



Arbejdsbelastning blandt al- ment praktiserende læger

En undersøgelse i Region Midtjylland, 2012

Anette Fischer Pedersen, Frede Olesen, Christina Maar Andersen og
Peter Vedsted

August 2012

Arbejdsbelastning blandt alment praktiserende læger. En undersøgelse i Region Midtjylland, 2012

Udarbejdet af: Anette Fischer Pedersen, Frede Olesen, Christina Maar Andersen og Peter Vedsted. CaP, Forskningsheden for Almen Praksis i Aarhus, Aarhus Universitet.

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

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

ISBN: 978-87-90004-31-6

Version: 1. version

Versionsdato: 30. august 2012

Citeres som: Pedersen, AF, Olesen, F, Andersen CM, Vedsted P. Arbejdsbelastning blandt alment praktiserende læger. En undersøgelse i Region Midtjylland, 2012. CaP, Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus, Aarhus Universitet; 2012.

Finansiering: Finansieret af Temapuljen for Forskningsenhederne, CaP og med støtte fra Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget for Almen Praksis (KEU) i Region Midtjylland.

Indholdsfortegnelse

I. Baggrund.....	3
II. Metode	3
III. Resultater.....	4
IV. Diskussion	14
V. Litteratur:.....	17
VI. Appendiks – Særlig analyse for tidligere Århus Amt	18

I. Baggrund

Det er tidligere vist, at læger har høj risiko for svær arbejdsbelastning, også kaldet 'udmattelsesdepression' eller 'udbrændthed' efter den engelske betegnelse 'burnout' (1;2). Svær arbejdsbelastning er bl.a. karakteriseret ved høj grad af følelsesmæssig udmattelse, høj grad af kynisme og lav grad af personligt jobudbytte. Svær arbejdsbelastning hos læger er bl.a. forbundet med ønske om at gå tidligt på pension (3), øget risiko for selvmord (4) og tendens til alkohol- og medicinmisbrug (3;5).

I 2004 udførte Forskningsenheden for Almen Praksis en jobtilfredshedsundersøgelse blandt praktiserende læger i det daværende Århus Amt og fandt, at 24,1% af de praktiserende læger viste tegn på at være svært belastede af arbejdsbyrden og at 2,8% var meget svært belastede (6). I de seneste år er kravene og opgavemængden i almen praksis steget bl.a. som følge af ændringer i sygehusstrukturen med ændringer i indlæggelsesmønster, lægemangel i almen praksis, et stigende antal ældre borgere og en høj forekomst af patienter med kroniske sygdomme. Trods stor stigning i praksis brug af klinisk hjælpepersonale har det givet anledning til bekymring for, om dette har haft en betydning for praktiserende lægers arbejdsforhold og for forekomsten af svær arbejdsbelastning. Dertil har det muligvis også betydning for, hvordan lægerne i almen praksis oplever arbejdet i praksis i forhold til det øvrige sundhedsvæsen. Formålet med denne undersøgelse var at beskrive disse forhold blandt alle alment praktiserende læger i Region Midtjylland i 2012.

II. Metode

I januar 2012 inviterede Forskningsenheden for Almen Praksis samtlige Region Midtjyllands 835 aktive praktiserende læger til at deltage i en gentagelse af ovennævnte jobtilfredshedsundersøgelse. De aktive praktiserende læger blev identificeret vha. regionens yderregister per februar 2012.

Symptomer på svær arbejdsbelastning blev målt med den internationalt validerede skala 'Maslach Burnout Inventory' (MBI), som består af 22 spørgsmål fordelt på underskalaerne 'følelsesmæssig udmattelse', 'kynisme' og 'personligt jobudbytte' (7). For hver underskala summeres scoren, som i forhold til normdata kategoriseres som lav, middel eller høj (7). **Svær arbejdsbelastning** defineres her som høj grad af følelsesmæssig udmattelse (> 26) og/eller høj grad af kynisme (>9). **Meget svær arbejdsbelastning** defineres som høj grad af følelsesmæssig udmattelse (>26), høj grad af kynisme (>9) og lav grad af personligt jobudbytte (< 34).

For at undersøge mulige associationer mellem arbejdsbelastning og oplevede daglige arbejdsforhold besvarede lægerne bl.a. spørgsmål om deltagelse i uddannelse, tid afsat til konsultation, ICPC-kodning, oplevelsen af samarbejdet med det lokale sygehus, adgang til diagnostiske undersøgelser og rollen som gatekeeper.

Lægerne blev honoreret svarende til tre moduler (finansieret med støtte fra KEU i Region Midtjylland). Læger der ikke havde responderet efter 3 uger blev påmindet med et nyt skema.

III. Resultater

Ud af 835 udsendte skemaer kom 601 besvarelser retur (72%). Heraf var 363 (60%) besvaret af praktiserende læger fra det tidligere Århus Amt. Som det fremgår af **tabel 1** var andelen af alment praktiserende læger, som rapporterede høj grad af følelsesmæssig udmattelse, højere i 2012-undersøgelsen end i 2004-undersøgelsen (hhv. 18,0% og 10,2%). Andelen af alment praktiserende læger, som scorede højt på alle tre dimensioner i MBI og dermed levede op til kriterierne for meget svær arbejdsbelastning var 5,3% i 2012 mod 2,8% i 2004. Blandt lægerne i det tidligere Århus Amt var andelen, som i 2012 levede op til kriterierne for meget svær arbejdsbelastning, 5,2%. Se venligst appendiks for yderligere sammenligninger af udbrændthed blandt læger i det gamle Århus Amt anno 2004 og 2012.

Andelen af mandlige alment praktiserende læger, som scorede højt på alle tre MBI-dimensioner, var højere end andelen af kvindelige alment praktiserende læger (se **tabel 2**). Således angav 6,6% af de mandlige alment praktiserende læger symptomer svarende til meget svær arbejdsbelastning, hvor andelen for kvindelige alment praktiserende læger var 3,7%.

Vi fandt ikke en statistisk signifikant sammenhæng mellem alder og udbrændthed. Der var en tendens til, at de yngste aldersgrupper var mest belastede, og det personlige jobudbytte synes at være højest i den midterste aldersgruppe (se **tabel 3.a**). Ved opgørelse af sammenhængen mellem alder og arbejdsbelastning fordelt på køn sås, at tendensen til størst arbejdsbelastning i de yngste aldersgrupper kunne genfindes hos begge køn, hvorimod den yngste aldersgruppe hos mændene havde lige så højt jobudbytte som den midterste aldersgruppe (se **tabel 3.b**).

Tabel 1. Forekomst af læger med høj score på MBI-underskalaer samt forekomst af læger med svær arbejdsbelastning og meget svær arbejdsbelastning fordelt på 2004- og 2012-undersøgelserne

	2004: læger i Århus Amt (ref) (N = 379)				2012: alle læger (N = 601)				2012: læger i det gamle Århus Amt (N = 363)			
	N	n	%	95% CI	N	n	%	95% CI	N	n	%	95% CI
Høj grad af følelsesmæssig udmattelse¹	371	38	10,2	7,4-13,8	595	107	18,0**	15,0-21,3	358	61	17,0**	13,3-21,3
Høj grad af kynisme²	373	66	17,7	14,0-22,0	596	83	13,9	11,2-17,0	358	41	11,5*	8,3-15,2
Lav grad af personligt jobudbytte³	365	139	38,1	33,1-43,3	589	204	34,6	30,8-38,6	353	102	28,9**	24,2-33,9
Svær arbejdsbelastning⁴	369	89	24,1	19,8-28,8	592	153	25,8	22,4-29,6	355	82	23,1	18,8-27,8
Meget svær arbejdsbelastning⁵	358	10	2,8	1,3-5,1	582	31	5,3	3,6-7,5	347	18	5,2	3,1-8,1

* forskellen med 2004-undersøgelsen er signifikant ved $p < 0.05$; ** forskellen med 2004-undersøgelsen er signifikant ved $p < 0.01$

¹ MBI Emotional Exhaustion score > 26;

² MBI Depersonalization score > 9;

³ MBI Personal Accomplishment score < 34;

⁴ MBI Emotional Exhaustion score > 26 og/eller MBI Depersonalization score > 9;

⁵ MBI Emotional Exhaustion score > 26 og MBI Depersonalization score > 9 og MBI Personal Accomplishment score < 34

Tabel 2. Forekomst af læger med høj score på MBI-underskalaer samt forekomst af læger med svær arbejdsbelastning og meget svær arbejdsbelastning fordelt på kvindelige og mandlige praktiserende læger (2012-undersøgelsen)

	Kvindelige praktiserende læger (N = 284)				Mandlige praktiserende læger (N = 312)				p-værdi
	N	n	%	95% CI	N	n	%	95% CI	
Høj grad af følelsesmæssig udmatelse¹	280	52	18,6	14,2-23,6	310	53	17,1	13,1-21,8	0,640
Høj grad af kynisme²	281	35	12,5	8,8-16,9	310	47	15,2	11,4-19,6	0,342
Lav grad af personligt jobudbytte³	277	95	34,3	28,7-40,2	307	106	34,5	29,2-40,1	0,953
Svær arbejdsbelastning⁴	278	74	26,6	21,5-32,2	309	77	24,9	20,2-30,1	0,638
Meget svær arbejdsbelastning⁵	272	10	3,7	1,8-6,7	305	20	6,6	4,1-9,9	0,120

¹ MBI Emotional Exhaustion score > 26;

² MBI Depersonalization score > 9;

³ MBI Personal Accomplishment score < 34;

⁴ MBI Emotional Exhaustion score > 26 og/eller MBI Depersonalization score > 9;

⁵ MBI Emotional Exhaustion score > 26 og MBI Depersonalization score > 9 og MBI Personal Accomplishment score < 34

Tabel 3.a Forekomst af læger med høj score på MBI-underskalaer samt forekomst af læger med svær arbejdsbelastning og meget svær arbejdsbelastning fordelt på aldersgrupper (2012-undersøgelsen)

	Yngste aldersgruppe (< 45 år) N = 128				Midterste aldersgruppe (45-54 år) N = 199				Ældste aldersgruppe (≥ 55 år) N = 254				p-værdi
	N	n	%	95% CI	N	n	%	95% CI	N	n	%	95% CI	
Høj grad af følelsesmæssig udmatelse¹	126	25	19,8	13,3-27,9	196	35	17,9	12,8-23,9	253	41	16,2	11,9-21,3	0,675
Høj grad af kynisme²	128	24	18,8	12,4-26,6	195	29	14,9	10,2-20,7	253	27	10,7	7,2-15,1	0,087
Lav grad af personligt jobudbytte³	126	42	33,3	25,2-42,3	192	59	30,7	24,3-37,8	251	95	37,9	31,8-44,2	0,282
Svær arbejdsbelastning⁴	126	37	29,4	21,6-38,1	194	50	25,8	19,8-32,5	252	59	23,4	18,3-29,1	0,455
Meget svær arbejdsbelastning⁵	124	10	8,1	3,9-14,3	189	10	5,3	2,6-9,5	249	9	3,6	1,7-6,8	0,186

¹ MBI Emotional Exhaustion score > 26;

² MBI Depersonalization score > 9;

³ MBI Personal Accomplishment score < 34;

⁴ MBI Emotional Exhaustion score > 26 og/eller MBI Depersonalization score > 9;

⁵ MBI Emotional Exhaustion score > 26 og MBI Depersonalization score > 9 og MBI Personal Accomplishment score < 34

Tabel 3.b Kønsopdelt forekomst af læger med høj score på MBI-underskalaer samt forekomst af læger med svær arbejdsbelastning og meget svær arbejdsbelastning fordelt på aldersgrupper (2012-undersøgelsen)

KVINDELIGE LÆGER N = 284	Yngste aldersgruppe (< 45 år) N = 72				Midterste aldersgruppe (45-54 år) N = 121				Ældste aldersgruppe (≥ 55 år) N = 84				p-værdi
	N	n	%	95% CI	N	n	%	95% CI	N	n	%	95% CI	
Høj grad af følelsesmæssig udmatelse ¹	70	14	20,0	11,4-31,3	119	24	20,2	13,4-28,5	84	14	16,7	9,4-26,4	0,800
Høj grad af kynisme ²	72	14	19,4	11,1-30,5	119	13	10,9	5,9-18,0	83	7	8,4	3,5-16,6	0,094
Lav grad af personligt jobudbytte ³	71	26	36,6	25,5-48,9	117	36	30,8	22,6-40,0	82	30	36,6	26,2-48,0	0,605
Svær arbejdsbelastning ⁴	70	23	32,9	22,1-45,1	118	30	25,4	17,9-34,3	83	20	24,1	15,4-34,7	0,422
Meget svær arbejdsbelastning ⁵	69	4	5,8	1,6-14,2	115	5	4,4	1,4-9,9	81	1	1,2	0,0-6,7	0,313

MANDLIGE LÆGER N = 312	Yngste aldersgruppe (< 45 år) N = 56				Midterste aldersgruppe (45-54 år) N = 78				Ældste aldersgruppe (≥ 55 år) N = 168				p-værdi
	N	n	%	95% CI	N	n	%	95% CI	N	n	%	95% CI	
Høj grad af følelsesmæssig udmatelse ¹	56	11	19,6	10,2-32,4	77	11	14,3	7,4-24,1	167	26	15,6	10,4-22,0	0,689
Høj grad af kynisme ²	56	10	17,9	8,9-30,4	76	16	21,1	12,5-31,9	168	20	11,9	7,4-17,8	0,156
Lav grad af personligt jobudbytte ³	55	16	29,1	17,6-42,9	75	23	30,7	20,5-42,4	167	63	37,7	30,4-45,5	0,374
Svær arbejdsbelastning ⁴	56	14	25,0	14,4-38,4	76	20	26,3	16,9-37,7	167	38	22,8	16,6-29,9	0,821
Meget svær arbejdsbelastning ⁵	55	6	10,9	4,11-22,2	74	5	6,8	2,2-15,1	166	8	4,8	2,1-9,3	0,278

På spørgsmålet om, hvorvidt rollen som gatekeeper er konfliktfyldt, angav 48,2% at de var enige i at rollen som gatekeeper er konfliktfyldt og 23,2% angav, at de var uenige i at rollen som gatekeeper er konfliktfyldt. Som det ses i **tabel 4** var der en sammenhæng mellem graden af arbejdsbelastning og om man oplevede gatekeeperrollen som konfliktfyldt.

Tabel 4. Oplevelsen af rollen som gatekeeper i forhold til arbejdsbelastning

Udsagn: Rollen som gatekeeper er konfliktfyldt i forhold til at varetage patientens behov og samtidig sikre mod unødige henvisninger				
	Alle N = 594	Læger uden ar- bejdsbelastning N = 426	Læger med svær ar- bejdsbelastning N = 120	Læger med me- get svær ar- bejdsbelastning N = 30
Uenig	138 (23,2%)	113 (26,5%)	17 (14,2%)	4 (13,3%)
Neutral	170 (28,6%)	122 (28,6%)	33 (27,5%)	5 (16,7%)
Enig	286 (48,2%)	191 (44,8%)	70 (58,3%)	21 (70,0%)

I alt 51,7% af lægerne med meget svær arbejdsbelastning angav, at det var sandsynligt, at de ville forlade praksis inden for 2 år. Til sammenligning gjaldt dette for 22,9% af lægerne uden arbejdsbelastning ($p < 0.001$) (se **tabel 5.a**). Ved fokus på den ældste aldersgruppe sås også store forskelle i andelen af læger, som angav at det var sandsynligt at de ville forlade praksis indenfor 2 år afhængig af graden af arbejdsbelastning. I den ældste aldersgruppe var andelen således 41,1% mod 75,0% blandt hhv. læger uden arbejdsbelastning og med meget svær arbejdsbelastning. Blandt de yngste aldersgrupper angav 40,0% af lægerne med meget svær arbejdsbelastning, at det var sandsynligt at de ville forlade praksis indenfor 2 år (se **tabel 5.b**). Blandt læger med arbejdsbelastning angav en femtedel at de havde et mindre godt eller dårligt helbred (**tabel 5.a**).

Tabel 5.a Overvejelser om ophør i praksis og selv vurderet helbred fordelt på arbejdsbelastning

	Alle N = 598-599	Læger uden ar- bejdsbelastning N = 416-428	Læger med svær arbejdsbelastning N = 117-121	Læger med meget svær arbejdsbelast- ning N = 29-30
Antal som finder det sandsynligt at forlade almen praksis inden for 2 år	156 (26,0%)	95 (22,9%)	41 (34,8%)	15 (51,7%)
Antal som synes deres helbred er 'mindre godt' eller 'dårligt'	44 (7,4%)	13 (3,0%)	24 (19,8%)	6 (20,0%)

(tabel 5.b fortsættes på næste side)

Tabel 5.b Overvejelser om ophør i praksis og selv vurderet helbred fordelt på arbejdsbelastning opdelt på aldersgrupper

Yngste aldersgruppe N = 128	Alle N = 120-128	Læger uden ar- bejdsbelastning N = 81-87	Læger med svær arbejdsbelastning N = 25-27	Læger med meget svær arbejdsbelast- ning N = 10
Antal som finder det sandsynligt at forlade almen praksis inden for 2 år	12 (10,0%)	3 (3,7%)	4 (16,0%)	4 (40,0%)
Antal som synes deres helbred er 'mindre godt' eller 'dårligt'	3 (2,3%)	1 (1,2%)	1 (3,7%)	1 (10,0%)
Midterste aldersgruppe N = 199	Alle N = 197-198	Læger uden ar- bejdsbelastning N = 137-138	Læger med svær arbejdsbelastning N = 40	Læger med meget svær arbejdsbelast- ning N = 10
Antal som finder det sandsynligt at forlade almen praksis inden for 2 år	24 (12,2%)	12 (8,8%)	6 (15,0%)	4 (40,0%)
Antal som synes deres helbred er 'mindre godt' eller 'dårligt'	12 (6,1%)	4 (2,9%)	7 (17,5%)	1 (10,0%)
Ældste aldersgruppe N = 254	Alle N = 244-253	Læger uden ar- bejdsbelastning N = 185-190	Læger med svær arbejdsbelastning N = 48-49	Læger med meget svær arbejdsbelast- ning N = 8-9
Antal som finder det sandsynligt at forlade almen praksis inden for 2 år	112 (45,9%)	76 (41,1%)	28 (58,3%)	6 (75,0%)
Antal som synes deres helbred er 'mindre godt' eller 'dårligt'	23 (9,1%)	5 (2,63%)	14 (28,6%)	3 (33,3%)

Tre fjerdedele af lægerne rapporterede, at de deltager i uddannelse af yngre læger. Færre alment praktiserende læger med meget svær arbejdsbelastning angav at deltage i uddannelsen af yngre læger i intro- og/eller hoveduddannelse ($p < 0,01$) (se **tabel 6**).

Lidt mere end 2/3 af lægerne angav, at deres praksis var i en praksisgruppe, hvor man hjælper hinanden under ferie mv. Deltagelse i praksisgruppe var ikke relateret til arbejdsbelastning.

Over halvdelen af lægerne angav at de ICPC-kodede alle patientkontakter. Der var en tendens til at flere læger med meget svær arbejdsbelastning angav slet ikke at anvende ICPC-kodning sammenlignet med læger uden arbejdsbelastning ($p = 0,085$).

Tabel 6. Deltagelse i uddannelse af yngre kolleger, deltagelse i praksisgruppe¹ og brug af ICPC-kodning fordelt på arbejdsbelastning

	Alle N = 599-600	Læger uden ar- bejdsbelastning N = 427-428	Læger med svær arbejdsbelastning N = 122	Læger med meget svær arbejdsbelast- ning N = 31
Antal som deltager i uddannelsen af yngre læger i intro- og/eller hoveduddannelsen	443 (74,0%)	316 (74,0%)	96 (78,7%)	16 (51,6%)
Antal som angiver at deres praksis er med i en praksisgruppe	414 (69,1%)	298 (69,8%)	79 (64,5%)	22 (71,0%)
Antal som anvender ICPC-kodning til alle patienter	336 (56,0%)	246 (57,5%)	66 (54,1%)	10 (32,3%)
Antal som kun anvender ICPC-kodning til udvalgte grupper af patienter	229 (38,2%)	159 (37,2%)	48 (39,3%)	17 (54,8%)
Antal som slet ikke anvender ICPC-kodning	35 (5,8%)	23 (5,4%)	8 (6,6%)	4 (12,9%)

¹ 'Praksisgruppe' refererer her til samarbejde mellem praksisser med henblik på varetagelse af patienter ved ferier og fridage

I alt 456 (76,3%) af de alment praktiserende læger i Region Midtjylland afsætter 15 minutter til en almindelig konsultation. En mindre del på 112 læger (18,7%) afsætter 10 minutter, og 4 læger (0,7%) afsætter 20 minutter. Ingen læger afsætter mindre end 10 minutter eller mere end 20 minutter til en almindelig konsultation.

På spørgsmålet om, hvad det optimale antal minutter for en almindelig konsultation vil være, hvis de selv kunne bestemme, angav 406 (68,6%), at 15 minutter ville være det optimale antal minutter. I alt 118 (19,9%) angav, at 20 minutter ville være det optimale, og 47 (7,9%) angav 10 minutter som det optimale. I alt tre læger (0,6%) angav 25 og 30 minutter som den optimale varighed af en almindelig konsultation.

Hverken antallet af minutter, som faktisk afsættes til en almindelig konsultation, eller det ønskede antal minutter var relateret til graden af arbejdsbelastning.

På spørgsmål om den støtte lægerne oplevede var der en tydelig sammenhæng mellem graden af arbejdsbelastning og den oplevede støtte. Fx oplevede kun hver femte læge med meget svær arbejdsbelastning, at hjælpen fra Region Midtjyllands Praksisenhed var god, eller at det lokale sygehus var god til at opfylde den praktiserende læges behov. Læger med meget svær arbejdsbelastning oplevede også adgangen til diagnostiske undersøgelser i egen praksis og på sygehus som mindre god end deres kolleger uden arbejdsbelastning. Det bemærkes at den samlede score for at foretage undersøgelser i egen praksis er høj, mens sygehusenes opfyldelse af praksis behov var lav (se **tabel 7**).

Table 7. Vurdering af støttemuligheder i forhold til arbejdsbelastning

	Alle N = 590-600	Læger uden ar- bejdsbelastning N = 422-428	Læger med svær arbejdsbelastning N = 120-122	Læger med me- get svær ar- bejdsbelastning N = 31
Muligheden for at foretage diagnostiske undersøgelser i egen praksis er god	591 (86,5%)	380 (88,8%)	105 (86,1%)	19 (61,3%)
Tilgængeligheden af diagnostiske undersøgelser rekvireret på hospitalet er god	381 (63,9%)	281 (65,8%)	73 (60,8%)	14 (45,2%)
Hjælpen, som Region Midtjyllands Praksisenhed tilbyder, er god	254 (43,1%)	188 (44,6%)	51 (42,5%)	6 (19,4%)
I forhold til at opfylde mine behov er det lokale sygehus tilfredsstillende	209 (35,1%)	158 (37,0%)	37 (30,8%)	6 (19,4%)

Lægerne blev inddelt i Region Midtjyllands seks hospitalsklynger på baggrund af praksis' postnummer. Der blev fundet signifikante forskelle i andelen af læger med svær og meget svær arbejdsbelastning på tværs af klyngerne (se **table 8**). Den højeste andel af læger med meget svær arbejdsbelastning blev fundet i Viborg-klyngen, hvor den var 10,9%. De laveste forekomster af meget svær arbejdsbelastning blev fundet i Silkeborg- og Vest-klyngen, hvor andelen var hhv. 2,4% og 2,8%. I forhold til Aarhus-klyngen (udvalgt som reference) angav lægerne i Randers- og Viborg-klyngen højere grad af følelsesmæssig udmattelse. Lægerne i Viborg-klyngen angav højere grad af kynisme og lægerne i Horsens- og Viborg-klyngen angav lavere grad af personligt jobudbytte i forhold til lægerne i Aarhus-klyngen. I forhold til lægerne i Aarhus-klyngen var andelen af læger med svær arbejdsbelastning højere i Viborg-klyngen.

I forhold til lægernes vurdering af tilgængeligheden af diagnostiske undersøgelser rekvireret på hospitalet og tilfredsheden med at få opfyldt behov via det lokale sygehus så var den første lavest i Viborg-klyngen (54,5%) og højest i Vest-klyngen (73,8%) og tilfredsheden med det lokale sygehus højest i Silkeborg-klyngen (43,7%) og lavest i Aarhus-klyngen (29,8%). I forhold til lægerne i Aarhus-klyngen var lægerne i Vest-klyngen statistisk signifikant mere tilfredse med tilgængeligheden af diagnostiske undersøgelser rekvireret på hospitalet og tilfredsheden med at få opfyldt behov via det lokale sygehus.

Tabel 8. Forekomsten af læger med høj score på MBI-underskalaer samt forekomst af læger med svær arbejdsbelastning og meget svær arbejdsbelastning i hospitalsklynge 'Aarhus' sammenlignet med forekomsten i Region Midtjyllands øvrige fem hospitalsklynger (2012-undersøgelsen)

	Aarhus ⁶ (ref.) N = 163		Randers ⁷ N = 103		Horsens ⁸ N = 83		Silkeborg ⁹ N = 87		Viborg ¹⁰ N = 56		Vest ¹¹ N = 108	
	n/N	%	n/N	%	n/N	%	n/N	%	n/N	%	n/N	%
Høj grad af følelsesmæssig udmatelse ¹	21/161	13,0	24/102	23,5*	14/83	16,9	14/85	16,5	19/56	33,9**	15/107	14,0
Høj grad af kynisme ²	20/161	12,4	12/102	11,8	17/83	20,5	7/85	8,2	14/56	25,0*	13/108	12,0
Lav grad af personligt jobudbytte ³	42/158	26,6	34/101	33,7	38/83	45,8**	20/84	23,8	30/55	54,5**	40/107	37,4
Svær arbejdsbelastning ⁴	33/159	20,8	28/102	27,5	25/83	30,1	18/84	21,4	26/56	46,4**	23/107	21,5
Meget svær arbejdsbelastning ⁵	8/154	5,2	7/101	6,9	5/83	6,0	2/82	2,4	6/55	10,9	3/106	2,8
Tilgængeligheden af diagnostiske undersøgelser rekvireret på hospitalet er 'god' eller 'meget god'	97/161	60,2	68/103	66,0	51/82	62,2	55/87	63,2	30/55	54,5	79/107	73,8*
I forhold til at opfylde mine behov er mit lokale sygehus 'tilfredsstillende' eller 'meget tilfredsstillende'	48/161	29,8	38/103	36,9	31/82	37,8	38/87	43,7	19/55	34,5	34/107	31,8*

* forskellen med Aarhus-klyngen er signifikant ved p < 0.05; ** forskellen med Aarhus klyngen er signifikant ved p < 0.01

¹ MBI Emotional Exhaustion score > 26;

² MBI Depersonalization score > 9;

³ MBI Personal Accomplishment score < 34;

⁴ MBI Emotional Exhaustion score > 26 og/eller MBI Depersonalization score > 9;

⁵ MBI Emotional Exhaustion score > 26 og MBI Depersonalization score > 9 og MBI Personal Accomplishment score < 34

⁶ Inkluderer praktiserende læger med postnummer i Aarhus og Samsø kommuner

⁷ Inkluderer praktiserende læger med postnummer i Randers, Favrskov, Norddjurs og Syddjurs kommuner

⁸ Inkluderer praktiserende læger med postnummer i Ikast-Brande, Hedensted, Horsens og Odder kommuner

⁹ Inkluderer praktiserende læger med postnummer i Silkeborg og Skanderborg kommuner

¹⁰ Inkluderer praktiserende læger med postnummer i Skive og Viborg kommuner

¹¹ Inkluderer praktiserende læger med postnummer i Struer, Lemvig, Herning, Holstebro og Ringkøbing-Skjern kommuner

IV. Diskussion

Andelen af læger med meget svær arbejdsbelastning er næsten fordoblet siden 2004. Det gælder også hvis man alene ser på det tidligere Århus amt. I 2004 var andelen af læger med meget svær arbejdsbelastning 2,8%. I 2012 var andelen af praktiserende læger med meget svær arbejdsbelastning i Region Midtjylland steget til 5,3%. Blandt praktiserende læger i specifikt det tidligere Århus Amt var andelen steget til 5,2%. Det synes især at være en øgning af den følelsesmæssige udmattelse, som er årsag til stigningen i andelen af meget svært arbejdsbelastede læger, og en lavere grad af kynisme og/eller en højere grad af personligt jobudbytte ser ikke ud til at kunne opveje den følelsesmæssige belastning. Således er andelen af læger med meget svær arbejdsbelastning steget med 89% i perioden 2004-12 på trods af, at andelen af læger med høj grad af kynisme og lav grad af personligt jobudbytte er reduceret i samme periode. For lægerne i det gamle Århus Amt sås, at reduktionen i andelen af læger med høj grad af kynisme og lav grad af personligt jobudbytte fra 2004 til 2012 var statistisk signifikant. Mere end hver fjerde alment praktiserende læge i Region Midtjylland opfylder aktuelt kriterierne for svær arbejdsbelastning. Dette repræsenterer en lille stigning i andelen af læger med svær arbejdsbelastning siden 2004. I overensstemmelse med den fundne stigning i andelen af læger med meget svær arbejdsbelastning i den aktuelle undersøgelse har nye tal vist, at udgifterne til sygehjælp til praktiserende læger er steget med 20% fra 2010 til 2011 og antallet af lægeforeningens medlemmer, som har modtaget udbetalinger er steget med 5,7% fra 2010 til 2011 (Lægeforeningens portal, 2012).

Forekomsten af svær arbejdsbelastning og meget svær arbejdsbelastning på hhv. 25,8% og 5,3% i Region Midtjylland er tilsvarende en forekomst på 21% for svær arbejdsbelastning og 6% for meget svær arbejdsbelastning fundet i en hollandsk undersøgelse af ca. 2100 uddannelseslæger fra forskellige medicinske specialer (8). Forekomsten af meget svær arbejdsbelastning i Region Midtjylland på 5,3% er imidlertid noget lavere end den forekomst på 12%, som blev påvist blandt 1400 alment praktiserende læger i tolv europæiske lande (9). I sidstnævnte undersøgelse varierede forekomsten af meget svær arbejdsbelastning dog en del i de inkluderede lande fra omtrent 2% i Kroatien til 23% i Grækenland.

Tidligere, internationale undersøgelser har påvist en højere forekomst af svær og meget svær arbejdsbelastning blandt mandlige end blandt kvindelige praktiserende læger (9-11). Som forklaring på dette nævnes den højere andel af deltidsansatte blandt kvindelige end blandt mandlige praktiserende læger. I den aktuelle undersøgelse fandt vi en ens forekomst af svær arbejdsbelastning blandt de kvindelige læger (26,6%) og blandt de mandlige læger (24,9%), hvorimod forekomsten af meget svær arbejdsbelastning var højere blandt mandlige læger (6,6%) end blandt kvindelige læger (3,7%). Selv om forskellen mellem mandlige og kvindelige læger i vores undersøgelse ikke var statistisk signifikant, finder vi det relevant at understrege denne forskel da det kan tænkes, at kvindelige praktiserende læger har organiseret arbejdet i praksis på anden måde end deres mandlige kolleger.

Hos både kvindelige og mandlige praktiserende læger fandt vi en tendens til, at omfanget af svær og meget svær arbejdsbelastning var større blandt de yngste og midterste aldersgrupper end blandt den ældste aldersgruppe. Dette kan muligvis forklares med en manglende overensstemmelse mellem de faktiske og de forventede arbejdsforhold blandt yngre aldersgrupper. Tidligere undersøgelser har vist en tendens til, at risikoen for tilstande af svær arbejdsbelastning falder i takt med stigende alder hos lægen eller i takt med

antal år som praktiserende læge (8;11). En undersøgelse viste højere forekomst af emotionel udmattelse og kynisme blandt de yngre aldersgrupper, hvorimod forekomsten af læger med lavt personligt jobudbytte var højere blandt de ældste (10). Muligvis er denne u-formede tendens i jobtilfredshed udtryk for stor jobtilfredshed, når tilvænnningen til det almenmedicinske speciale er tilendebragt i den midterste aldersgruppe, mens der senere indtræder en vis udtrætning i jobtilfredshed. Tendensen til en lavere forekomst af arbejdsbelastning blandt den ældste aldersgruppe end blandt de yngste kan have flere forklaringer. For det første kan det skyldes en selektion så kun de læger, som trives i almen praksis, fortsætter arbejdet i almen praksis. Dette understøttes af, at signifikant flere læger med meget svær arbejdsbelastning overvejede at forlade praksis inden for to år. I alle tre aldersgrupper sås markante stigninger i andelen af læger, der overvejede at forlade praksis inden for to år i takt med stigende arbejdsbelastning, men det skal bemærkes, at beregningerne for nogle af grupperne var baseret på et lille talmateriale. En anden forklaring på tendensen til en lavere forekomst af arbejdsbelastning blandt den ældste aldersgruppe end blandt de yngste kan det være, at risikoen for oplevede arbejdsbelastninger falder som følge af stigende alder og erfaring. En tredje forklaring kan være en generationseffekt, f.eks. at den yngre generation af læger er under indflydelse af andre faktorer (personlige, sociale eller kontekstuelle) end den ældre generation.

Færre læger med meget svær arbejdsbelastning angav at deltage i uddannelse af yngre kolleger. Da der er tale om tværsnitsdata ved vi ikke, om læger med meget svær arbejdsbelastning på et tidligere tidspunkt har deltaget i uddannelsen af yngre læger, og om deltagelse i uddannelse af yngre læger kan påvirke arbejdsbelastningen positivt eller negativt.

Forholdsvis mange fandt rollen som gatekeeper konfliktfyldt, men vi kan ikke afgøre, om det er i belastende grad. Dog var der en meget større andel af svært arbejdsbelastede læger som fandt rollen som gatekeeper konfliktfyldt sammenlignet med læger, der ikke viste tegn på arbejdsbelastning. Således var 70,0% af lægerne med svær arbejdsbelastning enige i udsagnet om at rollen som gatekeeper er konfliktfyldt i forhold til at varetage patientens behov og samtidig sikre imod unødige henvisninger mod 44,8% af lægerne uden arbejdsbelastning. Hvorvidt det er oplevelsen af konflikt i forhold til gatekeeperrollen, som bidrager til svær arbejdsbelastning, eller det er den svære arbejdsbelastning der påvirker lægens vurdering af gatekeeperrollen ved vi ikke, men det synes i høj grad relevant at undersøge nærmere idet dette er en af de centrale opgaver for almen praksis.

Størstedelen af de alment praktiserende læger angav 15 minutter som den optimale varighed af en normal konsultation, og stort set ingen læger ønskede, at normale konsultationer varer længere end 20 minutter. Da variationen i såvel det faktiske tidsforbrug som det ønskede tidsforbrug på en normal konsultation var begrænset, var ingen af disse relateret til graden af arbejdsbelastning.

Ved sammenligning af de seks hospitalsklynger i Region Midtjylland fandt vi, at læger i Viborg-klyngen havde en meget højere forekomst af svær og meget svær arbejdsbelastning end de andre fem hospitalsklynger inkl. læger i Aarhus-klyngen, som var udvalgt som reference. En lavere andel af lægerne i Viborg-klyngen angav også at være tilfreds med tilgængeligheden af de diagnostiske undersøgelser rekvireret på hospitalet sammenlignet med andelen i de andre hospitalsklynger. Da der igen er tale om tværsnitsdata vides det ikke om sammenhængen mellem arbejdsbelastning og tilfredsheden med tilgængeligheden af diagnostiske undersøgelser på hospitalet er kausal og hvad der er årsag og hvad der er virkning. Lægernes vurdering af, i hvilken grad det lokale sygehus opfylder den praktiserende læges behov, så ikke ud til entydigt at være relateret til omfanget af arbejdsbelastning i klyngerne.

Det er meget bemærkelsesværdigt, at så mange læger ikke angiver, at sygehusene opfylder praksis behov. Det kan indikere, at der er et behov for at arbejde med gensidig forventningsafstemning og behovsdækning, hvis man skal opnå, at praksislægerne har oplevelsen af et samlet og sammenhængende sundhedsvæsen. Også for denne variabel sås en sammenhæng mellem graden af arbejdsbelastning og scoren på indikatoren.

Ved sammenligning af tallene fra 2004 med tallene fra 2012 skal der tages højde for, at tallene fra 2012 er baseret på besvarelser fra læger fra hele Region Midtjylland, hvorimod tallene fra 2004 var baseret på besvarelser fra læger fra det tidligere Århus Amt. Hvor svarprocenten i 2004 var 84 var svarprocenten i 2012 for hele populationen 72 og 75 for lægerne i det tidligere Århus Amt. Den lavere, men stadig tilfredsstillende svarprocent i 2012 kan skyldes, at spørgeskemaet var blevet suppleret med en række spørgsmål og derfor tog længere tid at besvare end i 2004. Det kan tænkes, at især svært arbejdsbelastede læger ikke har haft overskud til at besvare spørgeskemaet og at andelen af læger med svær arbejdsbelastning og dermed også stigningen i andelen af denne gruppe læger siden 2004 underestimeres i de aktuelle tal. Det er dog værd at bemærke at deltagelse i denne undersøgelse er overordentlig tilfredsstillende.

Konklusion

Denne undersøgelse viser en stigning i andelen af praktiserende læger med meget svær arbejdsbelastning fra 2,8% til 5,3% i perioden 2004-2012. Stigningen i andelen af læger med meget svær arbejdsbelastning kan tilskrives en stigning i andelen af læger, som scorer højt på dimensionen 'følelsesmæssig udmattelse'. Der er behov for mere viden om konsekvenserne af svær arbejdsbelastning for lægerne. I den aktuelle undersøgelse fandt vi, at flere læger med meget svær arbejdsbelastning overvejede at forlade praksis inden for to år end læger uden meget svær arbejdsbelastning og dette til trods for, at lægerne med meget svær arbejdsbelastning var yngre end lægerne uden meget svær arbejdsbelastning. Den lave andel af læger, som udtrykte tilfredshed med samarbejdet med det lokale sygehus og variationen i disse tal i forskellige hospitalsklynger kalder på flere undersøgelser af samarbejds kulturer og arbejdsforhold. Der synes ligeledes at være brug for undersøgelser af betydningen af arbejdsbelastning for lægers aktiviteter i forhold til patienterne, herunder brug af henvisninger, ordination af lægemidler og diagnostik af sygdomme (12). Det forhold at mere end hver fjerde læge rapporterer svær arbejdsbelastning synes at vise, at der er brug for undersøgelser med henblik på at identificere de arbejdsrelaterede situationer, som især opleves som belastende for de praktiserende læger og at udvikle effektive interventioner til håndtering af stress og følelsesmæssig belastning. Endvidere bør man fra kollegial side se på mulighed for at sætte ind i forhold til den gruppe læger der angiver meget svær arbejdsbelastning, da det er en svær psykisk og fysisk belastning til skade for den pågældende.

V. Litteratur:

- (1) Gunderson L. Physician burnout. *Annals of Internal Medicine* 2001;135:145-8.
- (2) Spickard A, Jr., Gabbe SG, Christensen JF. Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *JAMA* 2002 September 25;288(12):1447-50.
- (3) Linzer M, Visser MR, Oort FJ, Smets EM, McMurray JE, de Haes HC. Predicting and preventing physician burnout: results from the United States and the Netherlands. *Am J Med* 2001 August;111(2):170-5.
- (4) Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry* 2004 December;161(12):2295-302.
- (5) McCall SV. Chemically dependent health professionals. *West J Med* 2001 January;174(1):50-4.
- (6) Brondt A, Sokolowski I, Olesen F, Vedsted P. Continuing medical education and burnout among Danish GPs. *Br J Gen Pract* 2008 January;58(546):15-9.
- (7) Maslach C, Jackson S, Leiter M. *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto California: Consulting Psychologists Press; 1996.
- (8) Prins JT, Hoekstra-Weebers JE, Gazendam-Donofrio SM, Dillingh GS, Bakker AB, Huisman M et al. Burnout and engagement among resident doctors in the Netherlands: a national study. *Med Educ* 2010 March;44(3):236-47.
- (9) Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract* 2008 August;25(4):245-65.
- (10) Winefield HR, Anstey TJ. Job stress in general practice: practitioner age, sex and attitudes as predictors. *Fam Pract* 1991 June;8(2):140-4.
- (11) Orton P, Orton C, Pereira GD. Depersonalised doctors: a cross-sectional study of 564 doctors, 760 consultations and 1876 patient reports in UK general practice. *BMJ Open* 2012;2:e000274.
- (12) Halbesleben JR, Rathert C. Linking physician burnout and patient outcomes: exploring the dyadic relationship between physicians and patients. *Health Care Manage Rev* 2008 January;33(1):29-39.

LÆGEFORENINGENS PORTAL. Læger.dk

http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/Nyheder?public_visningsType=1&public_m odtager=3&public_forrigeVisningsType=4&public_nyhedsId=78752 [d.14. april 2012]

VI. Appendiks – Særlig analyse for tidligere Århus Amt

På de følgende sider ses opgørelser af udbrændthed blandt læger i det tidligere Århus Amt anno 2004 og 2012, herunder opgørelser fordelt på køn og aldersgrupper. Det skal bemærkes, at tallene i nogle af cellerne er forholdsvis små og at ændringerne i forekomsten af udbrændthed blandt lægerne derfor er behæftet med en vis usikkerhed.

Det fremgår, at andelen af læger i det gamle Århus Amt, som rapporterer høj grad af følelsesmæssig udmattelse er større i 2012 end i 2004, hvorimod andelen af læger, som rapporterer høj grad af kynisme og lav grad af personligt jobudbytte er lavere i 2012 end i 2004 (se **tabel I**). Andelen af læger, som lever op til kriterierne for svær arbejdsbelastning er stort set uændret, men andelen af læger, som lever op til kriterierne for meget svær arbejdsbelastning er næsten fordoblet fra 2004 til 2012.

Tabel I. Forekomst af læger med høj score på MBI-underskalaer, svær arbejdsbelastning og meget svær arbejdsbelastning i 2004- og 2012-undersøgelserne

	Læger i Århus Amt (N = 379) 2004-undersøgelsen				Læger i gl. Århus Amt (N = 363) 2012-undersøgelsen			
	N	n	%	95% CI	N	n	%	95% CI
Høj grad af følelsesmæssig udmattelse¹	371	38	10,2	7,4-13,8	358	61	17,0	13,3-21,3
Høj grad af kynisme²	373	66	17,7	14,0-22,0	358	41	11,5	8,3-15,2
Lav grad af personligt jobudbytte³	365	139	38,1	33,1-43,3	353	102	28,9	24,2-33,9
Svær arbejdsbelastning⁴	369	89	24,1	19,8-28,8	355	82	23,1	18,8-27,8
Meget svær arbejdsbelastning⁵	358	10	2,8	1,3-5,1	347	18	5,2	3,1-8,1

¹ MBI Emotional Exhaustion score > 26;

² MBI Depersonalization score > 9;

³ MBI Personal Accomplishment score < 34;

⁴ MBI Emotional Exhaustion score > 26 og/eller MBI Depersonalization score > 9;

⁵ MBI Emotional Exhaustion score > 26 og MBI Depersonalization score > 9 og MBI Personal Accomplishment score < 34

Andelen af kvindelige praktiserende læger, som angiver høj grad af følelsesmæssig udmattelse er mere end fordoblet fra 2004 til 2012 (se **tabel II.a**). Modsat denne tendens ses relativt store fald i andelen af kvindelige praktiserende læger, som angiver høj grad af kynisme og lav grad af personligt jobudbytte. Andelen af kvindelige praktiserende læger, som angiver svær arbejdsbelastning og meget svær arbejdsbelastning er steget fra 2004 til 2012. Hos de mandlige praktiserende læger er andelen, som angiver høj grad af følelsesmæssig udmattelse ligeledes steget, hvorimod andelen, som angiver høj grad af kynisme og lav grad af personligt jobudbytte er faldet (se **tabel II.b**). Hos de mandlige læger ses et lille fald i andelen, som lever op til kriterierne for svær arbejdsbelastning, hvorimod andelen, som lever op til kriterierne for meget svær arbejdsbelastning, er mere end fordoblet fra 2004 til 2012.

I 2004 var det i den ældste aldersgruppe, at andelen af praktiserende læger, som levede op til kriterierne for meget svær arbejdsbelastning, var størst, og det var især på parameteren 'lav personligt jobudbytte', at lægerne i denne aldersgruppe adskilte sig fra de to yngre aldersgrupper (se **tabel III.a og III.b**). I 2012 tegner sig et omvendt billede. Andelen af læger, som lever op til kriterierne for meget svær arbejdsbelastning er nu højest i den yngste aldersgruppe og denne aldersgruppe angiver den højeste grad af kynisme og laveste grad af personligt job-udbytte. Andelen af læger, som angiver høj grad af følelsesmæssig udmattelse, er i 2012 lavest i den midterste aldersgruppe, og det samme gjorde sig gældende i 2004.

Tabel II.a Forekomst af kvindelige praktiserende læger med høj score på MBI-underskalaer, svær arbejdsbelastning og meget svær arbejdsbelastning (2004-og 2012-undersøgelsen)

	Kvindelige praktiserende læger (N = 148) 2004-undersøgelsen				Kvindelige praktiserende læger (N = 177) 2012-undersøgelsen			
	N	n	%	95% CI	N	n	%	95% CI
Høj grad af følelsesmæssig udmattelse ¹	144	13	9,0	4,9-14,9	174	33	19,0	13,4-25,6
Høj grad af kynisme ²	146	22	15,1	9,7-21,9	174	16	9,2	5,3-14,5
Lav grad af personligt jobudbytte ³	141	46	32,6	25,0-41,0	171	43	25,2	18,8-32,3
Svær arbejdsbelastning ⁴	144	31	21,5	15,1-29,1	172	41	23,8	17,7-30,9
Meget svær arbejdsbelastning ⁵	139	3	2,2	0,4-6,2	167	6	3,6	1,3-7,7

Tabel II.b Forekomst af mandlige praktiserende læger med høj score på MBI-underskalaer, svær arbejdsbelastning og meget svær arbejdsbelastning (2004- og 2012-undersøgelsen)

	Mandlige praktiserende læger (N = 229) 2004-undersøgelsen				Mandlige praktiserende læger (N = 184) 2012-undersøgelsen			
	N	n	%	95% CI	N	n	%	95% CI
Høj grad af følelsesmæssig udmattelse ¹	225	22	9,8	6,2-14,4	182	27	14,8	10,0-20,8
Høj grad af kynisme ²	225	44	19,6	14,6-25,3	182	24	13,2	8,6-19,0
Lav grad af personligt jobudbytte ³	222	91	41,0	34,5-47,8	180	58	32,2	25,5-39,6
Svær arbejdsbelastning ⁴	223	57	25,6	20,0-31,8	181	40	22,1	16,3-28,9
Meget svær arbejdsbelastning ⁵	217	7	3,2	1,3-6,5	178	11	6,2	3,1-10,8

¹ MBI Emotional Exhaustion score > 26;

² MBI Depersonalization score > 9;

³ MBI Personal Accomplishment score < 34;

⁴ MBI Emotional Exhaustion score > 26 og/eller MBI Depersonalization score > 9;

⁵ MBI Emotional Exhaustion score > 26 og MBI Depersonalization score > 9 og MBI Personal Accomplishment score < 34

Tabel III.a Forekomst af læger med høj score på MBI-underskalaer og svær arbejdsbelastning og meget svær arbejdsbelastning fordelt på aldersgrupper (2004-undersøgelsen)

	Yngste aldersgruppe (< 45 år) N = 60				Midterste aldersgruppe (45-54 år) N = 168				Ældste aldersgruppe (≥ 55 år) N = 148			
	N	n	%	95% CI	N	n	%	95% CI	N	n	%	95% CI
Høj grad af følelsesmæssig udmattelse ¹	59	6	10,2	3,8-20,8	166	14	8,4	4,7-13,7	147	15	10,2	5,8-16,3
Høj grad af kynisme ²	59	8	13,6	6,0-25,0	167	34	20,4	14,5-27,3	145	23	15,9	10,3-22,8
Lav grad af personligt jobudbytte ³	58	16	27,6	16,7-40,9	156	61	39,1	31,4-47,2	146	57	39,0	31,1-47,5
Svær arbejdsbelastning ⁴	59	13	22,0	12,2-34,7	166	42	25,3	18,9-32,6	144	32	22,2	15,7-29,9
Meget svær arbejdsbelastning ⁵	58	1	1,7	0,0-9,2	155	4	2,6	0,1-6,5	143	5	3,5	1,1-8,0

Tabel III.b Forekomst af læger med høj score på MBI-underskalaer og svær arbejdsbelastning og meget svær arbejdsbelastning fordelt på aldersgrupper (2012-undersøgelsen)

	Yngste aldersgruppe (< 45 år) N = 73				Midterste aldersgruppe (45-54 år) N = 140				Ældste aldersgruppe (≥ 55 år) N = 140			
	N	n	%	95% CI	N	n	%	95% CI	N	n	%	95% CI
Høj grad af følelsesmæssig udmattelse ¹	72	13	18,1	10,0-28,9	137	20	14,6	9,2-21,6	139	26	18,7	12,6-26,2
Høj grad af kynisme ²	73	10	13,7	6,8-23,8	136	15	11,0	6,3-17,5	139	14	10,1	5,6-16,3
Lav grad af personligt jobudbytte ³	71	23	32,4	21,8-44,5	133	33	24,8	17,7-33,0	139	43	30,9	23,4-39,3
Svær arbejdsbelastning ⁴	72	17	23,6	14,4-35,1	135	28	20,7	14,2-28,6	138	35	25,4	18,3-33,5
Meget svær arbejdsbelastning ⁵	70	5	7,1	2,4-15,9	130	6	4,6	1,7-9,8	137	5	3,7	1,2-8,3

¹ MBI Emotional Exhaustion score > 26;

² MBI Depersonalization score > 9;

³ MBI Personal Accomplishment score < 34;

⁴ MBI Emotional Exhaustion score > 26 og/eller MBI Depersonalization score > 9;

⁵ MBI Emotional Exhaustion score > 26 og MBI Depersonalization score > 9 og MBI Personal Accomplishment score < 34