

Speciallæge i almen medicin

En undersøgelse af begrundelser for forskellige
karrierevalg- og veje



Marie Henriette Madsen, Mette Brehm Johansen, Maya Christiane Flensburg
Jensen, Caroline Louise Westergaard og Ina Willaing Tapager

VIVÉ

Speciallæge i almen medicin

– En undersøgelse af begrundelser for forskellige karrierevalg- og veje

© VIVE og forfatterne, 2023

e-ISBN: 978-87-7582-215-7

Projekt: 301892

Finansiering: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

VIVE

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



Forord

Almen praksis spiller en central rolle i det danske sundhedsvæsen og tilskrives løbende flere opgaver i takt med ønsket om, at mest mulig behandling skal foregå tæt på borgernes hjem. Almen Praksis udfordres dog af lægemangel i nogle dele af landet, og der er formuleret en politisk ambition om, at der skal være mindst 6.500 speciallæger i almen medicin i Danmark senest i 2035, som kan muliggøre 5.000 læger i almen praksis. Det kræver både, at der uddannes nok speciallæger i almen medicin, og at uddannede speciallæger søger en karriere i almen praksis. Denne undersøgelse bidrager med viden om, hvad der ligger bag forskellige karriereveje blandt yngre speciallæger i almen medicin, og kan derved spille ind i en bredere diskussion af de fremtidige rammer for almen praksis.

VIVE ønsker at takke de 29 speciallæger i almen medicin, som deltog i interviews, medarbejderne i de fem regioner, i Sundhedsdatastyrelsen, i PLO og i Yngre Læger, som bidrog med relevante data samt øvrig baggrundsviden. Endelig rettes en tak til de eksterne reviewere, som har læst og kommenteret første udkast til denne rapport, samt til praktiserende læge og postgraduat klinisk lektor, Gunver Lillevang, som har bidraget med sparring på metode og analyser.

Undersøgelsen er finansieret af Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Sanne Schioldann Haase

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed



Indholdsfortegnelse

DEL 1 Afrapportering	6
----------------------	---

Hovedresultater	7
-----------------	---

1	Indledning	15
1.1	Undersøgelsens formål	16
1.2	Læsevejledning	18

2	Uddannelse og arbejde på det almenmedicinske område	19
2.1	Speciallægeuddannelsen i almen medicin	19
2.2	Ejer- og ansættelsesformer i almen praksis	21
2.3	Nye praksisformer som svar på lægedækningsudfordringer	24

3	Udviklingen i arbejdsstyrken	25
3.1	Antal af og beskæftigelse blandt speciallæger i almen medicin: historisk udvikling	25
3.2	Regionale udfordringer i fremtidens lægedækning	33
3.3	Fremskrivning af antallet af speciallæger i almen medicin	44
3.4	Opsummering – udvikling i arbejdsstyrken og rekrutteringsudfordringer	48

4	Valg af karriereveje	50
4.1	Valget af det almenmedicinske speciale	52
4.2	Ansatte i almen praksis og andre almenmedicinske tilbud	57
4.3	Ansatte uden for almen praksis	65
4.4	Beslutningen om at blive klinikejer	71
4.5	Opsummering – begrundelser for forskellige karriervalg og -veje	82

5	Konklusion og diskussion	85
5.1	Lægedækning i hele landet	85

5.2	Håndtering af (forventet) voksende opgavemængde	88
5.3	Læger uden for almen praksis – er der en rekrutteringsreserve?	89
5.4	Overgangen fra uddannelseslæge til klinikejer	91
5.5	Nye organisations- og ansættelsesformer	92
5.6	Undersøgelsens begrænsninger og relevante fremtidige undersøgelser	93
<hr/>		
	DEL 2 Dokumentation	95
<hr/>		
6	Metode	96
6.1	Interviews med speciallæger i almen medicin	96
6.2	Baggrundsinterviews	103
6.3	Kvantitative analyser	103
<hr/>		
	Litteratur	104



DEL 1

Afrapportering

Hovedresultater

Almen praksis spiller en afgørende rolle i det danske sundhedsvæsen som borgeres indgang til diagnostik og behandling samt videre henvisning til det specialiserede sundhedsvæsen. Desuden tilskrives almen praksis en afgørende rolle i omstillingen af sundhedsvæsenet, så mest muligt foregår i det primære sundhedsvæsen og tæt på borgernes hjem. Området er dog præget af udfordringer med at sikre tilstrækkelig lægedækning i hele landet og et deraf følgende behov for at sikre nok praktiserende læger både nu og på længere sigt.

I aftalen om Sundhedsreformen fra 2022 fremgår en politisk ambition om, at der i 2035 skal være mindst 6.500 uddannede speciallæger i almen medicin. Af reformteksten fremgår en forventning om, at en styrkelse af rekrutteringsgrundlaget *”vil styrke lægedækningen i almen praksis i hele Danmark”*, idet flere speciallæger i almen medicin også vil føre til, at flere vælger at arbejde som praktiserende læge (Sundhedsministeriet 2022, 8). Skal denne ambition og forventning indfries, kræver det således, både at der uddannes nok speciallæger i almen medicin, og at uddannede speciallæger i almen medicin vælger beskæftigelse i almen praksis. Derudover er spørgsmålet om lægedækning ikke bare, hvor mange der vælger beskæftigelse i almen praksis, men også hvor i landet speciallæger i almen medicin i givet fald vælger at nedsætte sig som praktiserende læge.

Denne undersøgelses formål er at give en øget forståelse for de overvejelser, der ligger til grund for forskellige karrierevalg og -veje blandt nyuddannede speciallæger i almen medicin. Herunder er der fokus på:

- Faktorer af betydning for valget af en karriere uden for almen praksis

Beskæftigelse i eller uden for almen praksis

I undersøgelsen skelnes der mellem speciallæger i almen medicin, der er beskæftiget i eller uden for almen praksis på følgende måde:

Inden for almen praksis:

Speciallæge i almen medicin, der ejer egen praksis, eller som er ansat i et almen medicinsk tilbud.

Uden for almen praksis:

Speciallæger i almen medicin, der er ansat på fx hospital, kommune, administration eller lignende – dvs. andet sted end et almen medicinsk tilbud.

- Faktorer af betydning for valget af en karriere i almen praksis, herunder både som ansat speciallæge eller ejer af egen praksis
- Faktorer af betydning for, hvor i landet speciallæger i almen medicin søger beskæftigelse.

Undersøgelsen udgør et af flere vidensbidrag til den overordnede politiske ambition om at tiltrække og fastholde flere læger i almen praksis. Undersøgelsens fund og anbefalinger er således rettet mod politikere og embedsværk på nationalt niveau, men vil også være relevante for andre aktører, fx på regionalt niveau, der beskæftiger sig med at udvikle og understøtte almen praksis.

Undersøgelsen er rekvireret af Indenrigs- og Sundhedsministeriet (tidl. Sundhedsministeriet).

Udsigt til en øget arbejdsstyrke svarende til den politiske ambition

Der er aktuelt (data fra 2020) ca. 5.000 speciallæger i almen medicin, hvoraf mellem 4.100-4.200 (afhængig af opgørelsesmetode¹) arbejder i almen praksis. Dette svarer til ca. 3.500 lægekapaciteter (se definition i faktaboks). Der har på landsplan været en stigning, både i antal speciallæger i almen medicin og antal praktiserende læger, dog med et faldende antal i begge kategorier i Region Sjælland.

Lægekapacitet i almen praksis

En lægekapacitet i almen praksis er en administrativ enhed, der svarer til en varetagelse af ca. 1.600 tilmeldte gruppe-1-sikrede borgere. Kapaciteter benyttes til at styre udbuddet af sundhedsydelse under sygesikringen, så det svarer til efterspørgslen (antallet af borgere).

PLO opgør generelt antal praktiserende læger som kapaciteter, defineret som antal praktiserende læger, som dækker en kapacitet.

Prognoser udarbejdet af hhv. Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Sundhedsstyrelsen peger på, at der frem mod 2035 vil være en væsentlig stigning i antallet af speciallæger i almen medicin. Med udgangspunkt i en øget dimensionering af speciallægeuddannelsen i almen medicin og en forventning om en fordeling mellem speciallæger i almen medicin, der er beskæftiget i og uden for almen praksis svarende til det seneste årti, lyder fremskrivningen på op mod 7.000 speciallæger i almen medicin. På basis af en simpel videreførelse af aktuelle forhold svarer det til omkring 5.000 lægekapaciteter. I henhold til disse prognoser vil der således være speciallæger i almen medicin

¹ Antallet af praktiserende læger opgøres forskelligt af hhv. PLO og Sundhedsdatastyrelsen. Sundhedsdatastyrelsens opgørelse er baseret på antal unikke personer, hvor PLO opgør praktiserende læger, som dækker en lægekapacitet. Se afsnit 3.1.

svarende til den politiske ambition, der er formuleret i aftalen om en Sundhedsreform fra maj 2022 (Sundhedsministeriet 2022) – en ambition, som PLO også har vurderet tilstrækkelig (Lægeforeningen 2023b).

Flest speciallæger i almen medicin køber egen praksis, men det er ikke den eneste attraktive karrierevej

Langt de fleste speciallæger i almen medicin (ca. 85 %) har i de seneste ti år valgt en beskæftigelse i almen praksis, og de læger, der vælger ansættelse i almen praksis, eller fravælger almen medicin, har indtil videre udgjort en relativt lille del af den samlede arbejdsstyrke. Undersøgelsen peger på en række faktorer af betydning for forskellige karriereveje (se figur nedenfor), og den peger desuden på, at den gængse model for almen praksis, hvor speciallæger i almen medicin køber og praktiserer i egen praksis, ikke er attraktiv for alle.

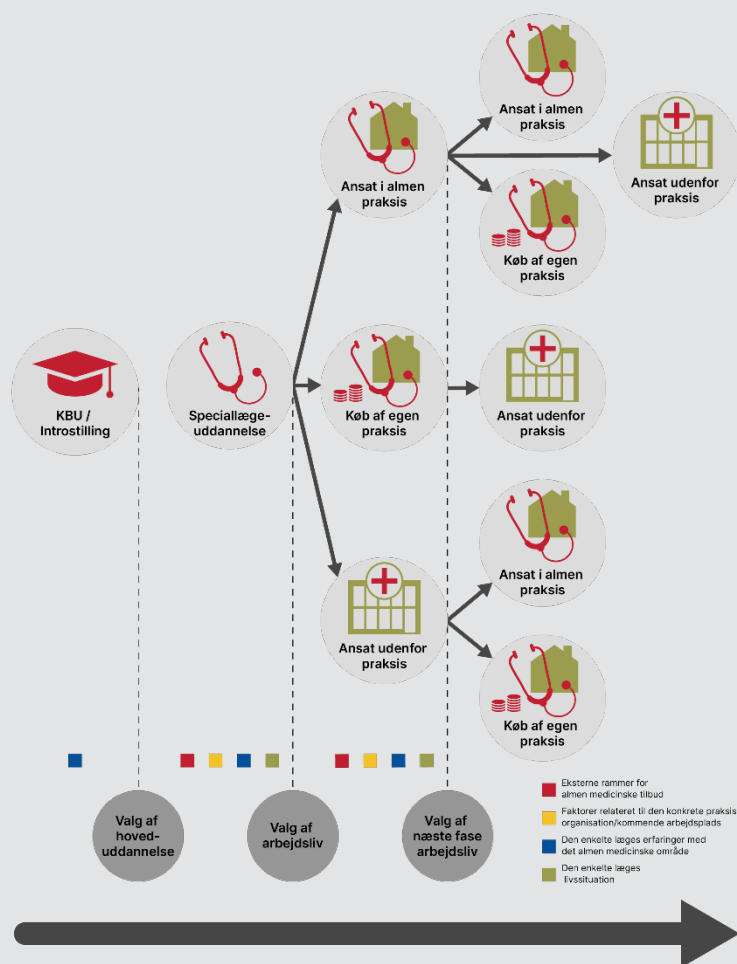
Speciallæger i almen medicin, som ønsker at købe egen praksis: fokus på overgange og kompetencer

Det er karakteristisk for den gruppe af interviewede speciallæger i almen medicin, der har valgt at købe egen praksis, at de er motiveret af de muligheder, der er ved at være leder af en lille selvstændig organisation. Derudover beskriver de, hvordan de i almen praksis efterstræber et arbejdsliv, der er balanceret i forhold til familie og fritid samt andre faglige interesser. De oplever, at de kan lykkes med denne ambition ved fx at reorganisere arbejdsgange, at uddelegere opgaver til personale og, sammen med kolleger eller andre læger i nærområdet, at definere rammer for, hvordan man hjælper hinanden med at afholde fridage og ferie samt sikre fleksibilitet i arbejdsdagens længde.

Når den enkelte speciallæge i almen medicin beslutter, hvilken praksis de ønsker at købe, handler det både om, hvor praksis ligger, den personlige kemi med potentielle kolleger, patientgruppen knyttet til praksis og den eksisterende organisation – fx hvilke værdier, der er fremherskende, og hvordan arbejdet er tilrettelagt. Lykkes det ikke at finde en praksis, hvor ovenstående ønsker opfyldes inden for en rimelig tidsramme, fører det for nogen til overvejelser om at starte en praksis op fra bunden eller at forlade almen praksis til fordel for fx en fastansættelse på et hospital. Derfor efterspørger nogle af de interviewede læger tiltag, der kan klæde speciallæger i almen medicin bedre på til opgaver relateret til drift og ledelse af egen virksomhed, samt tiltag, der systematisk kan bidrage til, at yngre læger, der er interesseret i at købe en praksis, kobles til ældre læger, der er interesseret i at sælge.

Oversigt over karriereveje og betydningsfulde faktorer for valg af uddannelses- og karriereforløb blandt læger

Figuren viser de faktorer, som har været i spil for interviewpersonerne i valg af hhv. speciallægeuddannelse og siden forskellige typer af karriereveje. Figuren er udarbejdet på baggrund af interviews med nyuddannede speciallæger i almen medicin og illustrerer udelukkende de første år som speciallæge.



Anm.: Ingen af de interviewede, som havde forladt almen praksis efter at have købt egen klinik, var ansat i almen praksis og beskrev det heller ikke som en potentiel mulighed i fremtiden for dem personligt.

Arbejdspres er en væsentlig årsag til, at læger forlader almen praksis

16 % af speciallæger i almen medicin arbejder uden for almen praksis – en andel, der på landsplan har været relativt konstant det seneste årti. Region Hovedstaden adskiller sig ved en stigning i andelen af speciallæger i almen medicin ansat uden for almen praksis, hvilket formentlig handler om, at der er flere ansættelsesmuligheder i fx industrien. Denne udvikling påvirker også Region

Sjælland, da rekrutteringsgrundlaget til almen praksis på Sjælland reduceres samlet set, men ikke med lige stor betydning for de to regioner.

Valget om at søge beskæftigelse uden for almen praksis er for nogen af de interviewede speciallæger præget af en erfaring med uholdbare arbejdsforhold i praksis, de selv har ejet, eller som de har stiftet bekendtskab med under deres hoveduddannelse. Denne oplevelse forstærkes af udefrakommende opgaver og krav, som lægerne ikke selv har mulighed for at ændre på, fx herunder den demografiske udvikling mod flere ældre og multisyge borgere. Derfor efterspørger flere af de interviewede læger – herunder også de læger, der har valgt købe egen praksis – tiltag, der kan reducere mængden af arbejdsopgaver. Disse tiltag er fx færre patienter tilknyttet den enkelte praksis eller differentiering af normtallet for antal patienter pr. lægekapacitet afhængig af patientgruppens behov for lægehjælp.

Uenigheder eller uensartede prioriteter internt i organisationen kan imidlertid også være en barriere for udvikling af mere effektive arbejdsgange og en organisering, der bidrager til mere holdbare arbejdsforhold. Der er altså også et behov for fortsat fokus på at understøtte intern organisering i de enkelte praksis.

For nogle af de interviewede speciallæger i almen medicin, som ikke er beskæftiget i almen praksis, er der ikke tale om et egentligt fravalg af almen praksis, men i stedet er der tale om et tilvalg af andre faglige udfordringer og arbejdspladser. Blandt denne gruppe af læger er der større åbenhed for at vende tilbage til almen praksis på et senere tidspunkt. Her efterspørges fx overgangsordninger med fokus på faglige opdateringer for læger, der har været væk fra almen praksis i nogle år, men ønsker at vende tilbage til almen praksis.

Speciallæger, der ikke ønsker at købe egen praksis: Skal de regnes med i den samlede arbejdsstyrke?

Speciallæger, der har valgt at være ansat i almenmedicinske tilbud, udgør aktuelt en mindre del af den samlede gruppe af speciallæger beskæftiget i almen praksis, men det er en gruppe, som har været i vækst de seneste år (Jessen 2020). Denne og andre undersøgelser viser, at ansættelse for en gruppe af speciallæger i almen medicin er at betragte som et skridt på vejen mod at købe deres egen praksis på sigt. De venter blot på, at den rigtige mulighed for køb af en praksis dukker op. Denne undersøgelse belyser ikke, hvor stor denne gruppe er, men andre undersøgelser peger på, at langt de fleste speciallæger i almen medicin forestiller sig at købe egen praksis 2-5 år efter endt speciallægeuddannelse (Yngre Læger 2018; PLO 2020a).

For andre speciallæger i almen medicin er ansættelse i et almenmedicinsk tilbud et mere permanent valg. De er typisk ikke drevet af at eje, drive og lede deres egen praksis, men motiveret af det almenmedicinske arbejde.

Endelig er der en gruppe af ansatte speciallæger i almenmedicinske tilbud, som ikke køber ind på ideen om at købe en praksis og dermed binde sig til en bestemt arbejdsplads resten af arbejdslivet. De ønsker et arbejdsliv i bevægelse med afprøvning af forskellige faglige udfordringer og forskellige typer af jobs og er derfor heller ikke interesserede i at købe egen praksis.

Det er uklart, om der i de politiske ambitioner om en øget arbejdsstyrke i almen praksis kun indgår speciallæger i almen medicin, som ønsker at købe egen praksis. Der er de seneste år sket en udvikling i ansættelses- og organisationsformer i almen praksis, som udvider mulighederne for, hvordan man kan være beskæftiget på det almenmedicinske område uden at eje egen praksis. Spørgsmålet – som ikke besvares i denne undersøgelse – er, om disse udvidede muligheder vil kunne tiltrække læger, som ellers ville have valgt det almenmedicinske speciale eller beskæftigelse i almen praksis fra, og ikke mindst om det er en gruppe af læger, man fra politisk side ønsker at hhv. tiltrække og fastholde. I givet fald vil det være relevant med fortsat fokus på at udvikle og udbrede kendskabet til praksistyper, hvor det er muligt at arbejde inden for de almenmedicinske områder uden at eje egen praksis.

Regionale lægedækningsudfordringer og få konkrete løsninger

Selvom den forventede fremtidige arbejdsstyrke lader til at flugte med den politiske ambition², indikerer undersøgelsen, at den forventede voksende arbejdsstyrke ikke nødvendigvis omsættes til højere kapacitet alle steder i landet. Der er generelt udfordringer i rekruttering til hoveduddannelsesforløb i almen medicin i udkantsområder. Desuden er den kommende ældrebyrde uens fordelt på tværs af og inden for regioner, hvilket vil bidrage til de i forvejen større udfordringer med lægedækning i Region Nordjylland og særligt i Region Sjælland.

Undersøgelsen viser, at økonomiske incitamenter som muligt virkemiddel i forhold til at lokke læger til lægedækningstruede områder tillægges lille værdi sammenlignet med ulemperne ved forlænget transporttid eller en potentiel flytning. Speciallæger i almen medicin er en eftertragtet ressource – uanset om de søger ansættelse i almen praksis eller vælger at købe deres egen praksis – og de kan derfor finde beskæftigelse inden for en radius, der imødekommer deres ønsker til transporttid eller andre prioriteter. Der er dog eksempler i

² En prognose baseret på en række forudsætninger, herunder forventning til den fremtidige produktion af kandidater i medicin, ind- og udvandring, kandidatalder, overgange til dimensionerede speciallægeforløb samt forventninger til udvikling i køns- og aldersfordeling såvel som til afgang fra arbejdsmarkedet (herunder pension, orlov og død).

undersøgelsen på speciallæger i almen medicin, ansat i almenmedicinske tilbud, som har valgt at arbejde i et lægedækningstruet område i en deltidsansættelse, men til en fuldtidsløn. For denne gruppe er det kombinationen af arbejdsforhold og økonomiske incitamenter, der er attraktiv.

For nogen speciallæger i almen medicin beskrives arbejdet i områder præget af en population med komplekse sygdomsbilleder og stort behov for almenmedicinsk lægehjælp som fagligt attraktivt. Arbejdspresset kan imidlertid også blive for stort, og det medvirker til, at nogle alligevel vælger disse områder fra. Der er et sammenfald mellem lægedækningstruede områder og områder, hvor befolkningen er karakteriseret ved et stort behov for almenmedicinsk lægehjælp. Det har man allerede forsøgt at tage højde for, fx ved et differentieret basishonorar³ og delpraksisordninger⁴, men der efterspørges tiltag, der fx giver permanent mulighed for et lavere patientantal pr. læge i denne type område.

³ Differentieret basishonorar er en del af overenskomstaftalen mellem PLO og Danske Regioner fra 2018. Ifølge denne aftale er der afsat i alt 60 mio. kr. om året til differentieret basishonorar, som skal fordeles efter patienttyngde (vurderes efter køn, alder og sygelighed) og efter, om den enkelte praksis ligger i et lægedækningstruet område (fastsættes af de enkelte regioner for en 3-årig periode).

⁴ Delepraksisordningen giver praktiserende læger mulighed for at dele en lægekapacitet, fx i lægedækningstruede områder. Muligheden for delepraksis i lægedækningstruede områder tildeles for en 6-årig periode.

Fakta om undersøgelsen

Undersøgelsen er baseret på en kvalitativ interviewundersøgelse og en overbliksskabende gennemgang af eksisterende opgørelser af populationen af speciallæger.

Den kvalitative interviewundersøgelse inkluderer 29 interviews med speciallæger i medicin, som enten ejer egen praksis, er ansat i forskellige almenmedicinske tilbud eller er beskæftiget uden for almen praksis. Der er i undersøgelsen fokus på yngre speciallæger i almen medicin, som her er defineret som læger, der har færdiggjort deres speciallægeuddannelse inden for de seneste 5 år.

Interviewmaterialet er ikke udtømmende i forhold til at beskrive mulige karriereveje for speciallæger i almen medicin og afspejler ikke den kvantitative fordeling af beskæftigelsen blandt speciallæger i almen medicin på landsplan. Interviewene giver til gengæld et dybt kvalitativt indblik i de faktorer, som har bidraget til forskellige valg blandt de interviewede læger.

Det kvantitative overblik over populationen af speciallæger i almen praksis er baseret på en gennemgang og sammenstilling af eksisterende opgørelser og prognoser vedrørende udviklingen i speciallæger, deres beskæftigelse, aldersfordeling m.m.

Undersøgelsen har været afgrænset til speciallæger i almen medicin, som er godt i gang med deres karriere og allerede har truffet en række valg af betydning for deres nuværende og fremtidige arbejdsliv. De har truffet disse valg med udgangspunkt i de på det tidspunkt gældende, organisatoriske, styringsmæssige og samfundsmæssige rammer. Det er ikke givet, at kommende speciallæger i almen medicin er drevet af samme motivation eller reagerer på samme måde på de faktorer, som er fremhævet i denne undersøgelse.

1 Indledning

Udviklingen i det danske sundhedsvæsen har i de seneste 20 år gået mod øget specialisering og centralisering med henblik på at sikre størst mulig kvalitet i de ydelser, der leveres. Nye politiske vinde blæser imidlertid i disse år med ønsket om en styrkelse af det nære sundhedsvæsen, hvor behandling foregår tættere på borgernes eget hjem. I styrkelsen af det nære sundhedsvæsen tilskrives almen praksis en afgørende rolle. I foråret 2022 indgik den daværende regering en bred aftale med de øvrige partier i Folketinget om en sundhedsreform, der bl.a. har fokus på lægedækningen i almen praksis. Her fremgår en målsætning om, at der i 2035 skal være mindst 6.500 speciallæger i almen medicin med henblik på at øge rekrutteringsgrundlaget og dermed dække behovet for almen lægehjælp (Sundhedsministeriet 2022).

Den typiske organisationsmodel i almen praksis er ejermodellen, hvor en speciallæge i almen medicin ejer egen eller en andel af en praksis. I de seneste år er der imidlertid etableret andre rammer for lægers ansættelse i almen praksis. I 2021 blev der indgået en overenskomst for ansættelse i almen praksis, og desuden er nye organisationsformer⁵ vundet frem, hvor læger kan være ansat til lægefagligt arbejde uden at have det ledelsesmæssige eller administrative ansvar for organisering og drift af den enkelte praksis. Der er altså mulighed for, at speciallæger i almen medicin kan forme en karrierevej på forskellige måder, som langt overvejende – men ikke altid – fører til permanent tilknytning til almen praksis. Selvom speciallægeuddannelsen i almen medicin er målrettet et virke i almen praksis, så er der tale om en faglighed, som også er anvendelig og efterspurgt i andre sektorer. Opgørelser bl.a. fra PLO viser, at ca. 85 % uddannede speciallæger i almen medicin arbejder i almen praksis, hvor den resterende gruppe (ca. 15 %) er beskæftiget uden for almen praksis, fx på hospitaler, i administration eller forskningsarbejder (PLO 2018). Det er aldrig undersøgt i en dansk kontekst, hvor denne gruppe af speciallæger i almen medicin samt dem, der vælger forskellige former for ansættelser, stiller sig i forhold til et fremtidigt virke i almen praksis, og dermed hvordan de indgår i det rekrutteringsgrundlag, som skal modvirke lægedækningsudfordringer i fremtiden.

Spørgsmålet om lægedækning vedrører ikke bare, hvor mange der vælger beskæftigelse i almen praksis, men også hvor i landet speciallæger i almen medicin i givet fald vælger at nedsætte sig som praktiserende læge. I den nuværende situation er flere områder i Danmark defineret som lægedækningstruede (Lægeforeningen 2023a), og der er en klar tendens til, at disse områder ligger i udkantsområder langt fra de store byer.

⁵ Henholdsvis klinikker drevet af regionerne (regionsklinikker og licensklinikker) og klinikker drevet af – eller i samarbejde med – private udbydere (udbuds- og partnerskabsklinikker).

1.1 Undersøgelsens formål

Denne undersøgelses formål er at give en øget forståelse for de overvejelser, der ligger til grund for forskellige karrierevalg- og veje blandt nyuddannede speciallæger i almen medicin. Herunder er der fokus på:

- Faktorer af betydning for valget af en karriere uden for almen praksis
- Faktorer af betydning for valget af en karriere i almen praksis, herunder både som ansat speciallæge og ejer af egen praksis
- Faktorer af betydning for, hvor i landet speciallæger i almen medicin søger beskæftigelse.

Undersøgelsen er rekvireret af Indenrigs- og Sundhedsministeriet (tidl. Sundhedsministeriet) og udgør et af flere vidensbidrag til den overordnede politiske ambition om at tiltrække og fastholde flere læger i almen praksis. Undersøgelsens fund og anbefalinger er således primært rettet mod politikere og embedsværk på nationalt niveau, men vil også være relevante for andre aktører, fx på regionalt niveau, der beskæftiger sig med at udvikle og understøtte almen praksis.

1.1.1 Afgrænsning

Denne undersøgelse har haft et specifikt fokus på nyuddannede speciallæger i almen medicin, som har valgt eller står over for at vælge en karriere i eller uden for almen praksis. Formålet har været at opnå en større forståelse for, hvad der ligger bag forskellige karrierevalg og -veje, og undersøgelsen giver herved indblik i nogle af de forhold, som både tiltrækker og skubber speciallæger i almen medicin væk fra almen praksis. Metodisk trækker undersøgelsen på interviews med 29 læger, der bidrager med hver deres personlige og dybdegående fortællinger om karrierevalg og -fravalg og giver et detaljeret billede af individuelle præferencer samt organisatoriske og styringsmæssige forhold, der har haft betydning undervejs. Undersøgelsen kan til gengæld ikke bruges til at afgøre, hvor udbredt specifikke præferencer er, eller hvordan forskellige årsager til valg og fravalg vægtes mod hinanden.

Eftersom undersøgelsens primære fokus har været relateret til de valg, der træffes i årene efter endt speciallægeuddannelse, bidrager undersøgelsen kun med begrænsede indsigter i, hvad der betyder noget for interessen for det almenmedicinske speciale tidligt i lægernes uddannelsesforløb (før KBU), og hvad der i den tidlige del af uddannelsesforløbet kan få betydning for, at de bliver i almen praksis på sigt. Samtidig er der de seneste år sket en udvikling både i organisationsformer og ansættelsesmuligheder, som potentielt tilbyder

en bredere palette af muligheder for måden, man kan arbejde inden for det almenmedicinske område. Hvordan denne endnu nye udvikling præger kommende lægers lyst til at vælge det almenmedicinske speciale til og deres egne samt omgivelsernes forventninger til, hvad det vil sige at være praktiserende læge, kan denne undersøgelse ikke belyse.

Boks 1.1 Data og metode

Kvalitativ interviewundersøgelse af overvejelser og begrundelser bag forskellige karriereveje

Den kvalitative undersøgelse er baseret på 29 interviews med speciallæger i medicin, som enten ejer egen praksis, er ansat i almen praksis eller er beskæftiget uden for almen praksis. Der er i undersøgelsen fokus på nyuddannede speciallæger i almen medicin, som her er defineret som læger, der har færdiggjort deres speciallægeuddannelse inden for de seneste ca. 5 år.

Interviewpersonerne er ikke udvalgt med henblik på repræsentativitet i forhold til den samlede population af speciallæger i almen medicin. Der er derimod lagt vægt på, at de læger, der deltager i interviews, repræsenterer forskellige karriereveje og -valg og jf. undersøgelsen formål særligt repræsenterer speciallæger i almen medicin, som midlertidigt eller permanent har valgt ansættelse i eller uden for almen praksis. Der er derfor i denne undersøgelse relativt flere speciallæger i almen medicin, der er ansat og har en karriere uden for almen praksis, end i den samlede population af speciallæger.

Kvantitativt overblik over populationen af speciallæger i almen medicin

Den kvantitative undersøgelse af populationen af speciallæger i almen praksis er baseret på en gennemgang og sammenstilling af eksisterende opgørelser og prognoser vedrørende udviklingen i speciallæger, deres beskæftigelse, aldersfordeling m.m. Her er ikke foretaget nye analyser, da formålet alene var at sammenholde og skabe overblik over eksisterende opgørelser og prognoser.

Undersøgelsens metode og datamateriale er beskrevet i detaljer i kapitel 7.

1.2 Læsevejledning

Rapporten er bygget op på følgende måde:

Kapitel 2 gennemgår de overordnede rammer for speciallægeuddannelsen i almen medicin samt beskæftigelsesmulighederne relateret til det almenmedicinske område efter endt speciallægeuddannelse.

Kapitel 3 beskriver udviklingen af arbejdsstyrken i almen praksis nu og i fremtiden ved hjælp af tilgængelige opgørelser af og prognoser for antallet af speciallæger i almen medicin. I kapitlet indgår desuden en oversigt over den nuværende beskæftigelse i almen medicin.

Kapitel 4 gennemgår analysen af overvejelser og begrundelser bag valg af forskellige karriereveje blandt de interviewede speciallæger i almen medicin, herunder beslutningen om at blive klinikejer, at være ansat i forskellige almenmedicinske tilbud og fravalget af almen praksis.

Kapitel 5 opsummerer og konkluderer på den samlede undersøgelse

Kapitel 6 uddyber det metodiske og empiriske grundlag.

2 Uddannelse og arbejde på det almenmedicinske område

Dette kapitels formål er at skabe et overblik over de grundlæggende rammer for speciallægeuddannelsen i almen medicin og sidenhen de forskellige muligheder for et virke inden for det almenmedicinske område.

Speciallægeuddannelsen i almen medicin giver også mulighed for beskæftigelse andre steder i og uden for sundhedsvæsenet. Disse muligheder behandles ikke i dette afsnit, men er opgjort i afsnit 3.1.

Beskæftigelse i eller uden for almen praksis – en afgrænsning

I det følgende skelnes der mellem speciallæger i almen medicin, der er beskæftiget i eller uden for almen praksis, på følgende måde:

Inden for almen praksis:

- *Ejer af egen praksis*, dvs. den 'klassiske model', hvor en eller flere læger både ejer og praktiserer som alment praktiserende læge. I det følgende refererer vi til denne type praksis som *PLO-klinikker*.
- *Ansæt i PLO-klinikker*, dvs. ansat i en praksis efter den klassiske model.
- *Ansæt i andre former for almenmedicinske tilbud*, dvs. ansatte i hhv. regions- og licensklinikker og udbuds- og partnerskabsklinikker.

Uden for almen praksis

- Ansat på fx hospital, kommune, administration eller lignende, dvs. et andet sted end i et almenmedicinsk tilbud.

2.1 Speciallægeuddannelsen i almen medicin

Speciallægeuddannelsen i almen medicin forudsætter en kandidateksamen i medicin samt den kliniske basisuddannelse (KBU). KBU er første led i den læ-

gelige videreuddannelse og skal gennemføres af alle læger for at opnå tilladelse til selvstændigt virke. **KBU-forløbet** består af en 12 måneders ansættelse som reservelæge og skal inkludere tilknytning til to specialer a seks måneders varighed. De første seks måneder skal foregå på en hospitalsafdeling, hvorimod sidste halvdel af KBU-forløbet kan finde sted i almen praksis (Retsinformation 2007; Sundhedsstyrelsen 2023).

Efter KBU-forløbet kan lægerne ansøge om en **introduktionsstilling**, inden for et af de lægelige specialer, herunder bl.a. almen medicin. Formålet er at blive introduceret til specialet og afprøve, om det er det rette speciale, og derudover kan introduktionsstillingen være adgangsgivende til et hoveduddannelsesforløb.

Hoveduddannelsen i almen medicin består af tre faser, der både foregår i almen praksis og på forskellige hospitalsafdelinger:

- Fase 1: 6 måneder i almen praksis + 30 måneder på forskellige hospitalsafdelinger
- Fase 2: 6 måneder i almen praksis
- Fase 3: 12 måneder i almen praksis.

Lægens praksisophold skal finde sted ved en godkendt uddannelsespraksis. Under fase 1 og 2 er det tilladt, at lægen er tilknyttet samme praksis. Denne praksis kan være den samme, som lægen har været i under KBU-forløbet og i introduktionsstilling. I fase 3 skal praksisopholdet finde sted i en ny praksis.

Læger, der ønsker en hoveduddannelsesstilling i almen medicin, ansøger om forløb, der har sit udspring i en af de tre videreuddannelsesregioner Nord, Syd og Øst. Nord dækker region Nordjylland og Midtjylland med hovedkontor og kurser udbudt fra Århus. Syd dækker Region Syddanmark med hovedkontor og kurser udbudt fra Odense. Øst dækker Region Sjælland og Region Hovedstaden med hovedkontor og kurser udbudt fra København. Hver videreuddannelsesregion fordeler de dimensionerede hoveduddannelsesforløb inden for deres politiske regioner, som herefter tilrettelægger, opslår og besætter disse forløb. Typisk er forløbene forankret omkring et større sygehus (akutsygehuse), men er det ikke i alle tilfælde.

Når alle uddannelseskrav kan dokumenteres opfyldt, kan lægen søge Styrelsen for Patientsikkerhed om at få anerkendt speciallægeuddannelsen og blive autoriseret speciallæge i almen medicin (Styrelsen for patientsikkerhed 2023; Retsinformation 2019).

2.2 Ejer- og ansættelsesformer i almen praksis

Efter endt speciallægeuddannelse og erhvervelse af autorisation som speciallæge i almen medicin er det muligt at købe egen praksis i en af de ejerformer, der fremgår af boks 2.1. Der ses generelt en udvikling mod færre solopraksisser, idet nyuddannede speciallæger i almen medicin foretrækker praksisformer med mulighed for faglig sparring og delt ansvar for ledelse og drift af praksis (PLO 2020b).

Boks 2.1 Ejerformer i almen praksis

Kompagniskabspraksis: Ejes af to eller flere læger. De har hermed fælles patientkreds, økonomi, lokaler og personale. Praksis kan enten ejes personligt eller via et selskab.

Solopraksis: En læge, der ejer en praksis alene. Hverken patienter eller økonomi deles med andre.

Samarbejdspraksis: Et samarbejde mellem to eller flere enkeltstående solopraksisser eller kompagniskabspraksisser. Patienter og indtægter holdes separat, men lokaler, udstyr, personale og udgifter hertil deles.

Delepraksis: En delepraksis er et kompagniskab, hvor der er flere læger end lægekapaciteter (se definition i Hovedresultater og afsnit 3.1). Tilladelse til at oprette en delepraksis kræver, at man enten har nedsat sig i et lægedækningstruet område, eller gives ved særlige personlige årsager, fx helbredsmæssige. Endelig kan praktiserende læger, der har andre faglige funktioner (fx undervisning) min. 10 timer pr. uge, søge om mulighed for at oprette delepraksis. Tilladelsen er personlig og kan derfor ikke overdrages ved salg. Derudover er ordningen knyttet til de forhold, som begrunder tilladelsen til delepraksis (personlige årsager eller andre funktioner), og bortfalder, hvis der ændringer heri. Delepraksisordninger i lægedækningstruede områder er midlertidig og skal genforhandles efter 6 år.

Undersøgelser foretaget af Yngre Læger og PLO peger på, at mange læger under hoveduddannelse i almen medicin anser ansættelse i almen praksis som en attraktiv mulighed, særligt i starten af deres karriere (PLO 2020a; Yngre Læger 2018). Der eksisterer forskellige muligheder for ansættelse (se boks 2.2), og der er sket en udvikling både i overenskomstmæssige rammer og i

indførelsen af forskellige organisationsformer, som har bidraget til flere muligheder for ansættelse.

Muligheden for ansættelse i PLO-klinikker er ikke ny, men fra 2021 kan ansættelser ske med udgangspunkt i en overenskomst mellem Praktiserende Lægers Arbejdsgiverforening og Yngre Læger (PLO 2021). Denne overenskomst fastsætter bl.a. lønniveauer og barselsvilkår – forhold, som tidligere har været bestemt af individuelle aftaler mellem den enkelte arbejdsgiver og -modtager. Som en reaktion på lægemanglen i nogle dele af landet er der i de seneste 10 år også udviklet en række praksisformer, som giver mulighed for at arbejde inden for det almenmedicinske område, men uden for de traditionelle PLO-klinikker. Regionsklinikker, som drives af regionerne selv, og udbudsklinikker, som drives af private aktører på baggrund af et regionalt udbud, er eksempler på denne udvikling.

Ansættelse i PLO-klinikker

- Vikaransættelse, hvor man erstatter den faste læge. Vikar og fast læge må som udgangspunkt ikke være til stede i praksis samtidig
- Fastansættelse i ledig kapacitet (§ 24-ansættelse). Denne type ansættelse kan være en del af processen mod at købe sig ind i en praksis.

Andre ansættelsesformer i almenmedicinske tilbud

- Ansat i regionsklinik: Regionen kan vælge at oprette en regionsklinik med henblik på at sikre lægedækning. Regionsklinikker er lægehuse drevet af regionen. Praksistypen var i 2014 mest anvendt i Region Nordjylland og Region Sjælland, hvor lægemanglen også er størst. Muligheden for etablering af regionsklinik har eksisteret siden 2011.
- Ansat i Udbudsklinik: I 2014 gjorde man det muligt at danne udbudsklinikker, hvor private udbydere kan overtage ydernumre i tilfælde af, at ingen praktiserende læger ønsker at overtage. Regionen skal som hovedregel sende en praksis i privat udbud, hvis der ikke er speciallæger i almen medicin, der ønsker at overtage.
- Ansat i Partnerskabsklinik: Både regionsklinikker og udbudsklinikker er midlertidige ordninger, der skal genforhandles efter en årrække. En speciallæge i almen medicin ejer ydernummeret, men indgår et partnerskab med en tredjepart, der står for enten hele eller dele af arbejdet med lægeklinikken (Melbye 2020).

2.3 Nye praksisformer som svar på lægedækningsudfordringer

Lægedækningsudfordringer har også medført, at der er opstået andre praksisformer end dem, der er gennemgået i de forgående afsnit. Disse praksisformer repræsenterer forsøg på at skabe mere fleksible måder at drive praksis på, hvor lægen ikke på samme måde som i solo-, kompagniskabs, samarbejds- og delepraksis er bundet økonomisk og geografisk.

Boks 2.3 Nye organiseringsformer med henblik på at imødekomme lægedækningsudfordringer

- **Licensklinik:** Drives efter aftale med regionen, og ved at regionen kan stille lokaler, udstyr, klinikpersonale og administration til rådighed for den alment praktiserende læge. Lægen betaler til gengæld et beløb til regionen for omkostningerne til husleje, drift og aflønning af personale mv. Aftalen garanterer, at lægen kan overtage driften af klinikken på almindelige vilkår, dvs. at lægen kan købe klinikken af regionen, hvis lægen har lyst til det. Der er ingen tidsbegrænsning for, hvor længe lægen kan drive en licensklinik udover eventuel aftale med regionen.
- **Satellitklinik:** Oprettelse af en afdeling af en eksisterende klinik, dvs. en ekstra konsultation. Det betyder, at lægen ud over at være i sin faste klinik kan være nogle dage om ugen på en anden geografisk beliggenhed. Det indebærer dermed ikke, at lægen skal købe et nyt ydernummer, og på den måde kan lægerne selv være med til at bestemme åbningstiden, således at klinikken fx kan være bemandet tre dage om ugen.

3 Udviklingen i arbejdsstyrken

Formålet med dette kapitel er at fremstille et samlet overblik over den tilgængelige viden om udviklingen i populationen af speciallæger i almen medicin med fokus på udfordringer med lægedækning i nogle områder, alderssammensætning og valg af beskæftigelse i og uden for almen praksis.

3.1 Antal af og beskæftigelse blandt speciallæger i almen medicin: historisk udvikling

Sundhedsdatastyrelsen (SDS) og PLO har bidraget til projektet med opdaterede tal for arbejdsstyrken af speciallæger i almen medicin, inklusiv tal for beskæftigelse uden for almen praksis. I dette delkapitel fremstiller og sammenholder vi disse tal, såvel som tidligere publicerede tal, for udviklingen i arbejdsstyrken og beskæftigelsen.

Boks 3.1 Centrale begreber i den kvantitative gennemgang af arbejdsstyrken

Alment praktiserende læge

- En alment praktiserende læge er her defineret som en speciallæge i almen medicin, der arbejder i almen praksis. Medmindre andet er angivet, taler vi om unikke personer – dvs. at der kan arbejde flere i samme praksis, og at en alment praktiserende læge kan arbejde både mere og mindre end 37 timer om ugen.

Almen praksis lægekapaciteter

- En kapacitet i almen praksis er en administrativ enhed, der svarer til en varetagelse af ca. 1.600 tilmeldte gruppe-1-sikrede borgere. Kapaciteter benyttes til at styre udbuddet af sundhedsydelse under sygesikringen, så det svarer til efterspørgslen (antallet af borgere). En almen praksis-klinik kan godt have flere kapaciteter, hvis der er flere læger tilknyttet. Omvendt følger antallet af kapaciteter ikke nødvendigvis antallet af læger, der arbejder i klinikken, da der kan være flere om at dække én kapacitet (Sundhedsdatastyrelsen 2022d).
- PLO opgør generelt antal praktiserende læger som kapaciteter, defineret som antal praktiserende læger, der dækker en kapacitet (Praktiserende Lægers Organisation 2022a).

3.1.1 Speciallæger i almen medicin og beskæftigelse i almen praksis

Sundhedsdatastyrelsen har opgjort antallet af speciallæger i almen medicin på basis af Bevægelsesregisteret (Sundhedsdatastyrelsen, n.d.) til at være 4.942 i 2020 (Tabel 3.1). I 2020 var lidt over halvdelen af disse kvinder (54 %), og kvinderne var lidt yngre end mændene, med en gennemsnitsalder på 51 år sammenlignet med 58 år for mændene. Antallet af speciallæger i almen medicin er på landsplan steget med ca. 250 fra 2010 til 2020, der dog dækker over et faldende antal i Region Sjælland.

Tabel 3.1 Antal speciallæger i almen medicin

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Danmark	4.689	4.737	4.771	4.809	4.840	4.898	4.892	4.928	4.948	4.951	4.942
Region Nordjylland	442	439	437	435	443	436	437	438	433	435	439
Region Midtjylland	1.108	1.121	1.134	1.139	1.136	1.158	1.134	1.160	1.170	1.168	1.177
Region Syddanmark	1.047	1.068	1.067	1.083	1.088	1.095	1.088	1.119	1.120	1.125	1.112
Region Hovedstaden	1.433	1.458	1.484	1.488	1.499	1.527	1.571	1.544	1.571	1.581	1.582
Region Sjælland	659	651	649	664	674	682	662	667	654	642	632

Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Bevægelsesregisteret 2020, Sundhedsdatastyrelsen.

Afhængig af opgørelsesmetoden opnås der lidt forskellige tal for antallet af alment praktiserende læger. I Bevægelsesregisteret opgøres andelen af alment praktiserende læger til 4.186 personer i 2020 (tabel 3.2). Der har fra 2010 til 2020 været en stigning på ca. 240 alment praktiserende læger på landsplan, igen dækkende over et fald i Region Sjælland. Hvis tal for speciallæger i almen medicins beskæftigelse i almen praksis i stedet baseres på en kobling mellem Bevægelsesregisteret og Yderregisteret, er antallet en anelse lavere; nemlig 4.126 (baseret på tal fra Bevægelsesregisteret 2020 og Yderregisteret, Sundhedsdatastyrelsen, se (Sundhedsdatastyrelsen 2022a) for tidligere publicerede tal med denne afgrænsning)⁶. Antallet af alment praktiserende læger dækker over både private og offentlige læger samt forskellige former for ansættelser i almen praksis, herunder fx vikarer og vagtlæger (Sundhedsstyrelsen 2022a).

⁶ Forskellige opgørelser giver visse afvigelser i forhold til at opgøre antal alment praktiserende læger. Dette skyldes dels, at der kan være forskellige definitioner på en alment praktiserende læge (fx antal unikke personer vs. kapacitet eller beregnet fuldtidsbeskæftiget), og dels at der kan være forskellige datakilder såvel som tekniske udfordringer i forhold til koblingen mellem datakilder (3).

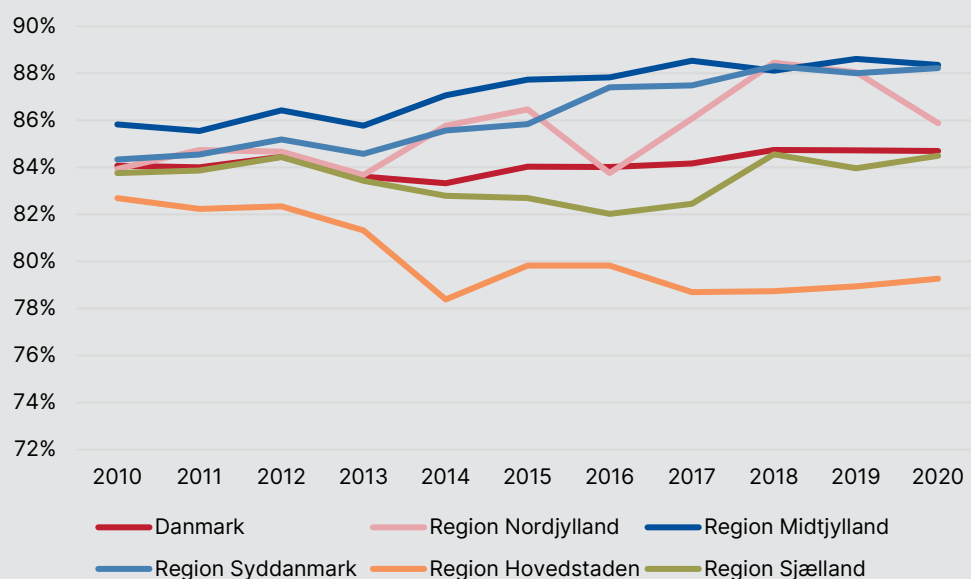
Tabel 3.2 Antal alment praktiserende læger

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Danmark	3.942	3.979	4.029	4.021	4.033	4.116	4.110	4.148	4.193	4.195	4.186
Region Nordjylland	371	372	370	364	380	377	366	377	383	383	377
Region Midtjylland	951	959	980	977	989	1.016	996	1.027	1.031	1.035	1.040
Region Syddanmark	883	903	909	916	931	940	951	979	989	990	981
Region Hovedstaden	1.185	1.199	1.222	1.210	1.175	1.219	1.254	1.215	1.237	1.248	1.254
Region Sjælland	552	546	548	554	558	564	543	550	553	539	534

Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Bevægelsesregisteret 2020, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 3.1 viser, at andelen af speciallæger i almen medicin beskæftiget i almen praksis har været konstant i perioden fra 2010 til 2020 på nationalt plan – ca. 85 %. Der er dog en vis regional variation i andelen og i udviklingen i andele, med en tendens til øget variation regionerne imellem over perioden 2010-2020. Der er størst stigning i og flest almen medicinere, der arbejder uden for almen praksis i Region Hovedstaden. Den laveste andel, der arbejder uden for almen praksis, findes i Region Midtjylland og Syddanmark. Dette er forventeligt, da der i Region Hovedstaden er det største antal af alternativer til beskæftigelse i fx industrien. Denne udvikling er til gengæld formentlig medvirkende til, at der særligt ses lægedækningsudfordringer i Region Sjælland (se afsnit 3.2), idet Region Hovedstadens speciallæger i almen medicin kan finde anden beskæftigelse inden for regionen, hvis der ikke er ledige kapaciteter at købe.

Figur 3.1 **Udvikling i andel speciallæger i almen medicin, der arbejder i almen praksis. Fordelt på regioner, 2010-2020**



Anm.: Opgjort som andel, der arbejder i privat almen praksis, dvs. at regions- og udbudsklinikker ikke indgår.

Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Bevægelsesregisteret 2020, Sundhedsdatastyrelsen. For registerdokumentation se (Sundhedsdatastyrelsen 2020).

Der er altså lige over fire tusind speciallæger i almen medicin beskæftiget i almen praksis (uafhængig af opgørelsesmetode). Disse tal kan dog dække over forskellige beskæftigelsesgrader, og ikke alle disse læger udfylder en hel kapacitet som alment praktiserende læge, dvs. en kapacitet til at kunne varetage ca. 1.600 tilmeldte borgere (Sundhedsdatastyrelsen 2022d). Bl.a. derfor kommer fx PLO frem til et væsentligt lavere antal, når de opgør antallet af alment praktiserende læger, som antallet af praktiserende læger, der dækker en kapacitet. Der er aktuelt (2022) omkring 3.500 almen praksis lægekapaciteter i Danmark, og antallet har været nogenlunde konstant siden 2015.

Forholdet mellem antallet af speciallæger, alment praktiserende læger og lægekapaciteter har også været nogenlunde konstant i perioden 2015-2020. Således er der omkring 1,4 speciallæger i almen medicin pr. lægekapacitet, og 1,2 alment praktiserende læger pr. lægekapacitet i 2015-2020.

Tabel 3.3 Forhold mellem antal af speciallæger i almen medicin, alment praktiserende læger og almen praksis lægekapaciteter

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Antal speciallæger i almen medicin ^a	4.898	4.892	4.928	4.948	4.951	4.942	-	-
Antal læger i almen praksis ^b	4.116	4.110	4.148	4.193	4.195	4.186	-	-
Antal lægekapaciteter ^c	3.491	3.477	3.463	3.480	3.490	3.515	3.554	3.538
Antal speciallæger i almen medicin pr. kapacitet	1,40	1,41	1,42	1,42	1,42	1,41	-	-
Antal alment praktiserende læger pr. kapacitet	1,18	1,18	1,20	1,20	1,20	1,19	-	-

Anm.: Der findes kun tal for antallet af lægekapaciteter frem til 2022.

Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Sundhedsdatastyrelsen:

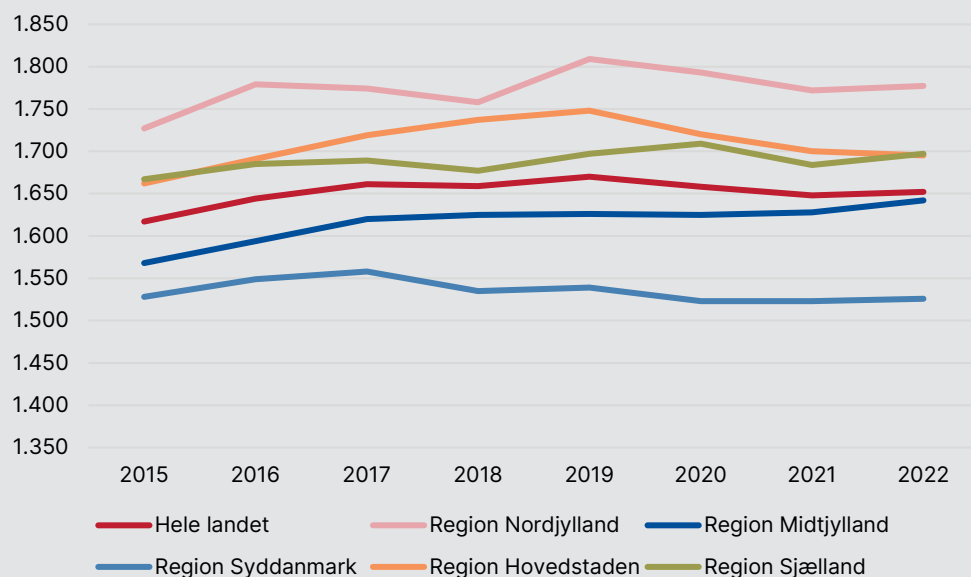
a) Bevægelsesregisteret 2020, Sundhedsdatastyrelsen.

b) Bevægelsesregisteret 2020, Sundhedsdatastyrelsen.

c) Årlige gennemsnit på basis af tal offentliggjort på eSundhed.dk (Sundhedsdatastyrelsen 2022b) med følgende note: "En lægekapacitet defineres på baggrund af den måde, det opgøres på i yderregisteret, som en administrativ enhed, der anvendes til at regulere udbuddet af almenmedicinske ydelser under sygesikringen. Ifølge overenskomsten om almen praksis skal en kapacitet i udgangspunktet kunne varetage ca. 1.600 tilmeldte gruppe 1-sikrede personer." (Sundhedsdatastyrelsen 2022d)

Tallene i Tabel 3.3 viser, at forholdet mellem antallet af speciallæger i almen medicin, alment praktiserende læger og lægekapaciteter har været ret stabilt, da der har været mindre stigninger i alle. I samme periode har der dog været en befolkningsvækst. Fra 2015-2020 voksede den danske befolkning med 3,8 %, svarende til ca. 210.000 personer (Danmarks Statistik 2023b). Befolkningsvæksten har dermed været større end væksten af lægekapaciteter på 1,3 %. Antallet af tilmeldte patienter pr. lægekapacitet er derfor også steget i perioden (se Figur 3.2). I 2015 var der i gennemsnit 1.617 tilmeldte patienter pr. lægekapacitet, hvor der i 2022 var 1.652 – en vækst på 2,1 % (Tabel 3.3). I tillæg til, at der er kommet flere patienter pr. kapacitet, er patienterne også blevet ældre. Borgere over 80 år har ca. 2,5 gange så mange kontakter til almen praksis som en gennemsnitsborger (Hansen 2015). Andelen af borgere over 80 år udgjorde i 2015 4,2 %, hvor den i 2022 udgjorde 5 %. Dette svarer til, at antallet af borgere over 80 år er steget med 21,8 % fra 2015 til 2022. Derudover er aktiviteten på hospitalerne også steget markant, hvilket også påvirker aktiviteten i almen praksis.

Figur 3.2 Tilmeldte patienter pr. lægekapacitet



Anm.: Alle år er opgjort pr. 1. januar.

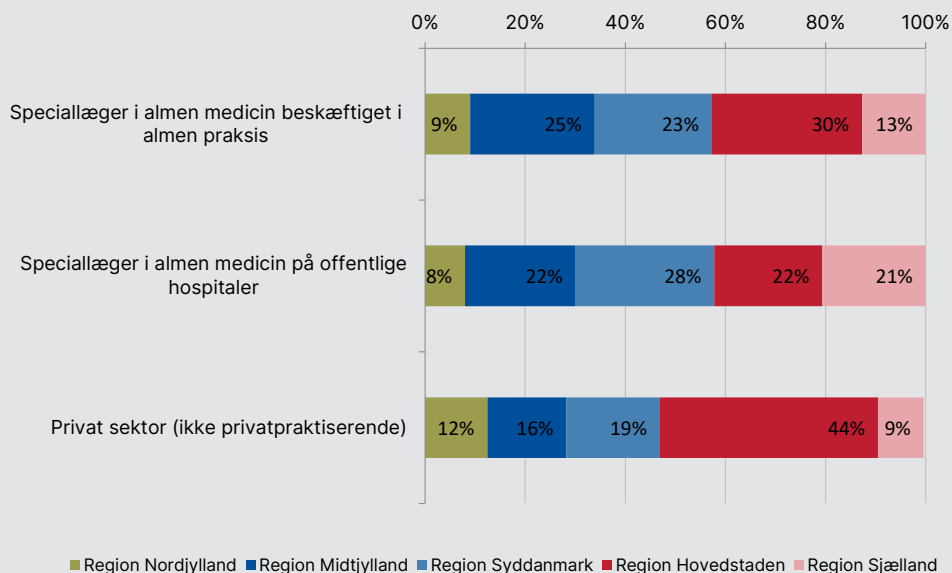
Kilde: Sundhedsdatastyrelsens nøgletal for almen praksis og tilmeldte patienter på eSundhed (Sundhedsdatastyrelsen 2022c)

3.1.2 Beskæftigelse uden for almen praksis

I Figur 3.1 ovenfor fremgår det, at andelen af almen medicinere, der arbejder i almen praksis på landsplan har været relativt konstant (ca. 84-85 %) fra 2010 til 2020. Figur 3.1 viser dog også, at der er regionale forskelle, og at udviklingen fra 2010-2020 samtidigt har varieret regionerne i mellem. Oplysninger om speciallægers arbejdssted kan findes i Bevægelsesregisteret. Figur 3.3. viser regionernes andele af speciallæger i almen medicin i almen praksis, på offentlige hospitaler og i den private sektor (ikke praktiserende). De fleste (44 %) af de speciallæger i almen medicin, der arbejder uden for almen praksis i den private sektor, arbejder i Region Hovedstaden, og færrest arbejder i Region Sjælland. Af de speciallæger i almen medicin, som er beskæftiget på hospital, arbejder en relativt stor del i Region Sjælland (21 %) sammenlignet med, at Region Sjælland kun har 13 % af de speciallæger, der er beskæftiget i almen praksis.

Figur 3.3 Regionernes andel af speciallæger i almen medicin beskæftiget på hospitaler og privat i 2020

Figuren viser den regionale fordeling af speciallæger i almen medicin beskæftiget på hhv. hospitaler og i den private sektor sammenlignet med den regionale fordeling af speciallæger i almen praksis.

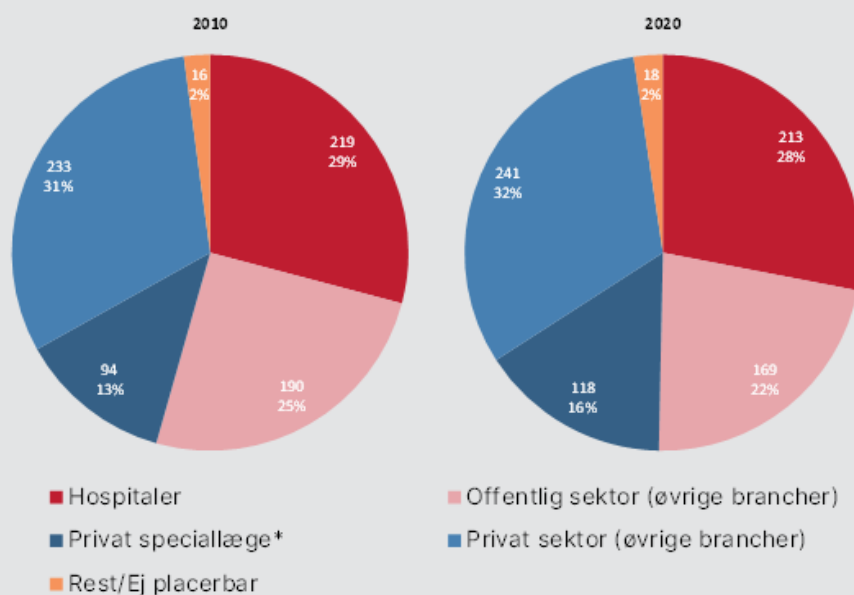


Anm.: Privat sektor kan dække over diverse brancher i den private sektor, men er ekskl. personer med angivet beskæftigelse som privatpraktiserende speciallæger.

Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Bevægelsesregisteret 2020, Sundhedsdatastyrelsen.

En stor del af de speciallæger i almen medicin, der ikke arbejder i almen praksis, arbejder i stedet på offentlige hospitaler. Figur 3.4 fremstiller fordelingen af beskæftigelse uden for almen praksis på basis af tal fra beskæftigelsesregisteret. Her ses et overordnet ens mønster i 2010 og 2020 med lige over halvdelen placeret på hospitaler eller i den øvrige offentlige sektor.

Figur 3.4 Type af beskæftigelse uden for almen praksis



Anm.: *Privat speciallæge, men ikke angivet som almen praksis.

Hospitaller dækker kun offentlige hospitaler

Note: N = 752 i 2010 og N = 759 i 2020.

Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Bevægelsesregisteret 2020, Sundhedsdatastyrelsen.

PLO laver også opgørelser over arbejdssted for deres medlemmer, og her ser fordelingen en smule anderledes ud. Lige over halvdelen grupperes som beskæftiget på hospitaler (Praktiserende Lægers Organisation 2018). Pga. de forskellige datakilder, der ligger til grund for opgørelserne kan man ikke forvente fuld overensstemmelse, men på tværs af opgørelserne kan det dog konkluderes, at en væsentlig andel (>200 personer) er beskæftiget på offentlige hospitaler.

3.2 Regionale udfordringer i fremtidens lægedækning

En række områder i Danmark er mere udfordrede end andre i forhold til at dække populationens lægebehov (Kommunernes Landsforening 2015). Disse egnsspecifikke problemer med lægedækning er bl.a. søgt imødekommet med indførelsen af differentieret basishonorar, der uddeles på baggrund af kriterier

for, hvorvidt et område vurderes lægedækningstruet, såvel som om patient-sammensætningen er forventet særligt ressourcekrævende (Danske Regioner 2018, n.d.).

I dette delkapitel ser vi på regionale udfordringer med hhv. aldersfordelingen blandt praksislæger, populationsaldring og udviklingen i ubesatte videreuddannelsesstillinger, som kan påvirke fremtidens rekruttering til almen praksis.

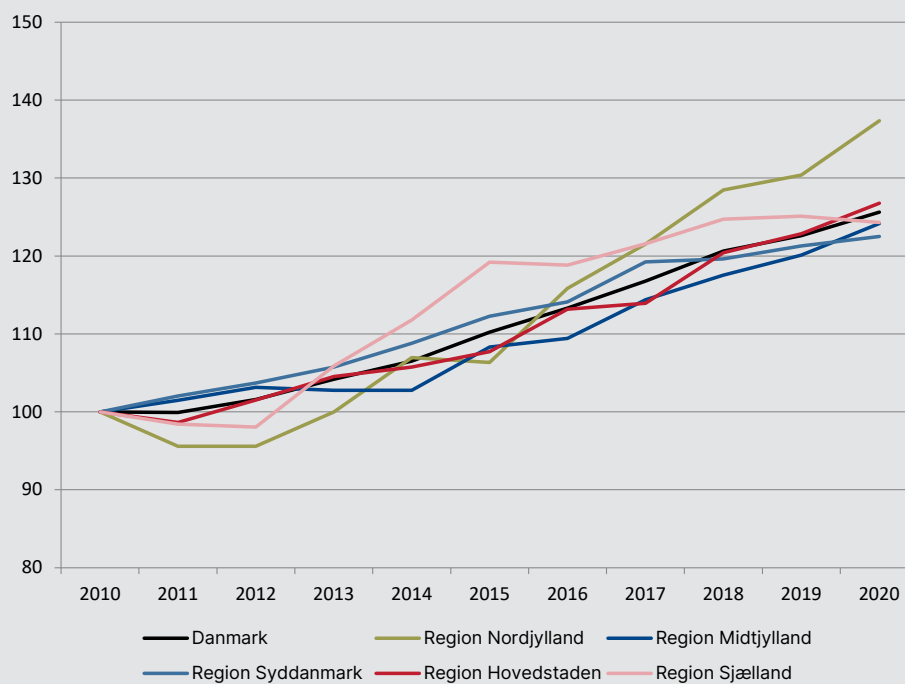
3.2.1 Aldersfordeling blandt praksislæger fordelt geografisk

Aldersfordelingen blandt alment praktiserende læger udgør en udfordring i forhold til fremtidig lægedækning – fx hvis en større andel af lægerne kan forventes at gå på pension i en relativt nær fremtid. Derudover kan en høj gennemsnitsalder blandt alment praktiserende læger være en indikation på nuværende udfordringer med lægemangel. En tidligere analyse foretaget af KL fandt således et sammenfald mellem højere andele af læger på 60 år eller derover og områder, der er udfordrede på lægedækning, fx udkantskommuner i Nord- og Vestjylland og Sydsjælland (Kommunernes Landsforening 2015).

I Figur 3.5 nedenfor ses imidlertid, at der generelt har været en stigning i antallet af yngre speciallæger i almen medicin (<55 år) i alle regioner i perioden 2010-2020. Faktisk er væksten siden 2010 størst i Region Nordjylland. Det er imidlertid også den region, der havde – og stadig har – den lavest andel af speciallæger i almen medicin under 55 (Figur 3.6). Samlet ses dog en vis konvergens i niveauet mellem regionerne over årtiet 2010-2020. Gennemsnitsalderen blandt alment praktiserende læger er også faldet. Tal fra PLO viser også, at gennemsnitsalderen blandt PLO-læger har været faldende siden 2011. I 2011 var gennemsnitsalderen blandt PLO-læger 53,7 år, hvor den i 2022 var 51,4 år (Praktiserende Lægers Organisation 2022b).

Figur 3.5 Udvikling i antal speciallæger i almen medicin under 55 år

Figuren viser den relative udvikling 2010-2020 i antallet af yngre speciallæger i almen medicin, 2010 = indeks 100

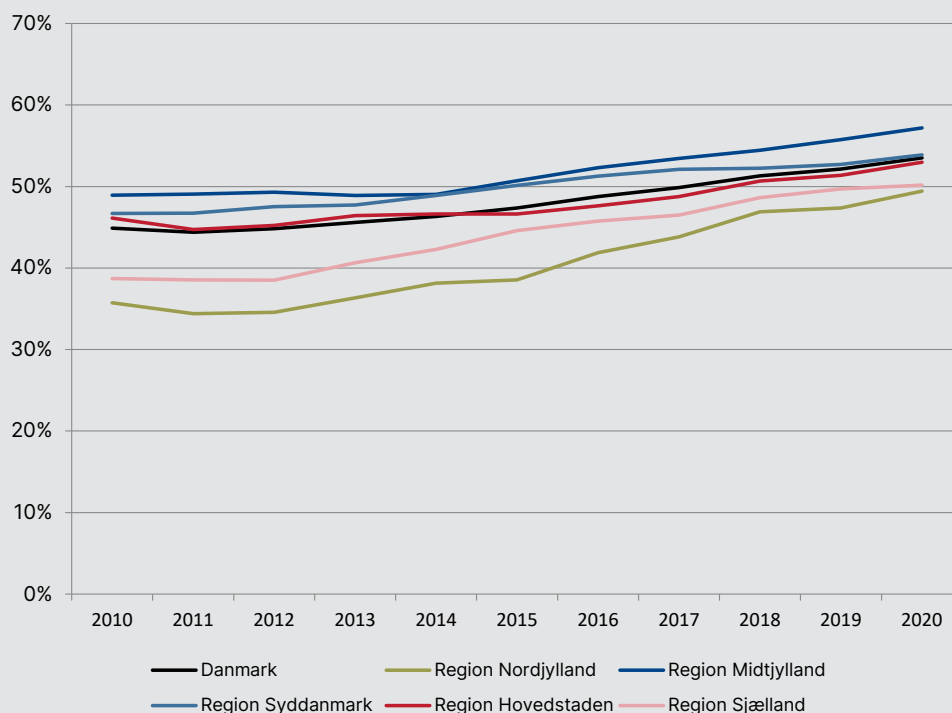


Note: I denne opgørelse indgår alle speciallæger i almen medicin med en angivet beskæftigelse, region og alder i Bevægelsesregisteret, i eller uden for almen praksis. Beskæftigelsesgraden behøver ikke være fuld tid, og der kan således fx indgå ældre læger med en relativt lav beskæftigelsesgrad.

Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Bevægelsesregisteret 2020, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 3.6 Yngre speciallægers andel af arbejdsstyrken 2010-2020

Figuren viser udviklingen i andelen af speciallæger i almen medicin, som er under 55 år, fordelt på de fem regioner.



Anm.: I denne opgørelse indgår alle speciallæger i almen medicin med en angivet beskæftigelse, region og alder i Bevægelsesregisteret, i eller uden for almen praksis. Beskæftigelsesgraden behøver ikke være fuld tid, og der kan således fx indgå ældre læger med en relativt lav beskæftigelsesgrad.

Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Bevægelsesregisteret 2020, Sundhedsdatastyrelsen.

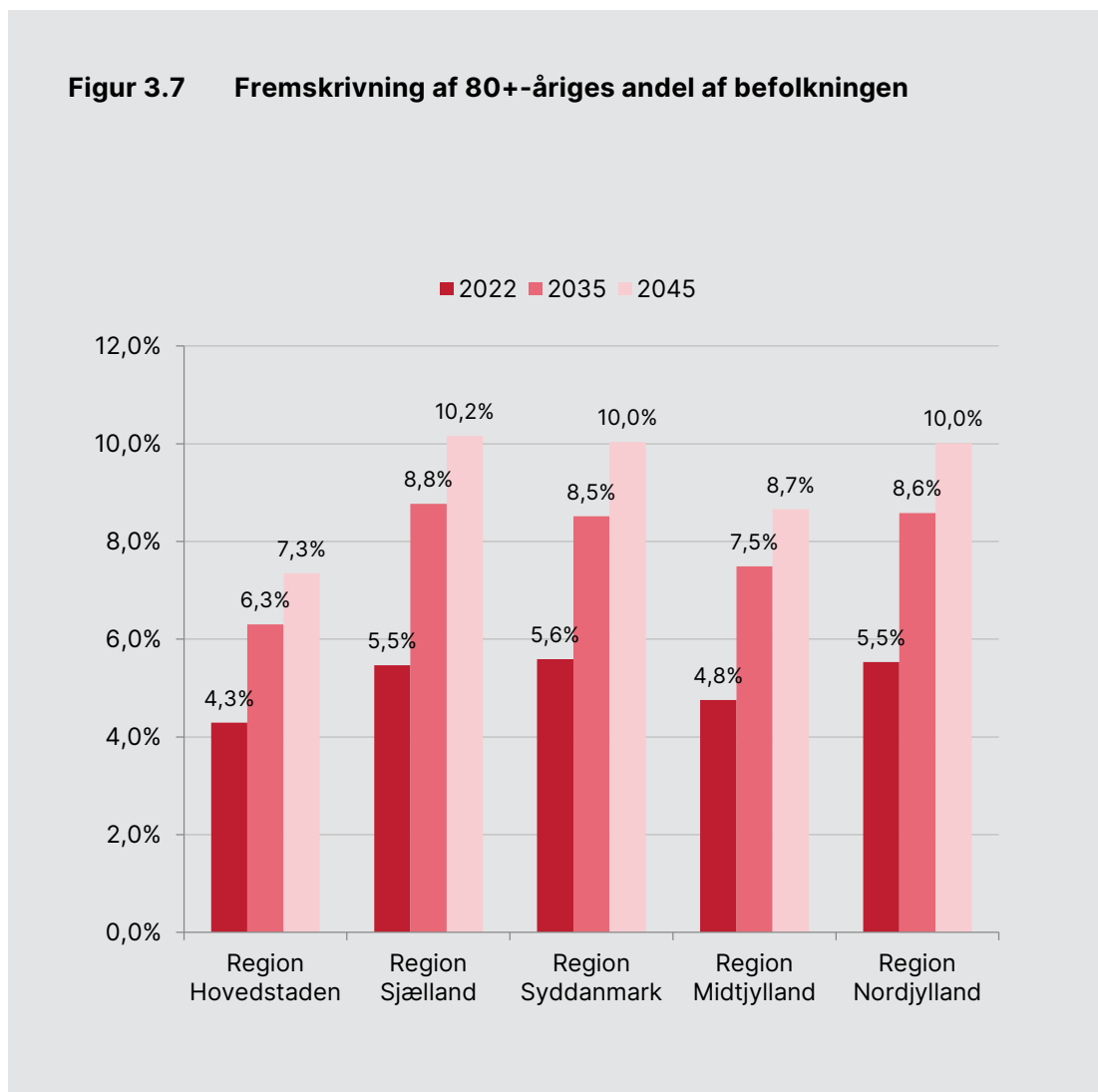
3.2.2 Kommende ældrebyrde fordelt geografisk

Befolkningens alderssammensætning kan også være en udfordring for fremtidens almen praksis, da de ældste borgere i gennemsnit benytter almen praksis i langt højere grad end yngre borgere (Sundheds- og ældreministeriet 2016). Det vil sige, at jo flere 80+-årige der er i et område, des større efterspørgsel på almen praksis ydelser vil der alt andet lige være i det område.

I Figur 3.7 vises fremskrivningen fra i dag til 2035 af andelen af 80+-årige i de fem regioner. På figuren ses det, at andelen af 80+-årige forventes at være stigende i alle regionerne, men der vil i særlig grad være en stor andel af ældre i Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Nordjylland. Der er dermed et sammenfald mellem de regioner, hvor andelen af ældre forventes at

blive størst, og de regioner, der har flest områder med udfordringer med lægedækning i dag.

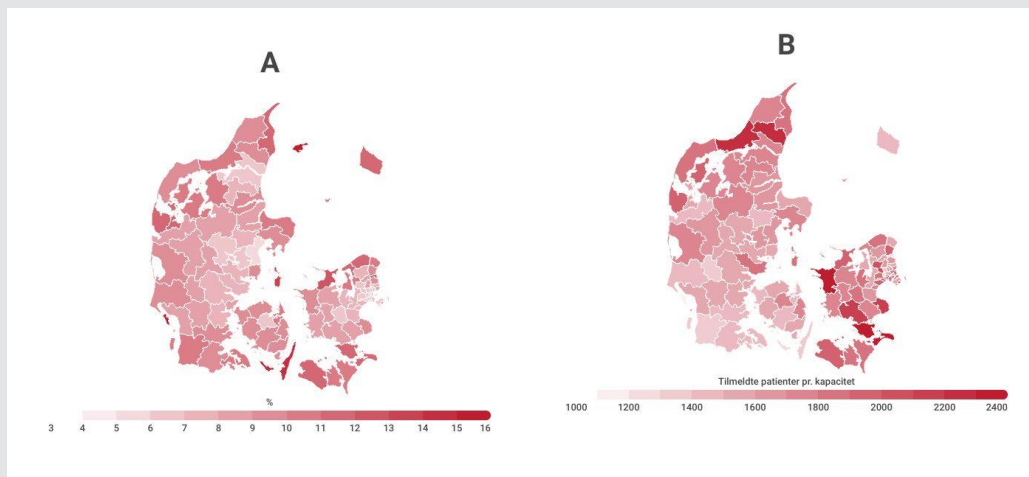
Figur 3.7 Fremskrivning af 80+-åriges andel af befolkningen



Kilde: Figur udarbejdet på basis af tal fra Danmarks Statistiks befolkningsfremskrivning, Statistikbanken (Danmarks Statistik 2023a)

Figur 3.8 viser en fremskrivning af andelen af borgere over 80 år i 2035 og områder, der aktuelt er udfordret af mangel på læger (angivet som antal tilmeldte patienter pr. lægekapacitet) på kommunalt niveau. Her ses det også tydeligt, at der er en sammenhæng mellem de kommuner, der allerede i dag både er udfordret af mere ressourcetunge borgere, og lægedækning.

Figur 3.8 Fordelingen af andel af borgere i alderen 80+ år i 2035 (a) og områder, der aktuelt er udfordret af mangel på læger (angivet som antal tilmeldte ptt. pr. lægekapacitet) (b)



Kilde: Figur udarbejdet på basis af tal fra Danmarks Statistiks befolkningsfremskrivning, Statistikbanken (Danmarks Statistik 2023a) og eSundhed.

3.2.3 Ubesatte hoveduddannelsesforløb: Hvor og hvor mange?

Hvert år opslås et antal uddannelsesstillinger i almen medicin (introduktions- og hoveduddannelsesforløb). Antallet, der opslås, er bestemt af en centralt fastsat dimensioneringsplan udarbejdet af Sundhedsstyrelsen. Det vil sige, at der fastsættes antal for, hvor mange speciallæger i hvert speciale der maksimalt kan uddannes (og som tilstræbes uddannet) (Sundhedsstyrelsen 2021).

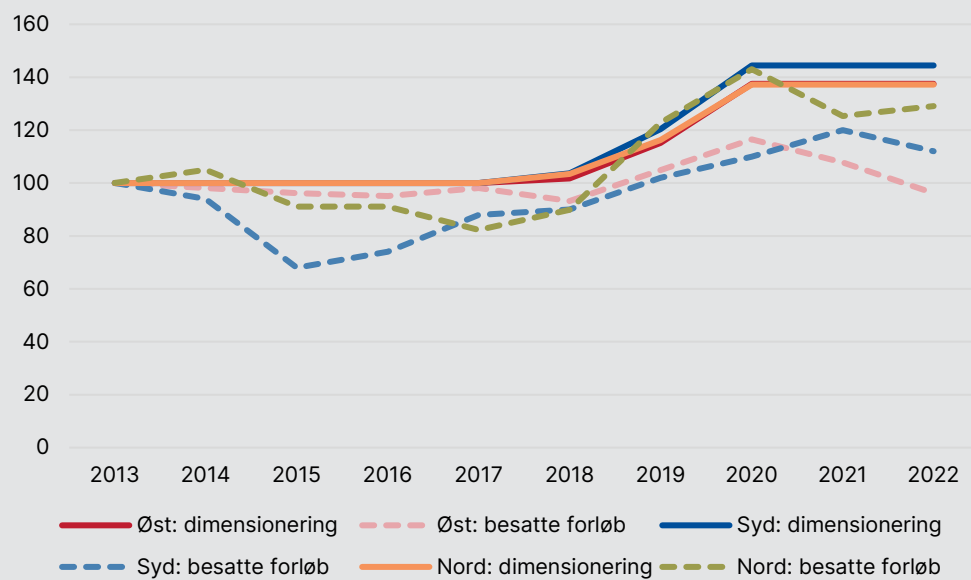
Det er tidligere vist, at uddannelsessted (særligt universitet for grunduddannelsen i medicin) har en betydning for, hvilken region læger ønsker at etablere sig som alment praktiserende læge i (Sundhedsstyrelsen 2022b). Det er en forhåbning, at den geografiske fordeling af hoveduddannelsesforløb på samme måde kan bidrage til at karakterisere det fremtidige geografisk betingede udfordringsbillede i forhold til rekruttering til almen praksis. Det er dog en sammenhæng, som ikke er underbygget empirisk.

Dimensioneringen af hoveduddannelsesforløbene i almen medicin er i perioden fra 2013-2022 vokset med 39 % på landsplan. Der var i alt 350 dimensionerede hoveduddannelsesforløb i almen medicin i 2022 (data fra videreuddan-

nelsesregionerne og PLO). Figur 3.9 viser imidlertid også, at udviklingen i antallet af besatte forløb ikke er fulgt med dimensioneringen for alle regioner. Særligt for Øst (Region Hovedstaden og Region Sjælland) ligger væksten i besatte forløb noget under væksten i dimensionering for videreuddannelsesforløbene, hvilket udelukkende skyldes udfordringer med at besætte forløb i Region Sjælland. Dette ses også illustreret i Figur 3.10, der viser udviklingen i andelen af forløb, der besættes i de tre videreuddannelsesregioner. På landsplan blev lige under 80 % af hoveduddannelsesforløbene i almen medicin besat i 2022.

Begge figurer illustrerer, at Uddannelsesregion Nord (Region Midtjylland og Region Nordjylland) i de senere år har haft den største vækst i andel forløb, der bliver besat. Det skyldes, at særligt Region Midtjylland får besat næsten alle forløb. Uddannelsesregion Øst (Region Sjælland og Region Hovedstaden) har samlet haft en nedgang i andel besatte forløb relativt til dimensionering de seneste år – igen forårsaget af Region Sjællands udfordringer med at besætte forløb, da Region Hovedstaden med få undtagelser får besat alle deres (Figur 3.9). Samlet er antallet af årligt igangsatte forløb (besatte stillinger) i Uddannelsesregion Øst faldet 4 % fra 2013 til 2022, mens dimensioneringen i samme periode er steget med 38 % (Figur 3.9).

Figur 3.9 **Udvikling i dimensionerede og besatte hoveduddannelsesforløb for speciallægeuddannelsen, speciallæge i almen medicin, indeks 2013 = 100**

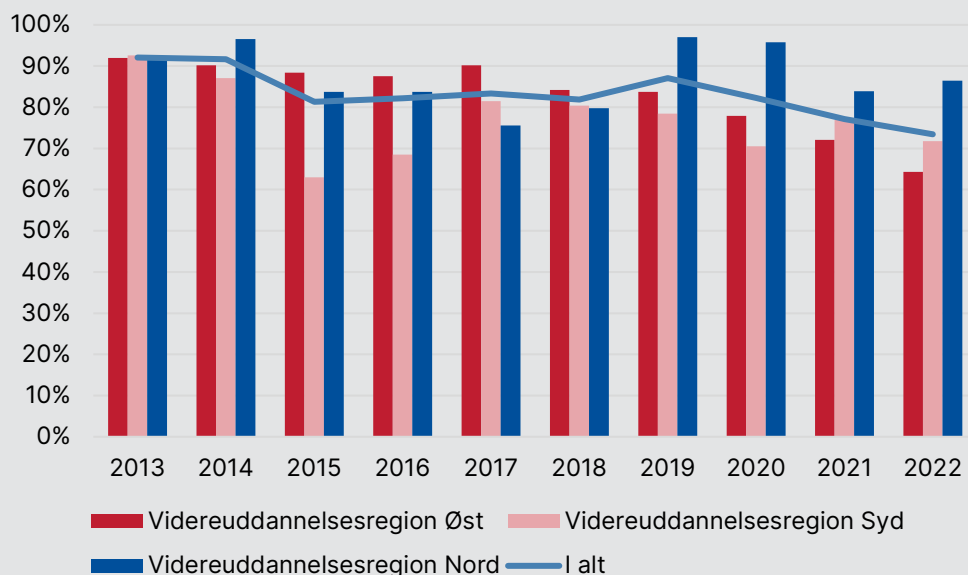


Anm.: Nord = Region Midtjylland og Nordjylland, Øst = Region Sjælland og Hovedstaden, Syd = Region Syddanmark.

Note: For at tydeliggøre den relative udvikling er antallene indekseret med 2012 antal = 100.

Kilde: Egne beregninger foretaget på tal udleveret af PLO og de tre uddannelsesregioner til dette projekt.

Figur 3.10 Udvikling i andel hoveduddannelsesforløb i almen medicin, der besættes

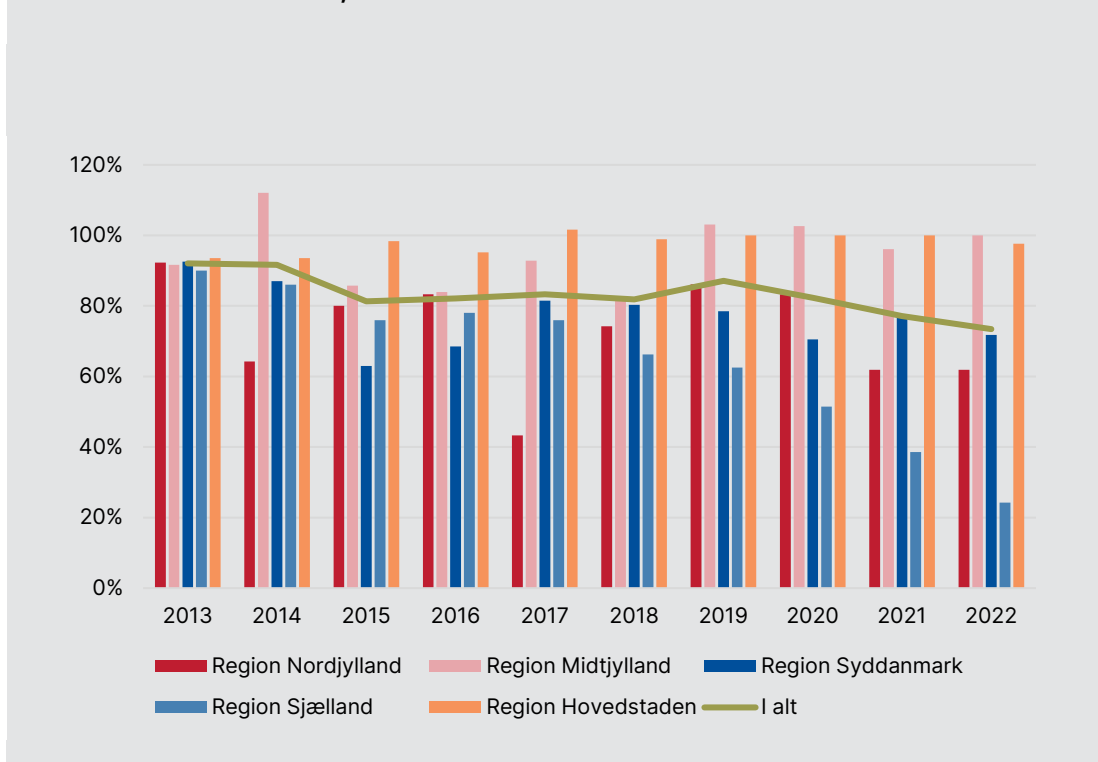


Anm.: Nord = Region Midtjylland og Nordjylland, Øst = Region Sjælland og Hovedstaden, Syd = Region Syddanmark.

Kilde: Egne beregninger foretaget på tal udleveret af PLO og de tre uddannelsesregioner til dette projekt.

For at tydeliggøre forskellene mellem de forskellige politiske regioner viser Figur 3.11 antallet af dimensionerede hoveduddannelsesforløb, der besættes. Her bliver det tydeligt, at det er Region Nordjylland og i særlig grad Region Sjælland, der oplever udfordringer. I 2022 var kun 24 % af de dimensionerede hoveduddannelsesforløb, der blev besat i Region Sjælland. Figuren illustrerer også, at andelen for flere af regionerne fluktuerer en del fra år til år, hvilket bl.a. er et resultat af et fluktuerende antal opslåede forløb.

Figur 3.11 Andel af dimensionerede hoveduddannelsesforløb i almen medicin, der bliver besat



Note: Antallet af dimensionerede hoveduddannelsesforløb svarer ikke i alle tilfælde til antallet af opslåede forløb, da ikke alle dimensionerede forløb opslås. Der er ligeledes år, hvor der besættes flere forløb, end der er dimensioneret.

Kilde: Egne beregninger foretaget på tal udleveret af PLO og de tre uddannelsesregioner til dette projekt.

VIVE har været i kontakt med relevante personer, som arbejder med hoveduddannelsesstillinger for almen medicin inden for de tre videreuddannelsesregioner. På baggrund heraf nuanceres de overordnede offentlige tal for dimensionerede, besatte og ubesatte forløb.

Det går igen på tværs af uddannelsesregioner, at udfordringer med at få besat opslåede forløb primært er lokaliseret i de områder, der ligger længere fra de større byer og større hospitaler.

Videreuddannelsesregion Nord

Videreuddannelsesregion Nord består af Region Midtjylland (aktuelt 76 forløb) og Region Nordjylland (aktuelt 42 forløb) i alt af 118 dimensionerede forløb i 2021. Generelt er der større udfordringer med at besætte forløb i Region Nordjylland end i Midtjylland, hvor kun 26 af de dimensionerede 42 forløb er blevet besat i 2021 og 2022. Dog har søgningen i Nordjylland været stigende

de senere år, hvilket af flere af de adspurgte tilskrives åbningen af medicinuddannelsen i Aalborg.

Nordjyllands forløb kan underinddeles i forløb omkring sygehusene i Thisted, Hjørring og Aalborg med aktuelt (2020-2022) hhv. 5, 15 og 22 dimensionerede forløb. Tæt på alle forløb omkring Aalborg besættes. Thisted har haft succes med lokale tiltag og får generelt besat stillinger hvert år, men ikke nødvendigvis alle de normerede. Udfordringer med at besætte stillingerne er aktuelt størst omkring Hjørring og særligt i det nordlige opland.

Region Midtjylland fordeler aktuelt (2021) 76 forløb på områderne omkring sygehusene i Aarhus (18), Randers (14), Horsens (13), Hospitalsenhed Midt (15) og Gødstrup (16). Region Midtjylland har i de senere år (2019-2021) haft alle forløb omkring Aarhus, Randers og Horsens besat. Ligeledes er dem omkring Hospitalsenhed Midt besat, eventuelt ved genopslag. For Region Midtjylland er det generelt forløbene vestpå (Gødstrup), der er sværere at få besat end de østligere forløb, men også her bliver flere besat, eventuelt ved genopslag, således at de samlet i 2019-2021 ender i maksimalt fem (under en tredjedel) forløb, der ikke er besat der⁷.

Videreuddannelsesregion Syd

Videreuddannelsesregion Syd består af forløb i Region Syddanmark, med 78 forløb, som i 2021 blev fordelt på områderne Fyn (24 forløb), Lillebælt (22), Sydvestjylland (16) og Sønderjylland (16). Der opleves aktuelt ingen rekrutteringsudfordringer i Fyn og Lillebælt områderne, hvor forløbene generelt alle besættes. Der opleves større udfordringer ved Sønderjylland og Sydvestjylland, og størst i Sønderjylland, hvor det de senere år (2019-2021) har været over halvdelen af forløbene, der ikke besættes⁸.

Videreuddannelsesregion Øst

For videreuddannelsesområde Øst er udfordringerne stort set afgrænset til forløbene i Region Sjælland, idet forløbene i Hovedstaden generelt alle besættes. I 2021 var de 154 forløb i denne videreuddannelsesregion fordelt med 70 i Region Sjælland og 84 i Region Hovedstaden. I en nyere politisk beslutning mellem Region Hovedstaden og Region Sjælland er der lagt op til, at endnu flere forløb rykkes fra Hovedstaden til Region Sjælland i de kommende år, samt at flere forløb placeres decentralt, så hele forløb foregår i lægedækningstruede områder (Region Hovedstaden 2022). Aftalen fastsætter, at fordelingen af hoveduddannelsesforløb for almen medicin skal være 50/50 mellem de to politiske regioner. Dette er et forsøg på at imødekomme de store udfordringer, Region Sjælland har med lægedækning. Som tidligere nævnt er

⁷ Baseret på informationer videregivet af repræsentanter fra Videreuddannelsesregion Nord.

⁸ Baseret på informationer videregivet af repræsentanter fra Videreuddannelsesregion Syd.

der dog ingen undersøgelser eller empiriske data, der giver belæg for, at denne strategi kommer til at virke efter hensigten.

Der er massive udfordringer i hele Region Sjælland med ubesatte forløb. Dette gælder også for områder tættere på København, fx Sjællands Universitetshospitals optagelsesområde. Det er svært at angive retvisende karakteristika for den geografiske variation inden for regionen, da der er så få forløb, der besættes (ca. 30 i gennemsnit), og der samtidig er stor variation i, hvilke forløb der besættes fra runde til runde. Region Sjælland arbejder aktivt med denne problemstilling på en lang række parametre, bl.a. ved at sikre stor nok tutorlægekapa- citet til at kunne modtage flere uddannelseslæger, og her har de oplevet en stigning de seneste år⁹.

3.3 Fremskrivning af antallet af speciallæger i almen medicin

I dette delkapitel fremstilles og diskuteres den forventede udvikling i populationen af speciallæger i almen medicin og beskæftigelse i almen praksis. Sundhedsstyrelsen publicerer ca. hvert tredje år en lægeprognose for den forventede udvikling i antallet af speciallæger, herunder i almen medicin (Sundhedsstyrelsen 2022c). Derudover udarbejder Praktiserende Lægers Organisation (PLO) egne prognoser, hvor de har justeret visse nøgleantagelser. I sammenligningen af de to, er der visse centrale forskelle at have for øje: Sundhedsstyrelsens prognose fremskriver udbuddet af speciallæger i almen medicin, mens PLO's prognose beskriver deres forventning til antal praktiserende læger, der dækker en lægekapacitet (se Boks 3.1).

Nedenfor gennemgås de forskellige prognoser, og det samlede forventningsbillede opsummeres. Dernæst sammenholdes prognoserne med de forrige delkapitlers indsigter vedrørende beskæftigelse og geografisk betingede udfordringer.

3.3.1 Sundhedsstyrelsens lægeprognose 2021-2045

Sundhedsstyrelsens lægeprognose estimerer antallet af speciallæger i alle 39 specialer over en 25-årig periode. Sundhedsstyrelsens lægeprognose er ba-

⁹ Baseret på informationer videregivet af repræsentanter fra Videreuddannelsesregion Øst.

seret på beregninger foretaget af Sundhedsdatastyrelsen og forankret i prognose- og Dimensioneringsudvalget¹⁰ (Sundhedsstyrelsen 2022b). Den nyeste prognose er fra 2022 og fremskriver populationen af læger fra 2021 til 2045. Lægeprognosen er en udbudsprognose, der kun beskæftiger sig med størrelsen på arbejdsstyrken af alment praktiserende læger og ikke efterspørgslen fra patienter. Beregningerne baserer sig på data for den eksisterende arbejdsstyrke og modellering af en lang række antagelser vedrørende forventningen til den fremtidige produktion af kandidater i medicin, ind-/udvandring, kandidatalder, overgange til dimensionerede speciallægeforløb samt forventninger til udvikling i køns- og aldersfordeling såvel som til afgang fra arbejdsmarkedet (herunder pension, orlov og død) (Sundhedsstyrelsen 2022b).

Lægeprognosen opstiller en række scenarier for udviklingen i antal speciallæger inden for de forskellige specialer. Forventningen til, hvor mange af de dimensionerede forløb, der besættes, har stor indvirkning på, hvor stor den forventede arbejdsstyrke bliver. For almen medicin er dimensioneringen øget væsentligt de senere år (Figur 3.9), fra 259 forløb i 2018 til 294 i 2019 og 350 fra og med 2020 (Sundhedsstyrelsen 2022d, 2022b, 2021).

De scenarier, der beskrives i lægeprognosen, viser en udvikling fra en sum af speciallæger i almen medicin på 4.817 i 2021¹¹ til et sted mellem 6.866-9.392 i 2045. Det, der beskrives som hovedscenariet, ender i 8.669 personer svarende til en gennemsnitlig årlig vækst på 2,5 % (Sundhedsstyrelsen 2022b).

To af lægeprognosens scenarier er modificeret til at tage højde for, at alle dimensionerede forløb typisk ikke er blevet besat inden for almen medicin (se også afsnit 3.2.3). Det ene scenarie forudsætter en antalsmæssigt fastholdt lavere mængde besatte forløb og ender i en gennemsnitlig årlig vækst på 1,5 % (Sundhedsstyrelsen 2022b). Denne antagelse svarer dog til en lavere relativ besættelsesgrad end historisk, da det konstante antal kun delvist tager højde for den øgede dimensionering 2019-2021. Det andet scenarie med lavere besættelsesgrad sætter besættelsesgraden til 10 % under dimensionering og ender i en gennemsnitlig årlig vækst på 2,2 %, svarende til 6.751 speciallæger i almen medicin i 2035 og 8.080 speciallæger i almen medicin i 2045 (Sundhedsstyrelsen 2022b). Dette scenarie forudsætter dog en højere relativ besættelsesgrad end historisk; 10 % under dimensionering vs. den faktiske på 16 % under dimensionering i gennemsnit over perioden 2018-2020 (Sundhedsstyrelsen 2022b). Besættelsesgraden for hoveduddannelsesforløb i almen medicin på landsplan har ikke været over 90 % siden 2014 (Figur 3.10),

¹⁰ Prognose- og Dimensioneringsudvalget består af repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen, Sundhedsministeriet, Uddannelses- og Forskningsministeriet, Sundhedsdatastyrelsen, Danske Regioner, De Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse, Lægeforeningen, Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber, Lægemiddelindustriforeningen og De sundhedsvidenskabelige fakulteter.

¹¹ Prognosetal og ikke det faktisk antal speciallæger i almen medicin.

men antagelsen vedrørende en besættelsesgrad på 10 % under dimensionering er dog det scenarie, der ligger tættest på den historiske udvikling. Prognosens resultater er gengivet i Figur 3.12 nedenfor.

3.3.2 Praktiserende Lægers Organisations prognose

PLO's prognose estimerer antallet af alment praktiserende lægekapaciteter, hvor Sundhedsstyrelsens prognose estimerer antallet af speciallæger i almen medicin. PLO's prognose baserer sig på en antagelse om, at 86 % af de dimensionerede pladser bliver besat, at 8 % kommer til at arbejde uden for almen praksis, at 2 % falder fra under hoveduddannelser samt historisk baseret pensionsalder (Praktiserende Lægers Organisation (PLO) 2022). Derudover opgør PLO det forventede antal praktiserende læger som antal kapaciteter og ikke unikke personer, og de fremskriver kun frem til 2035 (13, samt supplerende oplysninger fra PLO). Prognosens resultater er gengivet i Figur 3.12.

3.3.3 Opsummering af den forventede udvikling på tværs af prognoser

Baseret på den historiske udvikling, synes det plausibelt, at det ikke er samtlige af de dimensionerede hoveduddannelsesforløb, der udbydes, som bliver besat. Dog kan det være svært at sige, hvordan andelen af forløb, der besættes, udvikler sig i fremtiden, idet dette både afhænger af, hvor mange lægekandidater der uddannes, deres præferencer for at specialisere sig i almen medicin og efterspørgsel på de konkrete forløb, der udbydes – og som kan variere, fx på geografisk lokation, arbejdssammensætning og vilkår.

I Figur 3.12 nedenfor fremstilles hhv. Sundhedsstyrelsens og PLO's prognoser med udgangspunkt i scenarier, der i begge tilfælde baserer sig på en fortsat dimensionering med 350 uddannelsesforløb til almen medicin og med en besættelsesgrad på hhv. 90 % og 86 %. På trods af øvrige underliggende beregningsforskelle bevæger disse prognoser sig relativt ens i den forventede udvikling. Dette understreger også, at det er antagelsen om antallet af dimensionerede forløb, der har den største betydning for prognosen. Det er dog vigtigt at understrege, at de to prognoser estimerer hhv. speciallæger i almen medicin og alment praktiserende læger. Tabel 3.4 viser nogle af forskellene i antagelser mellem de to prognoser. Niveauet i absolutte tal er sammenligneligt, hvis antallet af speciallæger i Sundhedsstyrelsens lægeprognose tillige opgøres i lægekapaciteter. Dette er gjort ved at normere antallet af speciallæger

med den ratio, der i 2021 beskrev forholdet mellem antal speciallæger og antal lægekapaciteter (Sundhedsdatastyrelsen 2022c)¹².

Tabel 3.4 Sammenligning af antagelser bag prognoser

	PLO	SST (scenario E)
Dimensionering af hoveduddannelsesforløb	350	350
Besættelsesgrad af hoveduddannelsesforløb	86 %	90 %
Frafald fra hoveduddannelsesforløb	2 %	*
Andel, der kommer til at arbejde uden for almen praksis	8 %	**
Afgangsanalyse af pensionsalder og død	Historisk	Historisk

Anm.: Derudover medtager SST også optag på kandidatuddannelser, kandidatalder, tilgang af udenlandske læger m.m.

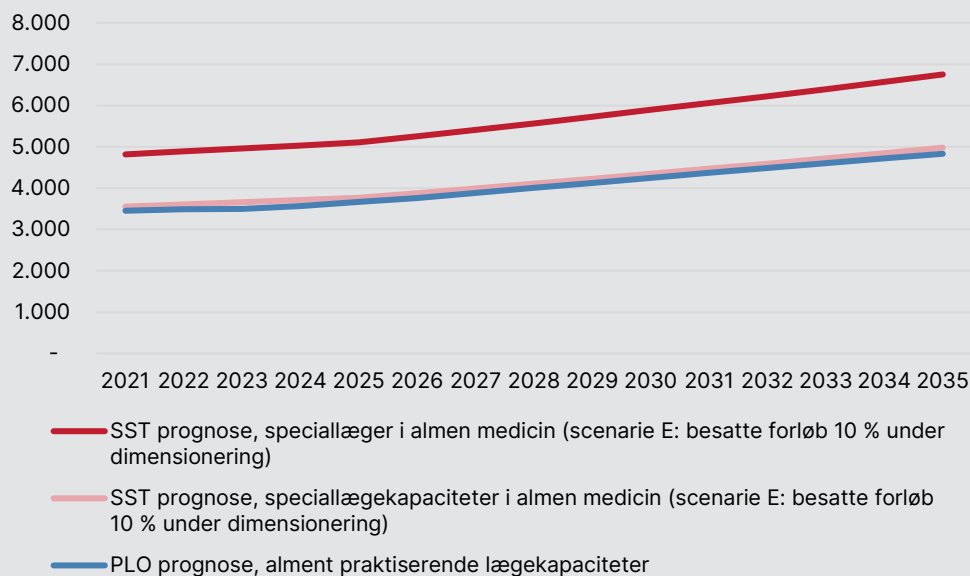
Note: * Kan ikke findes specificeret i SST's lægeprognose.

**Ikke medtaget i SST's lægeprognose, da de kigger på antallet af speciallæger i almen medicin og ikke antallet af alment praktiserende læger.

Kilde: (Sundhedsstyrelsen 2022b) og leveret af PLO.

¹² I 2021 er antallet af speciallæger i almen medicin fremskrevet til 4.817 (Sundhedsstyrelsen 2022b). Antallet af lægekapaciteter var i 2021 3.543 pr. 1. januar 2021 og 3.565 pr. 1. juli 2021. Ratio udregnes som $4.817 / (3.544 + 3.565) / 2$.

Figur 3.12 Prognose for antal speciallæger i almen medicin og alment praktiserende læger 2021-2035



Anm.: Den mørkerøde linje (SST prognose) for udvikling i arbejdsstyrken er baseret på antal offentliggjort i Sundhedsstyrelsen lægeprognose 2021-2045 for scenarie E, der baserer sig på en grundmodel af antagelser, og dertil at antallet af hoveduddannelsesforløb, der besættes er 10 % lavere end dimensioneringen (Sundhedsstyrelsen 2022b). Lægeprognosen er det prognosticerede udbud vist for årene 2021, 2025, 2030 og 2035; i den grafiske fremstilling her antages konstant vækst mellem disse datapunkter.

Omregningen til kapaciteter (lyserød) linje er opnået ved at normere med ratioen mellem antal speciallæger i almen medicin 2021 og lægekapaцитeter 2021.

PLO's prognose opgjort i kapaciteter er gengivet efter antal oplyst af PLO til VIVE december 2022.

Kilde: Sundhedsstyrelsen lægeprognose 2021-2045 (Sundhedsstyrelsen 2022b), PLO prognose (nyeste prognose fremsendt til VIVE, 2022), Lægekapaцитeter for 2021 baseret på Sundhedsdatastyrelsens nøgletal for almen praksis og tilmeldte patienter på eSundhed (Sundhedsdatastyrelsen 2022c).

3.4 Opsummering – udvikling i arbejdsstyrken og rekrutteringsudfordringer

Der er aktuelt knap fem tusind speciallæger i almen medicin, hvoraf knap 4.200 arbejder i almen praksis. Antallet af lægekapaцитeter ligger aktuelt omkring 3.500. Både antallet af speciallæger i almen medicin og antallet af alment praktiserende læger er steget med ca. 5 % i de sidste 10 år, dog med et samtidigt fald i begge grupper i Region Sjælland.

Speciallæger i almen medicins beskæftigelse

16 % af speciallæger i almen medicin arbejder uden for almen praksis. Der har ikke været drastiske ændringer i denne andel over det seneste årti. Der er dog en tendens til let øget regional spredning med hensyn til, hvor stor en andel der beskæftiger sig uden for almen praksis, med flest i Region Hovedstaden.

Tal for antal og beskæftigelsestype uden for almen praksis er forbundet med nogen usikkerhed. Dog kan det fremhæves, at ansættelse på offentlige hospitaler tegner sig for en væsentlig andel af beskæftigelsen uden for almen praksis.

Regionale udfordringer vedrørende fremtidens lægedækning

Forskellige regionale udfordringer medfører, at den forventede voksende arbejdsstyrke ikke nødvendigvis omsættes til højere kapacitet alle steder i landet. For eksempel kan det fremhæves, at der er lokale (udkants)udfordringer i rekruttering til hoveduddannelsesforløb i almen medicin, hvor særligt Region Sjælland er massivt udfordret. Den kommende ældrebyrde er ligeledes uens fordelt regionalt og bidrager alt andet lige til de i forvejen større udfordringer i Region Nordjylland og Region Sjælland. Det ses dog også, at yngre læger udgør en voksende del af arbejdsstyrken på tværs af alle regioner, hvilket er en positiv udvikling i forhold til at sikre den regionale lægedækning.

Forventning til arbejdsstyrken i fremtiden

Det forventes, at der frem mod 2035 vil være en væsentlig stigning i antallet af speciallæger i almen medicin – i høj grad forårsaget af en kraftigt øget dimensionering af speciallægeuddannelsen. I 2035 kan der forventes (lidt afhængigt af scenarier og antagelser) op mod 7.000 speciallæger i almen medicin, som på basis af en simpel videreførelse af aktuelle forhold kan forventes at udgøre knap 5.000 lægekapaciteter. Hvis den historiske udvikling fortsætter, ville disse kapaciteter dog være fordelt meget geografisk ulige.

4 Valg af karriereveje

Formålet med dette kapitel er at bidrage til øget viden om, hvilke forhold og faktorer der kan medvirke til, at speciallæger i almen medicin (fra-)vælger et arbejdsliv i almen praksis, og hvilke forhold der kan have betydning for fastholdelse i almen praksis. For at belyse disse aspekter er kapitlet baseret på 29 speciallægers systematiske fortællinger om deres karriereforløb og de faktorer, der har påvirket deres fra- og tilvalg af både speciale og arbejdsplads.

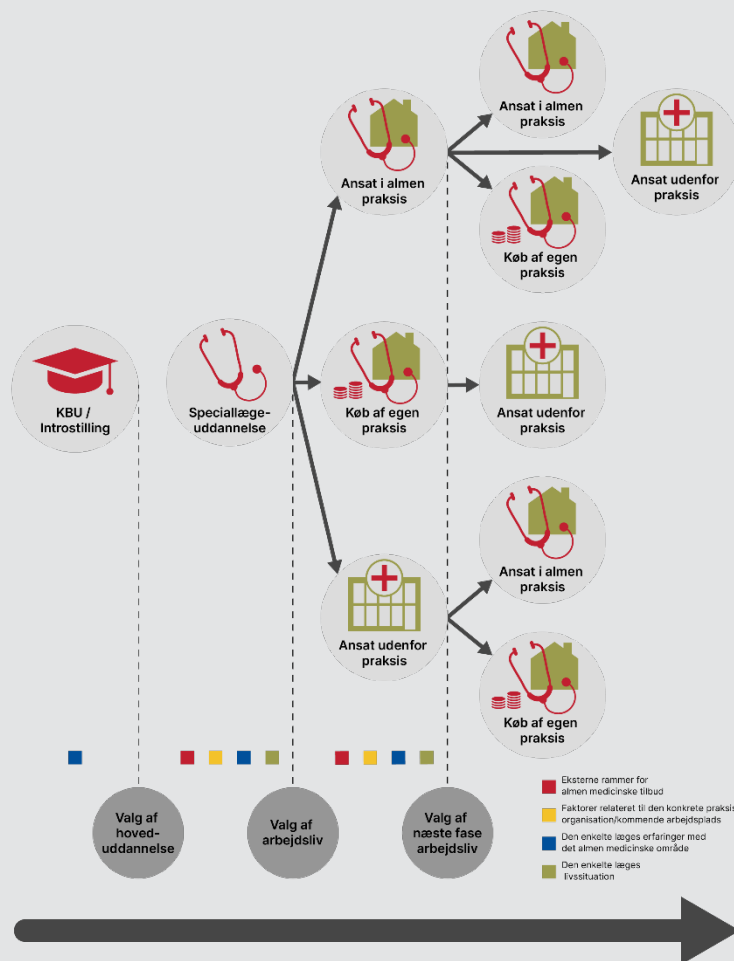
De læger, som er interviewet til denne undersøgelse blev, som det fremgår i afsnit 7.1, rekrutteret med udgangspunkt i deres aktuelle jobsituation, dvs. enten som ejer af egen praksis, ansat i almenmedicinske tilbud (inkl. regionsklinikker og udbudsklinikker) eller ansat uden for almen praksis¹³. I praksis havde langt de fleste af de interviewede læger bevæget sig imellem flere typer af ansættelses- og ejerforhold, og deres erfaringer afspejler derfor erfaringer med mere end bare deres aktuelle jobsituation. Det faktum, at flere læger er gået ind og ud af forskellige ansættelses- og ejerforhold i almen praksis, og at nogen dermed også har foretaget skift mellem et arbejdsliv i og uden for almen praksis, bidrager til et nuanceret billede af mulige karriereveje inden for almen medicin.

I Figur 4.1 er den identificerede variation i forskellige typer karriereveje tegnet op. Desuden illustrerer figuren en række af de faktorer, som de interviewede læger har udpeget som betydningsfulde for valg og fravalg forskellige steder i deres uddannelses- og karriereforløb.

¹³ Kriterier for udvælgelse af læger til interview var en speciallægeuddannelse i almen medicin, der var ca. 5 år eller mindre, og at de interviewede tilsammen dækkede det samlede spektrum af ansættelsesmuligheder og områder med og uden lægedækningsudfordringer (se afsnit 7.1).

Figur 4.1 Oversigt over karriereveje og betydningsfulde faktorer for valg af uddannelses- og karriereforløb blandt interviewede læger

Figuren viser de faktorer, som har været i spil for interviewpersonerne i valg af hhv. speciallægeuddannelse og siden forskellige typer af karriereveje. Figuren er udarbejdet på baggrund af interviews med nyuddannede speciallæger i almen medicin og illustrerer udelukkende forløb, som er fundet sted de første år efter endt speciallægeuddannelse.



Kilde: VIVE. Egen tilvirkning på baggrund af interviewmateriale.

Noter: Ingen af de interviewede, som havde forladt almen praksis efter at have købt egen klinik, var ansat i almen praksis og beskrev det heller ikke som en potentiel mulighed i fremtiden for dem personligt. Det er således en potentiel karrierevej, der ikke er afdækket i denne undersøgelse.

Interviewmaterialet er ikke udtømmende i forhold til at beskrive mulige forgreninger i et arbejdsliv for en speciallæge i almen medicin og afspejler ikke den kvantitative fordeling af, hvilke veje speciallæger i almen medicin vælger på

landsplan (se fx afsnit 3.1, hvor det fremgår, at det kun er en lille andel af speciallæger i almen medicin, der vælger almen praksis fra). Interviewene giver til gengæld et dybt kvalitativt indblik i de faktorer, som bidrager til forskellige valg (se oversigt i Tabel 4.1).

I dette kapitel fremgår analysen af, hvilke faktorer der får betydning for de interviewede lægers valg af det alment medicinske speciale, samt variationerne over de tre primære karriereveje. Kapitlet er struktureret med udgangspunkt i de ovenfor skitserede primære karriereveje med tilføjelse af faktorer relateret til det indledende valg af det almenmedicinske speciale. I de enkelte afsnit indgår en række korte casebeskrivelser, der bidrager med eksempler på, hvordan specifikke interviewpersoner har beskrevet deres egne valg og begrundelser herfor.

4.1 Valget af det almenmedicinske speciale

Alle de interviewede speciallæger i almen medicin beskriver valget af almen medicin som et positivt tilvalg af et speciale med væsentlig faglige og organisatoriske fordele. Nogle af lægerne havde allerede under medicinstudiet vidst, at de ville forfølge det almenmedicinske speciale – i nogen tilfælde, fordi de havde haft et forhåndskendskab til specialet, fx fra familiemedlemmer. For andre var denne erkendelse opstået i forbindelse med praksisophold i KBU-forløb eller introstillinger, som åbnede deres øjne for fordelene ved almen praksis. Det kunne enten være i form af *en rollemodel*, der gav dem et klart billede af: "*sådan vil jeg gerne være læge*", eller i form af *en erfaring med en konkret praksis*, der fremstod som en god arbejdsplads, og som var organiseret på en måde, man kunne se sig selv i, eller som tilbød spændende faglige udfordringer. Anna, en af de interviewede læger, beskrev betydningen af mødet med en praktiserende læge under KBU-forløbet for sit valg af speciale, som det fremgår i casebeskrivelsen nedenfor.



Anna – om betydningen af mødet med en rollemodel

Anna var ikke afklaret omkring specialevalg under medicinstudiet og havde slet ikke tænkt på almen medicin som en mulighed. Under KBU var hun i en praksis, hvor hendes tutorlæge lykkedes med at "folde almen praksis ud" for hende:

... hans faglighed var helt enorm, han vidste så meget om så mange ting, at jeg tænkte: 'det der vil jeg også kunne rent fagligt, som medicinsk ekspert'. Og samtidig var han et helt enormt behageligt menneske, både over for sine patienter, men også over for mig som yngre læge.

Anna oplevede, at han udfordrede og skubbede hende fagligt samt prikede til hendes nysgerrighed i forhold til at lære mere.

Oplevelsen fra denne praksis – kombineret med en faglig interesse for bredden i specialet – var af væsentlig betydning for, at hun endte med at gå efter det almenmedicinske speciale.

Det er endvidere gennemgående i interviewene, at valget af det almenmedicinske speciale har været motiveret af tre grundlæggende karakteristika ved specialet: det brede, patientnære arbejdsområde, det fleksible arbejdsliv og den ledende og selvstændige lægerolle¹⁴, der dog vægtes forskelligt af de enkelte læger (se figur 4.2). Disse karakteristika beskrives i det følgende, da de udgør en vigtig ramme for også at forstå, hvorfor de interviewede læger hhv. vælger og fravælger almen praksis senere i deres karriere.

4.1.1 Fagligheden: Det brede speciale, patientkontakt og -kontinuitet

De interviewede læger fremhæver **bredden i specialet** som en af de vigtige motivationsfaktorer i forbindelse med valget af det almen medicinske speciale samtidig med, at de ikke var tiltrukket af den subspecialisering, som er nødvendig i mange andre specialer (fx ortopædkirurgers specialisering inden for

¹⁴ Dette fund harmonerer med andre studier af, hvad der motiverer læger til valget af det almenmedicinske speciale, og som ligeledes peger på hhv. en faglig og organisatorisk komponent samt en mulighed for at tilrettelægge arbejdet i balance med andre hensyn og prioriteter (Lillevang et al. 2019).

fx håndkirurgi). Derudover fremhæver flere den **tætte patientkontakt** samt muligheden for at **lære patienter og deres samlede kompleksitet af problemstillinger at kende** (læge/patient-kontinuitet) som nogle af de forhold, der har spillet positivt ind i deres beslutning om at blive speciallæger i almen medicin. Andre igen fremhæver "detektivarbejdet" – at finde ud af, hvad folk fejler og skille de raske fra rigtigt syge – som fagligt motiverende. Det går også igen hos flere af de interviewede læger, at de er motiveret af muligheden for at **spille en rolle i et lokalsamfund**, hvor man kan understøtte befolkningens sundhed. Konkret fik denne præference for nogen læger betydning for, hvor de sidenhen søgte praksis (se afsnit 4.4.2). Nedenfor beskriver en af interviewpersonerne (Jesper), hvordan tiltrækningen til bredden i specialet, muligheden for hyppig patientkontakt, og for at gøre en forskel som læge, fik betydning for hans beslutning om specialevalg.



Jesper – om at være "en hel læge"

Jesper fandt ud af, at han ville vælge almen medicin under sit KBU-forløb, og han har med egne ord ikke fortrudt det siden. Han var både tiltrukket af muligheden for selv at bestemme over organisering og hverdag, men også tiltrukket af muligheden for et helhedsorienteret blik på patienterne samt muligheden for at gøre en forskel for de patienter, man er i kontakt med.

(...) der er så meget patientkontakt – det kan man jo slet ikke sammenligne med et sygehus – altså, det er jo en stor procentdel af dagen, hvor vi faktisk taler med mennesker og gør rigtig mange ting for andre mennesker. Og så, ja jeg synes det er spændende det der overlap med lidt psykiatri, lidt somatik og lidt sociale problemer. Altså det der med at finde ud af, hvad er dit problem egentlig.

Jesper startede sin hoveduddannelse i en storby, men flyttede siden "på landet" og var meget begejstret for den patientgruppe, han her fik mulighed for at stifte bekendtskab med: "jeg ville jo gerne være der, hvor folk er syge, og har rigtig meget brug for en læge".

4.1.2 Arbejdslivet: Flexibilitet og tilpasning

Valget af almen medicin handlede for flere læger også om det arbejdsliv, man kunne se frem til – herunder muligheden for primært **at arbejde i dagtimerne**. Desuden fremhæver de muligheden for en vis **flexibilitet** i forhold til **tilrettelægge sit eget arbejdsliv** og derved få mulighed for at lave andre ting ved siden af (fx undervisning, fagpolitisk arbejde eller arbejde som regionskonsulent) eller have mere tid til familien. I nedenstående casebeskrivelse fremgår Søren overvejelser omkring valg af speciale ud fra en forudsætning om, at det skal kunne rumme hans ønsker til et familieliv.



Søren – om at vægte familielivet højt

Almen medicin var tidligt med i Søren overvejelser om specialevalg, men han ville også gerne prøve andre specialer af først. Ifm. KBU-forløbet fik han også smag for andre specialer, men synes for det første, at det blev fagligt smalt, og for det andet ville kommende arbejdspladser indskrænke sig til få steder i landet. Almen medicin var bl.a. tiltalende, fordi der var arbejde at finde i hele landet, og der var gode muligheder for selv at tilrettelægge sit arbejdsliv. Den fleksibilitet syntes han passede godt med, at han gerne ville prioritere familien og familiens behov højt:

(...)[Ift. valg af speciale "red."]: Der er jo dels det faglige af det speciale, man går ind i, og så er der jo alt det praktiske omkring det: Hvordan man kan få det til at hænge sammen med familie, og hvordan er arbejdstiderne og lønnen.

Søren er nu ansat i en PLO-klinik med mulighed for på sigt at blive kompanion, men det skal ikke være for enhver pris. Familieliv og arbejdsliv skal stadig hænge sammen:

Der skal være udsigt til, at jeg kan hente børnene fra børnehaven og skole (...) ja, og så skal det ikke være alt for presset.

Andre af de interviewede læger – fx Astrid (se herunder) – lagde mere vægt på muligheden for at være aktiv i kvalitetsudvikling eller undervisning, og hun fremhævede på samme måde som Søren forventninger til et arbejdsliv med stor mulighed for tilpasning.



Astrid – om at skabe plads til andre faglige udfordringer

For Astrid var vejen ind på medicinstudiet ledsaget af en stærk forventning om at blive praktiserende læge. Selvom hun mødte mange spændende specialer undervejs i sit uddannelsesforløb, var hun ikke for alvor i tvivl om, hvilken vej hun skulle gå. Der var flere aspekter, der tiltalte hende ved det almenmedicinske speciale og et arbejdsliv i almen praksis, og ét af dem var muligheden for at skabe plads til andre faglige udfordringer:

Noget af det, jeg ser som en kvalitet, det er, at der er plads til selvstændighed, altså at der også er plads til at lave noget andet. Jeg kan godt lide det kvalitetsarbejde, der knytter sig til at være i praksis (...), det [kvalitetsarbejde "red."] vægter jeg højt og også undervisning, og det synes jeg at der er plads til (i almen praksis) (...).

Astrid kobler selvstændighedselementet og den lille organisation med plads til medbestemmelse til muligheden for at få den fleksibilitet i hverdagen, der giver plads til at forfølge andre faglige udfordringer.

4.1.3 Organisationen: Den lille, selvstændige organisation og den ledende lægerolle

Som det allerede fremgår af afsnit 4.1.2, er en del af tiltrækningen ved almen medicin også for nogle læger udsigten til mere selvbestemmelse i almen praksis end på et hospital og med et mere direkte ansvar for, hvordan arbejdsdagen forløber, og hvilken organisation man bliver en del af. Muligheden for et liv som **selvstændig erhvervsdrivende** handler således bl.a. om **ledelse og organisering**: Hvilken kultur der skal være gældende, hvordan arbejdet skal tilrettelægges samt hvem og hvor mange man ønsker at ansætte. For nogen har det at være selvstændig også rod i det mere forretningsmæssige og drevet af en interesse for at **drive en sund og effektiv forretning**, hvor en ekstra indsats belønner sig på bundlinjen. Sarah, som er beskrevet nedenfor, er et eksempel på en af de læger, som vægter denne dimension højt.



Sarah – om at ville drive forretning

Sarah beskriver sig selv som en læge, der ikke kun lever og ånder for patienterne men også for at drive en 'forretning'. I fase 3 under hoveduddannelsen var Sarah i en praksis med et rigtig godt arbejdsmiljø, som hun tog med sig som pejlemærke for sit fremtidige arbejdsliv:

De mindede mig om, man kan godt have et godt lægeliv: være glad og selv bestemme. Det gjorde, at jeg bød på de to ydernumre, som jeg så købte.

I mødet med praksisopholdet under hoveduddannelsen fik Sarah bl.a. øjnene op for den selvstændighed og selvbestemmelse, som almen praksis tilbyder – fx i forhold til fysisk indretning af klinikken, valg af samarbejdspartnere, arbejdstidstilrettelæggelse m.m. Samtidig valgte hun bevidst at placere sig i et geografisk område med ressourcestærke børnefamilier som det primære patientgrundlag ud fra et ønske om at skabe en sund forretning og økonomi baseret på et "nemt" patientgrundlag.

Tiltrækningen af den selvstændige og ledende lægerolle var særligt tydelig hos de interviewpersoner, der på interviewtidspunktet ejede egen praksis (og havde fundet sig til rette heri), uden at det dog var udtryk for, at tiltrækningen til de øvrige karakteristika ved almen medicin var fraværende. Som Sarahs fortælling oven for også beskriver, kan vægtningen imellem de tre karakteristika også udvikle sig undervejs i mødet med arbejdet og de muligheder og rammer, som knytter sig til arbejdet i almen praksis.

I de følgende afsnit (afsnit 4.2-4.4) fremgår resultaterne af analysen af, hvilke faktorer som havde haft betydning for valg af forskellige karriereveje blandt de interviewede læger.

4.2 Ansatte i almen praksis og andre almenmedicinske tilbud

Som det fremgår af afsnit 2.2 kan speciallæger i almen medicin være ansat både i en PLO-klinik eller andre almenmedicinske tilbud, som fx regionsklinikker eller udbudsklinikker. PLO opgjorde i 2020 antallet af speciallæger i almen

medicin, som var ansat i PLO-klinikker, til 130 læger (Jessen 2020), og antallet af ansatte i andre almenmedicinske tilbud er mindre endnu¹⁵. Der er således aktuelt tale om en mindre andel af den samlede population af speciallæger i almen medicin, men også om en gruppe der har været i vækst over de senere år (Ibid).

De interviewede læger, som på interviewtidspunktet var ansat i et almenmedicinsk tilbud, var ansat i hhv. PLO-klinikker, regionsklinikker, licensklinikker og partnerskabsklinikker. Andre af de interviewede læger havde på et tidspunkt i deres karriere været ansat i samme typer af klinikker samt i udbudsklinikker.

Både tidligere og nuværende læger i denne typer af ansættelser blev begrundet med forskellige faktorer, der havde påvirket beslutningen om at være ansat. Desuden ser de også forskelligt på, om valget af en karrierevej som ansat er permanent eller midlertidig. Dette afsnit sammenfatter faktorer relateret til ansættelser, der anses som:

- et skridt på vejen (et midlertidigt valg forud for et forventelig køb af egen praksis)
- et arbejdsliv i bevægelse (et midlertidigt valg som del af et arbejdsliv, der udvikler sig løbende)
- et permanent fravalg af egen praksis (men ikke af arbejdet i almen praksis).

4.2.1 Ansættelse som et skridt på vejen

Som Figur 4.1 illustrerer, og som også er vist i andre undersøgelser (Yngre Læger 2018; PLO 2020a), er kortere eller længere ansættelser for nogle læger **et skridt på vejen** mod at købe egen praksis. Forventningen er, at det er en midlertidig løsning, fordi man ikke har fundet den rigtige praksis at købe sig ind i endnu, eller fordi man venter på, at timingen bliver rigtig i forhold til muligheden for at købe sig ind i den praksis, man ønsker (se fx afsnit 4.4.5). Derudover kan den enkelte læges **livssituation og familieforhold** (fx børns alder, sygdom i familie, eller ægtefælles jobsituation) betyde, at det er mere attraktivt at være ansat i en periode. I det følgende fremgår to casebeskrivelser af interviewede læger, som har valgt at være ansat i en periode: Caroline som vurderer, at det ikke er kompatibelt med hendes familiesituation at købe sin egen praksis (og det er heller ikke primært den dimension ved almen medicin, hun er drevet mest af), og Kasper som valgte at være ansat i en periode, indtil han kunne starte en praksis med sin kone.

¹⁵ I 2018 fremgik det af en PLO-analyse, at ca. 10 speciallæger i almen medicin var ansat i udbudsklinikker (Praktiserende Lægers Organisation 2018)



Caroline – om at vælge at være ansat (i PLO -klinik)

Caroline har over en årrække været vikar i en anden praksis, hvor "hun var skide glad for at være". Kollegerne var søde, og det var i cykelafstand til hendes bopæl. De havde bare ikke mulighed for at fastansætte hende, og da Caroline havde planer om at få flere børn, søgte hun en fast stilling med mulighed for løn under barsel.

Caroline reflekterer over, at hun måske kunne tjene flere penge, hvis hun havde sin egen praksis, og at det i det perspektiv er irrationelt at arbejde for andre. Caroline er bare fint tilfreds med at være ansat, som det er lige nu:

I virkeligheden er det med at være selvstændig og driftig ... ja, det er ikke det, der driver mig. Jeg synes, det [arbejdslivet] er rigtig dejligt nu (...), jeg synes, jeg har rigtig stor indflydelse, og så har jeg ikke ansvaret for at skulle tage mig af personale, økonomi og computere, der ikke virker. (...), det synes jeg passer rigtig godt på alle måder lige nu.

Caroline tror, at hun på sigt gerne vil have sin egen praksis, men timingen er dårlig i forhold til en mulig familieførøgelse, og at hun lige nu prioriterer at kunne tilrettelægge sit arbejde omkring sit privatliv – og ikke den anden vej rundt.



Kasper – om at vælge at være ansat (i udbudsklinik)

Da Kasper var ved at være færdig med sin hoveduddannelse, havde han og hans kone – der også var under uddannelse i almen medicin – et ønske om at drive en praksis sammen. Kasper, der var blevet færdig speciallæge lidt tidligere end hans kone, havde derfor besluttet at søge ansættelse, indtil de kunne gå ind i en praksis sammen.

Kasper var i dialog med lægerne i en af de praksisser, han havde været i under hoveduddannelse, om at blive ansat der i en periode. Det viste sig dog, at han og lægerne, der ejede denne praksis, var langt fra hinanden i forhold til vilkårene for en potentiel ansættelse:

Altså, de mente, at jeg skulle have løn svarende til overenskomsten, som jo er en afdelingsløn, og jeg mente, at jeg dækkede en kapacitet på linje med dem, så jeg skulle have lige så meget som dem. (...) Så gik jeg hjem og var ret nedslået over det: Okay, men så skulle det ikke blive der.

I stedet reagerede Kasper på et opslag fra en udbudsklinik og blev ansat der. Det var ikke et nemt sted at starte, da udbudsklinikken var helt ny. Der var fx ingen introduktion eller rutiner at læne sig op ad. Til gengæld kunne Kasper selv bestemme sine arbejdstider, lønnen var fordelagtig, der var ikke krav om lægevagt og han fik med tiden en ledende rolle, som han godt kunne lide. Ansættelsen i udbudsklinikken havde også ulemper, fx var han timelønnet og fik ikke løn under sygdom, og det var en usikker ansættelse, idet udbudsklinikken's aftale med regionen kun var midlertidig. Det var dog til at leve med i en periode, da Kasper jo alligevel skulle videre med planerne om at købe sin egen praksis.

Som Caroline og Kaspers beskrivelser også illustrerer, handler valget af det konkrete ansættelsessted om at finde et sted, som passer til **ønsker til løn, afstand til bopæl, arbejdsvilkår og arbejdstilrettelæggelse** samt forventning om **en god relation til kommende kolleger**. Det gælder uanset, om ansættelsen finder sted i en PLO-klinik, en regionsklinik, en udbudsklinik eller lignende. Valget af hhv. PLO-klinik og udbudsklinik er i Carolines og Kaspers tilfælde præget af tilgængelige muligheder for at indfri deres ønsker til en arbejdsplads. Caroline var ansat i et område, hvor der ikke var lægedækningsudfordringer og dermed ingen regions-, udbuds- eller partnerskabsklinikker. Hun forholdt sig kun til muligheden for at blive fastansat, hvilket blev muligt i en af

området PLO-klinikker. Kaspers valg var begrundet i løn- og ansættelsesforhold og i øvrigt muligheden for en midlertidig ansættelse på vejen mod at købe sin egen praksis. Det er gennemgående for alle de interviewede læger ansat i hhv. regions-, udbuds- eller partnerskabsklinikker, at de har forfulgt en mulighed for en ansættelse under vilkår, som var fordelagtige for dem på et givent tidspunkt i deres karriere, og at der ikke var tale om et opgør med den klassiske model for almen praksis¹⁶.

4.2.2 Ansættelse som del af et arbejdsliv i bevægelse

Nogle af de interviewede læger tænker deres arbejdsliv som foranderligt og ikke bundet til en praksis, som de køber som nyuddannede speciallæger og sælger igen, når de går på pension. Udover at tilpasse deres arbejdsliv til forskellige livsfasen, som beskrevet ovenfor, søger de også **nye udfordringer og faglig udvikling** ved at prøve forskellige typer af jobs af (se fx casen med Camilla, afsnit 4.4.1). De forventer at bruge bredden i specialet til deres egen fordel. Dette kan fx være som en mulighed for i en periode at være ansat på en hospitalsafdeling eller i en kommune, eller det kan fx være som en mulighed for at prøve sig selv af som faglig leder for så at vende tilbage til almen praksis på et tidspunkt. Denne tilgang fører også nogle af de interviewede læger ind i regionsklinikker og udbudsklinikker, fordi de kan se, at de kan få specifikke faglige udfordringer, og fordi det passer godt i forhold til andre aspekter af deres liv.

Flere af de læger, som var ansat, kunne beskrive, hvordan de ofte blev mødt af et ideal – fx fra kolleger og tidligere studiekammerater – om, at køb af egen praksis var den *”rigtigste”* karrierevej og en forventning om, at ansættelsen derfor var et skridt på vejen mod køb af egen praksis. Ved fx at være ansat i en regionsklinik slap man for denne forventning, hvilket ikke var en afgørende begrundelse for at vælge denne type af ansættelse – det var i højere grad løn i kombination med mulighed for en kortere arbejdsuge – men en positiv sidegevinst.

4.2.3 Muligheden for at arbejde i almen medicin, men uden at eje

For nogle læger er beslutningen om at være ansat permanent. Det er således ikke et fravalg af almen praksis, men det er et fravalg af det, der følger med at være ejer. Fravalget af at eje sin egen praksis handlede både om, at det **ikke primært er den selvstændige og ledende lægerolle, der interesserer eller motiverer** den enkelte læge, og at det opleves som en stor opgave at drive,

¹⁶ I modsætning hertil var de interviewede klinikejere kritiske over for disse regions-, udbuds- og partnerskabsklinikker både fordi de oplevede dem som konkurrenceforvridende (fx i forhold til ansattes lønniveau) og fordi de betragtede det som tilbud, der leverede en lavere faglig kvalitet.

lede og organisere en praksis samtidig med, at man skal lave lægefagligt arbejde og holde sig fagligt opdateret. For de læger, som ikke var motiveret af, eller havde lyst til, at bruge energi på at drive deres egen praksis, var de tilgængelige muligheder for at være ansat kærkomne. Det gav således mulighed for alligevel at arbejde inden for det speciale, som de var uddannet til og fagligt optaget af, men uden at drift, ledelse og organiseringsrelaterede opgaver fulgte med. Elisabet og Johan er eksempler på læger, der har valgt ansættelse i hhv. en regionsklinik og en licensklinik, fordi de gerne vil slippe for den del af almen praksis, der knytter sig til at eje og skulle lede sin egen praksis. Til gengæld er de begge motiverede af den faglige del af arbejdet i almen praksis og har også et stort ønske om at tilrettelægge et arbejdsliv i balance med deres privatliv og uden et for stort arbejdspress.



Elisabet – om at fravælge at eje egen praksis

Elisabet har aldrig haft lyst til at være selvstændig, men *“er rigtig glad for at arbejde i almen praksis”*. Hun har aldrig prøvet andet end at være ansat og har forsøgt sig med forskellige typer af ansættelser – herunder barselsvikar og fast ansættelse i en ledig lægekapacitet. Elisabets erfaring er, at det er ret let at få et arbejde som praktiserende læge. Ofte er det dog med henblik på at købe sig ind i en praksis, og det vil hun ikke. For Elisabet fremstår det som for tidskrævende og ansvarsfuldt at eje sin egen praksis, og det ville gå ud over den tid, hun gerne vil bruge med sin familie.

Det er et kæmpe ansvar, synes jeg, og det er et kæmpe arbejde. Altså der er virkelig mange ting, man skal have styr på: overenskomster, inventar, personale, bygning og IT samtidig med det faglige (...) Og det tror jeg simpelthen ikke, jeg har energi til. (...) Hvis jeg ikke havde børn og familie, så tror jeg, at det ville være spændende, men det har jeg, heldigvis! Jeg vil hellere bruge min tid derhjemme.

Aktuelt er Elisabet ansat i en regionsklinik, og det har sine egne fordele, bl.a. at hun kan arbejde tre dage om ugen til samme løn, som hun ellers har fået tilbudt for en fuld arbejdsuge i en PLO-klinik. Derudover ser hun det som en fordel, at hun kan arbejde uden at være underlagt et honorarsystem, og hun er derfor ikke bundet af ‘et problem pr. konsultation’-tankegangen, som har fyldt meget i andre ansættelser. Endelig foretrækker hun at være læge i et område, hvor der er brug for hende (*“jeg føler, at jeg gør en forskel, jeg hjælper nogen”*), hvilket hun får mulighed for via en ansættelse i en regionsklinik, som i sagens natur er etableret pga. lægemangel i det pågældende område.



Johan – om arbejdet i en licensklinik

Johan er ansat i en licensklinik og har været det i 3 år. Han prioriterer sit familie- og fritidsliv meget højt og er desuden yderst opmærksom på at forme et arbejdsliv, hvor han kan bevare lysten og overskuddet til patientarbejde.

Han brænder for at arbejde med komplicerede medicinske problemstillinger hos den svækkede ældre befolkning og er meget bevidst om, at der er en grænse for, hvor mange patienter, han kan se:

Hvor mange skæbner og beslutninger kan du holde til at have i hænderne i løbet af en uge? Jeg kan godt være nede på klinikken dobbelt så meget, men så skal jeg træffe halvt så mange beslutninger i timen.

I klinikken har de indrettet sig med meget praksispersonale, som gør, at lægerne har en rolle, hvor de superviserer og træder til i konsultationer, hvis der er brug for det. Han har således ikke en traditionel lægehverdag, hvor han selv har fire patientkonsultationer i timen.

Muligheden for at købe klinikken på sigt indgår ikke som en del af Johans aktuelle fremtidsplaner, idet han oplever at have fundet den optimale balance i den måde, hans arbejdsliv er indrettet på:

Sådan som det fungerer nu i klinikken, og sådan som mit arbejdsliv er nu, så kan jeg fortsætte, til jeg er 110 år.

Det der går igen, for de to cases, er en **stærk prioritering af frihed og fleksibilitet** for at give plads til familieliv og andre ting end arbejde. Kombinationen af geografi og ansættelsesform giver Elisabet og Johan mulighed for **et fagligt tilfredsstillende arbejde og for at arbejde mindre end fuld tid**. Det er også væsentligt at påpege, at de repræsenterer læger, der er meget tilfredse med deres arbejdsliv, og de forudser ikke, at det kommer til at skifte grundlæggende form i fremtiden. For Elisabets vedkommende spiller det også ind, at hun med en ansættelse i en regionsklinik ikke behøver at forsvare sin beslutning om at være ansat speciallæge og ikke følge den mere almindelige karrierevej, hvor man køber sin egen praksis efter nogle år.

4.3 Ansatte uden for almen praksis

Hvor ovenstående afsnit vedrører et tilvalg af det almenmedicinske område og et arbejdsliv i forskellige former for almenmedicinske tilbud, så peger interviewene også på en række faktorer med betydning for et fravalg af samme. Fravalget af almen praksis kan ske allerede i overgangen fra hoveduddannelse til arbejdslivet i almen praksis, men det kan også ske efter en række ansættelser i almen praksis, hvor man ikke har fundet det rette relationelle eller organisatoriske match. Endelig kan fravalget tidsmæssigt ske efter en kortere eller længere periode som ejer af egen praksis præget af uholdbare arbejdsforhold (se figur 4.1).

De læger, som på interviewtidspunktet var ansat uden for almen praksis, var ansat på hospitaler eller i administrative stillinger, og de dækker dermed ikke alle, men de hyppigst forekommende beskæftigelsesmuligheder i denne gruppe. Som det fremgår af afsnit 3.1.2, har andelen af speciallæger i almen medicin, som arbejder uden for almen praksis, ligget relativt konstant på 15 % de seneste 10 år. Der er igen tale om en mindre del af den samlede population af speciallæger i almen medicin, men som dette afsnit illustrerer, er det en gruppe, der ikke nødvendigvis skal afskrives som en potentiel del af arbejdsstyrken i almen praksis.

4.3.1 Et fravalg af uholdbare arbejdsforhold

Den væsentligste faktor i forhold til at vælge almen praksis fra er en oplevelse af, at "*arbejdsforholdene*" af forskellige årsager, fx en stigende opgavemængde, bliver for dårlige. Det er kendetegnene for de læger, som enten fra start eller efter nogle år beslutter at forlade almen praksis, at de beskriver, hvordan de har oplevet "*højt arbejdstempo*" og "*for lidt tid til hver enkelt patient*", som førte til en oplevelse af "*ikke at kunne levere tilstrækkelig kvalitet*". Konsekvensen er for nogle, at overskuddet til familie og fritidsliv er begrænset, hvor andre beskriver, at arbejdspresset over tid ender med at gøre dem syge. Nogle læger beskriver, hvordan de allerede møder dette arbejdspress under deres speciallægeuddannelse, og at de allerede på det tidspunkt beslutter at søge arbejde uden for almen praksis. Helene, som fremgår af nedenstående casebeskrivelse, valgte eksempelvis at søge væk fra almen praksis efter endt hoveduddannelse, fordi hun under sine praksisophold havde oplevet, hvor travlt der var.



Helene – om at tage en pause fra almen praksis

Helene fortæller om et hoveduddannelsesforløb med flest gode ophold i almen praksis, men også dårlige erfaringer der primært tilskrives dårlig ledelse, et hårdt arbejdsmiljø og travlhed. Særligt de meget korte patient-kontakter og et stigende fokus på at skulle helgardere sig mod patientklager tærede på Helene undervejs. Det var fagligt utilfredsstillende at arbejde på den måde, selvom hun var effektiv og godt kan "(...) *mølle en masse patienter igennem (...)*". Desuden påvirkede det hende også, når hun kom hjem:

Du kører i sådan et højt gear, så selv når du så kommer hjem, så er der den der arousal – du er bare i et forhøjet beredskab hele tiden.

Særligt det sidste sted, hun var i praksisophold, havde de meget travlt, og det blev afgørende for, at hun valgte at tage en pause fra almen praksis.

Det er det tidsperspektiv, der hele tiden vender tilbage: Endnu flere patienter, du skal presse ind i det der enormt tight skema, endnu flere kontroller, som du også skal nå. (...), det var ligesom det, der blev dråben for mig (...), altså det er for meget, der er presset ind på for lidt tid og få ressourcer.

Helene har ikke afskåret sig fra at vende tilbage til almen praksis og drømmer om at opbygge en lækker og velorganiseret praksis, hvor der er tid til patienter, sparring og supervision.

For andre af de interviewede læger ramte erkendelsen af et for stort arbejds-pres først efter, at de havde købt sig ind i en praksis og haft deres arbejds-hverdag der. Både Louise og Malene, som fremgår i følgende casebeskrivelser, havde set sig nødsaget til at sælge deres praksis igen, fordi de ikke kunne, eller ikke ville, acceptere det arbejds-pres, som blev en del af deres hverdag.



Louise – om at købe en praksis og sælge igen

Efter kun to år som ejer af egen praksis valgte Louise at træde ud af sin praksis med et økonomisk tab. Hun oplevede, at hun ikke havde tid nok til patienterne, og at hun ikke kunne leve op til sine egne faglige standarder. Hun følte sig splittet mellem at give mere tid til hver enkelt patient og samtidig have svært ved at acceptere, at ventelisten efter hendes egne standarder var alt for lang.

(...) jeg vil gerne gøre mit arbejde ordentligt, og jeg synes også, det er ærgerligt [at skulle sige "red."]: "ej, men det kan vi ikke tage, for så skal du komme igen (...). Mange ting kan sagtens vente fire uger, men det er der også nogle ting, der bare ikke lige kan.

Louises behov for at have tid til at være grundig og finde sikkerhed i at træffe de rette beslutninger blev yderligere forstærket af frygten for patientklager. Samtidig følte Louise sig forpligtet til at kunne klare sin andel af patienter i den praksis, hun ejede med sin kompagnoner, og give sit bidrag til den fælles økonomi. Hun var egentlig ikke optaget af at tjene mange penge selv, men beskriver, hvordan de andre kompagnoner tilsyneladende godt kunne indfinde sig med kortere konsultationer, og at hun tilpassede sig deres arbejdsform.

Resultatet var, at Louise med egne ord blev syg af arbejdspresset og valgte at sælge sin andel af praksis og fortsætte sit arbejdsliv i et ambulatorie. Her oplever hun, at hun kan bruge sin almenmedicinske faglighed under forhold, hvor hun har den ønskede tid til patienterne. Louise vurderer i bakspejlet, at med den patientgruppe, der var tilknyttet hendes praksis, og som hun foretrak at arbejde med (se afsnit 4.4.1), så skulle hun nok have gået efter en delepraksis med mulighed for at passe færre patienter. Det kom bare aldrig på tale, og Louise bragte det heller ikke selv op. Hun skulle bare ud af den praksis.

Beslutningen om at forlade almen praksis er ifølge Louise endegyldig.



Malene – om begrænsede handlemuligheder

Da Malene var færdig som speciallæge i almen medicin, fik hun ret hurtigt kontakt til en praksis, som passede godt i forhold til hendes ønsker om afstand til bopæl og patientgruppe. Hun valgte eksplicit at gå ind i en allerede etableret praksis, da hun havde set hos andre, hvor hårdt det er at etablere en praksis helt fra bunden. Selvom der var tale om en veletableret praksis, var der masser at gøre i forhold til udvikling af arbejdsgange, fornyelse af IT-systemer og modernisering af de fysiske rammer. I starten var det sjovt arbejde, men på et tidspunkt rammer hverdagen:

Du knokler bare afsted i det der hamsterhjul og føler faktisk ikke, at der er tid til at udvikle det, du laver, og så var det, at jeg følte, at jeg sad fast.

Malenes kompagnon var tæt på at gå på pension og udviste ikke den store motivation for at gå ind i nye udviklingsprojekter, og en del af at føle sig låst handlede om kompagnonens manglende forandringsvillighed. Malenes betingelse for at blive var, at der skulle ske noget med arbejdstilrettelæggelsen, så de havde mulighed for at afsætte ordentlig tid til patienterne og indarbejde alle de nye opgaver, som hun oplevede, at almen praksis løbende fik tildelt, uden samtidig at opbygge en massiv ventetid eller endnu længere arbejdsdage. Hun måtte bare erkende, at hun var mere motiveret for forandring end sin kompagnon:

Jeg havde en lang karriere foran mig, og hun havde en meget kortere. Hun havde det egentlig sådan, at hvis bare hun kunne få lov at passe sit arbejde, så var det fint (...).

Malene endte med at sælge sin andel af praksissen og har ingen planer om at vende tilbage til almen praksis.

De enkelte læger, der har fravalgt almen praksis, peger på forskellige årsager til deres oplevelse af et for voldsomt arbejdspress. Nogle læger (fx Louise) havde valgt at købe en praksis i et område med mange gamle og kronisk syge borgere, netop fordi de gerne vil gøre en forskel hos nogen, der virkelig har brug for hjælp, men de erkender også, at der fulgte mere arbejde med, end de kunne overkomme. Vi kan ikke på baggrund af denne undersøgelse sige noget om, hvorvidt arbejdsforholdene for de læger, som har vendt almen praksis

ryggen, har været værre og opgaverne flere end andre steder. Denne undersøgelse kan kun sige noget om den enkelte læges oplevelse af, at skulle **arbejde mere, end de kunne overkomme** og i nogle tilfælde med en **lavere faglig kvalitet**, end de kunne leve med¹⁷. Det går også igen hos flere af de interviewede læger, at de oplever et stigende dokumentationskrav og frygt for patientklager, som øger den enkeltes behov for at gå grundigt til værks i relation til hver enkelt patient. Dette tager både tid og er en psykisk belastning oveni.

Blandt de læger, som valgte at forlade almen praksis igen, er det gennemgående, at de ikke kunne se sig ud af det arbejdspress, som de oplevede, og som de enten ikke kunne holde til, eller som forhindrede dem i at prioritere andre ting, fx faglig og organisatorisk udvikling eller tid med familien. Følelsen af **at mangle handlemuligheder** kan både relateres til udefrakommende pres (fx opgaveglidning fra hospital til almen praksis, patienternes stigende efterspørgsel på ydelser i almen praksis, vagtlægeforpligtelser, frygten for klagesager eller pres på hjemmefronten) og til den organisatoriske sammenhæng, man indgår i, hvor uenigheder eller forskellige prioriteter mellem kompagnoner kan være en barriere for forandring. Sidstnævnte ses særligt i Malenes case, hvor den ældre kompagnon ikke var villig til at lave de organisatoriske forandringer, som Malene vurderede som nødvendige for at kunne holde til et arbejdsliv i almen praksis. I interviewet med Louise fyldte samarbejdet med de øvrige kompagnoner og deres villighed til at foretage ændringer meget lidt, fordi Louise blev overmandet af arbejdspresset, før hun nåede til overvejelser om at håndtere det via organisatoriske tilpasninger.

Et fælles træk ved den gruppe af læger, som har valgt almen praksis fra pga. af arbejdsforhold, er, at de er meget tilfredse med de arbejdsforhold, de har i deres nuværende arbejde. Deres erfaringer med konsekvenserne af at arbejde under for krævende forhold betyder, at de hellere vil prioritere arbejdsforhold, de kan holde til, end de mulige fordele der kan være ved et arbejdsliv de selv har mulighed for at tilpasse til andre prioriteter, den lille, selvstændige organisation og den ledende lægerolle.

4.3.2 Et tilvalg af andre interesser

Ansættelser uden for almen praksis er ikke kun et fravalg af arbejdet i almen praksis. For nogen læger er det **et tilvalg af andre faglige interesser og andre typer arbejdspladser**. Nogle er tiltrukket af specifikke arbejdsopgaver, fx på en hospitalsafdeling eller muligheden for at dygtiggøre sig inden for et specifikt område. For andre handler det om, at de har søgt en model for et arbejdsliv, der levner tid til andre ting, fx ved at vælge en hospitalsansættelse, hvor

¹⁷ Studier viser, at praktiserende lægers oplevelse af at gå på kompromis med kvaliteten af deres arbejde i forsøget på at håndtere arbejdspress i høj grad er korreleret med oplevelsen af udbrændthed, og dermed et væsentligt opmærksomhedspunkt i sig selv (A. F. Pedersen and Vedsted 2022).

vagtarbejde giver mulighed for forskudte fridage, som kan bruges til at varetage andre interesser og forpligtelser (fx fagpolitisk arbejde). Thomas, som fremgår af casen nedenfor, har fx valgt akutområdet allerede i forbindelse med valg af speciale.



Thomas – om at vælge andre faglige interesser til

Under medicinstudiet var Thomas sikker på, at han *ikke* skulle være praktiserende læge: *”der var for meget nedgroede tånegle og trivielle ting”*. Under KBU'en blev han grebet af akutmedicin og besluttede sig alligevel for at forfølge en speciallægeuddannelse i almen medicin med henblik på at arbejde i en akutmodtagelse først og senere slå sig ned som praktiserende læge.

Thomas er nu ansat i en akutmodtagelse, hvor hans faglige interesse pt. er størst:

Det er der, det er sjovt lige nu. Lidt blå blink, der er meget ”run på”, og man ser ufatteligt mange ting.

Til gengæld er det ikke et speciale, som han forventer at være i resten af sit arbejdsliv. Undervejs i speciallægeuddannelse blev Thomas glad for arbejdet i almen praksis, og han fik øjnene op for, at det er et fagligt spændende sted at arbejde. Thomas forudser, at han med tiden vil foretrække et mere roligt arbejdsliv og arbejdstider, der passer bedre med et familieliv, og at han derfor vil købe sin egen praksis på et tidspunkt.

Læger i gruppen, der har valgt almen praksis fra på grund af andre interesser, beskriver ikke fravalget af almen praksis som permanent. Som de øvrige læger er de tiltrukket af den tætte og kontinuerlige patientkontakt, bredden i specialitet og den deraf følgende mulighed for at beskæftige sig med mange forskellige problemstillinger. Disse faktorer har de også søgt i deres nuværende ansættelser, og det er fortsat de faktorer, som de finder attraktive ved almen praksis. Derfor udelukker de ikke almen praksis som en del deres fremtidige karrierevej, men nogen gør sig tanker om, hvorvidt de fagligt er opdaterede i en grad, hvor de uden videre kan træde ind i almen praksis og levere den nødvendige kvalitet.

4.4 Beslutningen om at blive klinikejer

Som det fremgår i afsnit 3.1.1, er ca. 85 % af uddannede speciallæger i almen medicin beskæftiget i almen praksis – en mindre del som ansatte og størstedelen som klinikejere. For langt de fleste af de interviewede læger hang valget af det almenmedicinske speciale derfor også uløseligt sammen med overvejelser om, hvor, hvornår og med hvem man skulle købe egen praksis. Dette gjaldt også de læger, som endte med at vælge almen praksis fra, og som enten midlertidigt eller permanent var ansat i et alment medicinsk tilbud.

Selvom fokus i denne undersøgelse er læger, der ikke (endnu) ejer egen praksis, er gruppen af klinikejere inkluderet i denne undersøgelse, da deres uddannelses- og karrierehistorik kan bidrage med indsigt i de faktorer, der har påvirket deres vej mod at blive (og forblive) klinikejere, og særligt hvad der er på spil, når de står over for valget om at købe en specifik praksis. Der er generelt overlap mellem klinikerejere og de øvrige gruppers motivation for at vælge det almenmedicinske speciale. Gruppen af klinikejere, som indgår i undersøgelsen, adskiller sig dog ved, at de fremhævede muligheden for at lede, drive og udvikle en praksis som en vigtig del i deres valg af at blive klinikejer, hvor nogle læger i de andre grupper eksplicit har fravalgt denne komponent.

Det følgende afsnit er struktureret i to dele. I første del fokuseres der på de faktorer, som i analysen har vist sig at spille en rolle i relation til at købe egen praksis, dvs. et fokus på overgangen fra uddannelseslæge til klinikejer. Denne del er baseret på interviews med læger, der havde købt egen praksis, og læger i gang med denne proces. Som det fremgår af afsnit 4.3.1, er oplevelsen af et uholdbart arbejdspress en væsentlig årsag til, at nogle af de interviewede læger har valgt et arbejdsliv uden for almen praksis. Derfor er der i afsnittets anden del fokus på, hvordan arbejdspress håndteres af nuværende klinikejere, og hvilken betydning det har for overvejelser om at blive i almen praksis.

4.4.1 Faktorer relateret til køb af praksis

Geografi er en væsentlig faktor, når beslutningen om at blive klinikejer skal træffes. Betydningen af geografi ses allerede i forbindelse med ansøgningen om hoveduddannelse, hvor der er mulighed for at ønske specifikke forløb, som er knyttet til specifikke hospitaler og praksisforløb inden for et afgrænset geografisk område (se afsnit 2.1). Flere af de interviewede læger beskriver imidlertid, at de har ventet op til flere runder, før de kunne få hoveduddannelse der, hvor de ønskede det. I mellemtiden har de fundet ansættelse i forskellige introstillinger eller uspecificerede stillinger.

Efter endt hoveduddannelse er arbejdspladsens geografiske placering fortsat af væsentlig betydning for mange af lægernes valg, både når de skal købe sig ind i en praksis eller søger ansættelse i eller uden for praksis. De fleste har defineret en radius fra deres bopæl, som fx sikrer, at de kan hente børn i daginstitution og ikke bruger unødigt lang tid på transport. Derudover er de fleste læger midt i 30'erne, når de færdiggør deres speciallægeuddannelse, og de har derfor typisk en ægtefælle med egen karriere, har købt bolig og har børn, der har en hverdag knyttet til det sted, de bor. Camilla (se casebeskrivelse nedenfor) er derfor blot en ud mange af de interviewede læger, der beskriver sig selv som meget lidt "flytbar".



Camilla – om betydningen af geografi

Camilla er ansat i en § 24-stilling tæt på hendes bopæl og overvejer om, og hvor, hun skal købe sin egen praksis. Camilla er egentlig tiltrukket af de faglige udfordringer, som hun forventer at få, hvis hun vælger en praksis, der ligger i et af de lægedækningstruede områder af regionen, hvor hun bor, og har også en gammel drøm om at flytte tilbage til det sted, hun selv er vokset op. Familiens samlede liv og prioriteter er imidlertid det, der fylder mest lige nu:

Jeg har sådan et eller andet med, at jeg gerne vil ud på landet, [men] det der fylder rigtig meget for os, det er det med det daglige liv. Der er ikke nogen ordentlige folkeskoler, der er ikke noget arbejde for min mand (...). Sådan nogle ting er nok det, der fylder mest for os.

Når Camilla beslutter sig for, hvor hun skal købe egen praksis, så bliver det i nærheden af hendes nuværende bolig, så den øvrige families liv ikke bliver påvirket.

Geografi fremstår uden tvivl som en vigtig faktor i samtlige af de interviewede lægers overvejelser omkring køb af egen praksis. De oplever dog også, at det er til deres fordel, at der er efterspørgsel på yngre speciallæger i almen, der ønsker at nedsætte sig som praktiserende læge. De kan derfor nøjes med at afsøge markedet inden for et område, som de selv definerer.

De interviewede læger beskriver også, hvordan deres **præferencer i forhold til patientgruppen** udgør en væsentlig faktor i forhold til, hvor de ender med at nedsætte sig som klinikejere. Nogle foretrækker områder med mange unge og børnefamilier, hvor andre foretrækker områder med flere ældre og kronisk syge borgere. Der kan også være forskel i forhold til, om man er motiveret af at være læge i områder med mere eller mindre ressourcestærke borgere. Valg af geografisk placering af praksis er derfor ikke kun relateret til transporttid og om at balancere et arbejdsliv med familie- og fritidsliv. Ønsker til en geografisk placering handler således også om den lokale demografi og de faglige udfordringer, der kan variere afhængig af, om der er tale om unge eller gamle samt ressourcestærke eller socialt sårbare grupper. Dermed indebærer valget af geografisk placering ofte både ønsker til (graden af) faglige udfordringer og ønsket om at reducere nævneværdige ulemper, fx i form af lang transporttid. I afsnit 4.1.3 fremgår det i Sarahs case, at valget af område og dermed patientpopulation handlede om at kunne opbygge en rentabel forretning uden at slide sig selv op, hvor andre – som Louise nedenfor – i højere grad brænder for den tungere patientgruppe.



Louise – om at søge en bestemt patientgruppe

Louises drøm var at købe sig ind i en praksis, gerne en kompagniskabspraksis, og gerne en praksis i et område med patientklientel i "den tunge ende", hvor hun kunne gøre en forskel. Mødet med forskellige praksis under hendes uddannelse havde skærpet Louises bevidsthed omkring, hvilke grupper af borgere hun ønskede at være læge for.

(...) jeg kan rigtig godt lide dem, der er rigtigt besværlige og svære, og som fejler tusind ting. Det, synes jeg, er sjovt.

Efter endt speciallægeuddannelse fik hun tilbudt at købe sig ind i én kompagniskabspraksis og var også fristet, da det var et godt sted, og hun kom rigtig godt ud af det med den læge, hun skulle drive praksissen sammen med. Hun endte dog med at købe sig ind i en anden praksis, som befandt sig i et lægedækningstruet område, hvor patientklientellet passede bedre til det, hun ønskede sig.

For de læger, der har ambitioner om at købe egen praksis, er det personlige match mellem dem selv og de øvrige kompagnoner også en væsentlig faktor. Dette match har flere facetter, idet det både handler om **personlig kemi** og om **præferencer for organisering og ledelse** af den fælles praksis. Undervejs i både medicinstudie, introstillinger og hoveduddannelsesforløbet har lægerne typisk stiftet bekendtskab med flere forskellige praksisser og danner sig derved et billede af, hvordan de selv synes, en praksis skal ledes og organiseres – herunder hvordan arbejdsdagen skal tilrettelægges. Disse erfaringer gør de brug af i dialogen med potentielle fremtidige kompagnoner. De grundlæggende karakteristika ved almen medicin, som motiverede til valget af almen medicin (se afsnit 4.1), og vægtningen imellem dem, spiller således en vigtig rolle her, idet der søges efter kompagnoner med nogenlunde samme syn på, hvilken læge man ønsker at være, hvilken arbejdsplads man ønsker at etablere, og hvilken forretning man ønsker at drive. Charlotte, som fremgår i casebeskrivelsen nedenfor, er fx optaget af at skabe et godt arbejdsmiljø, og det har været afgørende for hendes overvejelser omkring valg af kompagnon.



Charlotte – om at søge en kompagnon med de samme prioriteter

Charlotte har løbende talt med en studieven om at gå ind i en praksis sammen. Deres hoveduddannelsesforløb var imidlertid ikke helt parallelle, og studievennen endte derfor med at købe sig ind i en praksis, mens Charlotte har brugt nogle år i forskellige ansættelser. De står nu i en situation, hvor Charlotte har mulighed for at købe sig ind i den samme praksis som studievennen.

Det står ret klart for Charlotte, at hun er endt med at sige ja til denne mulighed, fordi hun er sikker på, at de er enige om, hvordan deres fælles praksis skal drives:

Jeg tror, at det her med at have været i forskellige praksiser... Nogen drives meget hårdt, sådan økonomisk, hvor man tænker, der kan virkelig ikke lægges flere opgaver på sygeplejerskerne. Og de [lægerne] kører det også selv hårdt, sidder der også selv til meget sent osv. og har kort tid til patienterne. Og så har jeg været steder, hvor der har været bedre tid til patienterne og bedre tid til arbejdet. Og det vidste jeg, at det ville jeg rigtig, rigtig gerne. Så vil jeg hellere tjene de færre penge og have mere tid og have kvalitet i mit arbejde. Og der ved jeg også, at min kollega er.

Det handler både om, hvordan organisationen og arbejdsdagen skal tilrettelægges, men det handler i høj grad også om en fælles forståelse af, hvordan praksis skal drives økonomisk. Det handler ifølge Charlotte om at finde den rette balance: De skal både tjene penge, skabe en sund forretning, have fokus på faglig kvalitet og skabe mulighed for, at arbejdet ikke bliver på bekostning af "familie og andre ting derhjemme".

Lignende typer af overvejelser ses også i relation til, hvilken organisationsform (solo-, samarbejds-, kompagniskabs- og -delepraksis) den enkelte læge foretrækker samt i deres ønsker til de fysiske rammer, fx om der er plads til at udvide med flere kompagnoner eller mere personale.

Selvom mange af lægerne beskriver det almenmedicinske område som "købers marked", hvor man som ny speciallæge i almen medicin typisk får mange tilbud om at overtage eller købe sig ind i en praksis, så kan beslutningen om køb af egen praksis opleves som et relativt snævert beslutningsrum. For det første skal alle af ovenstående faktorer balanceres mod hinanden, og for det andet er **timing** en vigtig faktor, idet der skal være et sammenfald mellem én læges ønske om at købe en kapacitet og en anden læges ønske om at sælge en kapacitet. Nogle af de interviewede læger har allerede indgået aftaler om køb af praksis sidst i deres hoveduddannelsesforløb, men for dem, der ikke har haft denne relation, og dermed haft et forspring i forhold til køb af egen praksis, har den videre vej været præget af en række midlertidige ansættelser med henblik på at finde det rette match. Enkelte finder hurtigt matchet og er – som det er tilfældet med Helle (i følgende casebeskrivelse) – derefter villige til at vente meget længe på at kunne købe sig ind.



Helle – om at vente på det rette sted

Helle hørte om sin nuværende kompagnons praksis for et par år siden og synes det var interessant, da det var en delepraksis. Hun havde perifært personligt kendskab til en af ejerne og efter et par møder fandt de ud af, at de var et godt personligt match da de havde ens værdigrundlag og visioner: arbejdsglæde og tid til at levere lægearbejde af høj kvalitet. Derefter fulgte en proces på halvandet år før Helle købte sig ind. Processen trak ud da den læge, som Helle skulle overtage fra, først skulle beslutte hvornår hun ville gå på pension og dernæst fulgte en proces omkring køb, kontrakt og en overtagelsesdato et stykke ud i fremtiden.

Jeg tænkte, det her kommer til at fungere, så det kan jeg godt vente på (...) Jeg har fået masser af tilbud om steder, jeg kunne købe mig ind eller blive ansat, men jeg har ikke mødt nogen før, hvor jeg tænkte, der var et godt match (...) Første gang, da jeg talte med [Helles kompagnon, red.], der havde jeg den mavefornemmelse, at det her føles helt rigtigt.

Timing var således ikke helt optimal, men Helle var villig til at vente på grund af den klare oplevelse af at have fundet det optimale relationelle og organisatoriske match, der passede til de prioriteter, hun havde i sit arbejdsliv.

Der ses i interviewmaterialet også eksempler på, at **beslutningsrummet lukker** efter nogle års søgning efter den rette praksis. Som det fremgår i afsnit 4.2.1, anser nogle af lægerne det for at være en god løsning at være ansat i en kortere eller længere periode, indtil man beslutter om, og hvor, man ønsker at købe en praksis. Andre anser det for at være "nomadeliv", hvor man hele tiden bryder op og starter forfra i nye ansættelser, hvilket både kan være hårdt i længden og opleves som utilfredsstillende, fordi man aldrig rigtig får den medbestemmelse, som man ville få, hvis man var klinikejer. De læger, der når et mætningspunkt i forhold til skiftende ansættelser og mislykkede forsøg på at finde en praksis, de vil købe, begynder at overveje andre muligheder for at bruge deres speciallægeuddannelse – fx i en hospitalsansættelse. Andre af de interviewede læger er endt med selv at starte en praksis op fra bunden, hvis de har haft en række ansættelser uden at finde det gode match. Det er Astrid et eksempel på, idet hun – efter et par mislykkede købsprocesser – er endt med at tage sagen i egen hånd og har købt to 0-ydernumre. Det er dog ikke uden bekymring, da hun kommer til at lære at drive og organisere klinikken på egen hånd og uden mulighed for at trække på erfarne kolleger.



Astrid – om at opgive at købe sig ind i en eksisterende praksis

Astrid er ansat i en tidsbegrænset § 24-stilling og har haft tre tidligere ansættelser med henblik på at købe sig ind. Alle tre gange er det af forskellige årsager ikke blevet til noget (specifikke årsager er udeladt af hensyn til anonymitet). Hun har på et tidspunkt i processen overvejet at overtage en regionsklinik, men hun manglede en kompagnon, for der var et stort patientantal tilknyttet, og desuden var afstanden til hendes bopæl lige det længste. Det havde også afgørende betydning, at klinikken lå i et område, hvor det er svært at blive del af en vagtring.

Astrid har nu købt to nul-ydernumre af regionen og forventer at starte egen praksis op næste år. Hun beskriver det som lidt skræmmende at starte egen praksis op – for hvordan starter man egentlig op og hvad med alle de driftsmæssige aspekter? Det skal hun lære hen ad vejen.

Astrid understreger dog, at hun ikke har mod på flere ansættelser med henblik på at købe sig ind i en praksis, og hvis hun ikke havde haft mulighed for at købe ydernumrene og starte op selv, så ville hun nok have forladt almen praksis efter den tidsbegrænsede ansættelse, hun er i nu.

Økonomiske overvejelser vedrørende den investering og låntagning, der er forbundet med et køb, fyldte typisk meget lidt både blandt læger, som var midt i en proces omkring køb af egen praksis, og blandt læger, som allerede havde købt egen praksis. Priserne for køb af kapaciteter blev generelt ikke vurderet som høje i det nuværende marked, og eftersom de havde sikkerhed for fast indtjening, så forventede de at udbetale deres lån i forbindelse med køb af praksis relativt hurtigt.

Enkelte læger – som Camilla nedenfor – beskrev imidlertid, hvordan de ikke ønskede at sætte sig i en situation, hvor de var bundet til én praksis og et sted resten af deres arbejdsliv. Derfor skulle et potentielt køb af egen praksis ske til en pris og i et område, som med en vis sandsynlighed gav dem **mulighed for at komme ud af praksis igen**, uden at det blev en varig økonomisk belastning.



Camilla – om ikke at blive økonomisk låst pga. et køb

Camilla, der er ansat i en § 24-stilling, står over for valget om at købe sig ind i en praksis. For Camilla er det vigtigste at få skabt et arbejdsliv, der levner tid og energi til andet end arbejde, og så har hun heller ikke lyst til at binde sig til ét sted resten af hendes arbejdsliv:

*Jeg kan ikke lide tanken om at tage et lån i banken på mange millioner og så sætte mig der, indtil jeg går på pension (...)
[hvis jeg køber så, red.] vil jeg gerne have mulighed for at sige 'nu gør jeg det her i en periode' – og så kan det være i en periode, at jeg hellere vil arbejde i et palliativt team, eller i psykiatrien, eller flytte til Udkantsdanmark.*

Muligheden for at ændre kurs i sit arbejdsliv er et vigtigt pejlemærke for Camillas beslutninger om et potentielt køb, og derfor er det også vigtigt for hende at have et potentielt salg med i overvejelserne.

4.4.2 Betydningen og håndteringen af arbejdsmængden for at blive i almen praksis

Relateret til valg af organisationsform og kommende kompagnoner er ønsket om at finde en praksis, hvor det er muligt at tilrettelægge et arbejdsliv under hensyn til familieliv eller andre faglige interesser. Dette ønske indfries for nogle læger, mens andre har sværere ved at finde en balance.

De læger, der ejer egen praksis, og som beskriver, at de kan ramme den ønskede balance, beskriver gennemgående, at de indgår i en **velfungerende organisation** med mulighed for at uddelegere arbejdsopgaver til andre læger eller personale, hvor arbejdsmængden ikke er overvældende (dette kan både skyldes organisering og området, hvor praksis ligger). De beskriver ligeledes, at der er mulighed for, at nogen kan varetage ens arbejdsopgaver, så man har mulighed for fridage, ferie etc. Jakob, som fremgår af følgende casebeskrivelse, er et eksempel på en læge, der har været heldig at finde en allerede velfungerende praksis, der var organiseret efter nogle værdier, han kunne se sig selv i, og som gav ham den fleksibilitet, som for ham er en afgørende brik i et godt arbejdsliv.



Jakob – om at have mulighed for at balancere arbejde og familieliv

Jakobs vej har været ret direkte, idet han er gået fra endt speciallægedannelse til at være ejer i en praksis, han kendte og havde erfaring med fra sit KBU-forløb. Jakob understreger, hvor vigtigt det er, at han og de øvrige ejere har været eksplicite omkring deres prioriteter, og hvordan de kan hjælpe hinanden bedst muligt:

Vi kører 4-dages arbejdsuge her, og det passer med, at jeg har tid til at tage en dag nu her, hvor jeg kan tage til et andet [fagligt relateret, red.] møde, og jeg kan løbe en tur og hente mine børn tidligere (...) Det giver mig en frihed, og det handler selvfølgelig også om at have nogle gode kolleger, der har forståelse for ens situation [og prioriteter, red.].

I beslutningen om at købe sig ind i den specifikke praksis peger han på flere afgørende faktorer, fx at der er praksispersonale, som kan tage en del af opgaverne, og kollegial velvilje til at dække ind for hinanden. Han peger også på, at den praksis, han har købt sig ind i, er præget af lysten til at indgå i kvalitetsprojekter, god økonomi, god arbejdsstemning, høj faglighed og arbejdsmoral, og det er alle medvirkende årsager til, at beslutningen om at købe sig ind ikke var vanskelig:

Når det hele bliver løftet på den måde, så er det bare at sætte sig ind og køre videre og være med til at facilitere, at det hele bare glider rigtig godt.

Jakob har valgt at gå på kompromis med geografien for at få den optimale praksiskonstellation/organisierungsform samt den work-life-balance og plads til at have andre faglige forpligtelser ved siden af, som han prioriterer højt.

Andre af de interviewede læger oplever ikke et arbejdsliv, der levner tid til andre ting end de opgaver, der knytter sig til deres praksis, og det er ikke en situation, de anser som holdbar i længden. Blandt disse læger er bl.a. sololæger, og dem som har startet en praksis op helt fra bunden (såkaldte 0-ydernummer) og er i gang med at opbygge en organisation med personale og på sigt også kompagnoner. Katrine er et eksempel på en læge, der har valgt at starte

en praksis op helt fra bunden, men som også har erfaret, hvilke omkostninger det har for hende selv og for familien.



Katrine – om udfordringerne ved at opbygge en praksis fra bunden

Katrine startede for nogle år op som sololæge. Før var hun ansat på et hospital, imens hun undersøgte mulighederne for at få sin egen praksis i det område, hun havde udset sig. Da et 0-ydernummer blev slået op, slog Katrine til og brugte et par måneder på at finde og indrette lokaler samt på at ansætte praksispersonale. Forventningen var, at de skulle starte stille og roligt og bygge organisationen op i takt med, at patienterne kom til. Men fra start havde hun ca. 1.400 patienter tilknyttet og er nu oppe på maksimalt antal patienter. Organisationer er også vokset med mere praksispersonale, medicinstuderende, en ansat speciallæge og to uddannelseslæger. Det har været fart på, og i starten krævede det en arbejdsuge på mere end 80 timer i gennemsnit og uden muligheden for at tage en fridag, holde ferie eller tage en kortere dag i forbindelse med lægevagter. Der findes en vagtring i den by, hvor Katrines praksis ligger, men de har ifølge Katrine afvist at tage hende med.

Nu, hvor hun er etableret, kan Katrine arbejde lidt mindre, og det har også været helt nødvendigt. Hun beskriver, hvordan hun i en periode har arbejdet så meget, at andre prioriteter i hendes liv ikke har fået nok plads:

Jeg arbejder stadigvæk meget, men ikke så meget som dengang, mange, mange, mange timer i døgnet. Patienter fra 8-16, administrativt arbejde fra 16-18, hjem og spise med børnene, putte børnene og arbejde videre. Og det kan overhovedet ikke hænge sammen i længden, så jeg har aldrig nogensinde gjort det her, fordi jeg tænkte, at det var en fordel work-life-balance-agtigt. Jeg har gjort det, fordi det var spændende og nyt, og så tænker jeg først bagefter.

Katrine anerkender, at hun, set i bakspejlet, nok ikke skulle have startet en ny praksis på egen hånd, mens hun havde små børn. Det kunne kun lade sig gøre, fordi hendes mand havde mulighed for at arbejde deltid. Katrine arbejder også på at få en kompagnon og er i konkrete forhandlinger med en læge, som i første omgang skal ansættes, så de kan se hinanden an.

De læger, der er i samme situation som Katrine, forsøger på lignende vis at løse den overvældende arbejdsbyrde gennem organisationsudvikling. De har således fokus på fx at ansætte mere personale og vikarer, der kan bidrage til muligheden for fridage, og flere søger aktivt efter kompagnoner, så man er flere til at håndtere ledelsesopgaver og administrative opgaver. I afsnit 4.3.1 fremgår det, at oplevelsen af et unødigt højt arbejdspress skal ses i sammenhæng med muligheden for at kunne reagere på det og ændre det over tid. Katrine (se ovenfor) er et eksempel på en læge, der beskriver sig selv som travl, men med en udsigt til forbedring, fordi hun stadig har nogle handlemuligheder, fx udvidelse af praksis med en kompagnon, og derfor ikke er på vej ud af almen praksis.

Historier som Katrines afholder imidlertid nogle af de interviewede læger fra at købe deres egen praksis. Det gælder særligt at starte en praksis op fra bunden, fordi de forudser, at 'startomkostningerne' er for store. For nogle af de læger, der er klinikejere, og som beskriver sig selv som tilfredse med det valg, har det været utænkeligt at arbejde andre steder end almen praksis. Dette er netop fordi, organisationen er så lille, at man har mulighed for at påvirke alt fra den daglige arbejdstilrettelæggelse til mere overordnede strategiske valg, fx hvordan man skaber en organisation og nogle fysiske rammer, der er bæredygtige på sigt. For dem handler det i højere grad om at finde en eksisterende praksis – eller starte en praksis op selv – som gør det muligt at skabe en organisation, hvor de kan indfri deres forventninger til arbejdets faglige indhold og kvalitet samt til samspillet mellem deres arbejdsliv i almen praksis og andre aspekter af deres liv.

4.5 Opsummering – begrundelser for forskellige karriervalg og -veje

I dette kapitel har vi beskrevet og sammenfattet, hvilke faktorer der påvirker valg og fravalg af et arbejdsliv i almen praksis, og vi har også peget på forhold, der kan have betydning for fastholdelse i almen praksis.

Der er et gennemgående samspil mellem de beslutninger, som de enkelte læger har truffet undervejs i deres karriereforløb, og lægernes forskellige vægtning af grundlæggende karakteristika ved det almenmedicinske speciale og arbejdet i almen praksis (det brede speciale, patientkontakt og –kontinuitet, et arbejdsliv med mulighed for fleksibilitet og tilpasning, den lille, selvstændige organisation og den ledende lægerolle). Betydningen af disse karakteristika vægtes forskelligt fra læge til læge, men sætter en ramme for de valg, der træffes undervejs, herunder om der efterstræbes et liv i eller uden for almen praksis. Balancen mellem disse karakteristika kan også skifte undervejs i den

enkeltes uddannelses- og karriereløb, fx i takt med udvikling i den enkeltes livssituation og medvirke til karriereskift samtidig med at den ønskede balance kan blive udfordret fx af eksterne rammebetingelser eller de særlige arbejdsbetingelser som gør sig gældende i det valgte geografiske område.

Ansatte i almenmedicinske tilbud

I gruppen af læger, der er ansat i almenmedicinske tilbud, er der tale om tre typer af valg med tilhørende præferencer og faktorer, der har præget dette valg. Nogen speciallæger i almen medicin betragter det at være ansat som en midlertidig del af deres karriere, idet de på sigt ønsker at købe deres egen praksis. De venter blot på, at den rigtige mulighed for køb af en praksis dukker op. Andre ansatte speciallæger i almen medicin anser det som mere permanent at være ansat i et almenmedicinsk tilbud. De er typisk ikke drevet af at eje, drive og lede deres egen praksis, men er motiveret af det almenmedicinske arbejde. Endelig er der en gruppe af ansatte speciallæger i almen medicin, som ikke køber ind på ideen om at købe en praksis og dermed binde sig til en bestemt arbejdsplads resten af arbejdslivet. De ønsker et arbejdsliv i bevægelse med afprøvning af forskellige faglige udfordringer og forskellige typer af jobs.

Faktorer relateret til valget af det konkrete ansættelsessted er afstand til bopæl, arbejdsvilkår og arbejdstilrettelæggelse samt forventning om en god relation til kommende kolleger.

Ansatte uden for almen praksis

Speciallæger i almen medicin, som har valgt en karriere uden for almen praksis, er for nogens vedkommende præget af en erfaring med uholdbare arbejdsforhold i praksis, de selv har ejet, eller som de har stiftet bekendtskab med under deres hoveduddannelse. Det skal ses i sammenhæng med en oplevelse af et manglende handlerum til at håndtere oplevelsen af uholdbare arbejdsforhold, enten fordi man føler sig magtesløs i forhold til udefrakommende opgaver og krav, eller fordi uenigheder eller uens prioriteter intern i organisation kan være en barriere for forandring og udvikling af organisation og arbejdsgange. For denne gruppe læger er der overvejende tale om et permanent fravalg af almen praksis. Andre læger i denne gruppe har ikke valgt almen praksis fra, men har nærmere valgt andre faglige udfordringer og arbejdspladser til. Blandt denne gruppe af læger er der generelt åbenhed for at vende tilbage til almen praksis på sigt.

Speciallæger i almen medicin, der vælger at købe (og blive i) egen praksis

Det er gældende for gruppen af læger, som har købt og fundet sig til rette i egen praksis, at de er motiveret af de muligheder, der er ved at være leder af

en lille, selvstændig organisation. Derudover beskriver de, hvordan de efterstræber et arbejdsliv, der er balanceret i forhold til familie og fritid samt andre faglige interesser, og hvor de oplever, at de har handlemuligheder i forhold til at sikre denne balance, fx via uddelegering af opgaver til personale og definerede rammer for, hvornår man holder fri eller afkorter arbejdsdagen. Generelt er de tilfredse med deres arbejdsliv, idet de er lykkede med at forene faglige interesser med en organisatorisk kontekst, der giver dem mulighed for et godt arbejdsliv samt den selvstændige og ledende lægerolle.

Når den enkelte speciallæge i almen medicin beslutter, hvilken konkret praksis den ønsker at købe, handler det både om, hvor praksis geografisk er placeret, den personlige kemi med potentielle kompagnoner, patientgruppen knyttet til praksis, den eksisterende organisation og timingen i forhold til et muligt køb. Lykkes det ikke at finde en praksis, hvor ønsker til ovenstående opfyldes inden for en rimelig tidsramme, fører det for nogen til overvejelser om at forlade almen praksis til fordel for fx en fastansættelse på et hospital.

Økonomiske overvejelser i forbindelse med et køb fylder ganske lidt, på nær blandt de læger, der ønsker sikkerhed for, at de kan komme ud af praksis igen uden økonomiske tab.

5 Konklusion og diskussion

Denne undersøgelses hovedformål var at bidrage med en øget forståelse for de overvejelser, der ligger til grund for forskellige karriereveje blandt nyuddannede speciallæger i almen medicin. Herunder var der særligt fokus på dem, der ikke (endnu) ejer egen praksis og et fokus på faktorer af betydning for, hvor i landet speciallæger i almen medicin søger beskæftigelse. Undersøgelsen skriver sig dermed ind i en bredere politisk opmærksomhed på at sikre lægedækning inden for det almenmedicinske område nu og i de kommende år (Sundhedsministeriet 2022). I analysen af detaljerede beskrivelser af uddannelses- og karriereveje fra 29 speciallæger i almen medicin er der udledt en række faktorer, som har haft betydning for valg og fravalg af almen praksis.

Heraf fremstår arbejdspress og uholdbare arbejdsforhold, overgangen fra hoveduddannelse til ejer af egen praksis samt et fravær af ønsket om at eje egen praksis, som de faktorer, der særligt har betydning for fravalget af almen praksis. Derudover underbygger denne undersøgelse, at der er en særlig udfordring i forhold til lægedækning i alle dele af landet, og at incitamenterne for speciallæger i almen medicin til at søge beskæftigelse i lægedækningstruede områder er begrænsede.

I det følgende skitseres og diskuteres en række opmærksomhedspunkter, som kan inddrages i overvejelserne omkring rekruttering til og fastholdelse af almenmedicinske speciallæger i almen praksis.

5.1 Lægedækning i hele landet

De seneste 10 år er antallet af speciallæger i almen medicin og læger beskæftiget i almen praksis steget, jf. Sundhedsdatastyrelsens opgørelser, samtidig med at andelen af læger pr. lægekapacitet har været konstant i perioden fra 2015-2022. Dog har der samtidig været en stigning i antallet af tilmeldte patienter pr. lægekapacitet i samme periode grundet befolkningsvækst samt en generel stigning i aktiviteten på landets hospitaler, som også påvirker opgavemængden i almen praksis. Holder forudsætningerne bag de eksisterende lægeprognoser – herunder særligt besættelsesgraden på dimensionerede hoveduddannelsesstillinger i almen medicin – vil arbejdsstyrken vokse til det niveau, som er formuleret som den politiske målsætning om 6.500 speciallæger i almen medicin på landsplan (Sundhedsministeriet 2022).

En væsentlig udfordring er imidlertid den geografiske spredning af de tilgængelige speciallæger i almen medicin, som nu og formentlig også i fremtiden

medvirker til få eller ingen praktiserende læger i nogle dele af landet. Selvom eksisterende prognoser for udviklingen i antallet af læger tyder på, at der de næste 10 år vil være tilstrækkeligt med både speciallæger i almen medicin og praktiserende læger, peger opgørelserne præsenteret i kapitel 3 også på, at der fortsat kan forventes udfordringer med lægedækning i nogle dele af landet. Region Sjælland er særligt hårdt ramt – både hvad angår andelen af besatte hoveduddannelsesstillinger og udviklingen i antal praktiserende læger. I andre regioner ses imidlertid også områder med betydelige lægedækningsudfordringer.

Ønsket om at sikre rimelige afstande mellem bopæl og arbejdsplads spiller ifølge denne undersøgelse en væsentlig rolle for den enkelte læges overvejelser omkring valg af arbejdsplads, herunder for køb af praksis. Kombineret med en aktuell mangel på speciallæger i almen medicin er det også en reel mulighed, at den enkelte læge kan finde en praksis at købe inden for en relativt snæver radius. Incitamenterne til at søge udkantsområder er således, i den nuværende situation, begrænsede.

Økonomiske incitament alene tillægges begrænset betydning

En dansk undersøgelse af, hvad der motiverer praktiserende læger i deres arbejde, finder, at ekstern belønning (som fx økonomiske incitament) sjældent er den primære motivationsfaktor (Yordanov et al. 2022). På linje hermed vurderede hovedparten af de interviewede læger i denne undersøgelse heller ikke, at økonomiske incitament ville være afgørende for beslutningen om at nedsætte sig i et lægedækningstruet område. Eksempelvis vurderede de, at det nuværende differentierede basishonorar ikke var en tilstrækkelig kompensation for at leve med ekstra transporttid eller at skulle flytte en hel familie væk fra en allerede etableret hverdag. Alligevel indikerer undersøgelsen også, at økonomiske incitament i kombinationen med attraktive arbejdsforhold er tillokkende for nogen. Eksempelvis er der blandt de interviewede læger eksempler på ansatte læger, som har accepteret længere transporttid mod en kortere arbejdsuge og til en løn, der modsvarer en fuldtidsansættelse i praksis tættere på deres bopæl.

Arbejdsvilkår og -forhold tillægges større betydning – eventuelt i kombination med økonomiske incitament

Arbejdsvilkår og ansættelsesformer, der giver mulighed for færre arbejdsdage/færre dage med fysisk fremmøde, vurderes som nævnt som mere attraktivt og virksomt end økonomiske incitament alene blandt nogle af de interviewede læger. For de læger, som ønsker ansættelse, er der tale om en mulighed, der allerede findes, såfremt det kan aftales med arbejdsgiveren. I denne undersøgelse er det imidlertid kun fremhævet som fordelagtigt i sammenhæng med en løn svarende til en fuldtidsstilling.

For læger, som ønsker at købe egen praksis, er der mulighed for at søge delepraksisordningen og derved kompensere for eventuelle ulemper ved længere transporttid med en reduceret arbejdsmængde. Den seksårige grænse for tildeling af delepraksis i lægedækningstruede områder (se afsnit 2.2) bliver dog fremhævet som en af flere barrierer for at tilvælge et lægedækningstruet område, da det opleves som en usikker beslutning, hvis man ikke selv kan have indflydelse på om, og hvornår, ordningen udløber.

Efterspørgsel på hjælp til vikardækning i lægedækningstruede områder

Beslutningen om at købe praksis i lægedækningstruede områder er præget af usikkerhed om muligheden for at få hjælp til at passe praksis, når man gerne vil holde fri – herunder både muligheden for at indgå i en vagtring og muligheden for at tiltrække vikarer eller læger, der ønsker ansættelse. Fraværet af denne mulighed har konkret været afgørende for fravalget af at overtage praksis blandt nogle læger interviewet til denne undersøgelse. Det understøttes af de læger, som søger ansættelse i almen praksis, og som beskriver, hvordan de vælger arbejdspladser tæt på deres bopæl.

Konkret foreslår nogen læger interviewet til denne undersøgelse et løntillæg (finansieret af regionerne og ikke af den enkelte praksis) til den ordinære vikarløn, så det bliver mere attraktivt at være vikar i disse områder.

Efterspørgsel på mulighed for at reducere normtallet for antal patienter tilknyttet praksis i områder med stort behov for lægehjælp

Blandt de interviewede læger, der har valgt at nedsætte sig i et lægedækningstruet område, følger der i flere tilfælde en patientgruppe med, som har stort behov for lægehjælp. Det er ikke i sig selv et problem – i mange tilfælde opleves det som en spændende faglig udfordring. De læger, der oplever, at arbejdsopgaven samlet set bliver for stor, er imidlertid optaget af muligheden for at reducere antallet af patienter, der som minimum skal være knyttet til en lægekapacitet. Nogle af de interviewede læger, som har forladt almen praksis som følge af for stort arbejdspress, giver udtryk for, at de ikke var optaget af at tjene mange penge, men de ville hellere passe færre patienter godt. Interviewundersøgelsen kan dog ikke bruges til at afgøre, om det er et alment gældende synspunkt blandt læger, der allerede har købt eller overvejer at købe praksis i et lægedækningstruet område.

5.2 Håndtering af (forventet) voksende opgavemængde

Ud over særlige udfordringer med lægedækning i nogle dele af landet peger undersøgelsen også på, at spørgsmålet om lægedækning skal ses i sammenhæng med udsigten til en forventet stigning i arbejdsmængden i almen praksis¹⁸. En stigende arbejdsmængde kan i sig selv være anledning til at overveje, om den nuværende dimensionering af lægekapaciteter modsvarer efterspørgslen af ydelser fra almen praksis. Derudover viser denne og andre undersøgelser, at valg og fravalg af almen praksis er præget af overvejelser om arbejdspress og arbejdsmængde (Yngre Læger 2018; Lægeforeningen 2019).

Denne undersøgelse er gennemført i en periode, hvor der i gennemsnit er sket en stigning i antallet af patienter pr. lægekapacitet, og undersøgelser viser også, at der er flere komplekse patientkontakter, der skal håndteres i almen praksis (Vedsted and Pedersen 2020). Det er således ikke overraskende, at arbejdsforhold fylder meget både blandt de interviewede læger, der er ansat i og uden for almen praksis, og blandt gruppen af klinikejere. Denne og andre undersøgelser viser, at muligheden for selv at tilrettelægge egen arbejdstid og den fleksibilitet, der ligger heri, er en vigtig faktor, når speciallægeuddannelsen i almen medicin vælges til (Lillevang et al. 2019). Det handler om muligheden for at kunne tilrettelægge et arbejdsliv, hvor der er plads til at forfølge andre faglige interesser, fx undervisning og fagpolitisk arbejde eller at prioritere fritids- og familieliv. De relativt små organisatoriske enheder i almen praksis og det at være "herre i eget hus" giver – i hvert fald i teorien – en mulighed for et individuelt tilpasset arbejdsliv. Det er dog ikke altid det, lægerne oplever i deres arbejdsliv, og det er en vigtig del af årsagen til, at nogle læger fravælger almen praksis som arbejdsplads.

Fortsat behov for at understøtte intern organisering i praksis

Det fremgår af denne undersøgelse, at lægerne i nogen grad har mulighed for at organisere sig på måder, hvor arbejdsliv og andre hensyn er i balance. Undersøgelsen viser, at et stort arbejdspress kan håndteres i en periode, så længe der er handlemuligheder og udsigt til, at det kan blive bedre. Valg af organisationsform, uddelegering af arbejdsopgaver til personale og god arbejdstilrettelæggelse er nogle af de greb, som lægerne selv har mulighed for at benytte, men som de ikke altid har kendskab eller overskud til at benytte. Samtidig ses også en udfordring i de praksis, hvor kompagnoner ikke er enige om, hvordan organisationen skal udvikle sig.

¹⁸ En konsekvens af flere ældre borgere og borgere med kroniske sygdomme samt politiske visioner om et mere nært sundhedsvæsen.

Efterspørgsel på muligheden for nedsat eller differentieret normal for antal patienter pr. lægekapacitet

Som det fremgår af afsnit 3.2.2, er en af de helt store ubekendte i forhold til spørgsmålet om lægedækning i fremtiden, hvilke opgaver der følger med udviklingen mod flere ældre og kronisk syge borgere. Flere af de interviewede læger efterspørger muligheden for at flytte den nedre grænse for, hvor mange patienter der skal være knyttet til en lægekapacitet med henblik på at kunne vælge et mindre patientantal, end det er muligt nu, og med en forventning om en mindre arbejdsomængde til følge.

Nogle læger vælger bevidst at nedsætte sig i områder med 'lette patientgrupper', fordi de ikke ønsker et større arbejdspress end højst nødvendigt. For de læger, der er motiveret af at gøre en forskel i områder, hvor tungere helbredsproblemer fylder, er der til gengæld tale om en afvejning af en faglig interesse og motivation i forhold til et forventeligt stort arbejdspress. Som det bl.a. fremgår af afsnit 4.3.1 manifesterer der sig et ønske om at kunne få lov at have færre patienter tilknyttet praksis i denne type af områder.

Fokus på påvirkning fra eksterne styringsrammer

Oplevelsen af, at opgavemængde og arbejdspresset er for stort, skal også ses som en konsekvens af nogle lægers reaktion på udefrakommende faktorer, som lægerne har sværere ved at kontrollere. Det fremgår således af denne og andre undersøgelser, at bekymringen for klagesager og vagtlægeforpligtelser hænger sammen med oplevelsen af, at arbejdspresset er, eller kan blive, for stort (Yngre Læger 2018; Vedsted and Pedersen 2020). I denne undersøgelse er det særligt klagesystemet, der fremhæves som både en mental belastning og som kilde til merarbejde, fordi nogle læger føler sig nødsaget til at øge deres dokumentationspraksis, så de er bedre dækket ind ved klager.

5.3 Læger uden for almen praksis – er der en rekrutteringsreserve?

Langt de fleste speciallæger i almen medicin (ca. 85 % på landsplan) vælger beskæftigelse i almen praksis. Gennemgangen i denne undersøgelse af eksisterende opgørelser over arbejdsstyrken i almen praksis viser desuden, at den samlede andel speciallæger i almen medicin, der arbejder uden for almen praksis, har været nogenlunde konstant over det seneste årti, og at langt størstedelen af denne gruppe fortsat bidrager til sundhedsvæsenet i funktioner på hospitalet. Derfor bør det ikke være et mål i sig selv, at alle speciallæger i almen medicin er beskæftiget i almenmedicinske tilbud, men det kan til gengæld

diskuteres, hvorvidt andelen af beskæftigede uden for almen praksis har det rette niveau. Eller med andre ord: Er der en rekrutteringsreserve, som med de rette betingelser eller arbejdsforhold kan "lokkes" tilbage til almen praksis.

Arbejdsforhold er væsentlig både for fravalg af og tilbagevenden til almen praksis

Denne undersøgelse giver anledning til at fremhæve dem, der har forladt almen praksis til fordel for fx hospitalsansættelser som følge af for stort arbejdspress. I denne undersøgelse giver denne gruppe læger udtryk for, at de stadig brænder for det almenmedicinske speciale og for arbejdet i almen praksis. De ønsker dog ikke at vende tilbage til almen praksis under betingelser præget af for lidt tid til hver enkelt patient, for lange arbejdsdage og frygt for patientklager. Der er derfor i højere grad tale om et fravalg af arbejdsforhold end om et fravalg af almen praksis og almen medicin som fag. Dog skal man være opmærksom på, at flere læger i denne gruppe gav udtryk for, at deres nuværende arbejdssituation var så fordelagtig på parametre som fx samlet arbejdstid og arbejdstempo, at de reelt ikke overvejede et skift tilbage til almen praksis. De specifikke læger, som er interviewet til denne undersøgelse, kan derfor umiddelbart ikke regnes for at være en del af arbejdstyrken.

En undersøgelse gennemført af Lægeforeningen i 2019 konkluderer til gengæld, at valget af en karriere i andre sektorer ikke nødvendigvis er et uigenkaldeligt fravalg af almen praksis for alle. Konklusionen bygger på en spørgeskemaundersøgelse foretaget blandt speciallæger i almen medicin, der er ansat uden for almen praksis, hvor knap en tredjedel af respondenterne angav, at de "under de rette betingelser" er – eller kunne blive – interesseret i et arbejdsliv i almen praksis (Lægeforeningen 2019). Konkret peger Lægeforeningens undersøgelse på mulighed for nedsat arbejdstid (35-40 timer om ugen), økonomisk mulighed for mere klinikpersonale og mulighed for faglig sparring som vigtige forhold relateret til muligheden for et fremtidigt *køb* af egen praksis. Ligeledes peger undersøgelsen konkret på aflønning og mulighed for faglig sparring som vigtige forhold relateret til at blive *ansat* i almen praksis (Ibid). Denne og Lægeforeningens undersøgelse peger således på det samme, nemlig at arbejdsforhold kan være en vigtig parameter at skrue på, hvis det skal være attraktivt at blive i og vende tilbage til almen praksis.

Overgangsordninger for speciallæger i almen medicin, der ønsker at vende tilbage til almen praksis

Den anden gruppe af speciallæger i almen medicin, som i denne undersøgelse har valgt almen praksis fra, har søgt andre faglige interesser. I denne gruppe er der ikke tale om et uigenkaldeligt fravalg af almen praksis, og flere i denne gruppe overvejer også, om og hvordan de kan komme tilbage til almen praksis på sigt. Udfordringen er bl.a. at blive tilstrækkeligt opdateret på den

faglige og administrative udvikling i almen praksis, og dermed er deres tilbagevenden til almen praksis betinget af muligheden for at kunne blive fagligt opdateret. Flere af de læger, der er ansat uden for almen praksis, kan sagtens se sig selv involveret (også som ejer) i en praksis for en periode, men ser en værdi i at være i stand til at forlade den igen, fx når andre faglige udfordringer trækker.

5.4 Overgangen fra uddannelseslæge til klinikejer

Afsnit 3.1 viser, at langt størstedelen af speciallæger i almen medicin er beskæftiget i almen praksis, og undersøgelser fra hhv. 2018 og 2020 tyder på, at køb af egen praksis er det foretrukne valg for nyuddannede speciallæger i almen medicin (Yngre Læger 2018; PLO 2020a). Denne undersøgelse viser, at ansættelse i almen praksis for en gruppe læger er et skridt på vejen mod at købe egen praksis, men at der alligevel er en risiko for, at nogle af disse læger mister motivationen til at købe egen praksis, fx fordi der går for lang tid med at finde den rette praksis, eller fordi de gentagne gange oplever købsprocesser, der ikke går som forventet. Der er således et åbent vindue til at finde den rette praksis umiddelbart efter endt hoveduddannelse, men vinduet står ikke åbent for evigt. Resultatet kan blive, at nogen søger ansættelse på eksempelvis et hospital i stedet. Endelig peger undersøgelsen på, at mange læger ikke føler sig ordentligt klædt på til at varetage opgaver relateret til drift og ledelse af egen virksomhed. Dette er særligt udtalt ved køb af 0-ydernumre eller solo-praksis, hvor der ikke er en erfaren kompagnon at sparre med.

Behov for fortsat fokus på kobling af læger der hhv. ønsker at købe og sælge en praksis

Nogle af de interviewede læger efterspørger, at der etableres fora, hvor potentielle købere og sælgere af praksis kan mødes og etablere en kontakt. Nogle regioner tilbyder allerede særskilte arrangementer med henblik på at etablere en kontakt mellem læger, der ønsker at købe, og læger med lægekapa-
paciteter til salg. Ligeledes driver nogle regioner allerede forskellige informationsindsatser med fokus på at synliggøre, hvem der er i markedet for hhv. køb og salg. Det er på baggrund af denne undersøgelse ikke muligt at afgøre, om læger, der efterspørger denne type af tiltag, er knyttet til regioner, som ikke har denne type af tilbud, eller om der er behov for at sikre et større kendskab til disse allerede eksisterende tilbud.

Andre af de interviewede har deltaget i 'match-making'-arrangementer, men dog med varierende held. De vurderer, at de kontakter, man etablerer med udgangspunkt i uformelle netværk, giver et mere retvisende billede af, hvilke læger, og hvilken organisation, man har med at gøre. Dermed giver kontakterne

et mere sikkert grundlag for et kommende kompagniskab. Det peger på behovet for en opmærksomhed på, om man kan inddrage yngre læger – fx læger under hoveduddannelse – i eksisterende netværk af praktiserende læger¹⁹.

Kompetenceudvikling rettet mod at købe, drive og evt. etablere egen praksis

Der findes allerede kurser med fokus på den del af almen praksis, som handler om at eje, lede og drive egen virksomhed. Der efterspørges imidlertid blandt nogle af de interviewede læger et fokus på denne del tidligere end i hoveduddannelsens fase 3, så man skærper denne opmærksomhed tidligere. Desuden beskriver nogle læger, hvordan de har været i uddannelsespraksis, der ikke er tilstrækkeligt opmærksomme på at inddrage uddannelseslæger i forhold omkring praksisledelse, økonomi m.m., men udelukkende fokuserer på supervision af lægefaglige forhold.

De læger, der har stået for – eller som står overfor – at starte en praksis op fra bunden, efterspørger muligheden for, at enten PLO eller regionen involverer sig aktivt i at støtte læger, der etablerer praksis helt fra bunden. Både PLO og de enkelte regioner tilbyder både kurser og praktisk støtte rettet mod nyuddannede læger, som er på vej ind i en selvstændig virksomhed med de opgaver, der følger med der. Derudover eksisterer der mentorordninger for nystartede praktiserende læger. Ikke desto mindre oplever nogle af de interviewede at have stået helt alene i etableringen af deres praksis, og der er derfor også – eller måske primært – brug for oplysning om eksisterende tilbud.

5.5 Nye organisations- og ansættelsesformer

Denne undersøgelse viser på linje med tidligere undersøgelser, at yngre speciallæger i almen medicin ikke kun anser deres karrieremuligheder som afgrænset til den model, hvor de selv indgår som ejere af egen praksis (Yngre Læger 2018). Denne undersøgelse bekræfter som nævnt, at forskellige typer af ansættelser for nogen er en del af en karriereplan, hvor målet er at købe egen praksis, men peger dog også på, at det ikke er tilfældet blandt alle speciallæger i almen medicin. Det er derfor relevant at rette en opmærksomhed mod mulige alternativer til den "gængse model", som måske kan være attraktive for de speciallæger i almen medicin, som ikke primært er drevet af livet som selvstændig, og som synes, det er en (for) stor opgave at have ansvar for drift, organisering og ledelse, eller som søger væk fra almen praksis, fordi de ikke ønsker et arbejdsliv bundet til ét sted og én arbejdsplads.

¹⁹ Eksempelvis, som det er tilfældet i nogle kvalitetsklynger, hvor Fase 3-læger inddrages i klyngearbejdet – bl.a. ud fra en forhåbning om, at deltagelse i det faglige og kollegiale fællesskab kan føre til, at nogle læger søger efter en praksis i det pågældende område (Madsen et al. 2020).

Ansættelses- og organisationsformer, der er mindre bindende end solo-, kompagniskabs-, samarbejds- og delepraksis

Interviewene giver ikke indtryk af, at udgiften forbundet med at købe en praksis skræmmer nogen væk. Overvejelser om, hvordan man kommer af med praksis igen, kan dog have betydning for, hvor man vælger at købe en praksis. Derfor efterspørger nogle af de interviewede læger praksistyper, der er mindre bindende end køb, og hvor lokaler, udstyr, klinikpersonale, administration m.m. stilles til rådighed. Dette løsningsforslag er på linje med det, der tilbydes i fx regions- og licensklinikker. Hvad angår licensklinikker er der tale om en relativt ny mulighed, som kun få regioner tilbyder på nuværende tidspunkt. Det kan således tyde på, at udbredelse af viden om forskellige organisations- og ansættelsesformer er mangelfuld og afhængig af de smalle personlige erfaringer fra KBU-forløb, introduktionsstillinger og hoveduddannelse, som den enkelte læge har at trække på. Hvad angår regionsklinikkerne er der tale om tidsbegrænsede tilbud og dermed et ustabil ansættelsesforhold.

Der er fortsat tale om en relativt lille gruppe af de speciallæger i almen medicin, som er beskæftiget i almen praksis, men som ikke ejer egen praksis. I undersøgelsen er der eksempler på læger, som oplever, at de er oppe mod et ideal, hvor praktiserende læger ejer deres egen praksis, og at de skal forsvare deres valg om at være ansat speciallæge. Spørgsmålet – som ikke kan besvares her – er, om forskellige typer af karriereveje, som ikke inkluderer et køb af egen praksis, vil blive mere normalt i takt med nye organisationsformer, og om forskellige muligheder for ansættelse bliver mere velkendt og (måske) accepteret. Følgelig er spørgsmålet ikke mindst, om de udvidede muligheder, for hvordan man kan være praktiserende læge, vil tiltrække nogle speciallæger i almen medicin, som ellers ville søge ansættelser i andre sektorer, fordi de ikke ønsker at eje. Endelig vil det være en politisk beslutning, om og hvordan fremtidens rekruttering til almen praksis skal tage udgangspunkt i beskæftigelsesmuligheder, der ikke inkluderer et ejerskab, fx ud fra overvejelser om at sikre den læge-patientkontinuitet, som bl.a. PLO fremhæver som væsentlig for at levere ydelser af høj kvalitet (PLO 2022).

5.6 Undersøgelsens begrænsninger og relevante fremtidige undersøgelser

Denne undersøgelse har fokus på, hvad der har betydning for valg og fravalg relateret til beskæftigelse i almen praksis, og den supplerer og bygger videre på eksisterende undersøgelser af, hvad der har betydning for yngre lægers valg af speciale og forventninger til et fremtidigt arbejdsliv på det almenmedicinske område (Yngre Læger 2018; Lillevang et al. 2019; Gronseth, Malterud,

and Nilsen 2020). Særligt for denne undersøgelse er, at den bidrager med indsigt i, hvad der er på spil, når nyuddannede speciallæger i almen medicin vælger og fravælger forskellige karriereveje i de første år af deres arbejdsliv som speciallæge. Undersøgelsen giver også anledning til at fremhæve en række forslag til fastholdelse af læger i almen praksis efter endt hoveduddannelse, til håndtering af arbejdspress og imødekomme af ønsker til arbejdsforhold samt til tiltrækning af læger, som ønsker at vende tilbage til almen praksis. Det er dog ikke muligt at drage konklusioner om, hvordan speciallæger i almen medicin vægter disse løsningsforslag i relation til hinanden – eksempelvis om mere rimelige arbejdsforhold i højere grad end økonomiske incitamenter vil medvirke til, at læger søger beskæftigelse i almen praksis. Undersøgelser af denne art²⁰ er lavet i relation til fx valg af praksisformer og øget arbejdstid blandt både nuværende og kommende praktiserende læger (se fx (L. B. Pedersen and Gyrd-Hansen 2014; L. B. Pedersen et al. 2012)). Lignende studiedesigns vil kunne bidrage med en kvantificering af betydningen af faktorer relateret til valget af beskæftigelse i almen praksis og dermed supplere indsigter fra denne primært kvalitative undersøgelse. Desuden vil denne type studier også kunne gennemføres på et bredere og mere repræsentativt udsnit af speciallæger i almen medicin beskæftiget i og uden for almen praksis.

Undersøgelsen har været afgrænset til speciallæger i almen medicin, som er godt i gang med deres karriere og allerede har truffet en række valg af betydning for deres nuværende og fremtidige arbejdsliv. De har truffet disse valg med udgangspunkt i de, på det tidspunkt gældende, organisatoriske, styringsmæssige og samfundsmæssige rammer. Det er ikke givet, at kommende speciallæger i almen medicin er drevet af samme motivation eller reagerer på samme måde på de faktorer, som er fremhævet i denne undersøgelse. Særligt betydningen af de seneste års organisatoriske forandringer, og heraf følgende nye muligheder for at være ansat eller knyttet til en praksis uden at eje, rejser spørgsmålet om, hvorvidt det er – eller kan blive – attraktivt at være praktiserende læge på en anden måde end hidtil.

²⁰ Eksempelvis discrete choice-eksperimenter.



DEL 2

Dokumentation

6 Metode

Denne undersøgelses primære formål var at give en øget forståelse for de overvejelser, der ligger til grund for forskellige karriereveje blandt speciallæger i almen medicin med fokus på dem, der ikke (endnu) ejer egen praksis. Dette er belyst via interviews med speciallæger i almen medicin karakteriseret ved at have foretaget forskellige karrierevalg og en analyse af, hvilke faktorer der har haft betydning på forskellige tidspunkter i uddannelses- og karriereforløb.

Den kvantitative fremstilling af udviklingen i arbejdstyrken er baseret på eksisterende opgørelser og prognoser over antallet af speciallæger i almen medicin samt forventet udvikling i arbejdsbyrden. Det har ikke været formålet at foretage nye analyser til denne del af undersøgelsen, men til gengæld er der søgt både efter offentliggjorte opgørelser og prognoser samt supplerende data og statistik fra bl.a. PLO og Sundhedsstyrelsen.

6.1 Interviews med speciallæger i almen medicin

Idet vi i undersøgelsen har fokus på de valg og fravalg, der former karrierevejen for speciallæger i almen medicin, har vi gennemført interviews med 29 speciallæger i almen medicin ligeligt fordelt på tre kategorier, der afspejler deres aktuelle arbejdsliv (se følgende). Lægerne blev rekrutteret til interviews ud fra følgende udvælgelseskriterier:

- **Nye speciallæger i almen medicin:** Jf. undersøgelsens formål var der fokus på overvejelser og præferencer i forbindelse med tilvalg og fravalg af almen praksis. Derfor blev der udvalgt speciallæger i almen medicin, som var i starten af deres karriere – her defineret som en speciallægeuddannelse færdiggjort inden for 5-8 år.
- **Forskellige typer af arbejdsliv:** I rekrutteringen af speciallæger til interviews har vi, for at opnå en variation i erfaringer, rekrutteret til tre kategorier, der afspejler forskellige slags arbejdsliv (se herunder). Det skal dog understreges, at en del af de interviewede læger havde erfaringer, der repræsenterede flere informantkategorier, hvilket kunne bidrage med variation til undersøgelsen.
 1. læger, der har købt egen klinik
 2. læger, der er ansat i almenmedicinske tilbud (inkl. regionsklinikker og udbudsklinikker)

3. læger, der er ansat i stillinger uden for almen praksis (fx kommuner, hospitaler, styrelser).

De er tilstræbt at de interviewede læger tilsammen repræsenterede de forskellige beskæftigelsesmuligheder beskrevet i afsnit 2.1.

- **Repræsentation fra alle regioner.** I rekrutteringen af informanter er alle regioner øget repræsenteret inden for hver af de tre kategorier af informanter. I gruppen af klinikejere er der desuden søgt repræsentation både fra områder, der er defineret som lægedækningstruede, og områder, der ikke er.

Informanter til disse interviews blev rekrutteret på forskellig vis afhængig af deres aktuelle beskæftigelse.

'Klinikejere' blev rekrutteret via forespørgsel til regionale repræsentanter (se afsnit 7.2), som hjalp med at formidle kontakt til læger i deres region ud fra de nævnte udvælgelseskriterier ovenfor. I denne gruppe afviste flest læger vores invitation til at deltage i interviews – i alle tilfælde med henvisning til travlhed – og i denne gruppe benyttede vi os derfor også af en sneboldstrategi, hvor allerede interviewede læger hjalp med at udpege andre relevante informanter med de ønskede karakteristika.

'Ansatte i almenmedicinske tilbud og ansatte uden for almen praksis' blev rekrutteret via Yngre Læger, som lavede en forespørgsel blandt deres medlemmer og udarbejdede en bruttoliste over læger med de relevante karakteristika, som var interesserede i at deltage i undersøgelsen. Fra denne liste blev der udvalgt og taget kontakt til læger, der dækkede forskellige regioner og forskellige ansættelsesformer/ansættelsessteder. Yngre Lægers informationer om lægernes ansættelsessteder var ikke i alle tilfælde opdaterede, og nogle læger i gruppen af ansatte i almen praksis var derfor enten ansat andre steder, end hvad der fremgik af Yngre Lægers medlemsdata, eller var i proces med at købe egen praksis.

I relation til gruppen af 'ansatte i almenmedicinske tilbud' blev der desuden taget kontakt til specifikke regionsklinikker samt til forskellige udbydere af udbudsklinikker med henblik på mulig kontakt til ansatte i disse typer af klinikker.

Fra gruppen af 'ansatte uden for almen praksis' henvendte nogle læger sig selv og tilbød at deltage i undersøgelsen efter at have hørt om undersøgelsen fra kolleger. Blandt læger, der selv henvendte sig, blev der foretaget en vurdering af om de supplerede den samlede gruppe af læger udvalgt til interviews jf. ovenstående kriterier, og kun udvalgt hvis de repræsenterede en kategori der manglede. Enkelte informanter i denne gruppe blev desuden kontaktet direkte på baggrund af forhåndskendskab til ansættelsesstatus.

I udvælgelsen af læger til interviews, er der ikke skelet til køn eller alder.

Baggrundskarakteristika for de 29 informanter fremgår af Tabel 6.1.

Tabel 6.1 Oversigt over interviews

	Aldersspænd	Køn	Speciallægeudd. (år)	Region
Klinikejer	34-43 år	4 mænd 5 kvinder	2017-2022	Region Nord. – 2 Region Midt. – 1 Region Syd. – 1 Region Sj. – 3 Region H. – 2 Heraf 5 i lægedækningstruet område
Ansæt i almen praksis eller i andre almenmedicinske tilbud*	36-45 år	2 mænd 8 kvinder	2015-2022	Region Nord. – 3 Region Midt. – 4 Region Syd. – 1 Region Sj. – 0 Region H. – 2 Heraf 5 i lægedækningstruet område
Ansæt uden for almen praksis**	35-48 år	2 mænd 8 kvinder	2012-2022	Region Nord. – 0 Region Midt. – 3 Region Syd. – 1 Region Sj. – 4 Region H. – 2

Note: *Udbudsklinikker, regionsklinikker, licensklinikker, PLO-klinikker.

**Administrative stillinger og hospitalsansættelser, kommunale funktioner.

Interviewene er gennemført i perioden fra december 2022 til marts 2023. Interviewene er hovedsageligt gennemført pr. telefon eller videoforbindelse og varede 40-70 minutter. Alle læger, der deltog i interviewene, blev tilbudt et honorar.

Alle interviews blev optaget og sidenhen transskriberet.

De interviewede fik udleveret/tilsendt skriftlig information om undersøgelsen – derunder oplysninger om anonymitetsforhold og dataopbevaring. I rapporten optræder de interviewede læger med pseudonymiserede navne.

6.1.1 Interviewenes indhold

Interviewene var overordnet tilrettelagt i fire dele:

- I første del blev lægernes uddannelsesforløb og arbejdsliv gennemgået med fokus på at få lægerne til at beskrive de valg, de har truffet, og hvilke overvejelser der lå bag de valg. Ligeledes var fokus på at få beskrevet, hvilke grundlæggende præferencer der havde ført dem i retning af almen medicin og fået dem til at vælge eller fravælge almen praksis. I denne del var ordet frit, og oplægget til interviewpersonerne var at beskrive deres forløb fra beslutningen om at vælge hoveduddannelse i almen medicin til nuværende ansættelse/ejerskab af egen praksis.
- Anden del af interviewene var en mere systematisk gennemgang af en række forhold med potentiel betydning for karriervalg og -veje. Konkret blev der spurgt ind til, hvilken betydning de enkelte forhold havde haft for de valg, de traf undervejs, og den måde deres arbejdsliv havde formet sig. Disse forhold var:
 - Uddannelsesforløbet (herunder placering og 'kvalitet' af hoveduddannelsesforløbet)
 - Arbejdsformen i almen praksis (fx selvstændigt arbejde, lægepatient-kontinuitet og helhedstilgang)
 - Arbejdsvilkår (både positive og negative forhold: travlhed, mulighed for at tilrettelægge arbejdsdag/uge selv, mulighed for sparring, være alene m.m.)
 - Organisatoriske forhold (solo, dele, kompagni og fordele og ulemper ved at være klinikejer)
 - Geografisk placering af arbejdsplads
 - Sammenhæng med familie- og privatliv (både arbejdsforhold og geografi)
 - Økonomiske spørgsmål (herunder både omkostninger ved at købe egen praksis og overvejelser omkring indtjeningsmuligheder)
 - Patientgrundlag (både arbejdsbyrde og arbejdsopgaver)
 - Mulighed for at deltage i, eller slippe for, lægevagttforpligtelser.
- Tredje del omhandlede lægens fremtidige arbejdsliv, og hvad der kunne blive afgørende for at blive i nuværende funktion (hhv. forblive klinikejer eller ansat i eller uden for almen praksis), og hvad der kunne blive afgørende for at søge andre muligheder.

- I fjerde del fik lægen mulighed for at byde ind med forhold af betydning for uddannelsesforløb og arbejdsliv, som ikke allerede var berørt undervejs i interviewet, samt reflektere mere generelt over lægedækningsproblematikken og mulige løsninger.

6.1.2 Analyse af interviewmaterialet

Analysen af interviewmaterialet tog udgangspunkt i et begrebssæt, som ofte bruges i analyser af forhold, der har betydning for, om medarbejdere bliver på eller forlader arbejdsmarkedet (Andersen, Meng, and Albertsen 2021; Amilon and Larsen 2019; Andersen, Jensen, and Sundstrup 2020; Kjer et al. 2022). Dette begrebssæt skelner mellem frivillig og ufrivillig tilbagetrækning samt mellem tidlig og sen tilbagetrækning med udgangspunkt i såkaldte 'stay'-, 'stuck'-, 'push'- og 'pull/jump'-faktorer.

- **Stay-faktorer** refererer til forhold, der fastholder medarbejdere på arbejdsmarkedet/en arbejdsplads, fx fordi arbejdet er givende, lønnen er god, og der er gode kolleger m.m. Det vil sige, at de er frivillige begrundelser for at blive.
- **Stuck-faktorer** refererer til forhold, der fastholder medarbejdere, fordi det vil få konsekvenser for dem at forlade arbejdsmarkedet/en arbejdsplads, fx i forhold til ikke at have råd til at trække sig tilbage. Det vil sige, at de er ufrivillige begrundelser for at blive.
- **Push-faktorer** refererer til forhold, der "skubber" medarbejderen ud af arbejdsmarkedet/arbejdspladsen, fx i form af dårligt helbred eller arbejdsforhold, der er fysisk eller psykisk belastende. Det vil sige, at de er ufrivillige begrundelser for at forlade.
- **Pull/jump-faktorer** refererer til forhold, som "lokker" medarbejderen til at forlade arbejdsmarkedet/arbejdspladsen. Der kan fx være tale om eksterne faktorer (pull), som pensionsmuligheder, andre jobmuligheder eller lignende, eller individuelle faktorer (jump) som personlige værdier og behov i form af fritidsinteresser eller lyst til at arbejde mindre og tilbringe tid med familien. Det vil sige, at de er frivillige begrundelser for at forlade arbejdsmarkedet/arbejdspladsen.

De transskriberede interviews blev læst igennem af mindst en af rapportens forfattere med henblik på at identificere stay, stuck, push og pull/jump-faktorer med fokus på valget eller fravalget af et arbejde i almen praksis samt faktorer, som potentielt kunne have ført til et fravalg af almen medicin/almen praksis, men som ikke gjorde det alligevel. Der blev ikke identificeret nogen stuck-faktorer, men inden for hver af de andre kategorier blev der identificeret

faktorer, som kunne placeres på en tidslinje over uddannelsesforløb og arbejdsliv (se figur 4.1. og tabel 6.2).

Tabel 6.2 Faktorer af betydning for speciale- og karrierevalg

	Betydning for specialevalg	Betydning for valg af karrierevej	
		- efter endt hoveduddannelse	- efter et par års arbejde i eller uden for almen medicin
Den enkelte læges livssituation	-	Børn og ægtefælles hverdag, arbejde og skolegang bundet til et bestemt geografisk område Familieforhold – fx enlig forælder og udfordringer med at hente/bringe børn i daginstitution Egen eller børns mistrivsel/sygdom.	
Erfaringer med det almenmedicinske område	Mødet med konkrete praksis på medicinstudiet, KBU eller introstillinger, fx: <ul style="list-style-type: none"> • indblik i faget og indholdet i det faglige arbejde • indblik i arbejdsformen. Mødet med en praktiserende læge, der bliver en rollemodel.	Mødet med forskellige uddannelsespraksis i hoveduddannelsen, fx: <ul style="list-style-type: none"> • indblik i forskellige måder at organisere arbejdet i almen praksis på • indblik i forskellige niveauer og håndtering af arbejdspress • indblik i arbejdet med forskellige patientgrupper. 	Mødet med forskellige arbejdspladser via ansættelser/ejerskab, fx: <ul style="list-style-type: none"> • indblik i betydningen af værdifællesskab med kolleger • afklaring af egen grænse for arbejdspress/præferencer for arbejdsforhold.
Arbejdsomfang og oplevet arbejdspress		Oplevelsen af at have for lidt tid til hver enkelt patient og at levere ydelser af for dårlig kvalitet, samt at arbejdslivet går ud over andre prioriteter.	
Den enkelte praksis/organisation som arbejdsplads		Faktorer, som efterstræbes i valg af konkret praksis (både ved køb og ansættelse i almen praksis) eller arbejdsplads (ansættelser uden for almen praksis): <ul style="list-style-type: none"> • Geografisk placering arbejdsplads i forhold til bopæl • Patientgruppe/faglige udfordringer • Mulighed for at balancere arbejdsliv med andre prioriteter • Kolleger/kompagnoner. 	
Faktorer relateret til køb af egen praksis		<ul style="list-style-type: none"> • Økonomiske overvejelser ifm. køb og salg af egen praksis • Præferencer for et arbejdsliv bundet til et sted eller et arbejdsliv i bevægelse • Timing i forhold til at identificere den rigtige praksis med henblik på køb. 	
Eksterne rammer for almen praksis/almenmedicinske tilbud		Rammer for styring, organisering og opgavefordeling, fx:	

		<ul style="list-style-type: none"> • Vagtlægeforpligtelse – ekstra arbejdsbyrde og pressede arbejdsforhold • Patientklagesystem – bekymring for klagesager og (selvpålagt) ekstra arbejdsbyrde • Opgaveglidning til almen praksis – flere opgaver, samme patientantal • Organisatoriske muligheder for fleksibilitet og reduceret arbejdsbyrde, fx dele- og licenspraksis.
Vægtning af grundlæggende faglige og arbejdsrelaterede karakteristika ved almen medicin	<ul style="list-style-type: none"> • Fagligheden: Det brede speciale, patientkontakt og -kontinuitet • Arbejdslivet: Flexibilitet og tilpasning • Organisationen: Den lille, selvstændige organisation og ledende lægerolle 	

I denne kortlægning af faktorer med betydning for et arbejdsliv i almen praksis blev det tydeligt, at det sjældent var en enkelt faktor, som fik betydning for valg eller fravalg af et arbejdsliv i almen praksis. I stedet var det et samspil og kompromiser mellem faktorer samtidig med, at valget om et bestemt arbejdsliv ikke kun var formet af faktorer uden for den enkelte læge, som kunne "lokke" eller "skubbe", men også af personlige præferencer og forventninger til et arbejdsliv.

I næste fase af analysen udarbejdede vi en række cases på baggrund af interviewene, hvor var der fokus på de dilemmaer, de interviewede læger beskrev at befinde sig i. Ligeledes var der fokus på at undersøge, hvornår og hvorfor disse dilemmaer opstod, og hvornår og hvorfor dilemmaerne fik konsekvenser for valg af arbejdsliv. I denne fase af analysen blev det mere tydeligt, at de enkelte læger havde nogle bagvedliggende individuelle/personlige præferencer for:

- arbejdsmiljø, organisation og relationen til kolleger
- deres egen rolle som læge
- balancen mellem arbejdsliv og familie- og fritidsliv.

Disse tre præferencer kunne være mere eller mindre i balance med hinanden og kunne samtidig også påvirkes af udefrakommende faktorer (push, pull og stay), som forskød balancen. Få af de interviewede læger beskrev en perfekt balance, men en for stor ubalance påvirkede deres lyst til at forfølge andre muligheder for deres arbejdsliv.

6.2 Baggrundsinterviews

Ud over interviews med speciallæger i almen medicin er der gennemført korte interviews med repræsentanter fra de fem regioner, der arbejder med rekruttering til almen praksis. Interviewene havde til formål at skabe en baggrundsviden og et overblik over eksisterende regionale tiltag vedrørende lægedækning, samt i de specifikke rekrutteringsudfordringer, i de enkelte regioner. Interviewene indgår derfor ikke specifikt i rapporten, men de har informeret udformningen af spørgeguider samt givet overblik over eksisterende tiltag på området.

6.3 Kvantitative analyser

De kvantitative analyser i kapitel 3 er udgjort af deskriptive analyser på baggrund af statistik og data leveret af Sundhedsdatastyrelsen, PLO og videreuddannelsesregionerne. Disse består både af tidligere offentliggjorte statistikker og data udleveret specifikt til dette projekt. Dette er blevet suppleret af opgørelser fundet ved systematiske søgninger og data hentet fra eSundhed og Statistikbanken. De konkrete kilder fremgår af teksten i kapitel 3.

Litteratur

Amilon, Anna, and Mona Larsen. 2019. *Forventet Tilbagetraekningsalder Og Arbejdsrelaterede Forhold*. www.vive.dk.

Andersen, Lars L, Per H Jensen, and Emil Sundstrup. 2020. "Barriers and Opportunities for Prolonging Working Life across Different Occupational Groups: The SeniorWorkingLife Study." *European Journal of Public Health* 30 (2): 241–46. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz146>.

Andersen, Lars L, Annette Meng, and Karen Albertsen. 2021. *SeniorArbejdsLiv – Muligheder Og Barrierer*.

Danmarks Statistik. 2023a. "Befolkningsfremskrivning 2022 - Tabel FRKM122." Statistikbanken. 2023.

———. 2023b. "Statistikbanken Tabel FOLK1A." 2023.

Danske Regioner. n.d. "Almen Praksis."

———. 2018. "Ekstra Penge Til Praktiserende Læger i Særlige Områder Er Nu Fordelt." 2018.

Gronseth, Inga Marthe, Kirsti Malterud, and Stein Nilsen. 2020. "Why Do Doctors in Norway Choose General Practice and Remain There? A Qualitative Study about Motivational Experiences." *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 38 (2): 184–91. <https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1753348>.

Hansen, Bodil Helbech. 2015. "Afdækning Af Almen Praktiserende Lægers Patientkontakter i Forskellige Aldersgrupper."

Jessen, Bodil. 2020. "Ny Aftale Kan Bane Vej for Flere Læger i Almen Praksis." *Ugeskrift for Læger*, 2020. <https://ugeskriftet.dk/nyhed/ny-aftale-kan-bane-vej-flere-laeger-i-almen-praksis>.

Kjer, Mikkel Giver, Niels Jørgen Mau Pedersen, Mathias Ruge, Amanda Bernholm Michaelsen, and Paul Lynggard Hansen. 2022. "Rekruttering Og Fastholdelse Af Velfærdsmedarbejdere i Roskilde Kommune." <https://www.vive.dk/media/pure/18060/8705884>.

Kommunernes Landsforening. 2015. "Kortlægning Af Lægedækningen i Danmark" september: 3.

Lægeforeningen. 2019. "Spørgeskemaundersøgelse Til Speciallæger i Almen Medicin, Der Ikke Arbejder i Almen Praksis (Internt Notat)."

———. 2023a. "Lægedækningstruede Områder." 2023. <https://www.laeger.dk/foreninger/plo/overenskomsten-og-aftaler/overenskomst-om-almen-praksis-ok22/laegedaekningstruede->

omraader/.

- . 2023b. "Lægeforeningens Høringssvar i Forbindelse Med Dimensionering Af Speciallægeuddannelsen 2024-2028." <https://www.laeger.dk/foreninger/laegeforeningen/politik/hoeringssvar/2023-laegeforeningens-hoeringssvar-i-forbindelse-med-dimensionering-af-speciallaegeuddannelsen-2024-2028/>.
- Lillevang, Gunver, Mikael Henriksen, John Brodersen, Karolina Lewandowska, and Niels Kristian Kjær. 2019. "Why Do Danish Junior Doctors Choose General Practice as Their Future Specialty? Results of a Mixed-Methods Survey." *European Journal of General Practice* 25 (3): 149–56. <https://doi.org/10.1080/13814788.2019.1639668>.
- Madsen, Marie Henriette, Morten Bonde Klausen, Markus Brostrøm Kousgaard, Maria Bundgaard, Thorbjørn Hougaard Mikkelsen, Mads Toft Kristensen, Pia Kürstein Kjellberg, and Jens Søndergaard. 2020. "Kvalitetsklynger i Almen Praksis - En Kvalitativ Undersøgelse Af Klyngernes Første År." https://pure.vive.dk/ws/files/4294857/301301193_Kvalitetsklynger_i_almen_praksis_En_kvalitativ_undersogelse_af_klyngernes_f_rste_r_TG.pdf.
- Melbye, Thor. 2020. "Ny Type -lægeklinik Ændrer Praksis-sektoren Indefra." *Dagens Medicin*, 2020. <https://dagensmedicin.dk/ny-type-laegeklunik-aendrer-praksissektoren-indefra/>.
- Pedersen, A F, and P Vedsted. 2022. "Burnout, Coping Strategies and Help-Seeking in General Practitioners: A Two-Wave Survey Study in Denmark." *BMJ Open* 12: 51867. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051867>.
- Pedersen, Line Bjørnskov, and Dorte Gyrd-Hansen. 2014. "Preference for Practice: A Danish Study on Young Doctors' Choice of General Practice Using a Discrete Choice Experiment." *The European Journal of Health Economics* 15 (6): 611–21. <https://doi.org/10.1007/s10198-013-0500-5>.
- Pedersen, Line Bjørnskov, Trine Kjær, Jakob Kragstrup, and Dorte Gyrd-Hansen. 2012. "General Practitioners' Preferences for the Organisation of Primary Care: A Discrete Choice Experiment." *Health Policy* 106 (3): 246–56. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.03.006>.
- PLO. 2018. "PLO Analyse Næsten 800 Speciallæger i Almen Medicin Arbejder Uden for Almen Praksis." https://www.laeger.dk/media/mqefr0hf/plo_analyse_naesten_800_speciallaeger_i_almen_medicin_arbejder_uden_for_al.pdf.
- . 2020a. "De Fleste Praktiserende Læger Vælger at Være Selvstændige Efter et Par År i Almen Praksis." https://www.laeger.dk/media/pgtjhb0y/plo_analyse_de_fleste_praktiserende_laeger_vaelger_at_vaere_selvstaendige_efter_et_par_aar_i_praksis.pdf.
- . 2020b. "Mange Solopraksis Er Samarbejdspraksis." <https://www.laeger.dk/media/31xnztjp/ploanalysemanagesolopraksisersamarbejdspraksis.pdf>.

- . 2021. *Ansatte Speciallæger § 13, 23, 24 Og 26*.
https://www.pla.dk/overenskomster/overenskomst_for_ansatte_speciallaeger_i_almen_praksis/.
- . 2022. "Høj Kontinuitet Hos Den Danske Familielæge Fremmer Patienternes Sundhed."
https://www.laeger.dk/media/vnofoinr/plo_analyse_-_kontinuitet.pdf.
- Praktiserende Lægers Organisation. 2018. "PLO Analyse Næsten 800 Speciallæger i Almen Medicin Ar- Bejder Uden for Almen Praksis," 1–5.
- . 2022a. "PLO Faktaark 2022."
- . 2022b. "PLO Faktaark 2022."
https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo_faktaark_2022.pdf.
- Praktiserende Lægers Organisation (PLO). 2022. "PLO Prognose Praktiserende Læger."
- Region Hovedstaden. 2022. "Møde i Forretningsudvalget Den 6. December 2022." 2022. https://www.regionh.dk/politik/nye-moeder/Sider/Moede-i-forretningsudvalget-den-6.december-2022.aspx#4_itemID_84860.
- Retsinformation. 2007. *Bekendtgørelse Om Lægers Kliniske Basisuddannelse*.
<https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2007/1256>.
- . 2019. *Bekendtgørelse Af Lov Om Autorisation Af Sundhedspersoner Og Om Sundhedsfaglig Virksomhed*.
<https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2019/731>.
- Styrelsen for patientsikkerhed. 2023. "Søg Om Anerkendelse Som Speciallæge." 2023. <https://stps.dk/da/autorisation/soeg-autorisation/laege/uddannet-i-danmark/soeg-om-anerkendelse-som-speciallaege/>.
- Sundheds- og ældreministeriet. 2016. "Befolkningens Kontakter Til Almen Praksis." <https://sum.dk/Media/4/9/02-Befolkningens-kontakter-til-almen-praksis.pdf>.
- Sundhedsdatastyrelsen. n.d. "Bevægelsesregisteret." Esundhed.Dk.
- . 2020. "Data Om Beskæftigelsen i Almen Praksis," no. August.
- . 2022a. "Almen Praksis Og Tilmeldte Patienter - Beskæftigede." Esundhed.Dk. 2022.
- . 2022b. "Almen Praksis Og Tilmeldte Patienter - Nøgletal for Kapacitet." Esundhed.Dk. 2022.
- . 2022c. "ESundhed: Almen Praksis Og Tilmeldte Patienter." Esundhed.Dk. 2022.

- . 2022d. "Information Om Opgørelsen Nøgletal for Almen Praksis." ESundhed.Dk. 2022.
- Sundhedsministeriet. 2022. *Sundhedsreform 2022*.
[https://sum.dk/Media/637888973082282053/Aftale - Et sammenhængende, nært og stærkt sundhedsvæsen.pdf](https://sum.dk/Media/637888973082282053/Aftale%20-%20Et%20sammenhængende,%20nært%20og%20stærkt%20sundhedsvæsen.pdf).
- Sundhedsstyrelsen. 2021. "Opslåede Og Besatte Hoveduddannelsesforløb 2020 Speciallægeuddannelsen."
- . 2022a. "HØRING I FORBINDELSE MED DIMENSIONERING AF SPECIALLÆGEUDDANNELSEN 2024-2028 ALMEN MEDICIN."
[https://prodstoragehoeringspo.blob.core.windows.net/b9f289b5-8207-4909-aa5b-aec73fa33642/Almen medicin.pdf](https://prodstoragehoeringspo.blob.core.windows.net/b9f289b5-8207-4909-aa5b-aec73fa33642/Almen%20medicin.pdf).
- . 2022b. "Lægeprognose 2021-2045."
- . 2022c. "Lægeprognoser Og Dimensioneringsplaner." 2022.
- . 2022d. "Opslåede Og Besatte Hoveduddannelsesforløb i 2021." København.
- . 2023. "Klinisk Basisuddannelse for Læger (KBU)." 2023.
https://www.sst.dk/da/viden/Sundhedsvaesen/Uddannelse/Klinisk-basisuddannelse-for-laeger-_KBU_.
- Vedsted, Peter, and Anette Fischer Pedersen. 2020. "Alment Praktiserende Lægers Psykiske Arbejds miljø Og Jobtilfredshed 2019."
[https://feap.au.dk/fileadmin/feap/dokumenter/Rapport_Laegers_arbejds miljø_2020.pdf](https://feap.au.dk/fileadmin/feap/dokumenter/Rapport_Laegers_arbejds_miljoe_2020.pdf).
- Yngre Læger. 2018. "Fremtidens Arbejds marked for Almen Medicin."
- Yordanov, Dimitar, Anne Sophie Oxholm, Dorte Gyrd-Hansen, and Line Bjørnskov Pedersen. 2022. "Mapping General Practitioners' Motivation: It Is Not All about the Money." *SSRN Electronic Journal*.
<https://doi.org/10.2139/ssrn.4144598>.

VIVE