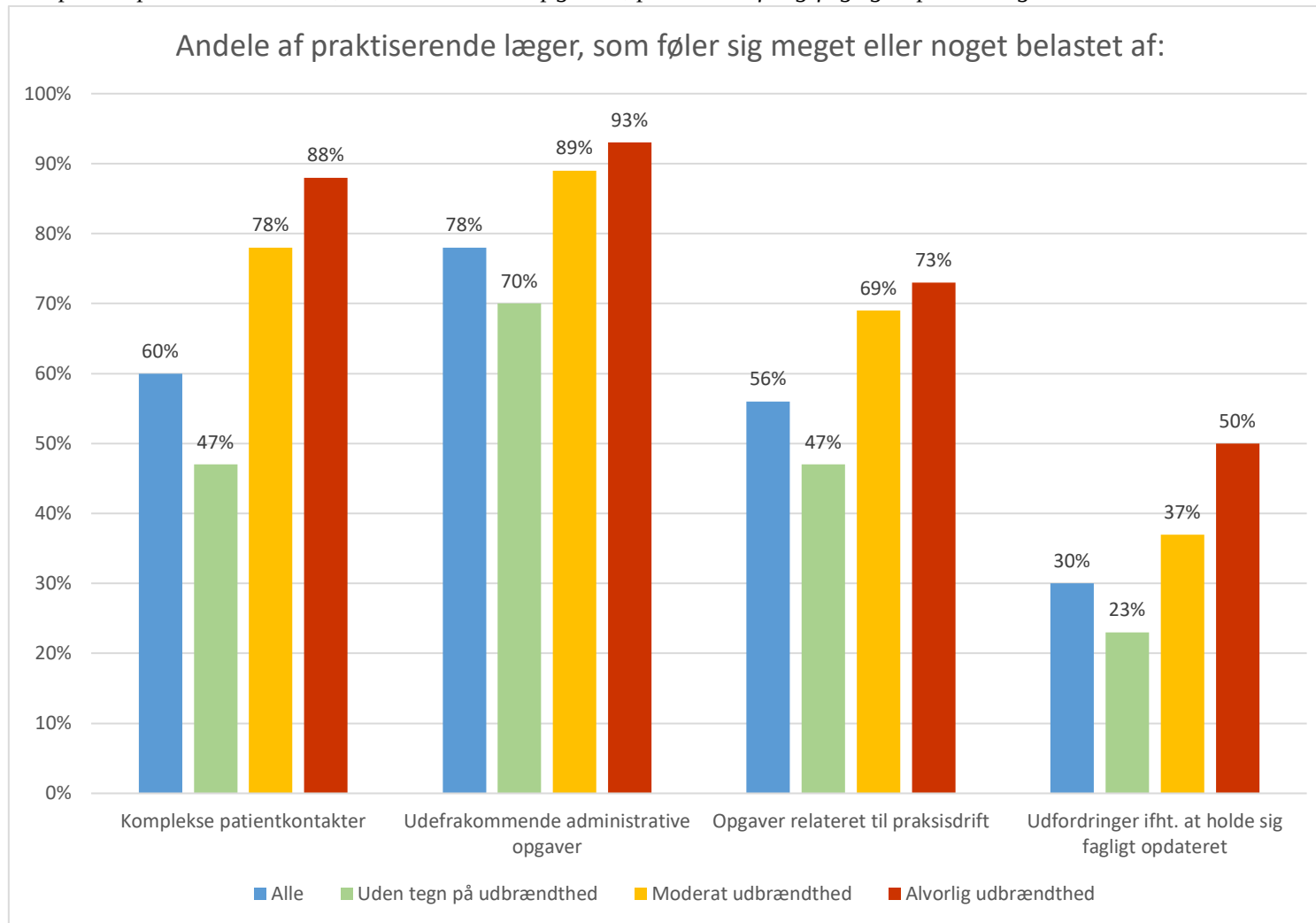
I **Figur 6** er vist andelen af praktiserende læger, som følte sig belastet af fire hyppige udfordringer i almen praksis. Sammenlignet med læger uden tegn på udbændthed, følte signifikant større andele af læger med alvorlig grad af udbændthed sig meget eller noget belastet af komplekse patientkontakter (hhv. 47 og 88%), udefrakommende administrative opgaver (hhv. 70 og 93%), opgaver relateret til praksisdrift (hhv. 47 og 73%) og udfordringer i forhold til at holde sig fagligt opdateret (hhv. 23% og 50%). Andelen af alle læger, som følte sig meget eller noget belastet af komplekse patientkontakter var 60%. Andelen af alle læger, som følte sig meget eller noget belastet af udefrakommende administrative opgaver var 78% og andelen af alle læger, som føler sig meget eller noget belastet af opgaver relateret til praksisdrift var 56%. Andelen af alle læger, som følte sig meget eller noget belastet af udfordringer i forhold til at holde sig fagligt opdateret var 30%.

Figur 5. Udbændthed i forhold til praksisorganisering (n = 1836)¹



¹ 30 fraserterede læger har angivet, at de arbejder i kompagniskabspraksis med en ejer (N = 21), arbejder i praksis med en ejer men ved ikke om praksis er en solopraksis eller kompagniskabspraksis (N = 8) eller har ikke oplyst antallet af ejere i praksis (N = 1). Læger, som har angivet at de arbejder i solopraksis med to ejere eller flere (N = 84) er placeret i forhold til antallet af ejere.

Figur 6. Andelen af praktiserende læger uden tegn på udbændthed og med moderat og alvorlig udbændthed, som føler sig belastet af komplekse patientkontakter, administrative opgaver, praksisdrift og faglige opdateringer



Udbrændthed og selv vurderet arbejdsevne og patientklager

Der ses en række væsentlige sammenhænge mellem udbrændthed og selv vurderet arbejdsevne (**Tabel 6**). Egen nuværende arbejdsevne, hvor 0 er ude af stand til at arbejde og 10 når arbejdsevnen er bedst, var generelt vurderet højt med en median vurdering på 8. Blandt læger uden tegn på udbrændthed vurderede 9.8% at deres nuværende arbejdsevne var under 8, hvor andelen var 60.3% hos læger med alvorlig grad af udbrændthed.

Blandt læger uden tegn på udbrændthed, som deltog i en vagtlægeordning, følte 7.6% sig altid eller ofte usikre på, om de kunne klare de faglige udfordringer på vagterne. Hos læger med alvorlig grad af udbrændthed, som deltog i en vagtlægeordning var 17.1% ofte eller altid usikre på om de kan klare de faglige udfordringer. Blandt læger uden tegn på udbrændthed følte 36.4% sig meget eller noget belastet af risikoen for at lave fejl eller overse noget alvorligt og blandt læger med alvorlig grad af udbrændthed var andelen 70.1%.

Tanker om risikoen for at blive involveret i en patientklagesag meldte sig ofte eller meget ofte hos 19.5% af lægerne uden tegn på udbrændthed og hos 46.7% af lægerne med alvorlig grad af udbrændthed. Andelen af læger, som har været involveret i mindst en patientklagesag var 82.5% og var ikke forskellig i udbrændthedsgrupperne (**Tabel 7**). Blandt læger uden tegn på udbrændthed og som havde været involveret i mindst en patientklagesag, har 39.9% været meget eller en hel del påvirket af klagesagen/den værste af klagesagerne. Blandt læger med alvorlig grad af udbrændthed har 53.8% været meget eller en hel del påvirket af klagesagen/den værste af klagesagerne, og denne forskel var signifikant.

Udbrændthed og mistrivsel

Udbrændthed var relateret til røde flag for mistrivsel (**Tabel 7**). Eksempelvis havde 7.1% af læger uden tegn på udbrændthed fortrudt deres valg af medicinsk speciale, hvorimod andelen var 68.5% blandt læger med alvorlig grad af udbrændthed.

Blandt læger uden tegn på udbrændthed havde 15.0% haft flere end 2 sygedage i løbet af det seneste år, hvor den tilsvarende andel var 25.5% blandt læger med alvorlig grad af udbrændthed. Samtidig havde 6.5% af læger uden tegn på udbrændthed arbejdet i mere end 1 uge på trods af egen sygdom mod 17.9% blandt læger med alvorlig grad af udbrændthed. Blandt læger med alvorlig grad af udbrændthed havde 8.7% været sygemeldt pga. stress/udbrændthed inden for de seneste 3 år og 8.7% har været i medicinsk behandling for psykisk belastning/sygdom inden for samme tidsperiode. Blandt læger uden tegn på udbrændthed var andelen 2.9% for sygemelding og 4.3%.

Blandt læger uden tegn på udbrændthed havde 14.2% søgt professionel hjælp i forbindelse med psykisk belastning/sygdom inden for de seneste 3 år. Andelen blandt læger med alvorlig grad af udbrændthed var 32.6%. Flest havde søgt hjælp hos psykolog/psykiater (n = 293) og færrest havde søgt hjælp hos Lægeforeningens Kollegiale Netværk (n = 45). Andre 29.9% af læger med alvorlig grad af udbrændthed oplyste, at de ikke har søgt professionel hjælp, selv om det måske kunne have gavnet. Blandt læger uden tegn på udbrændthed angav 9.9% dette udækkede behov for professionel hjælp.

Tabel 6. Udbrændthed og selv vurderet arbejdsevne

		Alle N = 1866		Læger uden tegn på ud- brændthed N = 1121		Læger med mode- rat udbrændthed N = 561		Læger med alvor- lig udbrændthed N = 184	
		%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
Andele af praktiserende læger, som:									
	vurderer deres nuværende arbejdsevne til mindre end 8 på en skala fra 0-10 (0 = 'ude af stand til at arbejde'; 10 = 'arbejdsevnen når den er bedst)	23.4	(437)	9.8	(216)	38.5	(216)	60.3	(111)
	altid/næsten altid eller ofte føler sig usikker på, om de kan klare de faglige udfordringer på vagter ¹	9.7	(102)	7.6	(46)	11.1	(37)	17.1	(19)
	er noget eller meget belastet af risikoen for at lave fejl eller overse noget alvorligt	47.2	(880)	36.4	(408)	61.1	(343)	70.1	(129)
	ofte eller meget ofte tænker på risikoen for at blive involveret i en patientklagesag	27.2	(712)	19.5	(219)	36.2	(203)	46.7	(86)
	har været involveret i mindst en patientklagesag	82.5	(1539)	82.9	(929)	82.9	(465)	78.8	(145)
	har været meget eller en hel del påvirket af klagesagen eller den værste af klagesagerne ²	43.5	(669)	39.9	371	47.3	(220)	53.8	(78)

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

¹ Andele for praktiserende læger som har angivet at de deltager i en vagtlægeordning (n = 1048).

² Andelene på denne linje angiver andelene i forhold til læger, som har været involveret i mindst en patientklagesag.

Tabel 7. Udbrændthed og røde flag for mistrivsel

		Alle N = 1866		Læger uden tegn på ud- brændthed N = 1121		Læger med mode- rat udbrændthed N = 561		Læger med alvor- lig udbrændthed N = 184	
		%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
Andele af praktiserende læger, som:									
	Har helt sikkert eller i nogen grad fortrudt at de blev praktiserende læge	22.3	(416)	7.1	(79)	37.6	(211)	68.5	(126)
	Finder det i høj grad sandsynligt eller ret sandsynligt at de forlader almen praksis inden for 2 år	23.2	(432)	16.3	(183)	31.7	(178)	38.6	(71)
	Angiver at det er sandsynligt at de bliver pensioneret før de fylder 63 år	17.7	(331)	11.5	(129)	26.0	(146)	30.4	(56)
	Har haft flere end 2 sygedage i løbet af det seneste år	17.3	(322)	15.0	(168)	19.1	(107)	25.5	(47)
	Har arbejdet i mere end 1 uge på trods af egen sygdom	9.6	(179)	6.5	(73)	13.0	(73)	17.9	(33)
	Har været sygemeldt grundet stress/udbrændthed inden for de seneste 3 år	5.2	(97)	2.9	(33)	8.6	(48)	8.7	(16)
	Har fået professionel hjælp i forbindelse med psykisk belastning/sygdom inden for de seneste 3 år hos Det kollegiale Netværk, praktiserende læge eller psykolog/psykiater	18.1	(338)	14.2	(159)	21.2	(119)	32.6	(60)
	Angiver ikke at have søgt professionel hjælp, selv om det måske kunne have gavnet	17.2	(320)	9.9	(111)	27.5	(154)	29.9	(55)
	Har været i medicinsk behandling for psykisk belastning/sygdom inden for de seneste 3 år	5.7	(107)	4.3	(48)	7.7	(43)	8.7	(16)

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

Udbrændthed målt med Copenhagen Burnout Inventory

I **tabel 8** er angivet udbrændthed målt med Copenhagen Burnout Inventory. Praktiserende læger og deltagerne i den danske PUMA-undersøgelse scorede ikke signifikant forskellig på personlig eller arbejdsrelateret udbrændthed, men alment praktiserende læger scorede signifikant lavere på patientrelateret udbrændthed. Signifikant flere alment praktiserende læger end deltagere i PUMA-undersøgelsen faldt dog i kategorierne ”høj grad af personlig udbrændthed” og ”høj grad af patientrelateret udbrændthed”. Kvindelige praktiserende læger scorede højere på personlig udbrændthed end kvindelige deltagere i PUMA-undersøgelsen, hvorimod mandlige praktiserende læger scorede lavere end mandlige deltagere i PUMA-undersøgelsen på patientrelateret udbrændthed.

Tabel 8. Udbrændthed målt med ”Copenhagen Burnout Inventory”

	PLO's trivsels-undersøgelse 2019 (n = 1866)		Den danske PUMA un- dersøgelse 2006 (n = 1917)	
	Gennemsnit	95% CI	Gennemsnit	95% CI
Personlig udbrændthed	36.6	35.7; 37.5	35.9	35.2; 36.6
Arbejdsrelateret udbrændthed	32.0	31.1; 32.9	33.0	32.2; 33.8
Patientrelateret udbrændthed	29.1	28.2; 30.0	30.9	30.1; 31.7
Kvinder				
Personlig udbrændthed	39.1	38.0; 40.2	36.9	36.1; 37.7
Arbejdsrelateret udbrændthed	33.6	32.5; 34.7	33.4	32.5; 34.3
Patientrelateret udbrændthed	29.1	28.0; 30.2	30.0	29.1; 30.9
Mænd				
Personlig udbrændthed	32.9	31.5; 34.3	30.8	29.1; 32.5
Arbejdsrelateret udbrændthed	29.6	28.1; 31.1	31.3	29.6; 33.0
Patientrelateret udbrændthed	29.2	27.8; 30.6	35.6	33.4; 37.8
Udbrændtheds kategorier for kvinder og mænd samlet (≥50)				
Høj grad af personlig udbrændthed	28.6%	-	22.2%	-
Høj grad af arbejdsrelateret udbrændthed	21.6%	-	19.8%	-
Høj grad af patientrelateret udbrændthed	18.4%	-	15.9%	-

Estimeret markeret med **fed**: $p < 0.05$; CI = konfidensinterval; PUMA = Projekt om Udbrændthed, Motivation og Arbejdstilfredshed

Af **Tabel 9** fremgår, at praktiserende læger scorer noget lavere end jordemødre og social- og sundhedshjælpere i hovedstaden og en smule lavere end sygeplejersker på alle tre underskalaer. Praktiserende læger scorer højere end landsgennemsnittet på personlig udbrændthed og højere på de tre underskalaer end social- og sundhedshjælpere i en provinskommune og afdelings- og oversygeplejersker.

Tabel 9. Alment praktiserende lægers gennemsnitlige score på Copenhagen Burnout Inventory sammenlignet med andre faggrupper i Danmark (høj score indikerer høj udbrændthed)

	Personlig udbrændthed	Arbejds- relateret udbrændthed	Patient- relateret udbrændthed
Praktiserende læger 2019	8.8	9.0	7.0
Landsgennemsnit	7.7		
Jordemødre	10.7	12.2	9.0
Social- og sundhedshjælpere i hovedstadsområdet	10.3	11.7	8.6
Sygeplejersker	9.1	10.2	7.5
Social- og sundhedshjælpere i en provinskommune	7.9	7.9	6.4
Afdelings- og oversygeplejersker	7.1	8.1	4.4
Reservelæger		11.1	
Fængselsbetjente			9.8

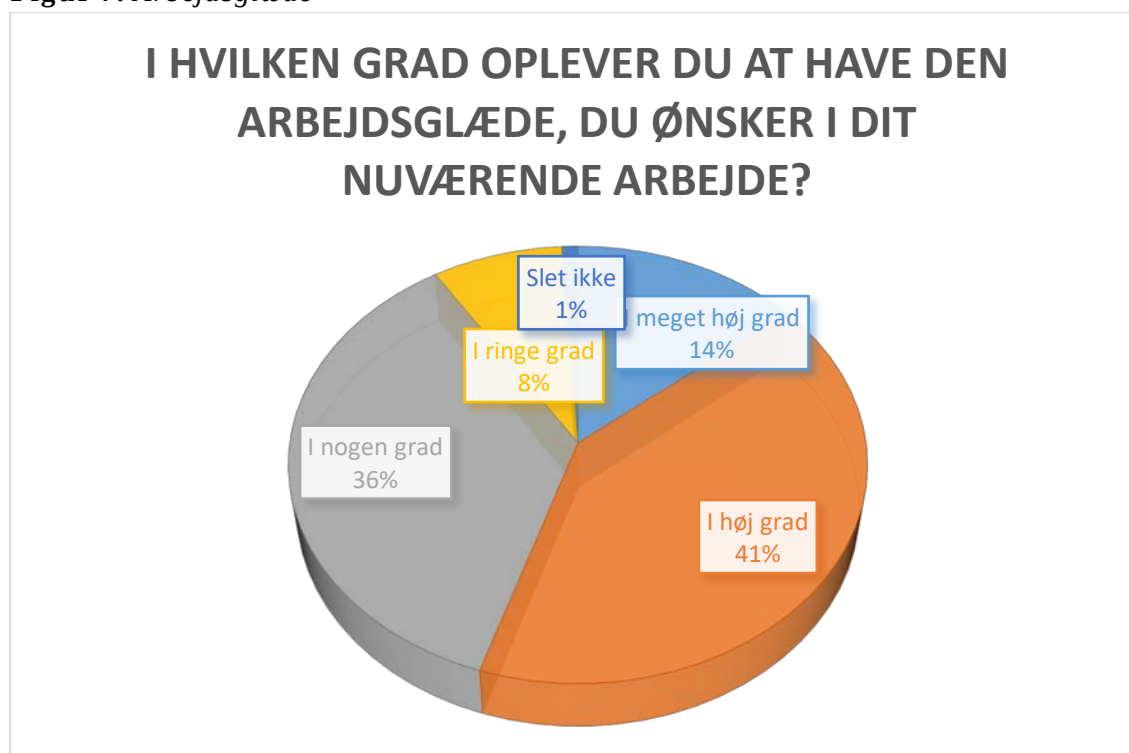
Der er ikke testet for signifikante forskelle imellem den gennemsnitlige score hos praktiserende læger og andre faggrupper, da standardafvigelserne (SD) ikke var tilgængelige.

Scoren på MBI og CBI var associeret. Praktiserende læger uden tegn på udbrændthed scorede signifikant lavere på alle tre CBI-underskalaer (gennemsnit = 19.4 – 27.6) end praktiserende læger med moderat grad af udbrændthed (gennemsnit = 40.8 – 48.2), som igen scorede signifikant lavere end praktiserende læger med alvorlig grad af udbrændthed (gennemsnit = 53.2 – 56.5; data ikke vist). Kun gruppen af alvorligt udbrændte havde en gennemsnitlig score på de tre CBI-underskalaer, som oversteg 50 point, som er grænseværdien for udbrændthed på CBI.

Arbejdsglæde og arbejdstilfredshed

Som det fremgår af **Figur 7** angav 55% af lægerne, at de i høj grad eller meget høj grad har den arbejdsglæde, som de ønsker sig i deres nuværende arbejde. Ni procent angav, at de slet ikke eller i ringe grad har den arbejdsglæde i deres nuværende arbejde, som de ønsker sig. Blandt en række listede faktorer af mulig betydning for arbejdsglæde, var det især godt samarbejde med lægekolleger i praksis (68.0%), godt samarbejde med klinikpersonale i praksis (56.4%), oplevelsen af tid nok i det daglige arbejde (39.3%), en langvarig relation til patienterne (33.9%) og autonomi til at præge arbejdslivet (24.4%), som var vigtige for arbejdsglæden. Gode fysiske rammer, tid til efteruddannelse og godt samarbejde med lægekolleger i lægelaug og klynger så i mindre grad ud til at være vigtige for arbejdsglæden (< 3%).

Figur 7. Arbejdsglæde



Tabel 10. Forhold af betydning for arbejdsglæde (N = 1866)

Mulige forhold, hvor der kunne afkrydses op til 3:	N	%
At jeg har et godt samarbejde med lægekolleger i praksis	1268	67,95
At jeg har et godt samarbejde med klinikpersonalet i praksis	1052	56,38
At jeg oplever, at der er tid nok til det daglige arbejde	733	39,28
At jeg har en langvarig relation til min patienter	632	33,87
At jeg har autonomi til at præge mit arbejdsliv	456	24,44
At jeg bruger min lægefaglighed	297	15,92
At jeg oplever ordentlige lønvilkår	252	13,50
At jeg som læge får anerkendelse for mit arbejde	181	9,70
At almen praksis som fag får tilstrækkelig anerkendelse	152	8,15
At jeg har et godt samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen	121	6,48
At jeg har mulighed for faglig udvikling i dagligdagen	109	5,84
At jeg bidrager til uddannelse af yngre kolleger	72	3,86
At jeg har mulighed for personlig udvikling	62	3,32
At der er gode fysiske rammer i praksis	48	2,57
At jeg har et godt samarbejde med lægekolleger i f.eks. Lægelaug og klynger	37	1,98
At jeg har tid til efteruddannelse	32	1,71

I Figur 8 ses ændringen i andelen af praktiserende læger, som var utilfredse med en række faktorer af betydning for jobtilfredshed fra 2012 til 2019. For alle faktorer sås stigning i andelen af utilfredse fra 2012 til 2016 og en reduktion i andelen af utilfredse fra 2016 til 2019. Særligt utilfredshed med frihed til at vælge arbejds måde, løn og antal arbejdstimer var reduceret fra 2016 til 2019.

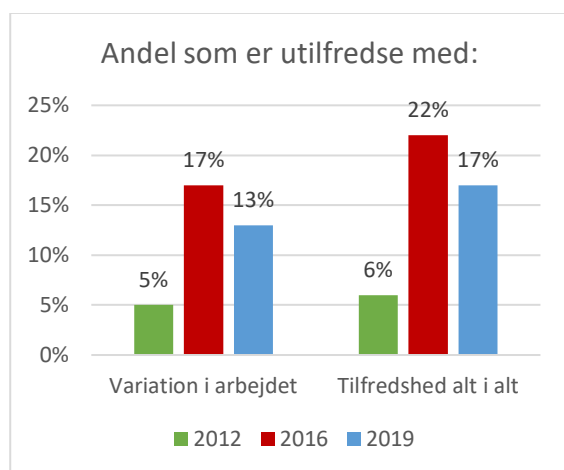
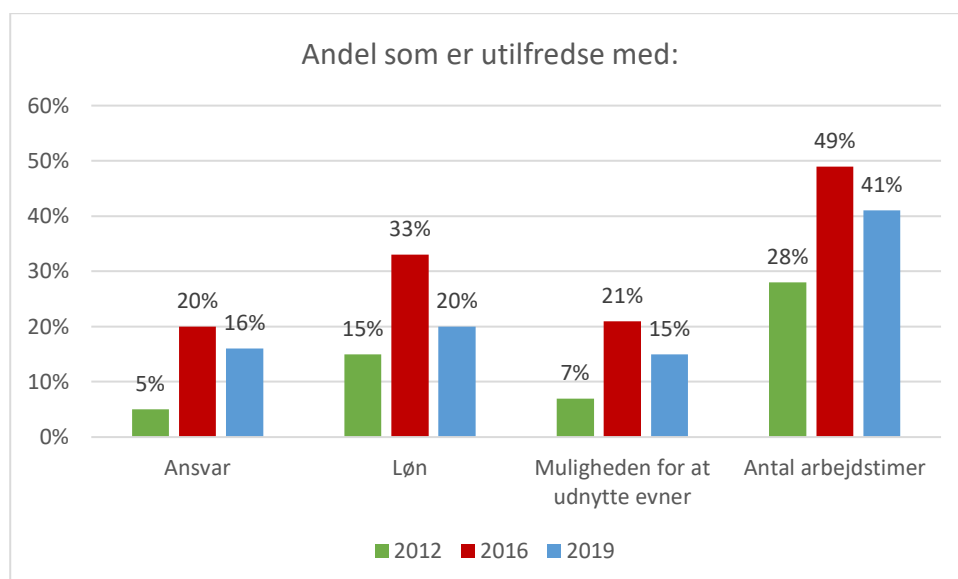
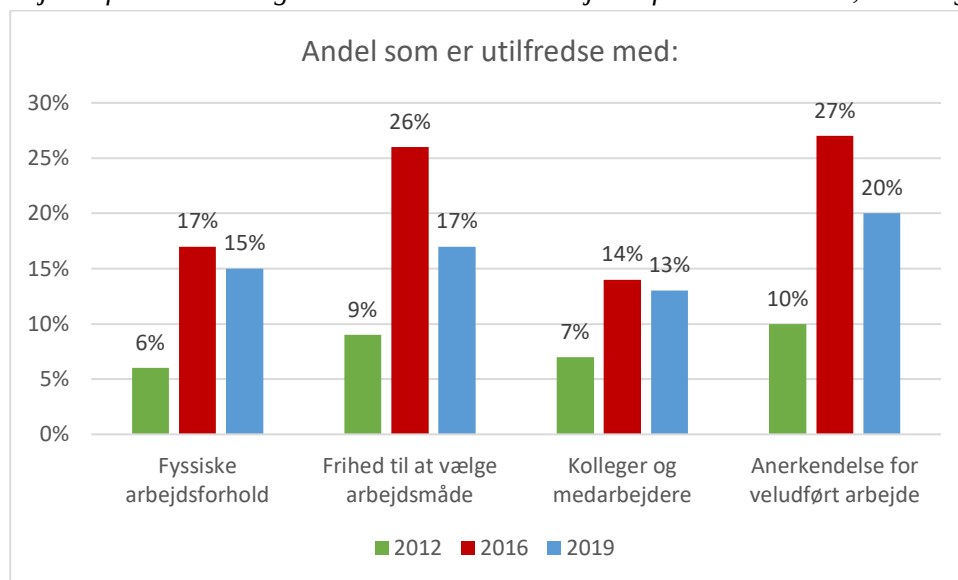
Af **Tabel 11** fremgår det, at 9.4% af lægerne kunne kategoriseres som 'engagerede' defineret som lave scores på emotionel udmattelse, depersonalisering og høj score på personlig jobudbytte. Denne andel var stort set den samme hos mandlige og kvindelige læger.

Signifikant færre kvindelige praktiserende læger faldt i kategorien "lav stress" målt med PSS end mandlige praktiserende læger, hhv. 75.0% og 80.7%.

En signifikant kønsforskel på WHO's trivselsindeks blev ligeledes fundet med høj trivsel hos 46.2% af de kvindelige læger og 55.7% af de mandlige læger. Hos de kvindelige læger angav 60.3% at deres eget helbred er fremragende eller vældig godt og hos mandlige læger var andelen 58.0%, og denne forskel var signifikant.

Hos mandlige læger angav 44.3%, at de har en god balance mellem arbejde og privatliv. Hos de kvindelige læger var andelen på 37.3%, hvilket var en signifikant lavere andel.

Figur 8. Andelen af praktiserende læger, som er utilfredse med ni faktorer af betydning for arbejdstilfredsheden og den overordnede arbejdstilfredshed i 2012, 2016 og 2019



Tabel 11. Stress, trivsel, selv vurderet helbred og balance mellem arbejde og privatliv hos kvindelige og mandlige praktiserende læger

		Alle	Kvinder	Mænd
		% (n)	% (n)	% (n)
'Engagerede' målt med MBI		9.4 (175)	9.5 (107)	9.2 (68)
PSS				
	Lav stress	77.3 (1442)	75.0 (845)	80.7 (597)
	Høj stress	22.7 (424)	25.0 (281)	19.3 (143)
WHO trivselsindeks				
	Lav trivsel	20.6 (385)	21.8 (245)	18.9 (140)
	Moderat trivsel	29.4 (549)	32.1 (361)	25.4 (188)
	Høj trivsel	50.0 (932)	46.2 (520)	55.7 (412)
Selv vurderet helbred				
	Mindre godt eller dårligt	8.3 (155)	6.8 (77)	10.5 (78)
	Godt	32.3 (603)	32.9 (370)	31.5 (233)
	Fremragende eller vældig godt	59.4 (1108)	60.3 (679)	58.0 (429)
Har du god balance mellem arbejde og privatliv?				
	Ja, i meget høj grad eller høj grad	40.1 (748)	37.3 (420)	44.3 (328)
	Delvist	43.7 (816)	44.9 (505)	42.0 (311)
	Nej, i meget ringe grad eller i ringe grad	16.2 (302)	17.9 (201)	13.7 (101)

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

Regionale forskelle

I **Tabel 12** ses signifikante forskelle i trivslen i de fem regioner. Højest forekomst af moderat grad af udbrændthed sås i Region Midtjylland (49.2%) og lavest i Region Hovedstaden (34.5%). Højest forekomst af alvorlig grad af udbrændthed sås i Region Midtjylland (12.6%) og Region Nordjylland (12.7%) og lavest i Region Hovedstaden (7.8%).

Måles udbrændthed med CBI sås højest forekomst af arbejdsrelateret udbrændthed i Region Midtjylland (27.9%) og lavest forekomst i Region Hovedstaden (16.6%), hvorimod forekomsten af personlig og patientrelateret udbrændthed ikke var signifikant forskellig i de fem regioner. Høj stress, målt med PSS, og dårlig trivsel, målt med WHO-5, var heller ikke signifikant forskellig i de fem regioner. Praktiserende læger i Region Syddanmark (38.1 timer) og i Region Sjælland (37.2 timer) angav et signifikant højere gennemsnitligt antal arbejdstimer per uge i praksis end praktiserende læger i Region Midtjylland (35.5 timer).

Overordnet var tilfredsheden med samarbejdet med kommune(r), plejehjem og hjemmepleje og sygehuse øget i de fem regioner siden 2016 (**Tabel 13**). De største forbedringer i tilfredsheden var sket i forhold til tilfredsheden med det socialmedicinske samarbejde med kommune(r), samarbejdet med plejehjem og hjemmepleje og tilfredsheden med sygehusets forventninger til den praktiserende læges opfølgning af patienter. Således var andelen, som vurderede det socialmedicinske samarbejdet med kommune(r) som godt eller meget godt steget fra 31.2% til 40.8%. Andelen, som vurderede det socialmedicinske samarbejde med plejehjem og hjemmepleje som godt eller meget godt var steget fra 63.3% til 74.7%.

Andelen af læger som var meget tilfreds eller tilfreds med sygehusets forventninger til almen praksis var øget fra 14.5% til 24.1%. For lægerne i Region Sjælland var det dog fortsat kun 14.1% som er

meget tilfredse eller tilfredse med sygehusets forventninger til almen praksis, men for lægerne i Region Midtjylland var andelen steget fra 15.0% i 2016 til 28.1% i 2019.

Der sås også andre markante forskelle i de fem regioner for parametre for tilfredsheden med samarbejdet med kommuner, plejehjem og hjemmepleje. Bl.a. vurderede 24.3% af lægerne i Region Sjælland kvaliteten af samarbejdet med sygehuse som meget godt eller godt mod f.eks. 65.7% af lægerne i Region Midtjylland. Tilfredsheden med varigheden fra patientudskrivelse til modtaget epikrise var størst i Region Hovedstaden, hvor 56.3% angav, at de var meget tilfredse eller tilfredse mod 16.4% i Region Nordjylland. Tilfredsheden med epikriser var lavest i Region Sjælland, hvor 8.0% var meget tilfredse eller tilfredse og højest i Region Midtjylland, hvor 33.9% var meget tilfredse eller tilfredse. I Region Syddanmark angav 34.2%, at de var blevet pålagt at deltage i en vagtlægeordning, hvor andelen var hhv. 90.9% og 90.7% for Region Sjælland og Region Midtjylland.

Andelene af praktiserende læger, som angav belastning fra komplekse patientkontakter, administrative opgaver, praksisdrift og faglig opdatering i de fem regioner fremgår af **Tabel 14**. Kun belastningen fra komplekse patientkontakter var signifikant forskellig i de fem regioner med lavest belastning i Region Nordjylland (53.9%) og højest belastning i Region Sjælland (65.4%).

Tabel 12. Lægepopulationer og trivslen i de fem regioner

	Region Hovedstaden N = 513 (50.5%)	Region Sjælland N = 263 (59.9%)	Region Syddanmark N = 431 (54.9%)	Region Midtjylland N = 492 (60.6%)	Region Nordjylland N = 165 (56.3%)
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Gennemsnitsalder (SD)	51.8 (8.4)	53.0 (8.9)	51.3 (8.5)	50.2 (8.1)	50.4 (9.4)
Andel kvindelige praktiserende læger	65.5 (336)	58.2 (153)	55.7 (240)	60.8 (299)	58.2 (96)
Maslach Burnout Inventory (MBI)					
Andel af praktiserende læger med moderat udbrændthed	34.5 (177)	36.5 (96)	37.6 (162)	49.2 (242)	40.6 (67)
Andel af praktiserende læger med alvorlig udbrændthed	7.8 (40)	8.4 (22)	9.1 (39)	12.6 (62)	12.7 (21)
Copenhagen Burnout Inventory					
Høj personlig udbrændthed	27.1 (139)	26.6 (70)	30.6 (132)	30.6 (150)	25.5 (42)
Høj arbejdsrelateret udbrændthed	16.6 (85)	19.4 (51)	21.4 (92)	27.9 (137)	22.4 (37)
Høj patientrelateret udbrændthed	17.0 (87)	16.7 (44)	16.9 (73)	22.4 (110)	17.6 (29)
Andel med høj stress (PSS > 18)	21.6 (111)	24.3 (64)	20.9 (90)	24.6 (121)	23.0 (38)
Andel med lav trivsel (WHO-5 < 50)	18.1 (93)	19.0 (50)	21.4 (92)	23.6 (116)	20.0 (33)
Andel med meget ringe eller ringe grad af balance mellem arbejde og privatliv	15.8 (81)	16.7 (44)	12.5 (54)	19.7 (97)	15.8 (26)
Gennemsnitlig antal timer i praksis per uge (SD)¹	36.7 (7.8)	37.2 (7.9)	38.1 (8.2)	35.5 (7.1)	37.3 (8.6)

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

¹Det ugentlige timeantal er beregnet som summen af timer anvendt på konsultationer og hjemmebesøg, telefon og e-mailkonsultationer og andet patientrelateret arbejde i praksis ganget med antallet af dage i praksis per uge.

Tabel 13. Tilfredsheden med samarbejdet med kommune(r), plejehjem og hjemmepleje og med sygehus(e) i de fem regioner

		Alle N = 1866	Region Hovedstaden N = 513	Region Sjælland N = 263	Region Syddanmark N = 431	Region Midtjylland N = 492	Region Nordjylland N = 165
		%	%	%	%	%	%
Kvaliteten af samarbejdet er meget godt eller godt i forhold til:							
	Det socialmedicinske samarbejde med kommune(r)	40.8 (+9.6)	38.0	35.7	43.6	44.1	40.6
	Plejehjem og hjemmepleje	74.7 (+11.4)	70.0	72.2	75.4	79.5	77.0
	Sygehus(e) jeg henviser til	54.7 (+3.5)	51.1	24.3	61.7	65.7	62.4
Jeg er meget tilfreds eller tilfreds med:							
	Antallet af attestanmodninger fra kommune	18.6 (+5.5)	20.1	17.1	18.8	16.5	22.4
	De forhold jeg anmodes om at tage stilling til i attester	10.6 (+2.2)	10.5	10.7	9.7	12.0	9.1
	Kommunens efterlevelse af mine socialmedicinske anbefalinger	15.2 (+3.4)	12.9	11.4	17.2	18.5	13.9
	Plejepersonalets efterlevelse af mine anbefalinger	70.0 (+4.8)	66.5	66.2	71.0	74.6	70.3
	Varigheden fra patientudskrivelse til modtaget epikrise	43.5 (+7.2)	56.3	44.9	37.6	43.5	16.4
	Kvaliteten af epikriser	23.5 (-0.6)	16.2	8.0	27.4	33.9	28.5
	Sygehusets forventninger til min opfølgning af patienter	24.1 (+9.6)	23.0	14.1	26.5	28.1	24.9
	Det lokale sygehus' villighed til at opfylde mine behov	36.7 (+2.9)	32.6	16.0	45.7	43.3	39.4
Tilgængeligheden af diagnostiske undersøgelser rekvireret på sygehus er meget god eller god		69.1 (+0.6)	71.7	44.1	77.5	71.5	70.9
Mine hospitalsansatte kolleger respekterer mig fagligt i meget høj grad eller i høj grad		46.8 (+4.9)	48.2	32.3	48.3	54.1	40.0
Jeg deltager i en vagtordning		56.2	3.5	79.1	63.1	85.0	80.6
Det er mig pålagt at deltage i en vagtordning¹		74.1	0.0	90.9	34.2	90.7	84.2

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

Tallene i parentes er ændringen i procentpoint i forhold til 2016.

¹ Andelene af læger, som har angivet at de deltager i en vagtordning (n = 1048).

Tabel 14. Belastning fra komplekse patientkontakter, administrative opgaver, praksisdrift og faglig opdatering i de fem regioner

	Alle N = 1866	Region Hovedstaden N = 513	Region Sjælland N = 263	Region Syddanmark N = 431	Region Midtjylland N = 492	Region Nordjylland N = 165
Andele af praktiserende læger, som er meget eller noget belastet af:	%	%	%	%	%	%
komplekse patientkontakter	60.6	60.2	65.4	56.8	64.0	53.9
udefrakommende administrative opgaver	78.2	76.8	82.9	80.1	77.4	72.1
opgaver relateret til praksisdrift	56.2	57.3	57.4	55.5	56.9	50.3
udfordringer i forhold til at holde sig fagligt opdateret	29.7	27.9	28.9	33.9	28.7	28.5

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

Udbrændthed og motivation

I **Tabel 15** sammenlignes praktiserende lægers motivation med danske offentligt og private ansatte. Praktiserende læger scorede signifikant lavere på alle fire underskalaer, som indgår i Public Service Motivation. Ligeledes scorede praktiserende læger signifikant lavere på indre motivation ("intrinsic motivation").

Motivation var forbundet med udbrændthed og det var især gruppen af læger med alvorlig udbrændthed, som adskilte sig fra gruppen af læger uden tegn på udbrændthed og læger med moderat grad af udbrændthed, som det fremgår af **Tabel 16**. Sammenlignet med grupperne af læger uden tegn på udbrændthed og læger med moderat grad af udbrændthed scorede gruppen af læger med alvorlig udbrændthed signifikant lavere på compassion, commitment to the public interest, attraction to policymaking og intrinsic motivation. Læger med moderat grad af udbrændthed scorede signifikant højere på self-sacrifice end læger uden tegn på udbrændthed. Læger med alvorlig grad af udbrændthed scorede lavest på self-sacrifice, men dog ikke signifikant lavere end læger uden tegn på udbrændthed. User orientation så ikke ud til at være forbundet med udbrændthed.

Tabel 15. *Praktiserende lægers score på Public Service Motivation, brugerorientering og indre motivation sammenlignet med offentligt og private ansatte i Danmark*

Praktiserende læger i Danmark i 2019 N = 1866			Offentligt og private ansatte i DK N = 7094	
Public Service Motivation	Index	95% CI	Index	95% CI
Compassion	75.33	74.58; 76.08	77.05	76.69; 77.41
Commitment to the public interest	74.29	73.49; 75.09	77.56	77.23; 77.89
Self-sacrifice	46.00	44.92; 47.08	52.04	51.59; 52.49
Attraction to policymaking	46.51	45.48; 47.54	52.89	52.61; 53.17
User orientation	72.93	72.27; 73.59	-	
Intrinsic Motivation	72.44	71.69; 73.19	79.44	79.06; 79.82

Estimer markeret med **fed**: $p < 0.05$; CI = konfidensinterval

Tabel 16. Motivation hos læger uden tegn på udbrændthed og læger med moderat eller alvorlig udbrændthed

		Læger uden tegn på udbrændthed N = 1121		Læger med moderat udbrændthed N = 561		Læger med alvorlig udbrændthed N = 184	
Public Service Motivation		Index	95% CI	Index	95% CI	Index	95% CI
	Compassion	75.80	74.87; 76.73	75.85	74.43; 77.27	70.88	68.42; 73.34
	Commitment to the public interest	75.20	74.22; 76.18	75.00	73.49; 76.51	66.53	63.91; 69.15
	Self-sacrifice	44.98	43.65; 46.31	48.66	46.58; 50.74	44.07	40.35; 47.79
	Attraction to policymaking	48.85	47.55; 50.15	44.76	42.88; 46.64	37.57	34.24; 40.90
User orientation		73.31	72.48; 74.14	72.99	71.73; 74.25	70.38	68.21; 72.55
Intrinsic Motivation		78.63	77.87; 79.39	65.68	64.33; 67.03	55.37	52.90; 57.84

Estimeret markeret med **fed**: $p < 0.05$; CI = konfidensinterval

Diskussion

I denne nationale undersøgelse af 1866 alment praktiserende læger opfyldte 39.9% kriterierne for en moderat grad af udbrændthed og 9.9% opfyldte kriterierne for en alvorlig grad af udbrændthed. Det svarer nogenlunde til den tilsvarende undersøgelse i 2016 hvor andelen var hhv. 38.3% og 10.5% for en moderat og alvorlig grad af udbrændthed.

Samtidig fandt vi, at 55.0% af praktiserende læger angav, at de i meget høj grad eller i høj grad har den arbejdsglæde de ønsker sig i deres nuværende arbejde, og 9% angav, at de i ringe grad eller slet ikke har den arbejdsglæde de ønsker sig. Utilfredsheden på 10 variable for jobtilfredshed (herunder løn og frihed i forhold til arbejdsmetode) er faldet og det samme gælder utilfredsheden med samarbejde med kommuner, hjemmepleje/plejehjem og sygehuse.

Alder var signifikant forbundet med udbrændthed med den laveste forekomst af såvel moderat som alvorlig grad af udbrændthed i den ældste aldersgruppe (≥ 55 år). Køn var ikke forbundet med forekomsten af udbrændthed.

Arbejdstiden og tidsforbruget på aktiviteterne i praksis er stort set identiske i 2016 og 2019. Andelen af praktiserende læger, som har en 5-dages arbejdsuge i praksis er i 2019 34.3% mod 40% i 2016. Over halvdelen, 52%, laver andet lægerelateret arbejde uden for praksis. Udbrændthed er fortsat i 2019 relateret til arbejdstimer, men i mindre grad end i 2016.

Andelen af praktiserende læger, som tilbyder åben konsultation var i den aktuelle undersøgelse 25.7% og er på samme niveau som i 2016. I 2013 fandt vi højere forekomst af udbrændthed hos praktiserende læger, som tilbyder åben konsultation [17], men denne sammenhæng genfindes ikke i 2019. Som tidligere fundet [18] er praktiserende læger med udbrændthed også i 2019 mindre tilbøjelige til at have deltaget i efteruddannelsesmøder det seneste år. Kvalitetsklynger blev indført i almen praksis i 2018 og da deltagelsen i klyngemøder er tæt på 100% er den ikke sammenhængende med udbrændthed. Tilliden til om klyngerne gør en positiv forskel for kvaliteten i praksis er dog signifikant relateret til udbrændthed.

Blandt deltagerne i undersøgelsen angav 22.3%, at de helt sikkert eller i nogen grad har fortrudt, at de blev praktiserende læge. I 2016 var andelen 25.8%. Fortrydelse af almen praksis som speciale er tæt associeret til udbrændthed. Således er det blandt læger uden tegn på udbrændthed 7.1%, som helt sikkert eller i noget grad har fortrudt at de blev praktiserende læge, hvor andelen er 68.5% blandt læger med alvorlig grad af udbrændthed. Vi har i en tidligere undersøgelse vist, at praktiserende læger, som var usikre på, hvorvidt de ville vælge almen medicin som speciale igen, hvis de hypotetisk fik muligheden for at vælge om, havde signifikant større risiko for at have udviklet udbrændthed 4 år senere [19].

På de følgende sider diskuteres fund i den aktuelle undersøgelse i forhold til hvad vi ved fra litteraturen. Det er således ikke alle resultater i undersøgelsen, som vil blive diskuteret, men særligt fund som kan kvalificeres ud fra temaer og fund fra nationale og internationale undersøgelser.

Udbrændthed i forhold til andre ansatte i social- og sundhedsvæsenet

Deltagerne i undersøgelsen scorede på samme niveau som godt 2000 ansatte i det danske social- og sundhedsvæsen på "Copenhagen Burnout Inventory" (CBI). Dog scorede alment praktiserende

læger signifikant lavere på underskalaen "Patientrelateret udbrændthed". Ved denne sammenligning er det vigtigt at understrege, at resultaterne fra de godt 2000 ansatte i social- og sundhedsvæsenet er indhentet i årene 1999-2003, og det kan tænkes, at arbejdspresset er øget generelt i social- og sundhedssektoren siden da. Sammenlignes alment praktiserende læger med hospitalslægers trivsel i 1999-2003, scorer alment praktiserende læger højere på patientrelateret udbrændthed, men lavere på arbejdsrelateret udbrændthed. Sammenlignes alment praktiserende læger med jordmødre i 1999-2003 scorer alment praktiserende læger noget lavere på såvel arbejdsrelateret udbrændthed som patientrelateret udbrændthed [15]. Samlet set har vi altså ikke fundet bevis for, at danske praktiserende læger er mere udbrændte end ansatte andre steder i det danske social og sundhedsvæsen.

Scoren på CBI var ikke overraskende relateret til scoren på MBI. Således scorede praktiserende læger uden tegn på udbrændthed signifikant lavere på alle tre CBI-underskalaer end praktiserende læger med moderat grad af udbrændthed, som igen scorede signifikant lavere end praktiserende læger med alvorlig grad af udbrændthed. Kun praktiserende læger med alvorlig grad af udbrændthed kunne defineres som "udbrændte" ifølge CBI (score ≥ 50). Dette falder i tråd med erfaringerne med MBI, hvor der som regel er mange flere, der har en moderat grad af udbrændthed end alvorlig grad, og hvor kriterierne for en moderat grad af udbrændthed er relativt svage (høj score på blot en underskala) sammenlignet med kriterierne for alvorlig grad af udbrændthed (høj score på alle tre underskalaer).

Udbrændthed og praksisorganisering

En nyere tysk undersøgelse viste en højere forekomst af udbrændthed hos læger i gruppepraksisser end hos læger i solopraksisser og højere forekomst af udbrændthed blandt ansatte læger i gruppepraksisser end ejere af gruppepraksisser [20]. Disse resultater genfindes ikke i denne undersøgelse. Således fandt vi ingen signifikante forskelle i forekomsten af moderat eller alvorlig udbrændthed blandt sololæger sammenlignet med læger fra praksisser med flere ejere.

Andelen af læger, som angav høj eller meget høj arbejdsglæde i deres nuværende arbejde var heller ikke signifikant forskellig hos sololæger og læger fra praksisser med flere ejere (53-57%). Derimod fandt vi, at læger fra praksisser med tre ejere eller flere var signifikant mindre belastet af opgaver relateret til praksisdrift, herunder vedligeholdelse og sikring af IT-systemer, økonomistyring og personalehåndtering. Det tyder således på, at læger i praksisser med mange ejere har stordriftsfordele i forhold til opgaver relateret til driften af praksis.

Da kun 1% af deltagerne i herværende undersøgelse var ansatte i praksis, var det desværre ikke muligt at sammenligne graden af udbrændthed hos ansatte med praksisejere.

Udbrændthed og komplekse patientkontakter

Blandt alle deltagere i undersøgelsen angav 60%, at de føler sig noget eller meget belastet af komplekse patientkontakter og belastningen var tæt forbundet med udbrændthed. Den oplevede belastning fra komplekse patientkontakter er øget markant siden 2016, hvor 43% angav at de følte sig noget eller meget belastet af komplekse patientkontakter.

Både i 2016 og 2019 var den oplevede belastning fra komplekse patientkontakter tæt associeret med udbrændthed. I rapporten fra 2016 kunne ikke afklares, hvorvidt sammenhængen var kausal og i hvilken retning kausaliteten gik. F.eks. kunne man både forstille sig at en høj belastning fra komplekse patientkontakter øgede risikoen for udbrændthed og at udbrændthed fik lægen til at

kontakten med komplekse patienter som mere belastende. Siden 2016 har Forskningsenheden for Almen Praksis publiceret en kombineret spørgeskema- og registerundersøgelse, som viste en sammenhæng mellem praktiserende lægers risiko for at være udrændt og andelen af multisygge patienter registreret i praksis [21]. Selv om der er tale om et korrelationsstudie, peger det i retning af, at en høj grad af at belastningen fra komplekse patientkontakter kan være medvirkende årsag til udviklingen af udrændthed.

Belastningen fra multisygge patienter kan opstå fordi sygehusafdelingerne i stigende grad specialiseres og guidelines ofte er udviklet til en selekteret patientgruppe med kun én lidelse. Det bliver derfor den praktiserende læges rolle at få tilpasset den specialiserede behandling til den enkelte patients situation. Rammerne i praksis med relativt korte konsultationer er måske også særligt velegnede til patienter med afgrænsede problemstillinger og vi ved fra andre undersøgelser, at praktiserende læger ofte angiver højere stress efter konsultationer med patienter med komplekse fysiske og psykosociale problemer i forhold til konsultationer med patienter med mindre komplekse problemstillinger [22].

Udrændthed og selvvrurderet arbejdsevne

Vi fandt i undersøgelsen en tydelig sammenhæng mellem udrændthed og lav selvvrurderet arbejdsevne. Deltagerne i undersøgelsen vurderede generelt deres egen arbejdsevne som høj. Således scorede 77% deres nuværende arbejdsevne 8, 9 eller 10 på en skala, hvor 0 betød at man var ude af stand til at arbejde og 10 var arbejdsevnen, når den var bedst. Hos grupperne af læger med moderat eller alvorlig udrændthed var denne andel dog reduceret signifikant til hhv. 61 og 40%.

Udrændthed var signifikant associeret til at føle sig noget eller meget belastet af risikoen for at lave fejl eller overse noget alvorligt og til ofte eller meget ofte at tænke på risikoen for at blive involveret i en patientklagesag. Det er velkendt fra litteraturen, at udrændte læger rapporterer flere fejl og vurderer deres arbejdsevne som lavere end kolleger uden tegn på udrændthed [2, 23-26], men det vides ikke om denne høje grad af selvkritik afspejler virkeligheden eller er udtryk for en generel negativ selvvrurdering som konsekvens af udrændtheden.

Selv om udrændte læger oftere tænker på risikoen for at begå fejl end ikke-udrændte læger, fandt vi i den aktuelle undersøgelse en ikke-signifikant tendens til, at alvorligt udrændte læger faktisk havde været involveret i *færre* patientklager end læger uden tegn på udrændthed og læger med moderat udrændthed. Dette fund skal dog muligvis ses i lyset af, at alvorlig udrændthed er mindst udbredt i de ældste aldersgrupper, hvor risikoen for at have været involveret i en eller flere patientklagesager er størst grundet den længere tid i praksis.

En nylig ph.d.-afhandling fra Forskningsenheden for Almen Praksis satte fokus på sammenhængen mellem udrændthed hos praktiserende læger og arbejdsevnen. I undersøgelsen fra ph.d.-afhandlingen anvendtes registerbaserede mål for kvaliteten af det lægefaglige arbejde og fandt at denne var relateret til lægens tilfredshed og trivsel. Det blev bl.a. fundet, at patienternes tilbøjelighed til at skifte læge, hvilket kan være tegn på utilfredshed med behandlingen, steg i takt med stigende grad af udrændthed og faldende arbejdstilfredshed hos lægen [27]. Ydermere var stigende grad af udrændthed og faldende arbejdstilfredshed hos lægen forbundet med flere indlæggelser for diagnoser, hvor optimal håndtering i almen praksis kan reducere patienternes risiko for indlæggelse (såkaldte 'ambulatory care sensitive conditions') [28]. Samlet set peger disse fund altså i retning af, at det går ud over arbejdsevnen, når praktiserende læger udvikler en høj grad af udrændthed og at de udrændte læger selv er bevidste om, at de fungerer suboptimalt.

Udbrændthed og røde flag for trivslen

Vi fandt i den aktuelle undersøgelse, at udbrændthed var forbundet med flere røde flag for trivslen, herunder medicinsk behandling for psykisk belastning/sygdom inden for de seneste 3 år. Blandt alle svarpersoner angav 5.7% at have været i medicinsk behandling for psykisk belastning/sygdom inden for de seneste 3 år. Andelen var 4.3% blandt læger uden tegn på udbrændthed og 8.7% blandt læger med alvorlig grad af udbrændthed.

Brugen af psykofarmaka blandt læger er ikke velundersøgt, men en tidligere dansk undersøgelse, foretaget blandt næsten 3000 ansatte i social- og sundhedsvæsenet, dokumenterede ligeledes en sammenhæng mellem udbrændthed og brug af antidepressiv medicin [29]. Dette kunne antyde en afsmittende effekt af jobrelateret udbrændthed på privatlivet, hvor udbrændtheden måske opleves som en generel tristhed. I relation hertil har vi i en tidligere undersøgelse vist en sammenhæng mellem udbrændthed og misbrug af alkohol blandt læger fra forskellige specialer [30].

Blandt alvorligt udbrændte læger angav 32.6% at de havde søgt professionel hjælp i forbindelse med psykisk belastning/sygdom inden for de seneste 3 år, f.eks. hos Lægeforeningens Kollegiale Netværk, egen læge eller psykolog/psykiater. Blandt læger uden tegn på udbrændthed var andelen 14.2%. En næsten lige så høj andel af alvorligt udbrændte læger (29.9%) angav, at de ikke havde søgt hjælp, selv om det måske kunne have gavnet dem, og dette stemmer overens med tidligere undersøgelser, som har vist at læger ofte tøver i forhold til at søge professionel hjælp for egne problemer og oplever mange barrierer i forhold til at påtage sig patientrollen [31].

En fokusgruppe-undersøgelse af læger viste, at forhold som at blive set som 'et helt menneske', at blive involveret i fælles beslutningstagen og at blive mødt med empati gør overgangen til patientrollen nemmere [32]. At læger, som har brug for professionel hjælp, tilsyneladende har samme præferencer som mange andre patienter, er vigtig viden for behandlere af læger, som kan være usikre på, hvordan hjælpen gribes bedst an [32].

Sygefravær, presenteeism og udbrændthed

Blandt alle deltagerne i undersøgelsen havde 17.3% haft flere end 2 sygedage i løbet af det seneste år. Sygefravær var signifikant associeret til udbrændthed. Således var andelen af praktiserende læger med flere end 2 sygedage i løbet af det seneste år 25.5% blandt læger med alvorlig grad af udbrændthed.

"Presenteeism" - målt som at have arbejdet mere end 1 uge på trods af egen sygdom – var også associeret til udbrændthed med en forekomst på 17.9% blandt læger med alvorlig grad af udbrændthed. Hos læger uden tegn på udbrændthed var den tilsvarende andel 6.5%. Disse fund er i overensstemmelse med andre undersøgelser, som ligeledes har dokumenteret en sammenhæng mellem udbrændthed og sygefravær såvel som presenteeism [33, 34].

Det kan synes paradoksalt, at udbrændthed er forbundet med både sygefravær og presenteeism. Mekanismen kan være, at pressede praktiserende læger i første omgang vil have tilbøjelighed til presenteeism, fordi de ikke magter konsekvenserne af at melde sig syg, men at denne strategi sidenhen resulterer i øget sygefravær, fordi strategien med at møde på arbejde på trods af egen sygdom så at sige "bidder sig selv i halen" [16].

Kønsforskelle i trivslen

Siden vores målinger af udbrændthed blandt danske alment praktiserende læger begyndte i 2004, har den alvorlige grad af udbrændthed konsekvent vist sig at være mest udbredt blandt mandlige praktiserende læger. På en række andre parametre rapporterer mandlige praktiserende læger imidlertid bedre trivsel end kvindelige praktiserende læger. Således fandt vi, at 80.7% af mandlige praktiserende læger rapporterede lavt niveau af stress målt med PSS mod kun 75.0% af kvindelige praktiserende læger. Ligeledes rapporterede 55.7% af mandlige praktiserende læger høj trivsel på WHO's trivselsindeks mod kun 46.2% af kvindelige praktiserende læger. Hvor 44.3% af mandlige praktiserende læger angav, at de i høj eller meget høj grad har en god balance mellem arbejde og privatliv, var andelen kun 37.3% blandt de kvindelige praktiserende læger.

Disse fund stemmer overens med stressmønstret blandt danske mandlige og kvindelige læger, som blev fundet tilbage i 2007 [35]. Her fandt man, at kvindelige læger i højere grad end mandlige praktiserende læger så ud til at være belastet i forhold til hverdagslivet, hvorimod mandlige praktiserende læger i højere grad så ud til at være belastet i forhold til arbejdslivet. I tråd med, at kvinder generelt "gifter sig opad" sås i undersøgelsen, at 97% af de kvindelige læger havde en ægtefælle eller samlever, som arbejdede fuld tid, hvor andelen var 67% blandt mandlige læger, som traditionelt "gifter sig nedad". Om end kønsrollerne er i opbrud, gør disse mønstre sig stadig gældende i stor stil, hvilket muligvis er en af årsagerne til, at stressmønstrene ikke har ændret sig siden 2007.

På et punkt adskiller resultaterne i den aktuelle undersøgelse sig fra resultaterne fra 2007. I den aktuelle undersøgelse angav kvindelige praktiserende læger således bedre selv vurderet helbred end mandlige praktiserende læger, hvor billedet var omvendt i 2007 [35]. Dette skal muligvis ses i lyset af det kønsskifte, som har fundet sted i almen praksis med en nu overvægt af kvindelige læger. Der vil således være en tendens til flere yngre læger (med godt helbred) blandt kvindelige praktiserende læger end blandt de mandlige praktiserende læger.

Arbejdstilfredshed

Utilfredsheden på samtlige af de ti spørgsmål i WCW-skalaen er reduceret i 2019 sammenlignet med i 2016. De største reduktioner ses i forhold til friheden til at vælge arbejds måde, hvor andelen af utilfredse er faldet fra 26 til 17% og løn, hvor andelen af utilfredse er faldet fra 33% til 20% og antal arbejdstimer, hvor andelen af utilfredse er faldet fra 49 til 41%.

Over halvdelen (55%) angav i meget høj grad eller i høj grad at opleve at have den arbejdsglæde de ønsker i deres nuværende arbejde. Blandt en række listede faktorer at mulig betydning for arbejdsglæde, var det især godt samarbejde med lægekolleger i praksis (68.0%), godt samarbejde med klinikpersonale i praksis (56.4%), oplevelsen af tid nok i det daglige arbejde (39.3%), en langvarig relation til patienterne (33.9%) og autonomi til at præge arbejdslivet (24.4%), som blev udpeget som vigtige for arbejdsglæden. Disse faktorer er i høj grad sammenfaldende med de motiver, som får yngre læger til at vælge almen medicin som speciale [36] og det tyder på, at de værdier, som er fremtrædende blandt alment praktiserende læger, er stabile over tid og at udfoldelsen af disse værdier formentlig er af stor betydning for at sikre arbejdsglæden og –trivslen.

Hvor 9.9% af svarpersonerne i den aktuelle undersøgelse opfyldte kriterierne for en alvorlig grad af udbrændthed sås en omtrent lige så stor andel (9.4%) i den anden ende af spektret, som opfyldte kriterierne for en høj grad af engagement karakteriseret ved lav score på emotionel udmattelse og depersonalisering og høj score på personligt jobudbytte [37].

Tilfredshed og trivsel i de fem regioner

Tilfredsheden med samarbejdet med kommuner, plejehjem og hjemmepleje og sygehuse er øget i de fem regioner siden 2016. Flere resultater kan her fremhæves, bl.a. er andelen af praktiserende læger, som vurderer det socialmedicinske samarbejde med kommuner som godt eller meget godt steget fra 31.2 til 40.8%. Andelen, som vurderer det socialmedicinske samarbejde med plejehjem og hjemmepleje som godt eller meget godt er steget fra 63.3 til 74.7% og andelen af praktiserende læger som er meget tilfreds eller tilfreds med sygehusets forventninger til almen praksis er øget fra 14.5 til 24.1%. I forhold til tilfredsheden med samarbejdet med kommuner, plejehjem/hjemmepleje og sygehuse tegner der sig et tydeligt mønster med praktiserende læger i Region Midtjylland som de mest tilfredse og praktiserende læger i Region Sjælland som de mindst tilfredse.

Med disse resultater in mente kan de regionale forekomster af udbrændthed undre. Således var mønstret i forhold til udbrændthed nærmest modsat med absolut højest forekomst af moderat grad af udbrændthed i Region Midtjylland (49.2%) og lavest i Region Hovedstaden (34.5%) og Region Sjælland (36.5%) og højest forekomst af alvorlig grad af udbrændthed i Region Midtjylland (12.6%) og Region Nordjylland (12.7%) og lavest forekomst i Region Hovedstaden (7.8%) og Region Sjælland (8.4%). Andelen af praktiserende læger med patientrelateret udbrændthed (målt med CBI) var ligeledes signifikant forskellig med højest forekomst i Region Midtjylland (27.9%) og lavest i Region Hovedstaden (16.6%). Andelen af læger med høj stress, dårlig trivsel (målt med WHO-5) og ringe work-life balance var også højest i Region Midtjylland, men ikke signifikant forskellig fra de andre regioner.

Kvaliteten af samarbejdet med kommuner, plejehjem/hjemmepleje og sygehuse ser altså ikke ud til at kunne forklare den regionale variation i udbrændthed. Blandt andre mulige belastninger skiller praktiserende læger fra Region Midtjylland og Region Sjælland sig ud ved at have de højeste andele af læger som føler sig meget eller noget belastet af komplekse patientkontakter (hhv. 64.0% og 65.4%), men heller ikke dette fund er sammenfaldende med det inter-regionale mønster i udbrændthed.

Da forekomsten af udbrændthed er lavest hos de ældste praktiserende læger, kunne den høje forekomst af udbrændthed i Region Midtjylland muligvis forklares ved, at lægerne i denne region er yngst (gennemsnitsalder: 50.2 år) og signifikant yngre end lægerne i Region Hovedstaden (51.8 år) og Region Sjælland (53.0 år). Praktiserende læger i Region Midtjylland angav det laveste antal timer i praksis per uge, men også den ringeste balance i arbejds- og privatlivet. Sammenholdt med den lave gennemsnitsalder i praksis kunne dette tyde på, at praktiserende læger i Region Midtjylland, grundet deres relativt lave alder, er særligt udfordret i forhold til at få familie- og arbejdslivet til at hænge sammen. Imidlertid viser alders- og kønsjusterede analyser (data ikke vist) fortsat, at praktiserende læger i Region Midtjylland har en signifikant højere forekomst af udbrændthed.

Region Midtjylland havde den klart højeste svarprocent (60.6). Ved "extreme value imputation" udlignes de regionale forskelle i nogen grad, så andelen af moderat udbrændte bliver 45.5 i Region Hovedstaden, 37.7 i Region Sjælland, 43.5 i Region Syddanmark og 44.9 i Region Nordjylland (data ikke vist). Region Midtjylland ligger dog stadig højest selv ved 'extreme value imputation', og vi synes ikke at være kommet i mål med at forklare forskellene i denne rapport. Det vil være relevant at undersøge med fremtidige registerstudier, bl.a. hvorvidt patientpopulationerne i de fem regioner adskiller sig på parametre, som er associeret til udbrændthed.

Motivation og udbrændthed

Praktiserende læger, som scorer højt på motivationen ”brugerorientering” vil være tilbøjelige til at sætte hensynet til den enkelte patient højere end hensynet til formelle regler og anse en opgave for løst, når patienten er tilfreds. Læger uden tegn på udbrændthed scorede signifikant højere på brugerorientering end læger med alvorlig grad af udbrændthed. Dette fund falder fint i tråd med alvorligt udbrændte lægers høje score på depersonalisering.

Indre motivation, herunder at kunne blive opslugt af sine arbejdsopgaver, var signifikant mere udbredt hos læger uden tegn på udbrændthed end hos læger med moderat og alvorlig grad af udbrændthed. Den stærke sammenhæng mellem udbrændthed og motivation med skal formentlig forstås i lyset af den indre motivations slægtsskab med underskalaen ”Personligt jobudbytte” på udbrændthedsskalaen.

En særlig type motivation, kaldet ”public service motivation”, bruges i relation til leveringen af offentlige ydelser og det refererer til ansattes motivation for at gøre godt for samfundet [12]. Begrebet kan underopdeles i fire dimensioner: motivation baseret på genuin medfølelse i forhold til at gøre det godt for andre mennesker (compassion), motivation baseret på pligt og loyalitet overfor at levere offentlige ydelser og derved tjene samfundet (commitment to the public interest), motivation for at forbedre samfundet gennem politiske beslutninger for derved at gøre det bedre for andre eller samfundet (attraction to policymaking) og viljen til at ofre sig selv og egne behov for at kunne bidrage til andres trivsel og samfundet (self-sacrifice).

En høj grad af public service motivation hos danske alment praktiserende læger har vist sig at være forbundet med lavere tilbøjelighed til at udskrive antibiotika [13]. Hos danske fysioterapeuter har en høj grad af public service motivation vist sig at være forbundet med høj grad af villighed til at påtage sig behandling af svært handicappede personer [38]. En høj grad af public service motivation er dog ikke et entydigt gode, idet begrebet også har været sat i relation til højere forekomst af udbrændthed, sygefravær og presenteeism [16].

Den aktuelle undersøgelse kunne i nogen grad dokumentere en sammenhæng mellem public service motivation og udbrændthed. For flere af dimensionerne, ”compassion” og ”commitment to the public interest”, scorede gruppen af alvorligt udbrændte lavere end læger uden tegn på udbrændthed og gruppen af moderat udbrændte. I disse analyser havde gruppen af moderat udbrændte altså mere til fælles med gruppen uden tegn på udbrændthed end med gruppen af alvorligt udbrændte.

Den måske meste interessante forskel sås på underskalaen ”self-sacrifice”, hvor moderat udbrændte læger scorede højest og signifikant højere end gruppen af læger uden tegn på udbrændthed. Den laveste score på underskalaen ”self-sacrifice” sås hos gruppen af alvorligt udbrændte. Samlet set kunne dette tyde på, at viljen til at ofre sig selv og egne behov for at kunne bidrage til andres trivsel og samfundet er en risikofaktor for at brænde ud, men når først man er brændt ud for alvor overskygges ”self-sacrifice” af den høje grad af depersonalisering. En sådan sammenhæng vil falde fint i tråd med antagelsen om, at ”en kyniker er en skuffet idealist”.

Praktiserende læger scorede lavere end omtrent 7000 offentligt og private ansatte i Danmark på public service motivation. Praktiserende læger konfronteres dagligt med de individuelle patienters sygdom og lidelse og værdsætter de langvarige relationer til patienterne. Det vil derfor være forventeligt, at praktiserende læger i højere grad er motiveret af brugerorientering end af public service

motivation. Desværre kender vi ikke niveauet for brugerorientering hos offentlige og private ansatte, muligvis fordi mange af disse ikke nødvendigvis har direkte kontakt med brugere. Såfremt praktiserende læger er motiveret af brugerorientering vil de tilsyneladende lave scores på public service motivation være en afspejling af den praktiserende læges hyppige dilemma i forhold til at afbalancere rollen som samfundets gatekeeper og patientens advokat.

Konklusion

Sammenlignet med 2016 viste den nationale undersøgelse i 2019 af 1866 alment praktiserende læger omtrent status quo i forekomsten af udbrændthed med 39.9% med moderat grad af udbrændthed og 9.9% med en alvorlig grad af udbrændthed. Alder var signifikant forbundet med udbrændthed med den laveste forekomst af såvel moderat som alvorlig grad af udbrændthed i den ældste aldersgruppe (≥ 55 år) og højest blandt de to yngste.

Vi fandt, at 55.0% af praktiserende læger angav, at de i meget høj eller i høj grad har den arbejdsglæde de ønsker sig i deres nuværende arbejde. Tilfredsheden på 10 variabler, herunder løn og frihed i forhold til arbejdsmetode, er øget siden 2016 og det samme gælder tilfredsheden med samarbejde med kommuner, hjemmepleje/plejehjem og sygehuse. Dog angav 60%, at de følte sig noget eller meget belastet af komplekse patientkontakter og belastningen. Dette er en stor stigning siden 2016, hvor 43% angav at de følte sig noget eller meget belastet af komplekse patientkontakter.

Der var regionale forskelle i praktiserende lægers oplevelse af hjælp fra og adgang til hospitaler samt kvaliteten af epikriser og respekt fra hospitalskolleger. I særdeleshed var tilfredsheden markant lavere for praktiserende læger i Region Sjælland.

Vi fandt i undersøgelsen en tydelig sammenhæng mellem udbrændthed og lav selv vurderet arbejdssevne og flere "røde flag" for mistriivsel, blandt andet brug af psykofarmaka, sygefravær og presenteeism. Flere udbrændte læger end læger uden tegn på udbrændthed angav at have søgt professionel hjælp. Desværre angav også flere udbrændte end ikke-udbrændte læger at have afstået fra at søge hjælp, selv om det måske kunne have gavnet dem.

Køn var ikke forbundet med forekomsten af moderat og alvorlig udbrændthed, men på andre faktorer sås signifikante kønsforskelle. Således angav mandlige praktiserende læger mindre stress, bedre generel trivsel og bedre balance mellem arbejde og privatliv.

Der sås store regionale forskelle i forekomsten af udbrændthed. Højest forekomst af moderat grad af udbrændthed sås i Region Midtjylland (49.2%) og lavest i Region Hovedstaden (34.5%) og Region Sjælland (36.5%). Højest forekomst af alvorlig grad af udbrændthed i Region Midtjylland (12.6%) og Region Nordjylland (12.7%) og lavest forekomst i Region Hovedstaden (7.8%) og Region Sjælland (8.4%). Andelen af læger med høj stress, dårlig generel trivsel og ringe balance mellem arbejde og privatliv var også højest i Region Midtjylland, men dog ikke signifikant forskellig fra de andre regioner.

De regionale forskelle i udbrændthed så ikke ud til at kunne forklares med forskelle i køn og alder eller med forskelle i tilfredsheden med samarbejde med kommuner, hospitaler og plejecentre. Den højere svarprocent i Region Midtjylland så ud til at være en del af forklaringen, ligesom lægerne i Region Midtjylland angav mere belastning fra komplekse patientkontakter. Registerstudier bør foretages med henblik på at kortlægge eventuelle regionale forskelle i patientpopulationerne og objektiv arbejdsbelastning.

Referencer

1. Rotenstein, L.S., et al., *Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review*. Jama, 2018. **320**(11): p. 1131-1150.
2. Hall, L.H., et al., *Association of GP wellbeing and burnout with patient safety in UK primary care: a cross-sectional survey*. Br J Gen Pract, 2019. **69**(684): p. e507-e514.
3. Pedersen, A.F., et al., *Alment praktiserende lægers psykiske arbejdsmiljø og jobtilfredshed 2016*. 2016, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet: Aarhus.
4. Noroxxe, K.B., et al., *Mental well-being and job satisfaction among general practitioners: a nationwide cross-sectional survey in Denmark*. BMC Fam Pract, 2018. **19**(1): p. 130.
5. Bodenheimer, T. and C. Sinsky, *From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider*. Annals of family medicine, 2014. **12**(6): p. 573-576.
6. Maslach, C., S.E. Jackson, and M.P. Leiter, *Maslach burnout inventory manual (3rd)*. 1996, Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, Inc.
7. Cohen, S., T. Kamarck, and R. Mermelstein, *A global measure of perceived stress*. Journal of health and social behavior, 1983. **24**(4): p. 385-396.
8. Prior, A., et al., *The Association Between Perceived Stress and Mortality Among People With Multimorbidity: A Prospective Population-Based Cohort Study*. Am J Epidemiol, 2016. **184**(3): p. 199-210.
9. Warr, P., J. Cook, and T. Wall, *Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being*. Journal of Occupational Psychology, 1979. **52**: p. 129-148.
10. Topp, C.W., et al., *The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature*. Psychotherapy and psychosomatics, 2015. **84**(3): p. 167-176.
11. Kristensen, T.S., et al., *The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout*. Work & Stress, 2005. **19**(3): p. 192-207.
12. Andersen, L., Serritslew, S, Køn, *public service motivation og adfærd*. Politica, 2010. **42**(4): p. 17.
13. Jensen, U.T., Andersen, L.B., *Public service motivation, user orientation, and prescription behaviour: Doing good for society or the individual user?* Public Administration, 2015. **93**(3): p. 16.
14. Andersen, L., Kristensen, N., Pedersen L.H., *Documentation requirements, intrinsic motivation, and worker absence*. International Public Management Journal, 2015. **18**(4): p. 30.
15. Borritz, M., et al., *Burnout among employees in human service work: design and baseline findings of the PUMA study*. Scandinavian Journal of Public Health, 2006. **34**(1): p. 49-58.
16. Jensen, U.T., Andersen, L.B., Holten, A.-L., *Explaining a dark side: Public Service Motivation, presenteeism, and absenteeism*. Review of Public Personnel Administration, 2019. **39**(4): p. 13.
17. Vedsted, P., I. Sokolowski, and F. Olesen, *Open Access to General Practice Was Associated with Burnout among General Practitioners*. International journal of family medicine, 2013. **2013**: p. 383602.
18. Brondt, A., et al., *Continuing medical education and burnout among Danish GPs*. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners, 2008. **58**(546): p. 15-19.
19. Pedersen, A.F., et al., *Risk of Burnout in Danish GPs and Exploration of Factors Associated with Development of Burnout: A Two-Wave Panel Study*. International journal of family medicine, 2013. **2013**: p. 603713.
20. Dreher, A., et al., *Prevalence of burnout among German general practitioners: Comparison of physicians working in solo and group practices*. PLoS One, 2019. **14**(2): p. e0211223.

21. Pedersen, A.F., K.B. Noroxe, and P. Vedsted, *Influence of patient multimorbidity on GP burnout: a survey and register-based study in Danish general practice*. Br J Gen Pract, 2020. **70**(691): p. e95-e101.
22. Mercer, S.W. and G.C. Watt, *The inverse care law: clinical primary care encounters in deprived and affluent areas of Scotland*. Annals of family medicine, 2007. **5**(6): p. 503-510.
23. Fahrenkopf, A.M., et al., *Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study*. BMJ (Clinical research ed.), 2008. **336**(7642): p. 488-491.
24. Prins, J.T., et al., *Burnout, engagement and resident physicians' self-reported errors*. Psychology, Health & Medicine, 2009. **14**(6): p. 654-666.
25. Shanafelt, T.D., et al., *Burnout and medical errors among American surgeons*. Annals of Surgery, 2010. **251**(6): p. 995-1000.
26. Shanafelt, T.D., et al., *Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program*. Annals of Internal Medicine, 2002. **136**(5): p. 358-367.
27. Noroxe, K.B., et al., *Mental well-being and job satisfaction in general practitioners in Denmark and their patients' change of general practitioner: a cohort study combining survey data and register data*. BMJ Open, 2019. **9**(11): p. e030142.
28. Noroxe, K.B., et al., *Mental well-being, job satisfaction and self-rated workability in general practitioners and hospitalisations for ambulatory care sensitive conditions among listed patients: a cohort study combining survey data on GPs and register data on patients*. BMJ Qual Saf, 2019. **28**(12): p. 997-1006.
29. Madsen, I.E., et al., *Burnout as a risk factor for antidepressant treatment - a repeated measures time-to-event analysis of 2936 Danish human service workers*. J Psychiatr Res, 2015. **65**: p. 47-52.
30. Pedersen, A.F., et al., *Risky alcohol use in Danish physicians: Associated with alexithymia and burnout? Drug and alcohol dependence*, 2016. **160**: p. 119-126.
31. Kay, M., et al., *Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience*. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners, 2008. **58**(552): p. 501-508.
32. Kay, M., G. Mitchell, and A. Clavarino, *What doctors want? A consultation method when the patient is a doctor*. Australian journal of primary health, 2010. **16**(1): p. 52-59.
33. Pit, S.W. and V. Hansen, *The relationship between lifestyle, occupational health, and work-related factors with presenteeism amongst general practitioners*. Arch Environ Occup Health, 2016. **71**(1): p. 49-56.
34. Borritz, M., et al., *Burnout as a predictor of self-reported sickness absence among human service workers: prospective findings from three year follow up of the PUMA study*. Occup Environ Med, 2006. **63**(2): p. 98-106.
35. Hargreave, M., B.H. Petersson, and M.C. Kastrup, *[Gender differences in stress among physicians]*. Ugeskr Laeger, 2007. **169**(25): p. 2418-22.
36. Lillevang, G., et al., *Why do Danish junior doctors choose general practice as their future specialty? Results of a mixed-methods survey*. Eur J Gen Pract, 2019. **25**(3): p. 149-156.
37. Leiter, M.P. and C. Maslach, *Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience*. Burnout Research, 2016. **3**: p. 89-100.
38. Andersen, L., Serritslew, S, *Does Public Service Motivation affect the behavior of professionals?* International Journal of Public Administration, 2012. **35**(1): p. 11.

Appendiks

Kære Deltager

Husk at du har mulighed for at holde pause undervejs. Dine svar vil automatisk blive gemt, når du trykker ”næste”.

Besvarelsen genoptages via linket i den tilsendte mail.

Undersøgelsen indeholder spørgsmål, der kan minde om hinanden.

Det skyldes, at der er anvendt standardiserede spørgeskemaer for at opnå en høj kvalitet af resultaterne.

Sidst i spørgeskemaet har du mulighed for at komme med uddybende kommentarer til undersøgelsens emne.

Som det første beder vi dig om, at udfylde en samtykkeerklæring.

På forhånd mange tak for din deltagelse!

1. Baggrundsoplysninger.

Er du medlem af PLO og arbejder du som alment praktiserende læge?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej

Du falder udenfor undersøgelsens målgruppe og kan derfor stoppe din besvarelse allerede her. Mange tak for din ulejlighed!

Hvordan er din tilknytning til den praksis, hvor du praktiserer?

- (1) ☐ Ejer
- (2) ☐ Vikar eller ansat i almen praksis
- (3) ☐ Ansat i en regionsklinik
- (4) ☐ Andet

Du falder udenfor undersøgelsens målgruppe og kan derfor stoppe din besvarelse allerede her.

Mange tak for din ulejlighed!

Hvilket år blev du speciallæge i almen medicin? (før 1994; hvilket år fik du ret til at nedsætte dig som praktiserende læge?)

(1) ☐ 1960 eller før

(1,961) ☐ 1961

(1,962) ☐ 1962

(1,963) ☐ 1963

(1,964) ☐ 1964

(1,965) ☐ 1965

(1,966) ☐ 1966

(1,967) ☐ 1967

(1,968) ☐ 1968

(1,969) ☐ 1969

(1,970) ☐ 1970

(1,971) ☐ 1971

(1,972) ☐ 1972

(1,973) ☐ 1973

(1,974) ☐ 1974

(1,975) ☐ 1975

(1,976) ☐ 1976

(1,977) ☐ 1977

(1,978) ☐ 1978

(1,979) ☐ 1979

(1,980) ☐ 1980

(1,981) ☐ 1981

(1,982) ☐ 1982

(1,983) ☐ 1983

(1,984) ☐ 1984

(1,985) ☐ 1985

(1,986) ☐ 1986

(1,987) ☐ 1987

(1,988) ☐ 1988

(1,989) ☐ 1989

- (1,990) ☐ 1990
(1,991) ☐ 1991
(1,992) ☐ 1992
(1,993) ☐ 1993
(1,994) ☐ 1994
(1,995) ☐ 1995
(1,996) ☐ 1996
(1,997) ☐ 1997
(1,998) ☐ 1998
(1,999) ☐ 1999
(2,000) ☐ 2000
(2,001) ☐ 2001
(2,002) ☐ 2002
(2,003) ☐ 2003
(2,004) ☐ 2004
(2,005) ☐ 2005
(2,006) ☐ 2006
(2,007) ☐ 2007
(2,008) ☐ 2008
(2,009) ☐ 2009
(2,010) ☐ 2010
(2,011) ☐ 2011
(2,012) ☐ 2012
(2,013) ☐ 2013
(2,014) ☐ 2014
(2,015) ☐ 2015
(2,016) ☐ 2016
(2,017) ☐ 2017
(2,018) ☐ 2018
(2,019) ☐ 2019

Hvilket år startede du i din nuværende praksis?

- (1) ☐ 1960 eller før
(1,961) ☐ 1961
(1,962) ☐ 1962
(1,963) ☐ 1963
(1,964) ☐ 1964

(1,965) ☐ 1965
(1,966) ☐ 1966
(1,967) ☐ 1967
(1,968) ☐ 1968
(1,969) ☐ 1969
(1,970) ☐ 1970
(1,971) ☐ 1971
(1,972) ☐ 1972
(1,973) ☐ 1973
(1,974) ☐ 1974
(1,975) ☐ 1975
(1,976) ☐ 1976
(1,977) ☐ 1977
(1,978) ☐ 1978
(1,979) ☐ 1979
(1,980) ☐ 1980
(1,981) ☐ 1981
(1,982) ☐ 1982
(1,983) ☐ 1983
(1,984) ☐ 1984
(1,985) ☐ 1985
(1,986) ☐ 1986
(1,987) ☐ 1987
(1,988) ☐ 1988
(1,989) ☐ 1989
(1,990) ☐ 1990
(1,991) ☐ 1991
(1,992) ☐ 1992
(1,993) ☐ 1993
(1,994) ☐ 1994
(1,995) ☐ 1995
(1,996) ☐ 1996
(1,997) ☐ 1997
(1,998) ☐ 1998
(1,999) ☐ 1999
(2,000) ☐ 2000
(2,001) ☐ 2001
(2,002) ☐ 2002
(2,003) ☐ 2003

- (2,004) ☐ 2004
(2,005) ☐ 2005
(2,006) ☐ 2006
(2,007) ☐ 2007
(2,008) ☐ 2008
(2,009) ☐ 2009
(2,010) ☐ 2010
(2,011) ☐ 2011
(2,012) ☐ 2012
(2,013) ☐ 2013
(2,014) ☐ 2014
(2,015) ☐ 2015
(2,016) ☐ 2016
(2,017) ☐ 2017
(2,018) ☐ 2018
(2,019) ☐ 2019

2. Om den praksis, hvor du arbejder.

Praksisform:

- (1) ☐ Solopraksis
(2) ☐ Kompagniskabspraksis
(3) ☐ Ved ikke

Er din praksis en del af en samarbejdspraksis?

- (1) ☐ Ja
(2) ☐ Nej
(3) ☐ Ved ikke

Hvor mange ejere / kompagnoner er der i den praksis, hvor du arbejder (inkl. dig selv, hvis du er ejer)?

- (1) ☐ 1
(2) ☐ 2

- (3) ☐ 3
- (4) ☐ 4
- (5) ☐ 5
- (6) ☐ 6
- (7) ☐ 7
- (8) ☐ 8
- (9) ☐ 9
- (10) ☐ 10
- (11) ☐ 11
- (12) ☐ 12
- (999) ☐ ved ikke

Hvor mange fuldtidsstillinger er praksis normeret til?

- (1) ☐ 1
- (2) ☐ 2
- (3) ☐ 3
- (4) ☐ 4
- (5) ☐ 5
- (6) ☐ 6
- (7) ☐ 7
- (8) ☐ 8
- (9) ☐ 9
- (10) ☐ 10
- (11) ☐ 11
- (12) ☐ 12
- (999) ☐ ved ikke

Har praksis åbent eller lukket for tilgang af patienter?

- (1) ☐ Åbent for tilgang
- (2) ☐ Lukket for tilgang
- (3) ☐ Ved ikke

Er det selvvalgt eller administrativt bestemt at praksis har lukket for tilgang af patienter?

- (1) ☐ Selvvalgt
- (2) ☐ Administrativt bestemt

(3) ☐ Ved ikke

Er din praksis med i et samarbejde, som passer hinandens patienter ved ferier og fridage?

(1) ☐ Ja

(2) ☐ Nej

(3) ☐ Ved ikke

Deltager din praksis i uddannelse af...

	Ja	Nej	Ved ikke
...læger i introduktions- eller hoveduddannelsesstilling?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐
...KBU-læger (Klinisk Basis-uddannelse)?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐
...medicinstuderende?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐

Er der ansat lægevikar(er) i din praksis?

(1) ☐ Ja

(2) ☐ Nej

(3) ☐ Ved ikke

Angiv hvor mange lægevikarer, der er ansat i din praksis og det samlede antal vikartimer pr. uge.

Kan du ikke angive den samlede arbejdstid pr. uge, så skriv '999' i det pågældende felt.

Antal

(1) ☐ 1

(2) ☐ 2

(3) ☐ 3

(4) ☐ 4

(5) ☐ 5

(6) ☐ 6 eller flere

(999) ☐ Ved ikke

Angiv hvilket klinikpersonale, der er ansat i din praksis (antal og samlede arbejdstid pr. uge).

Kan du ikke angive den samlede arbejdstid pr. uge, så skriv '999' i det pågældende felt.

	Antal						I antal timer pr. uge (samlet)	
	0	1	2	3	4	5	6 eller flere	Ved ikke
Sekretærer:	(0) ☐	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(999) ☐ —
Sygeplejersker:	(0) ☐	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(999) ☐ —
Bioanalytikere:	(0) ☐	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(999) ☐ —
Andet personale (medicinstuderende, social- og sundhedsassistent, jordemoder el. lignende):	(0) ☐	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(999) ☐ —

Hvor mange minutter afsætter du normalt til en almindelig planlagt konsultation (ydelse 0101)?

—

Har din praksis lægeserviceret telefontid, hvor en læge besvarer opkald fra patienter?

- (1) ☐ Ja
 (2) ☐ Nej
 (3) ☐ Ved ikke

Tilbyder din praksis konsultation samme dag, som klinikken kontaktes ("tid-samme-dag")?

- (1) ☐ Ja
 (2) ☐ Nej

(3) ☐ Ved ikke

Har din praksis "åben konsultation", hvor patienter ikke skal bestille tid eller ringe i forvejen?

(1) ☐ Ja

(2) ☐ Nej

(3) ☐ Ved ikke

Hvor ofte har din praksis "åben konsultation"?

(1) ☐ Tider hver dag med åben konsultation

(2) ☐ Tider hver uge, men ikke hver dag

(3) ☐ Andet (angiv hvor ofte) _____

3. Din arbejdstid.

Hvornår møder du sædvanligvis i praksis? (f.eks. kl. 7.30 skrives som '0730')

Hvornår tager du sædvanligvis hjem fra praksis? (f.eks. kl. 16.30 skrives som '1630')

Hvor mange timer per dag anvender du omtrent på følgende aktiviteter (i gennemsnit)?

0,25 svarer til et kvarter og 0,5 til en halv time og 0,75 til tre kvarter.

Timer per dag:

Konsultationer i klinikken og
hjemmebesøg _____

Telefonkonsultationer _____

Timer per dag:

E-mailkonsultationer _____

Andet patientrelateret arbejde
i praksis (forberedelse til kon-
sultationer, opfølgning på _____
prøvesvar, epikriser, attester,
korrespondancer o.l.)

Pauser _____

Hvor mange timer per uge anvender du omtrent på følgende aktiviteter (i gennemsnit)?

0,25 svarer til et kvarter og 0,5 til en halv time og 0,75 til tre kvarter.

Timer per uge:

Ledelse/administration/møder
i praksis _____

Undervisning/supervision i
praksis _____

Læsning af faglitteratur _____

Andet lægerelateret arbejde
uden for praksis (undervis-
ning, forskning, konsulentar-
bejde, fagforeningsarbejde _____
o.l.)

Hvor mange timer per måned anvender du omtrent på følgende aktiviteter (i gennemsnit)?

0,25 svarer til et kvarter og 0,5 til en halv time og 0,75 til tre kvarter.

Timer per md:

Lægevagt _____

Egen efteruddannelse/kur-
susaktivitet _____

Angiv hvor mange arbejdsdage du har i praksis i en almindelig arbejdsuge.

- (1) ☐ 1 dag
- (2) ☐ 1½ dag
- (3) ☐ 2 dage
- (4) ☐ 2½ dag
- (5) ☐ 3 dage
- (6) ☐ 3½ dag
- (7) ☐ 4 dage
- (8) ☐ 4½ dag
- (9) ☐ 5 dage
- (10) ☐ Flere end 5 dage

Hvor mange sammenhængende ferieuger holder du typisk i din hovedferie?

- (1) ☐ 1 uge
- (2) ☐ 2 uger
- (3) ☐ 3 uger
- (4) ☐ 4 uger eller flere

Har du været til møde i en efteruddannelsesgruppe ("12-mandsgruppe" eller lignende) i 2019?

- (1) ☐ Ja, ét møde
- (2) ☐ Ja, flere møder
- (3) ☐ Nej

Har du deltaget i et møde i en klynge i 2019?

- (1) ☐ Ja, ét møde
- (2) ☐ Ja, flere møder
- (3) ☐ Nej

I hvilken grad har du tillid til, at klynger kommer til at forbedre kvaliteten i almen praksis?

- (1) ☐ I meget høj grad
- (2) ☐ I høj grad

- (3) ☐ I nogen grad
 (4) ☐ I ringe grad
 (5) ☐ I meget ringe grad
 (6) ☐ Ved ikke

4. Din arbejdstilfredshed.

Angiv venligst hvor tilfreds du er med følgende forhold i dit arbejde.

	Yderst utilfreds					Yderst tilfreds	
Fysiske arbejdsforhold	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
Frihed til at vælge din arbejdsmåde	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
Dine kolleger og medarbejdere	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
Den anerkendelse du får for veludført arbejde	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
Det ansvar du får	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
Din løn	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
Muligheden for at udnytte dine evner	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
Antal arbejdstimer	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
Variation i dit arbejde	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
Alt taget i betragtning, hvad synes du så om dit arbejde?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐

Har du alt taget i betragtning fortrudt, at du blev praktiserende læge?

- (1) ☐ Nej, helt sikkert ikke
 (2) ☐ I nogen grad
 (3) ☐ Ja, helt sikkert

5. Din arbejdsglæde som praktiserende læge

I hvilken grad oplever du at have den arbejdsglæde, du ønsker i dit nuværende arbejde?

- (1) ☐ I meget høj grad
- (2) ☐ I høj grad
- (3) ☐ I nogen grad
- (4) ☐ I ringe grad
- (5) ☐ Slet ikke
- (6) ☐ Ved ikke

Hvilke af nedenstående forhold har den største betydning for din arbejdsglæde (sæt op til 3 krydser)?

- (1) ☐ At jeg har et godt samarbejde med lægekolleger i praksis
- (2) ☐ At jeg har et godt samarbejde med lægekolleger i f.eks. lægelaug og klynger
- (3) ☐ At jeg har et godt samarbejde med klinikpersonalet i praksis
- (4) ☐ At jeg har et godt samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen
- (5) ☐ At jeg har mulighed for faglig udvikling i dagligdagen
- (10) ☐ At jeg har mulighed for personlig udvikling
- (8) ☐ At jeg har en langvarig relation til min patienter
- (6) ☐ At jeg oplever, at der er tid nok til det daglige arbejde
- (7) ☐ At jeg bruger min lægefaglighed
- (9) ☐ At jeg oplever ordentlige lønvilkår
- (11) ☐ At jeg har tid til efteruddannelse
- (12) ☐ At der er gode fysiske rammer i praksis
- (13) ☐ At jeg som læge får anerkendelse for mit arbejde
- (14) ☐ At almen praksis som fag får tilstrækkelig anerkendelse
- (15) ☐ At jeg bidrager til uddannelse af yngre kolleger
- (16) ☐ At jeg har autonomi til at præge mit arbejdsliv
- (17) ☐ Andet (angiv hvad): _____

6. Samfund og patient.

Angiv venligst for hvert udsagn, hvad der passer bedst på dig.

	Helt enig	Delvis enig	Hverken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig
Jeg bliver følelsesmæssig berørt, når jeg ser mennesker i nød	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
For mig er hensynstagen til andres velfærd meget vigtig	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Daglige begivenheder minder mig ofte om, hvor afhængige vi er af hinanden	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Det er vigtigt for mig at bidrage til det fælles bedste	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Det er min borgerpligt at gøre noget, der tjener samfundets bedste	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Det er vigtigt for mig, at de offentlige ydelser er i orden	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Jeg sætter samfundsmæssige forpligtelser over hensynet til mig selv	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Jeg er villig til at lide afsavn for samfundets skyld	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Jeg er villig til at risikere at skulle tilsidesætte mine personlige behov for samfundets skyld	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐

Angiv venligst for hvert udsagn, hvad der passer bedst på dig.

	Helt enig	Delvis enig	Hverken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig
Jeg forbinder generelt politik med noget positivt	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Jeg har ikke særligt høje tanker om politikere	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Hensynet til den enkelte patient er vigtigere end hensynet til formelle regler	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Det giver mig energi at vide, at jeg har gjort det godt for patienten	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Hvis patienten er tilfreds - så er opgaven løst	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Jeg nyder i høj grad mit daglige arbejde	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
En ret stor del af mine arbejdsopgaver er kedelige	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Mit arbejde er meget spændende	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Jeg kan godt lide at udføre de fleste af mine arbejdsopgaver	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐

7. Jobrelateret trivsel.

Angiv venligst for hvert udsagn, hvad der passer bedst på dig.

	Aldrig	Næsten aldrig	Sjældent	Engang imellem	Ofte	Som regel	Altid
Mit arbejde udmatter mig følelsesmæssigt	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
Jeg føler mig udkørt, når arbejdsdagen er slut	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐

	Aldrig	Næsten aldrig	Sjældent	Engang imellem	Ofte	Som regel	Altid
Jeg føler mig udmattet om morgenen ved tanken om endnu en dag på arbejde	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
Jeg har let ved at sætte mig ind i patienternes tanker og følelser	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
Jeg føler, at jeg behandler nogle af patienterne, som om de var ting	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
Det er virkelig belastende for mig at arbejde med mennesker hele dagen	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
Jeg er virkelig god til at håndtere patienternes problemer	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
Jeg føler mig udbrændt på grund af mit arbejde	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
Jeg føler, at jeg har en positiv indflydelse på andre menneskers liv gennem mit arbejde	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
Jeg er blevet mere ufølsom over for andre mennesker, efter at jeg har fået det her job	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
Jeg er bekymret for, om mit arbejde gør mig følelseskold	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐

Angiv venligst for hvert udsagn, hvad der passer bedst på dig.

	Aldrig	Næsten aldrig	Sjældent	Engang imellem	Ofte	Som regel	Altid
Jeg er fuld af energi	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
Jeg føler, at mit arbejde gør mig frustreret	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
Jeg synes, at jeg arbejder for meget	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐

	Aldrig	Næsten aldrig	Sjældent	Engang imellem	Ofte	Som regel	Altid
Det er mig ligegyldigt, hvad der sker med nogle af patienterne	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
Det er for belastende for mig at arbejde i tæt kontakt med mennesker	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
Jeg har let ved at skabe en afslappet atmosfære sammen med patienterne	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
Jeg føler mig opstemt, når jeg har arbejdet tæt sammen med patienterne	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
Jeg har udrettet meget af betydning i dette arbejde	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
Jeg føler at jeg snart ikke kan klare mere	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
Jeg håndterer følelsesmæssige problemer i mit arbejde på en rolig måde	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
Jeg føler, at patienterne giver mig skylden for nogle af deres problemer	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐

8. Tidspres og belastende forhold i dit daglige arbejde som praktiserende læge.

I hvilken grad føler du dig belastet af følgende faktorer?

	Belaster mig ikke	Belaster mig lidt	Belaster mig noget	Belaster mig meget
Omfanget af komplekse patientkontakter.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐

	Belaster mig ikke	Belaster mig lidt	Belaster mig noget	Belaster mig meget
Omfanget af udefrakommende administrative opgaver.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Omfanget af opgaver relateret til praksisdrift (herunder vedligeholdelse og sikring af IT-systemer, personalehåndtering, økonomistyring).	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Risikoen for at lave fejl eller overse noget alvorligt.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Udfordringer i forhold til at holde dig fagligt opdateret.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐

9. Samarbejde med kommunen.

A. Det socialmedicinske arbejde:

Hvordan vil du vurdere kvaliteten af dit socialmedicinske samarbejde med kommune(r)?

- (1) ☐ Meget godt
 (2) ☐ Godt
 (3) ☐ Nogenlunde
 (4) ☐ Dårligt
 (5) ☐ Meget dårligt
 (999) ☐ Ved ikke

Hvor tilfreds er du med følgende forhold?

	Meget tilfreds	Tilfreds	Nogenlunde tilfreds	Utilfreds	Meget utilfreds	Ved ikke
Antallet af attestanmodninger fra kommunen.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(999) ☐
De forhold du bedes tage stilling til i kommunale attester.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(999) ☐

	Meget tilfreds	Tilfreds	Nogenlunde tilfreds	Utilfreds	Meget utilfreds	Ved ikke
Kommunens efterlevelse af dine socialmedicinske anbefalinger	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(999) ☐

B. Samarbejdet med plejehjem og hjemmepleje:

Hvordan vil du vurdere kvaliteten af dit samarbejde med plejehjem og hjemmepleje?

- (1) ☐ Meget godt
 (2) ☐ Godt
 (3) ☐ Nogenlunde
 (4) ☐ Dårligt
 (5) ☐ Meget dårligt
 (999) ☐ Ved ikke

Hvordan vil du vurdere plejepersonalets tærskel for henvendelse til dig med patientrelaterede problemstillinger?

Tærsklen er overvejende...

- (1) ☐ - alt for lav
 (2) ☐ - noget for lav
 (3) ☐ - omtrent passende
 (4) ☐ - noget for høj
 (5) ☐ - alt for høj
 (999) ☐ ved ikke

Hvor tilfreds er du med plejepersonalets efterlevelse af dine anbefalinger?

- (1) ☐ Meget tilfreds
 (2) ☐ Tilfreds
 (3) ☐ Nogenlunde tilfreds
 (4) ☐ Utilfreds

- (5) ☐ Meget utilfreds
 (999) ☐ Ved ikke

Er der et tilbud om fast tilknyttede læger på plejecentre i din kommune?

- (1) ☐ Ja
 (2) ☐ Nej
 (3) ☐ Ved ikke

Er du selv fast tilknyttet læge på et plejecenter?

- (1) ☐ Ja
 (2) ☐ Nej

10. Samarbejde med hospital.

Hvordan vil du vurdere kvaliteten af dit samarbejde med det/de sygehuse, du oftest henviser til?

- (1) ☐ Meget godt
 (2) ☐ Godt
 (3) ☐ Nogenlunde
 (4) ☐ Dårligt
 (5) ☐ Meget dårligt
 (999) ☐ Ved ikke

Angiv hvor tilfreds du er med følgende

	Meget tilfreds	Tilfreds	Nogenlunde tilfreds	Utilfreds	Meget utilfreds	Ved ikke
Varigheden fra patientudskrivelse til du modtager epikrise.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(999) ☐
Kvaliteten af epikriser.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(999) ☐

	Meget tilfreds	Tilfreds	Nogenlunde tilfreds	Utilfreds	Meget utilfreds	Ved ikke
Forventningerne til dig i forhold til opfølgning og behandling af patienter, der har været behandlet på sygehus.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(999) ☐

Hvor serviceorienteret oplever du dit lokale sygehus er i forhold til at opfylde dine behov?

- (1) ☐ Meget tilfredsstillende
- (2) ☐ Tilfredsstillende
- (3) ☐ Nogenlunde tilfredsstillende
- (4) ☐ Utilfredsstillende
- (5) ☐ Meget utilfredsstillende
- (999) ☐ Ved ikke

Hvordan vurderer du tilgængeligheden af diagnostiske undersøgelser rekvireret på hospital (f.eks. billeddiagnostik, laboratorieprøver)?

- (1) ☐ Meget god
- (2) ☐ God
- (3) ☐ Middel
- (4) ☐ Ringe
- (5) ☐ Meget ringe
- (999) ☐ Ved ikke

Føler du dig fagligt respekteret af dine hospitalsansatte kolleger?

- (1) ☐ I meget høj grad
- (2) ☐ I høj grad
- (3) ☐ Delvist
- (4) ☐ I ringe grad
- (5) ☐ I meget ringe grad
- (999) ☐ Ved ikke

11. Selvvurderet arbejdsevne.

Evnen til at fungere optimalt i arbejdet som praktiserende læge kan påvirkes af fysiske såvel som psykiske forhold.

Forestil dig at din arbejdsevne er 10 point værd, når den er bedst.

Hvor mange point vil du give din nuværende arbejdsevne?

(0 betyder at du er 'ude af stand til at arbejde')

- | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| (0) ☐ | (1) ☐ | (2) ☐ | (3) ☐ | (4) ☐ | (5) ☐ | (6) ☐ | (7) ☐ | (8) ☐ | (9) ☐ | (10) ☐ |

12. Samarbejde med dine lægekolleger i din praksis.

Hvordan vil du vurdere kvaliteten af samarbejdet med dig og dine kolleger i praksis?

- (1) ☐ Meget godt
- (2) ☐ Godt
- (3) ☐ Nogenlunde
- (4) ☐ Dårligt
- (5) ☐ Meget dårligt
- (6) ☐ Ikke relevant

Har du inden for de seneste 12 måneder været involveret i skænderier eller konflikter med kolleger i din praksis?

- (1) ☐ Ja, dagligt
- (2) ☐ Ja, ugentligt
- (3) ☐ Ja, månedligt
- (4) ☐ Ja, af og til
- (5) ☐ Nej
- (6) ☐ Ikke relevant

Hvis du har problemer på dit arbejde, kan du så få den nødvendige hjælp og støtte fra dine kolleger i praksis?

- (1) ☐ Altid
- (2) ☐ Ofte
- (3) ☐ Sommetider
- (4) ☐ Sjældent
- (5) ☐ Aldrig/næsten aldrig
- (6) ☐ Ikke relevant

13. Patientklagesager.

Tænker du i dit daglige arbejde på risikoen for at blive involveret i en patientklagesag?

- (1) ☐ Aldrig
- (2) ☐ Sjældent
- (3) ☐ Sommetider
- (4) ☐ Ofte
- (5) ☐ Meget ofte

Har du nogensinde været involveret i en patientklagesag i dit arbejde som praktiserende læge?

- (1) ☐ Nej
- (2) ☐ Ja, én sag
- (3) ☐ Ja, flere sager

Hvor meget har du været påvirket af klagesagen?

- (1) ☐ Slet ikke
- (2) ☐ Ganske lidt
- (3) ☐ Noget
- (4) ☐ En hel del
- (5) ☐ Meget

Hvor meget har du været påvirket af den klagesag, som fyldte mest for dig?

- (1) ☐ Slet ikke
- (2) ☐ Ganske lidt
- (3) ☐ Noget
- (4) ☐ En hel del
- (5) ☐ Meget

14. Vagtlægearbejde.

Deltager du i en vagtlægeordning?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej

Er det dig pålagt at deltage i vagtlægeordning?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej, det er frivilligt
- (3) ☐ Ved ikke

Føler du dig usikker på, om du kan klare de faglige udfordringer på dine vagter?

- (1) ☐ Altid / næsten altid
- (2) ☐ Ofte
- (3) ☐ Nogle gange
- (4) ☐ Sjældent
- (5) ☐ Aldrig / næsten aldrig

15. Arbejde og privatliv.

Har du generelt en god balance mellem arbejde og privatliv?

- (1) ☐ I meget høj grad
- (2) ☐ I høj grad
- (3) ☐ Delvist

- (4) ☐ I ringe grad
(5) ☐ I meget ringe grad

Er der forhold i dit privatliv, der belaster dig (familiære, økonomiske, helbreds-mæssige udfordringer e.l.)?

- (1) ☐ Nej

(2) ☐ Ja, men jeg er kun lidt belastet heraf
(3) ☐ Ja, og jeg er noget belastet heraf
(4) ☐ Ja, og jeg er meget belastet heraf
(5) ☐ Ved ikke / ønsker ikke at svare

16. Tanker om at forlade praksis.

Hvad er sandsynligheden for, at du forlader almen praksis inden for 2 år?

- (1) ☐ Slet ikke sandsynligt
(2) ☐ Ret sandsynligt
(3) ☐ I høj grad sandsynligt
(4) ☐ Det har jeg ikke overvejet

Ved omtrent hvilken alder er det sandsynligt at du vil blive pensioneret?

- (1) ☐ Yngre end 60 år
(2) ☐ 60-62 år
(3) ☐ 63-64 år
(4) ☐ 65-66 år
(5) ☐ 67 år eller ældre
(999) ☐ Ved ikke

17. Sygedage og orlov.

Hvor mange sygefraværdsdage har du haft fra praksis inden for de seneste 12 måneder?

—

Hvor mange arbejdsdage inden for de seneste 12 måneder er du gået på arbejde, selvom du egentlig var syg?

- (1) ☐ 0
- (2) ☐ 1-2 dage
- (3) ☐ 3-6 dage
- (4) ☐ 1-4 uger
- (5) ☐ Mere end 4 uger

Har du været sygemeldt grundet stress/udbrændthed inden for de seneste 3 år?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej

Har du haft orlov indenfor de seneste 12 måneder (alle typer af orlov)?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej

**18. De følgende spørgsmål handler om, hvordan du har det alt i alt.
Bemærk at du ikke skal forsøge at skelne mellem arbejde og fritid.**

Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?

- (1) ☐ Fremragende
- (3) ☐ Vældig godt
- (4) ☐ Godt
- (5) ☐ Mindre godt
- (6) ☐ Dårligt

Følgende spørgsmål drejer sig om dine følelser og tanker inden for den sidste måned. For hvert spørgsmål bedes du angive, hvor ofte du har haft den pågældende følelse eller tanke.

Hvor ofte inden for den sidste måned:

	Aldrig	Næsten aldrig	En gang imellem	Ret ofte	Meget ofte
Er du blevet overrevet over noget, der skete uventet?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Har du følt, at du var ude af stand til at kontrollere de betydningsfulde ting i dit liv?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Har du følt dig nervøs og "stresset"?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Har du følt dig sikker på dine evner til at klare dine personlige problemer?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Har du følt, at tingene gik som du ønskede det?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Har du oplevet, at du ikke kunne overkomme alt det du skulle?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Har du været i stand til at håndtere ting, som irriterer dig?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Har du følt, at du havde styr på tingene?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Er du blevet vred over ting, du ikke havde indflydelse på?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Har du følt, at vanskelighederne hobede sig så meget op, at du ikke kunne klare dem?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐

De næste spørgsmål handler om hvordan du har haft det gennem de sidste 2 uger.

I de sidste 2 uger...

	Hele tiden	Det meste af tiden	Lidt mere end halvdel af tiden	Lidt mindre end halvdel af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
- har jeg været glad og i godt humør.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
- har jeg følt mig rolig og afslappet.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
- har jeg følt mig aktiv og energisk.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
- er jeg vågnet frisk og udhvilet.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
- har min dagligdag været fyldt med ting, der interesserer mig.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Har du fået professional hjælp i forbindelse med psykisk belastning/sygdom indenfor de seneste 3 år?

Angiv dét eller de rigtige svar.

- (1) ☐ Jeg har ikke haft behov for at søge hjælp fra andre
- (2) ☐ Jeg har ikke søgt hjælp, selvom det måske kunne have gavnet mig
- (3) ☐ Ja, jeg har fået hjælp via Lægeforeningen (Kollegialt Netværk)
- (4) ☐ Ja, jeg har fået behandling/rådgivning ved en praktiserende læge
- (5) ☐ Ja, jeg har fået behandling/rådgivning ved psykolog eller psykiater

Har du været i medicinsk behandling for psykisk belastning/sygdom indenfor de seneste 3 år?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej
- (3) ☐ Ved ikke/ønsker ikke at svare

Er du aktuelt i medicinsk behandling for psykisk belastning/sygdom?

- (1) ☐ Ja
(2) ☐ Nej
(3) ☐ Ved ikke/ønsker ikke at svare

19. Personlig og job-relateret trivsel.

De sidste spørgsmål minder om tidligere spørgsmål i skemaet, men indgår i en samlet skala, så det er vigtigt, at du alligevel besvarer dem.

Angiv venligst for hvert udsagn, hvad der passer bedst på dig.

	Altid	Ofte	Sommetider	Sjældent	Aldrig/næsten aldrig
Hvor tit føler du dig træt?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Hvor tit er du fysisk udmattet?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Hvor tit er du følelsesmæssigt udmattet?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Hvor tit tænker du: "Nu kan jeg ikke klare mere"?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Hvor tit føler du dig udkørt?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Hvor tit føler du dig svag og modtagelig overfor sygdom?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐

Angiv venligst for hvert udsagn, hvad der passer bedst på dig.

	I meget høj grad	I høj grad	Delvist	I ringe grad	I meget ringe grad
Udmatter dit arbejde dig følelsesmæssigt?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Føler du dig frustreret af dit arbejde?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Føler du dig udbrændt på grund af dit arbejde?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐

Angiv venligst for hvert udsagn, hvad der passer bedst på dig.

	Altid	Ofte	Sommetider	Sjældent	Aldrig/næsten aldrig
Føler du, at hver time er en belastning for dig, når du er på arbejde?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Er du udmattet om morgenen ved tanken om endnu en dag på arbejdet?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Føler du dig udkørt, når din arbejdsdag er slut?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Har du overskud til at være sammen med familie og venner i fritiden?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐

Angiv venligst for hvert udsagn, hvad der passer bedst på dig.

	Altid	Ofte	Sommetider	Sjældent	Aldrig/næsten aldrig	Ikke relevant
Er du træt af at arbejde med patienter?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
Er du sommetider i tvivl om, hvor længe du orker at blive ved med at arbejde med patienter?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Angiv venligst for hvert udsagn, hvad der passer bedst på dig.

	I meget høj grad	I høj grad	Delvist	I ringe grad	I meget ringe grad
Føler du, at det er belastende at arbejde med patienter?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Bliver du tappet for energi af at arbejde med patienter?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
Føler du, at det er frustrerende at arbejde med patienter?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐

	I meget høj grad	I høj grad	Delvist	I ringe grad	I meget ringe grad
Føler du, at du giver mere, end du får igen i dit arbejde med patienter?	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐

20. Yderligere kommentarer.

Har du yderligere kommentarer til undersøgelsen, er du velkommen til at skrive dem her:

Mange tak for din besvarelse!

Vi modtager din besvarelse, når du trykker 'afslut'.