

**Rekruttering af yngre læger og fastholdelse af ældre læger i  
almen praksis i såkaldt sårbare områder  
En undersøgelse fra Region Hovedstaden**

af

**Thorkil Thorsen og Lise Dyhr**

København april 2010  
(SYNTHESE, KvEAP, Forskningsenheden for Almen Praksis)

## Indholdsfortegnelse

<b>1. Baggrund og problemformulering .....</b>	<b>4</b>
Rapportens opbygning .....	4
<b>2. Yngre lægers overvejelser om valg af praksis .....</b>	<b>4</b>
Materiale og metode.....	4
Hvem har svaret på spørgeskemaet? .....	5
Køn og alder .....	5
Resultater .....	6
Ansæt eller selvstændig? .....	6
Hvilken praksistype vil man helst arbejde i? .....	7
Hvor skal praksis ligge?.....	7
Hvad betyder noget for valget af geografisk område?.....	9
Hvad betyder noget for valg af den konkrete praksis?.....	12
Vil man vælge praksis i et sårbart område? .....	14
Hvad kan fremme yngre lægers lyst til at nedsætte sig i praksis i sårbare områder? .....	17
Sammenfatning .....	23
<b>3. Fastholdelse af ældre læger i almen praksis i sårbare områder .....</b>	<b>24</b>
Materiale og metode.....	24
Resultater .....	24
Lægemangel.....	25
Uddannelseslæger .....	25
At være ældre praktiserende læge – og at være det i sårbare områder .....	26
Fastholdelsesincitament og forbliven i praksis .....	28
Top-5 fastholdelsesincitament .....	30
Sammenfatning .....	31
<b>4. Mellemsegmentets synspunkter på de yngre og ældre lægers ønsker og holdninger .....</b>	<b>32</b>
Materiale og metode.....	32
Resultater .....	33
At beskytte sig selv og sikre gode vilkår for alle.....	34
Hvordan forholder man sig til de yngre og ældre lægers ønsker om bl.a. økonomisk kompensation? ..	38
Andre tiltag i rekrutterings-bestræbelserne.....	39
Sammenfatning .....	39

<b>5. Diskussion .....</b>	<b>40</b>
Metodeovervejelser .....	40
Signalement af problemstillingen: En ond spiral .....	41
Hvilke løsningsforslag peger undersøgelsen på? .....	42
Rekruttering .....	42
Gode arbejdsbetingelser for dem, der praktiserer i sårbare områder – uanset alder .....	43
Fastholdelse .....	43
Enighed og uenighed på tværs af grupperne .....	44
Perspektiver.....	45
”Sårbare områder” .....	45
Rekrutteringsincitamerter.....	47
Fastholdelsesincitamerter .....	48
Mellemssegmentet – det klemte midterbarn.....	49
Patienternes interesser.....	49

Undersøgelsen er støttet med midler fra Kvalitetsudviklings- og Efteruddannelsesudvalget for Almen Praksis i Region Hovedstaden (bevillings-nr. 08/09), Forskningsenheden for Almen Praksis i København, samt Center for Kvalitetsudvikling og Efteruddannelse (KvEAP).

Alment praktiserende læge, kvalitetsudviklingskonsulent Lise Dyhr og seniorforsker, kultursociolog Thorkil Thorsen (konsulentfirmaet SYNTHESE og Forskningsenheden for Almen Praksis i København), har sammen planlagt og gennemført undersøgelsen. Sidstnævnte har dog været eneansvarlig for dataindsamling og analyse.

## 1. Baggrund og problemformulering

Almen praksis oplever i disse år lægemangel og rekrutteringsproblemer i visse dele af landet. Praksisplanen for Region Hovedstaden opererer i denne sammenhæng med såkaldt sårbare områder. Sårbare områder er defineret som områder, der er karakteriseret af en relativt høj grad af ubesatte lægepraksis; borgerne i disse områder har et relativt lavt uddannelsesniveau, lav bruttoindkomst og lav erhvervstilknytning og/eller er indvandrere eller efterkommere efter indvandrere fra ikke vestlige lande (Praksisplanen aug. 2008, s. 41).

Undersøgelsen skal *dels* tilvejebringe en viden om, hvilke overvejelser kommende alment praktiserende læger gør sig om praksis' beliggenhed og patientpopulation inden nynedsættelse, *dels* beskrive hvordan praktiserende læger i praksis med mange sårbare patienter oplever de udfordringer, denne patientgruppe giver dem i det daglige arbejde, og hvilke forslag de har til at mindske problemerne og forbedre arbejdsvilkårene og mulighederne for at fastholde engagement og høj kvalitet i forebyggelse og behandling i relation til sårbare patienter.

Kvalitets- og efteruddannelsesudvalget for almen praksis i Region Hovedstaden bevilgede i 2009 økonomiske midler til den undersøgelse, som vi her afrapporterer.

### Rapportens opbygning

Undersøgelsen er tilrettelagt sådan, at der er gennemført dataindsamling og analyse blandt yngre læger på vej til almen praksis samt hos ældre læger i almen praksis i sårbare områder. Resultaterne herfra er formidlet i kapitel 2 og 3 af denne rapport.

Dernæst har disse to kapitler dannet udgangspunkt for en fokusgruppe med alment praktiserende læger, som er i en alder, hvor spørgsmålet om eventuelt at holde op med at praktisere ikke er aktuelt. Afrapporteringen fra denne del af undersøgelsen bringes i kapitel 4. Rapporten afsluttes med en sammenfatning og diskussion i kapitel 5.

## 2. Yngre lægers overvejelser om valg af praksis

### Materiale og metode

Der er anvendt et spørgeskema til at indhente respondenternes synspunkter og holdninger mv. til praksisvalg. Spørgeskemaet er optrykt i bilag A bagest i denne rapport. Spørgeskemaer er sendt eller uddelt til studerende på fase-3 undervisningen i København maj og november 2009 samt sendt eller uddelt til kursister på Forskningstræningen i Region Øst, hold 1-10. Det skal altså bemærkes, at respondenterne alle er under uddannelse øst for Storebælt. Og alle er de tæt på afslutningen af deres samlede uddannelse til alment praktiserende læge.

Som et supplement til spørgeskemaet fik en af os (TT) mulighed for at gennemføre et gruppeinterview med ca. 20 af de fase-3 studerende, som afsluttede denne del af uddannelsen i november 2009. Interviewet, som varede 1 time, var kommet i stand med kort varsel og foregik i en forelæsningsal, hvor der måtte gives afkald på den nærhed mellem interviewer og respondenter – og respondenterne imellem – som man ellers tilstræber. Interviewet gav dog gode perspektiveringer til – og præciseringer af – spørgeskemabesvarelsene. Nedenfor bruges udsagn fra interviewet derfor ikke kun som data i sig selv, men også som kommentarer til og uddybninger af besvarelsene i spørgeskemaet. Direkte citater er anført i kursiv.

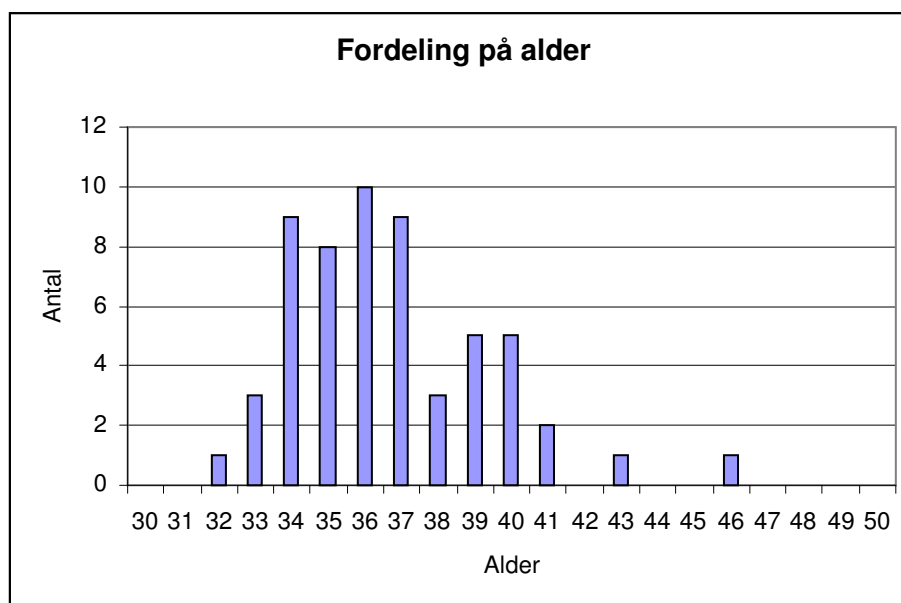
## Hvem har svaret på spørgeskemaet?

Spørgeskemaer er i oktober sendt til fase 3-studerende fra maj 2009. Desuden er spørgeskemaer uddelt på hold 10 på Forskningstræningen København i november samt sendt elektronisk til de foregående 9 hold på Forskningstræningen sammesteds.

I runde tal er sammenlagt 110 yngre læger (på fase 3-undervisningen og forskningstræningen) blevet bedt om at besvare spørgeskemaet. Vi har modtaget i alt 57 besvarelser. Vi ved ikke, om respondenterne adskiller sig væsentligt fra ikke-respondenterne mht. deres holdninger og ønsker til at arbejde i almen praksis.

### Køn og alder

I én af besvarelsene var der ikke anført respondentens køn. Af resten var 25 mænd og 31 kvinder. Aldersfordelingen fremgår af figuren nedenfor, hvor det ses, at langt de fleste respondenter er i alderen 34-40 år.



Vi skal senere se, hvordan uddannelseslægenes alder kan have betydning for rekruttering af alment praktiserende læger til de sårbare områder.

## Resultater

Der ses ingen nævneværdige forskelle på besvarelserne fra fase 3-studerende og fra kursisterne på Forskningstræningen. Der ses heller ingen særlige forskelle på besvarelserne afhængigt af køn og alder. Derfor opgør denne rapportering besvarelserne under ét og med reference til ”de yngre læger i undersøgelsen”.

### Ansæt eller selvstændig?

I spørgeskemaet spurgte vi, om de yngre læger ønsker at nedsætte sig som selvstændigt praktiserende, eller om de vil arbejde som ansatte i en almen praksis.

Der var en overvejende interesse i at være selvstændigt praktiserende. Kun én har angivet, at han ikke vil være selvstændigt praktiserende (svarene på spørgsmål 3). Som en tilsyneladende modsætning hertil er der 14, som til spørgsmål 4 har svaret, at de ønsker at være ansatte som praktiserende læger.

3. Ønsker du at være selvstændigt praktiserende?	
Ja	55
Nej	1
Ubesvaret	1
4. Ønsker du at være ansat?	
Ja	14
Nej	40
Ubesvaret	3

Under gruppeinterviewet gjorde de studerende opmærksom på, at spørgsmålene 3 og 4 i spørgeskemaet var problematisk formulerede. De afspejler ”den måde, I tænker på”, sagde de. Problemet var angiveligt vores bagvedliggende forestilling om, at yngre læger vil praktisere *enten* som selvstændige *eller* som ansatte i almen praksis i deres karriere som praktiserende læger. For en del af dem gælder det dog, sagde de, at de gerne i de første år vil være ansat i en praksis, og først senere vil de praktisere som selvstændige. Dette kan forklare de tilsyneladende selvmodsigende og umiddelbart logisk uforenelige svar på spørgsmålene 3 og 4.

Enkelte har skrevet et par kommentarer hertil i spørgeskemaet. Fx skriver én: ”Blanding, kommune betaler lokaler og personale, du får penge for det, du laver”, hvormed der lægges op til, at kommunen sikrer rammerne, og at lægen er selvstændigt erhvervsdrivende med sit eget ydernummer. En anden skriver, at hun gerne vil være ansat 1-2 år, før hun bliver selvstændig.

I gruppeinterviewet var muligheden for at være ansat og selvstændig på samme tid et stort tema. Flere henviste til mulighederne i visse fylker i Norge, hvor man angiveligt er kommunalt ansat og selvstændigt erhvervsdrivende på samme tid. Én af respondenterne forklarede det på denne måde:

*Dér [i Norge] er man dobbeltansat. Det er en kommune, der driver praksissen, men alt det, du tjener ind, er til dig selv.*

*En anden sagde: Altså, man er ansat hos kommunen, og så har man en kommunal opgave, fx at være skolelæge eller børnelæge. Og så ved siden af er man privat erhvervsdrivende, hvor man så har sine patienter på samme måde som i Danmark. Det er kommunen, der står for lokalerne, som man så lejer sig ind i. Så man har ikke alle de der etableringsomkostninger.*

Andre foreslog senere i interviewet, at kommuner med sårbare områder skulle stille lokaler og socialrådgiverbistand til rådighed og købe de ledige ydernumre, som de så ”udlåner” til læger, som gerne vil prøve at arbejde i området i en periode, før de eventuelt nedsætter sig permanent. Flere af de interviewede sagde, at de var bange for at hænge på en praksis i 20-30 år i et område, hvor arbejdsbyrden og arbejdsindholdet måske var udmarvende pga. patientsammensætningen. I stedet ville de gerne kunne være ansat i en periode for at se, om det fungerer for dem i det område. Og hvis ikke, så hænger de ikke på et ydernummer og en klinik, som de har investeret i. De vil gerne have mulighed for uden videre at kunne sige op, aflevere deres ydernummer og nedsætte sig et andet sted.

Disse overvejelser gik ikke kun på de sårbare områder, men også udkantsområder (fx Bornholm); et par af de interviewede sagde, at de kun kunne lokkes til øen, hvis de havde mulighed for at arbejde som ansat i en periode. Fx sagde én af dem:

*Jeg køber mig jo ikke ind i en praksis på Bornholm, for så er jeg stavnsbundet. Men hvis de har – ligesom oppe i Thisted, hvor de lavet et kommunalt – tror jeg nok – lægecenter, ikke, så kan man arbejde der som vikar i en periode... måske tegne kontrakt i et år... og så kan man måske have fri torsdag eller fredag-lørdag-søndag, eller hver tredje uge eller et eller andet, og så få en lidt højere indtjening pr. patient. Så ville folk være der. Og så kunne det være, at der var nogle, som ville blive rigtigt glade for at være i de der yderområder.*

Hvilken praksistype vil man helst arbejde i?

Spørgsmål 5 i spørgeskemaet spurgte om, hvilken slags praksis de yngre læger helst vil arbejde i. Her taler svarene deres tydelige sprog. I 51 af de 57 besvarelser var svaret ”flerlægepraksis”; 2 svarede solopraksis (hvoraf den ene endda tilføjede: ”eller samarbejdspraksis”). Fire angav ”ved ikke/underordnet”.

Hvor skal praksis ligge?

Hvor vil du foretrække at have din praksis, spurgte vi. Svarfordelingen vises i tabellen nedenfor. En landpraksis står ikke på ønskelisten hos ret mange. Derimod er kategorierne Blandet land/by og Storkøbenhavn de meste populære.

Land	3
By	11
Blandet land/by	20
Storkøbenhavn	21
Underordnet	3

Dette spørgsmål var suppleret med to andre spørgsmål om, hvor den praksis, man vil arbejde i, helst skal ligge geografisk – henholdsvis absolut ikke ligge. Der var kun to besvarelser, som antydede, at den geografiske beliggenhed er underordnet: ”Ikke vigtigt, afhænger af familien og muligheder”, hed det i den ene besvarelse, mens den anden med to spørgsmålstejn angav ikke at have særlige præferencer. Alle andre angav stedsangivelser for, hvor praksis sådan nogenlunde eller præcis skal ligge – og hvor ikke.

Vi skal huske på, at samtlige besvarelser i denne undersøgelse kommer fra uddannelseslæger øst for Storebælt, og kun én angav en ønskeplacering uden for Region Sjælland og Region Hovedstaden (Odense, i øvrigt).

Ellers er Nordsjælland, Storkøbenhavn og/eller København, evt. med mere præcise bydelsangivelser, de hyppigst nævnte ønskeområder). Hele 37 skrev disse områder på som steder, de helst ville praktisere (heraf nævnte 14 udtrykkeligt Nordsjælland og 17 Storkøbenhavn).

Fem nævnte Sjælland/Region Sjælland som foretrukket geografisk område, mens der også var en række mere specifikke angivelser, fx Midtsjælland, Sydøstsjælland, ”Fra Holbæk og ind mod København og helst ikke mere sydligt”, Holbæk-egnen, Roskilde-egnen, Næstved eller omegn, Køgeområdet, Amager, Falster eller Østlolland.

Mange skrev direkte, at afstanden fra nuværende bolig er vigtig. Én skrev: ”Tæt på min bopæl, dvs. Storkøbenhavn eller nordlige del af Region Sjælland”. En anden skrev: ”Blandet område i nærheden, dvs. < 45 minutter fra Storkøbenhavn”. Hvad angår angivelser af, hvor praksis *absolut ikke* skal ligge, skriver andre henholdsvis: ”Alle andre steder end hvor jeg bor” (2 besvarelser); ”Uden for Storkøbenhavn, dvs. mindre end 15 km fra min bopæl”, ”Mere end 40 km fra bopæl”; ”Mere end 50 km fra min bopæl”; ”Langt fra min bopæl (København – eller måske i fremtiden fx Fredensborg)”.

I øvrigt understregede gruppeinterviewet, at man typisk ønsker at få en praksis, som ligger i nærheden af, hvor man bor nu. Fx havde en af de interviewede denne mening:

*Der skal være en eller anden pendlergrænse, der hedder – for mig i hvert fald – en halv time. Der skal ikke være længere, for det er jo ikke altid et 8-16 job, vel. Nogle gange er man der længere, og hvis man så skal nå hjem til sine børn og sport og hvad der ellers er, så skal der ikke være for langt.*

En anden af de interviewede sagde, at der skal virkelig meget til, før man rykker hele familien op og flytter et andet sted hen. En anden af de yngre læger i gruppeinterviewet fortalte, at hun er født og opvokset på Als, men at hun aldrig kunne drømme om at flytte tilbage og være praktiserende læge på Als, selvom der virkelig er brug for det, altså. Jeg kunne få, hvad jeg ville have. Men sådan er mit liv ikke mere. Og jeg ville ikke trives med at være der. Og desuden har hendes mand et job i Storkøbenhavn, og det ville han ikke kunne få på Als.



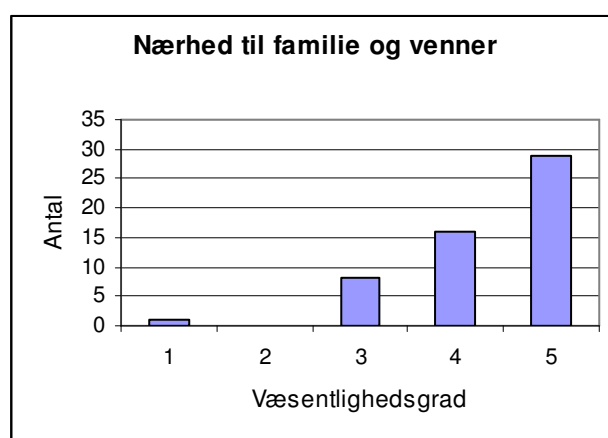
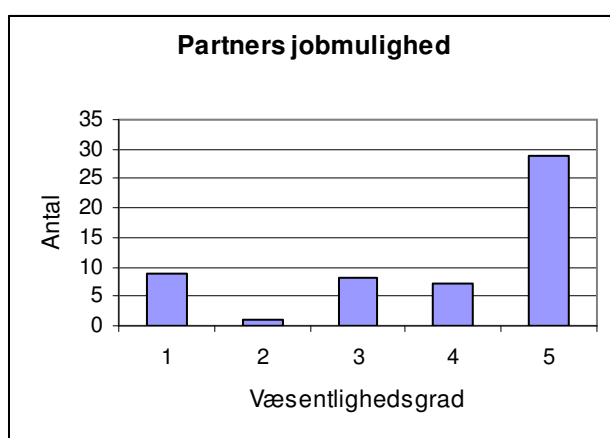
Blandt de steder, hvor man absolut ikke ville have sin kommende praksis, nævnte mange af de 57 respondenter i spørgeskemaet geografiske områder vest for Storebælt. Mange andre refererede tilbage til deres besvarelse i spørgsmål 7 om, hvor praksis helst skulle ligge, ved at nævne, at alt uden for dette foretrukne område var uønsket. ”Alle andre steder end København”, skrev fx én. En anden skrev: ”Alt andet [er] uinteressant”. ”Andre steder” (end det foretrukne) anførte en tredje som det absolut uønskeligt.

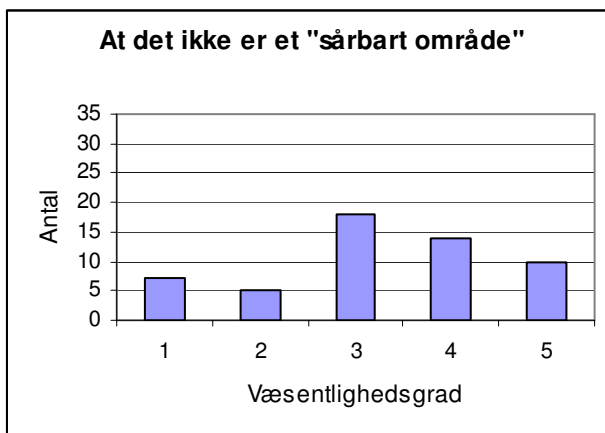
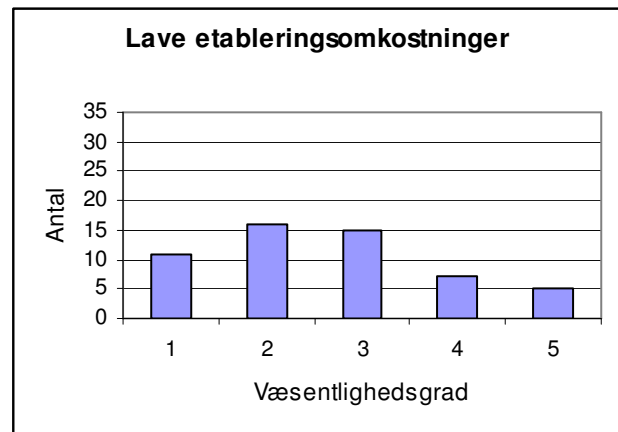
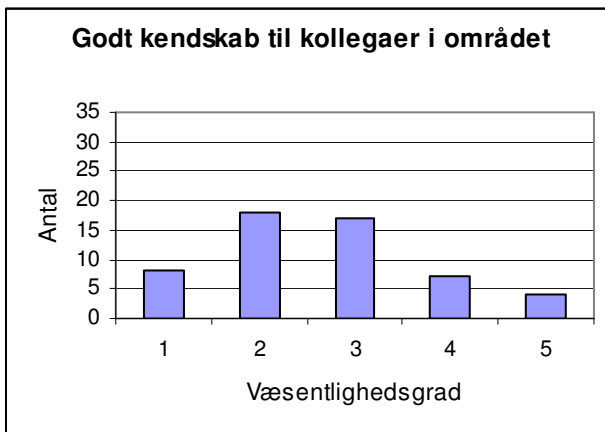
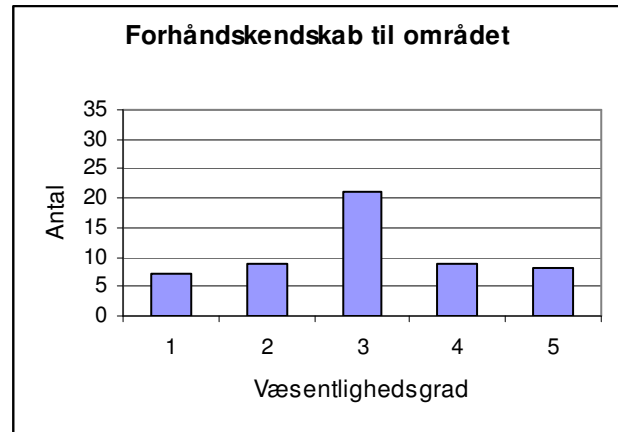
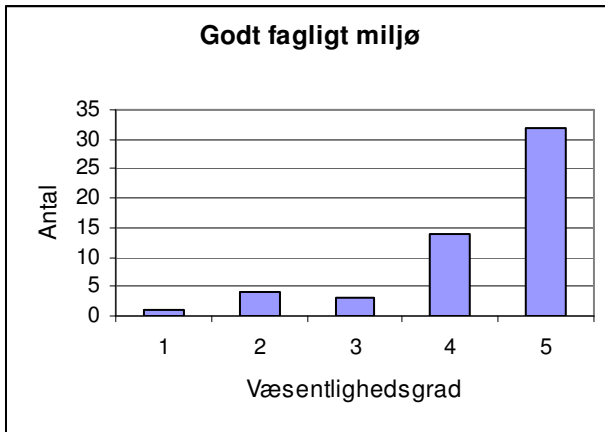
Dette understreger – sammen med ønsket om nærheden til nuværende bolig – at der ikke kan forventes nogen stor mobilitet blandt de yngre læger. De er jo også, som vi så ovenfor, i en aldersgruppe, hvor de fleste er ”satte” – de har købt hus, har en ægtefælle, som gør karriere i nærheden af bopælen, og har eventuelt børn i institution eller skole, som både de og forældrene ikke frivilligt rejser fra.

Der var i besvarelserne i spørgeskemaet andre angivelser af, hvor man absolut ikke vil praktisere. Jylland og Lolland nævntes af flere; ”randområder” og ”udkantsområder” og ”på en ø” nævntes af andre. En enkelt frabad sig ”Lars tyndskid”, som han lakonisk udtrykte det. Én vil ikke til ”Ishøj, Brøndby, Bornholm, Jylland”. Ishøj nævnes også som skræmmescenariet af to andre, hvoraf den ene også nævner Brøndby som uønsket. Et par stykker frabeder sig ”hårdt belastede områder” og ”sårbare områder”. Men også ”whiskey-bæltet” eller meget velhavende områder er uattraktivt for nogle af respondenterne. I det hele taget synes det ud fra besvarelserne i spørgeskemaet og i gruppeinterviewet, at der for mange særligt er ønske om en blandet patientpopulation – altså ikke udelukkende sårbare patienter eller ikke udelukkende patienter fra de øverste sociale lag.

### Hvad betyder noget for valget af geografisk område?

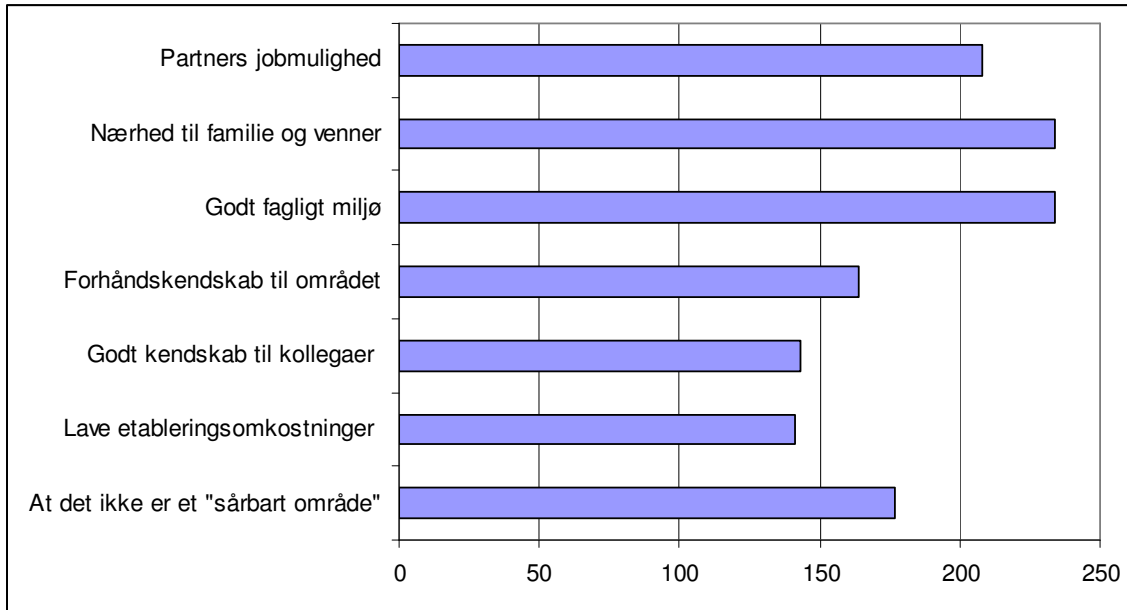
I spørgsmål 9 havde vi bedt respondenterne om at markere, hvor væsentligt (på en skala fra 1 til 5) en række forhold er for valget af det geografiske område, hvor praksis helst skal ligge. (Se spørgsmålets formulering i bilag A). I de nedenstående figurer afbildes svarfordelingerne på det enkelte delspørgsmål. Der indgår 54 besvarelser i disse opgørelser. (I tre af de returnerede spørgeskemaer var dette spørgsmål ikke besvaret eller besvaret forkert).





”Sårbart område” er et område, hvor befolkningssammensætningen er præget af et stort antal borgere, der har kroniske sygdomme og sværere ved at kommunikere og drage egenomsorg end gennemsnittet. Det drejer sig om marginaliserede borgere, der fx kan være nedslidte, socialt belastede, læse-svage, psykisk syge, have misbrugsproblemer, eller indvandrere med ringe danskundskaber, eller traumatiserede flygtninge, som evt. samtidig er uden for arbejdsmarkedet og måske uden uddannelse.

For at gøre disse figurer og det samlede indtryk mere overskueligt har vi i den næste figur lavet et indeks, hvor de enkelte besvarelser er vægtet og sammenregnet til points. Parameteren med det højeste antal point indikerer dermed, hvilket forhold der i respondentgruppen betragtes som den mest afgørende for valg af det geografiske område, hvor ens kommende praksis skal ligge.



Det ses, at godt kendskab til kollegaerne i den nye praksis samt lave etableringsomkostninger er af mindst vigtighed for valget af geografisk område. Af størst vigtighed er godt fagligt miljø i området samt det familiære og sociale: partners jobmulighed og nærhed til familie og venner.

Der var i spørgeskemaet mulighed for at tilføje andre forhold af vigtighed for valg af geografisk område. Under svarmuligheden "Andet, nemlig" skrev 14 af respondenterne med egne ord, hvad de også betragter som vigtigt (kun få af dem havde dog angivet nogen væsentlighedsgrad). Igen her understreges det familiemæssige og nærheden til praksis. Her er *eksempler* på svar:

#### Familiehensyn og nærhed til bopæl

- 4 børn, der er velintegrederede hvor de bor nu.
- Afstand til egen bolig
- Skolegang for børnene.
- Cykelafstand til nuværende bolig. De fleste af os har jo allerede købt hus, og har børn i skole, når vi bliver færdige som speciallæger. Det er ofte for sent at få os til at flytte.

#### Kendskab i forvejen

- Vil gerne købe praksis i det område, hvor jeg har været uddannelseslæge.

#### Ønsker til patientpopulationen

- En blanding af sårbare og ressourcestærke (patienter).
- En passende sammenhæng mellem sårbare og ikke-sårbare borgere. Det må ikke blive kedeligt.
- Et godt blandet klientel, som ikke er for krævende.
- Ikke et meget velhavende område.

#### Andet

- Socialt miljø i praksis.

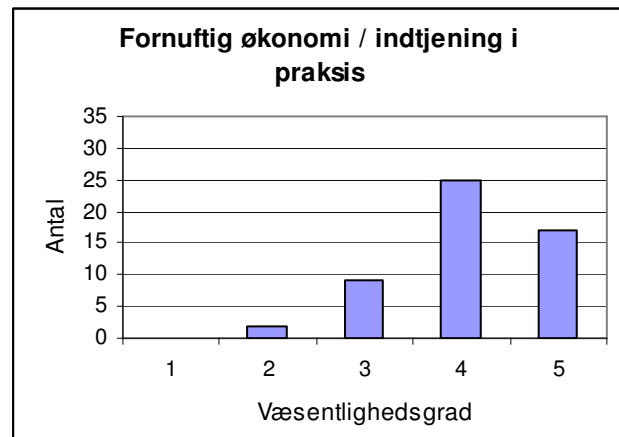
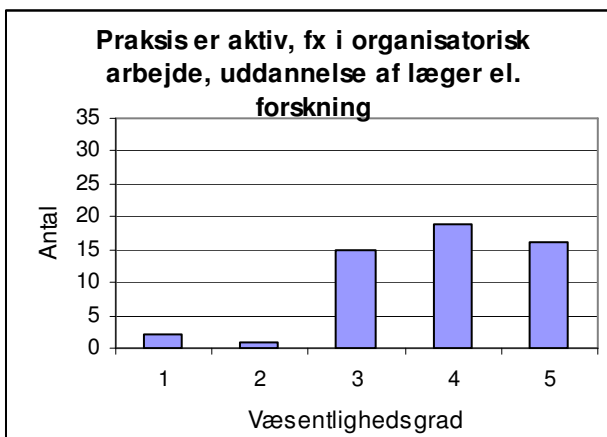
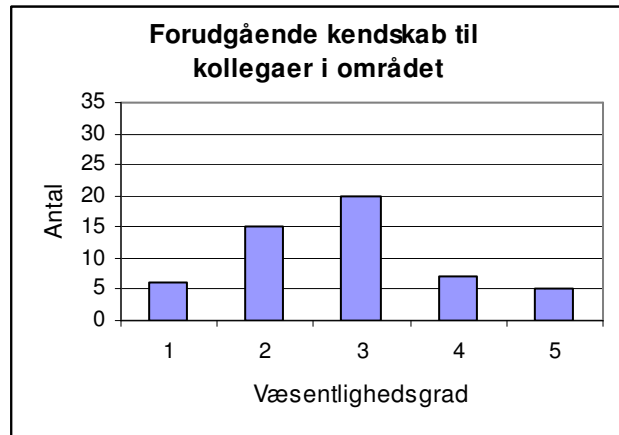
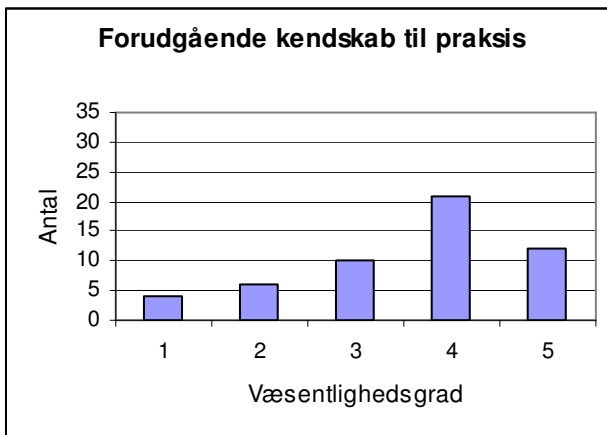
- Samlet pakke: Økonomi, kollegaer, faglighed, familielogistik

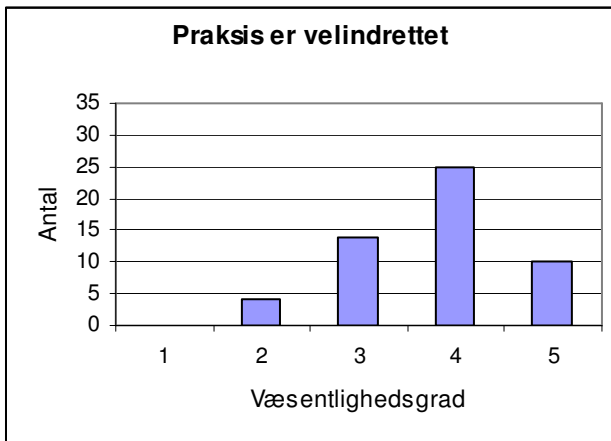
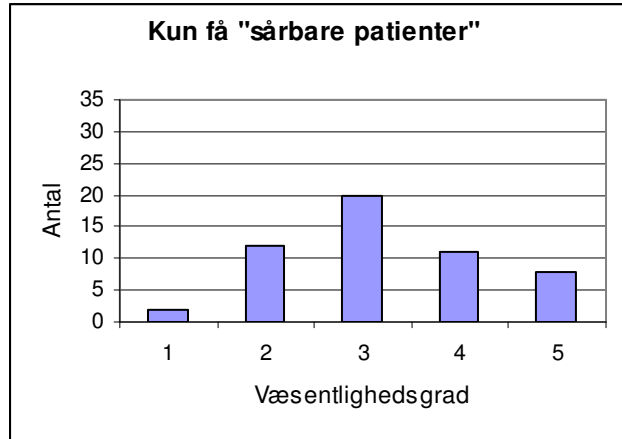
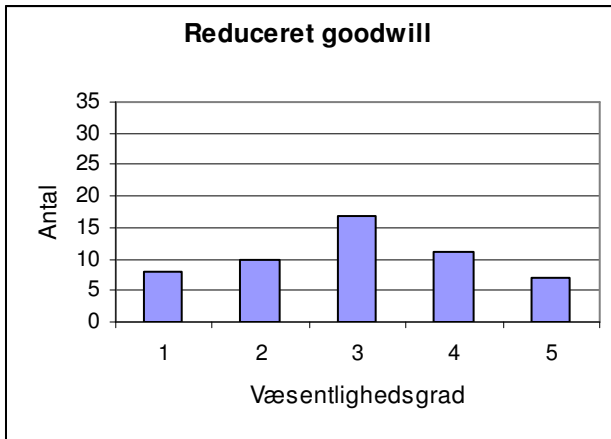
Vi har allerede ovenfor refereret fra gruppeinterviewet med de yngre læger, og netop dette sidste med familielogistik og en ”samlet pakke” er vigtigt. Det er – sagde man – ikke en enkelt faktor, der kommer til at afgøre, hvor man finder sin praksis.

Hvad betyder noget for valg af den konkrete praksis?

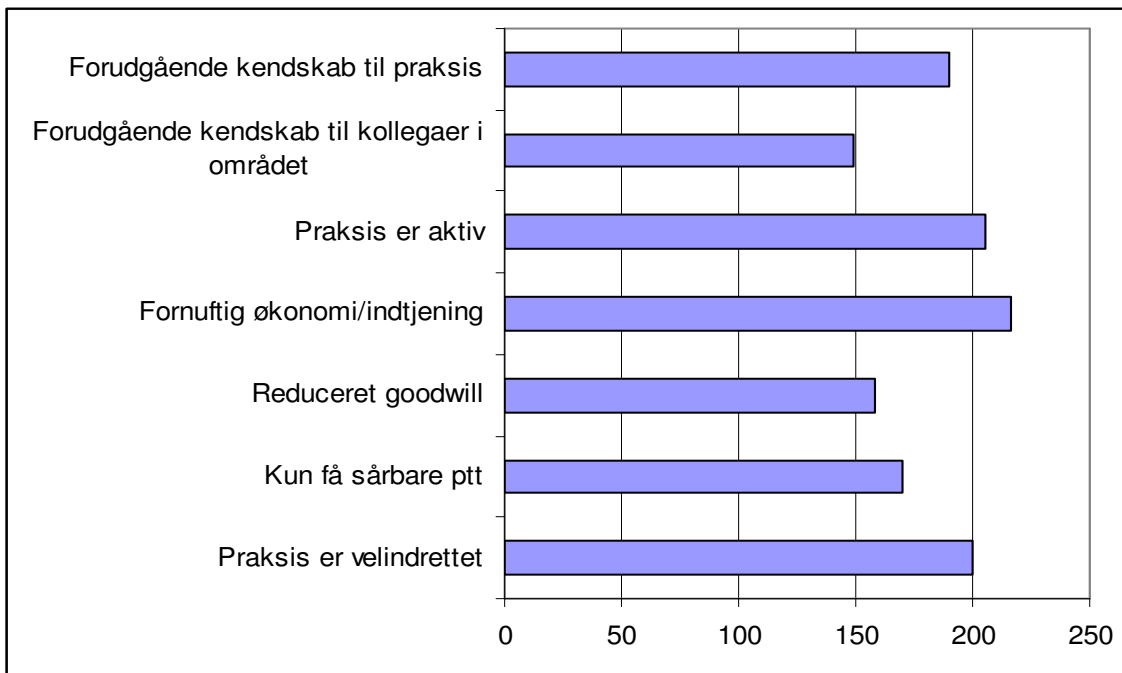
Udover valg af geografisk område indeholdt spørgeskemaet også et spørgsmål om, hvilken vigtighed en række nærmere beskrevne forhold har for det fremtidige valg af praksis. Respondenterne skulle også her angive på en skala fra 1 til 5, hvor væsentlige de fandt hver enkelt parameter (1 = helt uvæsentligt; 5 = meget væsentligt). Nedenfor bringes grafiske fremstillinger af svarfordelingen på de forskellige kategorier.

Grundlaget for disse fremstillinger er de 53 besvarelser, som havde udfyldt spørgsmål 10.





Som ovenfor har vi også her lavet en mere oversigtlig fremstilling, hvor de enkelte parametre er sammenlignet med hinanden gennem vægtning af point. Figuren nedenfor indikerer, hvilke forhold ved praksis der tillægges størst betydning.



Overordnet lægges der mest vægt på en god indtjening, en praksis der er aktiv i fx organisatorisk arbejde, uddannelse af læger og forskning, samt at praksis er velindrettet. Man lægger mindre vægt på at kende de kommende kollegaer i det område, hvor praksis ligger.

Respondenterne havde også mulighed for at anføre andre væsentlige forhold for det fremtidige valg af praksis. Elleve respondenter havde brugt denne mulighed og sammenlagt anført 13 tilføjelser. Disse kan kategoriseres i arbejdsmiljø/kollegialitet; a) arbejdsmængde og arbejdsvilkår; b) nærhed til bopæl; c) faglighed. Her gengives *eksempler* på besvarelser:

#### Arbejdsmiljø/kollegialitet

- Godt arbejdsmiljø i praksis.
- Egne eller lejede lokaler. Alder på andre kompagnoner.
- Godt arbejdsmiljø, lokaler, plads til hjælpepersonale.
- Gode kollegaer i praksis.
- Gode ekspansionsmuligheder, hvis ønsket

#### Arbejdsmængde

- Fornuftig arbejdsbyrde/antal arbejdstimer.
- Mulighed for først at starte arbejdsdagen kl. 8.30. Max. ca. 30 timer per uge.

#### Nærhed til bopæl

- Nærhed i forhold til bolig, cykelafstand.

#### Faglighed

- Godt og veluddannet praksispersonale, dvs. primært sygeplejersker
- Muligheder for at sætte sit personlige præg.
- Mulighed for nyetablering i sundhedscenter.
- At kunne arbejde som læge og ikke som købmand eller skulle være et udvidet socialkontor.

Vil man vælge praksis i et sårbart område?

Størstedelen af spørgeskemaets 57 respondenter angav (som svar på spørgsmål 11), at de ville være tilbøjelige til at *fravælge* en praksis i et sårbart område. Kun 8 svarede, at de gerne ville arbejde i et sårbart område. Tre havde sat kryds i både ja- og nej-svar-kategorierne. Både disse og de fleste andre begrundede deres svar.

11. Er du selv tilbøjelig til at fravælge praksis i sårbare områder?	
Nej	8
Ja	44
Både ja og nej	3
Ubesvaret	1

### **Jeg vil ikke fravælge sårbare områder, fordi...**

Begrundelserne for at ville vælge en praksis i et sårbart område kan opdeles i tre kategorier: a) faglige udfordringer; b) beliggenhed; c) kun under visse forudsætninger. Her er et *udpluk*:

#### Faglige udfordringer

- Jeg synes det er udfordrende at arbejde med disse patienter. Har som uddannelseslæge siddet i sådanne områder og trives godt med det. Selvfølgelig er der en grænse, og det optimale ville være en blandet patient-gruppe men gerne med overvægt af socialt dårligt stillede.
- [*Her dog med et vist forbehold:*] Gerne både social og faglig udfordring – altså nogle sårbare, men ikke for mange. Gerne en hel del ældre patienter der fejler noget, frem for unge raske. Ikke for mange forbyggende kontakter. Heller ikke for stor koncentration af indvandrere.
- Jeg synes det er en spændende patientgruppe at arbejde med, og der kan være fordele hos denne patientgruppe også – fx kræver de ikke så meget at de selv får særbehandling.

#### Beliggenhed

- Har ikke noget imod de ”sårbare” patienter, såfremt praksis ligger relativt tæt på min bopæl i København.

#### Kun under visse omstændigheder

- Vil kun praktisere i sårbare områder, jeg bliver økonomisk kompenseret.
- Vil fravælge sårbare områder medmindre evt. ansættelse med høj løn, godt praksispersonale inklusive hjælp fra kommune (socialrådgiver osv.).
- Så længe det ikke er for stor en del af ens arbejde, er det en opgave, som vi må påtage os i almen praksis. Jeg vil egentlig hellere betjene de sårbare, og oftest syge borgere, end at viderehenvise Hølerup-fruer til alle mulige unødvendige speciallægeundersøgelser.

I gruppeinterviewet var der nogle respondenter, som mente, at hvis man allerede bor i et sårbart område, så kunne man eventuelt godt vælge gerne praktisere der. Fx sagde én:

*Hvis jeg boede i Glostrup eller i Vallensbæk eller et eller andet andet, så ville der ikke være den modstand for at nedsætte mig i det område. Så tager man de patienter, der er dér. Men nu bor jeg et andet sted. Og derfor overvejer jeg ikke at køre den vej.*

### **Jeg vil fravælge sårbare områder, fordi...**

Begrundelserne i respondenternes egne formuleringer for at fravælge sårbare områder kan opdeles i følgende kategorier: a) opslidende arbejde / frygten for udbrændthed (ca. halvdelen af begrundelserne befinder sig i denne kategori); b) dårlig økonomi; c) faglighed; d) manglende opbakning udefra. Her er nogle beskrivelser hentet fra besvarelsene:

#### Opslidende arbejde / Stor arbejdsbyrde / Frygten for udbrændthed

- Jeg har prøvet at være uddannelseslæge i en socialt belastet praksis. Så jeg ved, hvilket merarbejde det giver, men især også den psykisk belastning det er at tage patienten med hjem, fordi man gerne vil hjælpe. Hvis man gør det med for mange patienter dagligt, brænder man for hurtig ud som læge, og det påvirker privatlivet.

- Det vil være udtrættende igennem en binding på 30 år. Fordi der ikke kommer nogen hjælp fra kollegaer. Fordi det har utrolig dårlig PR. Fordi jeg kan få det bedre andre steder og lettere.
- Jeg er bange for at blive udbrændt. Der vil i en sådan population være mange kronikere, hvilket i sig selv giver mange kontakter/konsultationer. Hvis kontakterne tillige bliver præget af dårlig kommunikation og nedsat compliance, så kan selv ikke den bedste supervision ”redde” mig fra at bliver sur, gammel og udbrændt før tid.
- Patienter med sociale belastninger tager generelt længere tid, især hvis man skal give dem den støtte, som de har behov for, og undgå, at de forsøger at snyde sig til diverse erklæringer. Jeg har arbejdet et ½ år i Ishøj og oplevede flere gange patienter, som forsøgte at lyve sig til fordele, hvilket i længden er belastende for min arbejdsglæde.
- Jeg ved erfaringsmæssigt at jeg har tendens til at involvere mig meget i patienterne – på godt og ondt. Jeg er derfor opmærksom på ikke at få for stor en andel af sårbare patienter. Jeg vil ikke fra start risikere at ’drukne’.
- Mest af alt fordi jeg ikke bor i nærheden af et sårbart område, men jeg har i min uddannelsestid været i den tunge del af Ishøj hos en ret nedslidt/udbrændt tutor. Jeg ved ikke hvordan han var som læge, da han var frisk fra fad, men det var en skræmmende oplevelse at være hos ham. Opholdet var lige ved at få mig til at sadle om, og med billedet af denne udbrændte læge i baghovedet ville jeg nok tænke mig om flere gange før jeg nedsatte mig et lignende sted.

#### Dårlig økonomi

- Har ikke min interesse, ej rentabelt.
- Det kræver alt for lang tid til hver konsultation og besværliggør arbejdet - desuden er det aflønnet dårligt!!
- Fordi jeg ved af erfaring, at for mange belastede patienter i løbet af en dag er for hårdt, hvis man samtidig skal opretholde en rimelig indtjening, dvs. se en 15-20 om dagen.
- Vores overenskomst er ikke indrettet til dette. Jo længere tid en konsultation tager, jo mindre tjener man. Jo flere problemer, jo mere kræver det af lægen både tidsmæssigt og personligt. Det er hårdt at arbejde med mennesker, som man ikke kan gøre så meget for. Hvor tingene ikke rykker.
- P.t. ængstelig for manglende kollegaer i området – og dermed ekstra stor arbejdsbelastning og mindre indtjening pr. arbejdstime.

#### Faglighed: Vil være læge, ikke socialrådgiver

- Det er helt fint, at der er sårbare patienter i praksis, men det er hårdt, hvis hele din dag bliver præget af attestarbejde/socialmedicinsk arbejde eller tolkesamtaler.
- Ressourcetsvage/ skrøbelige har flere tilfælde af non-disease. Det er langt mere fagligt interessant at tage sig af reelle fysiologiske sygdomme. Hvor er det frygteligt at skulle svare dette, men det er jo derfor at I spørger.
- Hvis andelen af sårbare bliver for stor. Jeg vil gerne have ”syge” mennesker i praksis, men en eventuel kompensation i forhold til at sårbare tager mere tid vil have indflydelse på mit valg. Socialrådgiver som konsulent i praksis.
- For meget af min arbejdstid bliver domineret af ikke-sundhedsrelaterede problemer.
- Tit er det socialmedicin – vil helst være alment praktiserende læge.



### Manglende opbakning udefra

- Fordi samarbejdet med Regionen ikke på nogen måde gør det lettere for én at køre sådan en praksis. Der loves meget aflastning, men i realiteten glemmes dette hurtigt fra regionens side så man står alene med en enorm arbejdsbyrde uden mulighed for anden hjælp end hvad man selv kan stable på benene. Måske kan man ikke engang ansætte det personale der skal til for at hjælpe fordi man ikke har faciliteterne eller pladsen til det, så det synes at være et Sisyfosarbejde. Ville være bange for at blive stressramt og udbrændt på under et år. Har selv ligget i forhandlinger med Regionen om en såkaldt "sårbar" praksis men følte at der blev kørt en del rundt med mig og at regionspersonalet reelt ikke aner, hvordan vores arbejdsdag er skruet sammen. Så jeg sprang fra.
- Fordi ofte besværligt/dårligt samarbejde/sparring med kommuner/psykiatri og andre væsentlige instanser.

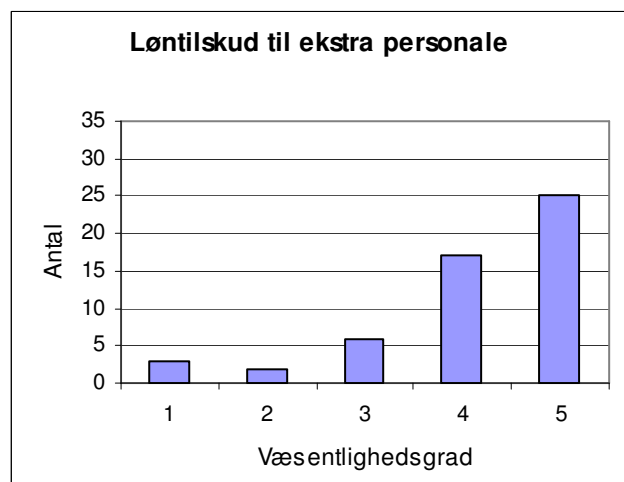
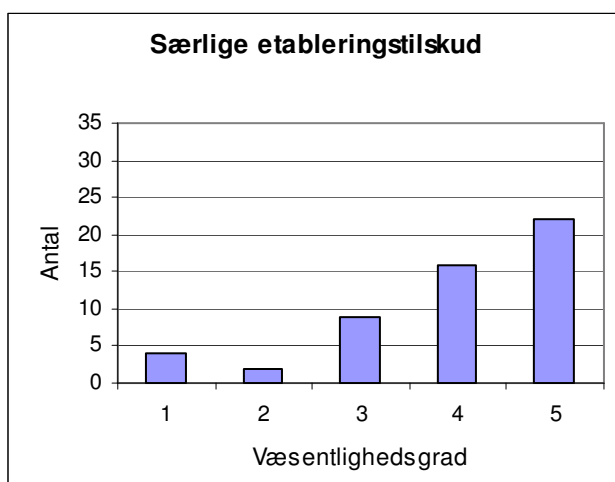
Nogle af respondenterne skriver også et par forklaringer til, hvorfor mange af de yngre læger ikke gider arbejde i sårbare områder. Fx:

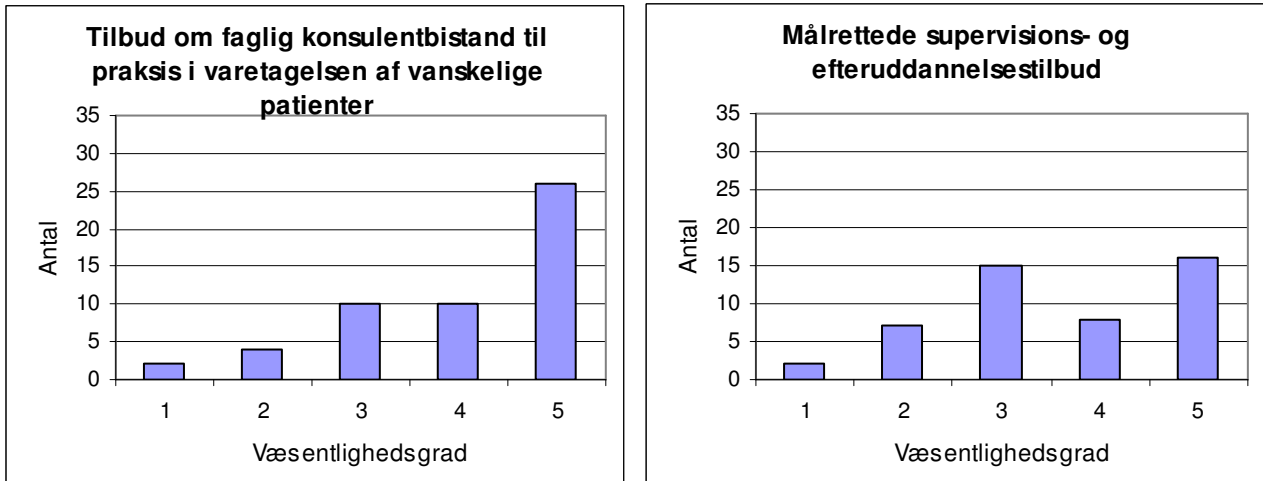
- Hvis nu udbuddet af praksisser til os kommende læger var lige så elendigt som for 30 år siden, var det jo ikke et relevant spørgsmål. I dag kan vi jo tillade os at vælge og vrage. Og i sådan en for os favorabel situation vil vi jo selvfølgelig vælge det laveste gærde, at skulle springe over. Dette synspunkt blev også fremhævet af et par af de yngre læger i gruppeinterviewet.

Hvad kan fremme yngre lægers lyst til at nedsætte sig i praksis i sårbare områder?

Spørgsmål 12 i spørgeskemaet hed: "Hvilke incitament er du generelt villig til at fremme lægers interesse for at nedsætte sig i en lægepraksis i de omtalte sårbare områder, hvor der er eller kan komme ubesat almen praksis kapacitet?" Respondenterne blev igen bedt om på en skala fra 1 til 5 at angive, hvor væsentlige de opfatter en række anførte incitament.

I forbindelse med sammenligningen af figurerne nedenfor skal det bemærkes, at 53 respondenter besvarede de to første, 52 det tredje spørgsmål om vigtigheden af konsulentbistand, og kun 48 spørgsmålet om målrettet supervision.





På svarfordelingen kan man se, at målrettede supervisions- og efteruddannelsestilbud betragtes som mindst væsentligt af de 4 foreslåede incitamenter (der er en mere jævn fordeling på svarkategorierne 1-5 og ikke nogen markant overvægt på 5'eren).

Respondenterne kunne også selv i besvarelsen nævne incitamenter, som de mente kan fremme yngre lægers tilbøjelighed til at arbejde i en praksis i et sårbart område. 30 af de 57 benyttede sig af denne mulighed. Næsten alle svar kan indpasses under fire overskrifter, nemlig kollegaer; kommunalt medspil; patientsammensætning og arbejdstid; økonomi. Her er eksempler på, hvad de har anført med egne ord inden for disse kategorier:

#### Kollegaer

- At der er "nok" kollegaer i området.
- Kolleger (både i fagligt og socialt øjemed).
- Godt kollegialt netværk.
- Kollegial sparring.

#### Kommunalt medspil

- Kommunen stiller lokaler til rådighed.
- Gode billige lokaler med meget plads.
- Godt kommunalt samarbejde.
- Bistand fra socialrådgiver, konsulent.
- Gode lokaler, billigt til leje.
- Tilknyttet socialrådgiver.
- Sociale tiltag og problemer løses andetsteds end hos praktiserende læge, inkl. mindre attestarbejde.
- Store praksis med fællesskab og let kontakt til kommune/psykiatri/socialt instanser.
- Jeg har selv erfaring for, at kommunal hjælp til problempatienter er enormt aflastende. Eksempelvis Rygcentret på Hans Knudsens plads. Hjælper med mange af de umulige, uspecifikke rygpatienter. Desuden effektiv hjælp ved sociale/arbejds-mæssige problemstillinger, sådan at de ikke havner på vores bord. Vi vil helst behandle patienter, og ikke være socialrådgivere. Et velfungerende ambulans psykiatri-tilbud er også vigtigt, ex. for torturofre eller depressive.

### Patienter og arbejdstid

- Mulighed for begrænset patientantal.
- Sikkerhed for ikke at skulle tage flere patienter end ønsket.
- Maks. antal ”tunge patienter” tilknyttet
- Færre patienter per praksis.
- Reduceret arbejdstid.
- ”Nedsat” tid med mulighed for andre aktiviteter (forskning, undervisning).

### Økonomi

- Ekstra honorar
- Højere løn.
- Vedvarende højere lønsats.
- Generelt løntilskud.
- Tillægssydelser målrettet til sårbare.
- Økonomi er vigtigt, men jeg tror at aflastning af de tunge patienter er vigtigere.
- Lønkomensation.
- Særlige (ekstra) ydelser/tid.
- Som udgangspunkt har det ikke min interesse. Jeg tænker nu højt: Måske, hvis lønnen er dobbelt op, arbejdsugen kortere end vanligt og ekstra tid til patienterne. Nej, det holder ikke, for så vil jeg ikke være tro mod mig selv. Jeg tror ikke, jeg vil kunne finde min arbejdsglæde i sårbare områder. Jeg vil tro, at de læger som vil arbejde i sårbare områder skal have særinteresse for det. Giv dem hvad det kræver af ekstra økonomi, tilbud om uddannelse og konsulenter osv.
- Jeg tror man skal være vokset op i området eller være en særlig ildsjæl. Jeg tror ikke økonomien reelt har den store rolle. Praksis’ i disse områder er i forvejen billige i goodwill, og jeg er lidt bange for at man tiltrækker den ”forkerte slags læger” hvis det er læger der tænker økonomi frem for en ”særlig” socialmedicinsk tilgang/tænkning.

I gruppeinterviewet med de yngre læger ved afslutningen af fase-3 uddannelsen var det særligt økonomien, der blev drøftet i relation til at nedsætte sig i sårbare områder. På den ene side blev det understreget, at økonomien ikke spiller nogen rolle – det er alt det andet, der kan afgøre, hvor man nedsætter sig, sagde man. Men på den anden side spiller økonomien alligevel en rolle, idet nogle af de interviewede sagde, at de gerne ville arbejde i udkantsområder, hvis de fik gunstige arbejdsvilkår, dvs. nedsat arbejdstid *uden* tilsvarende indtjeningsreduktion. Fx sagde én af dem:

*Så helt konkret kunne jeg godt finde på at sidde på Bornholm resten af mit liv, hvis det kun er 14 dage om måneden. Fordi ... Jeg skal kompenseres, og så skal jeg have samme løn, som hvis det var en måned. Fordi at jeg skal hjem og så kompensere for, at jeg er væk indimellem. Det ville være perfekt for mig. Arbejde meget i 14 dage. Også med vagtlægedækning. Og så være hjemme 14 dage. Sådan foretrækker jeg at arbejde på.*

Flere andre sagde, at det ikke lader sig gøre at kompensere for de ulemper, der er forbundet med at arbejde i et sårbart område. Fx sagde én:

*Jeg tror også, at der er mange ting, der spiller ind. Jeg arbejder i et sådant [sårbart] område i øjeblikket. Og det er sådan meget langt fra, hvad jeg kunne tænke mig. Det er ligegyldigt, hvad jeg blev kompenseret med. Så ville jeg aldrig være i det område. Men jeg kunne godt finde på at tage ud på landet, fx, fordi det er det jeg kender. Jeg tror, at det er nogle helt andre personlige ting, der spiller ind, for, hvor man kunne lave kompromiserne, ikke. Det er meget komplekst.*

Derudover kom også spørgsmålet om lægefagligt kontra socialfagligt arbejde op i gruppeinterviewet. Flere af dem, der ytrede sig, sagde med megen vægt, at de jo netop ikke havde uddannet sig til læge for at skulle udføre socialarbejde.

Og igen her blev økonomi bragt på bane. Sårbare patienter begrænser indtjeningen, mener man. Og det skal der kompenseres for:

*Jamen, jeg synes, at man sidder alt, alt for meget med rent socialrådgiverarbejde, og man er i klemme med patienterne, som af den ene eller anden grund har det dårligt psykisk eller/og er somatiserende. Og så sidder man og er i klemme mellem kommunen og patienten... Det tager meget lang tid. Og så skal der være på en eller anden måde noget kompensation ved at etablere sig. For der er også en opdragende rolle i det her. Så det tager et par år længere at få hjulene op at køre sådan et sted.*

En anden fortæller umiddelbart herefter, at det er svært at se, hvordan økonomisk kompensation skal løse de egentlige problemer ved at praktisere i et sårbart område:

*Jeg sidder i en praksis i Brøndby. Er i øvrigt opvokset i Albertslund (begge i øvrigt sårbare områder). Jeg kan mærke, at det er ikke sådan et sted, jeg skal sidde. Og jeg ved ikke, hvordan de skal kompensere mig. Fordi jeg er uddannet læge. Og det er det, jeg gerne vil være. Hvis jeg skal være socialarbejder i et eller andet omfang, så vil jeg godt selv have lov at bestemme det. Hvornår det skal være. Og hvordan det skal være. Og der må jeg bare sige, at der er simpelthen for meget af min arbejdstid nu, som går med noget, en klubmedarbejder eller en socialrådgiver eller nogle andre skulle tage sig af. Det er også et spørgsmål om, hvor meget af mit arbejdsliv, der går med at skrive attester for kommunen på sociale sager, hvor jeg sidder og tænker: Hvorfor er det egentlig, at jeg behøver at sætte mig ind i det her? Jeg er læge. Jeg er ikke socialrådgiver. Og der vil jeg gerne hjælpe patienterne, men der er også en eller anden træthedsgrænse, hvor man må sige, at nu bliver det rigeligt. Nu er det nok.*

Der var flere af de yngre læger i interviewet, som forklarede, at situationen er unik på den måde, at der er lægemangel, og at det gør det muligt at stille krav og i øvrigt have muligheder, som tidligere generationer ikke tilsvarende har haft.

*Derfor er vi også lidt forkælede, for vi kan vælge. Og hvis du kan vælge mellem x antal kr., hvor det er nemt at tjene dem, og hvor du kan med god samvittighed gå hjem kl. 4, og x antal*

*kr. et sted, hvor det er hårdt og et slid, og det er egentlig ikke noget, der interesserer dig særligt meget, og du gider ikke være socialrådgiver, jamen så er valget ikke så svært. Om det så lige er et eller andet... om du tjener 100.000 eller 110.000 eller 120.000 om måneden. Det er fuldstændig ligegyldigt. Men når du kan vælge, så vil du altid vælge det, der er mest attraktivt, og vælge det andet fra. Og sådan er det. Altså, jeg tror ikke, at der findes særligt mange nyuddannede praktiserende læger, som synes, at det ville være helt vildt spændende at have rigtigt mange tunge indvandrere og rigtigt mange socialklasse-5 patienter og misbrugere og sådan noget, ikke.*

Intervieweren i gruppeinterviewet ville på dette sted gerne have præciseret, hvad det er for et billede, der toner frem for de interviewedes indre øje, når vi snakker om sårbare områder. Hvordan ser en almindelig arbejdsdag i praksis ud i et sårbart område?

*Yngre læge 1: Jeg tror ikke, at man som udenforstående forestiller sig helt, hvad det er, der kommer til at fylde en hverdag. Og hvad der er for nogen patient-kontakter, som dominerer, hvis man tager til sådan et belastet område. Det er en tyrkisk kvinde, som har 5 børn. Hun udebliver fra 2/3 af sine aftaler, og når hun så kommer tredje gang, så af en eller anden grund er tolken der ikke. Hun taler ikke et kvidder dansk, og det er hendes 13-årige datter, der skal oversætte. Og når hun kommer, så lægger hun alle sine problemer ud på bordet: helbredsmæssige, sociale, hendes overførelsesindkomst, hendes mand der slår hende, hendes hund der bider hende, og ALT, hvad der overhovedet er, bliver læst ud på bordet. Og du kan trygt regne med, at de helbredsråd, du giver hende, giver ikke udbytte. Den udredning, du sætter i gang, fører ingen steder hen. Og det gør behandlingen heller ikke, for hendes problem er hendes livssituation. Det er ikke et helbredsproblem. Og hvis den type patienter dominerer – og det er det billede, jeg i hvert fald ville have, hvis jeg skulle til Ishøj – hvis den type patienter dominerer, så kunne du ikke kompensere mig ved at give mig lokaler eller en sygeplejerske, eller noget andet. Så skal der nogle helt andre tiltag til, hvordan man hjælper den kvinde, og få sorteret de problemer ud af min praksis, som ikke hører til i praksis. ...*

Interviewer: *Hvor mange her har arbejdet i en praksis i et sårbart område?*

En håndsoprækning viser, at det drejer sig om ca. 2/3 af de tilstedeværende.

*Yngre læge 2: Han har ret. Det er hverdagen.*

Interviewer: *I andre, som ikke havde hånden oppe – den beskrivelse I lige har fået, er det jeres billede af en praksis i et sårbart område?*

Flere i kor: *Ja. Ja.*

*Yngre læge 3: Jeg vil sige 10 ud af 30 patienter om dagen er sådan.*

Det var således et temmelig dystert billede, som flere af de interviewede tegnede af almen praksis' dagligdag i sårbare områder. Og det er tilsyneladende det billede, som overtages også af de yngre læger, som ikke har førstehåndskendskab til arbejdet i et sårbart område. Og det gør indtryk. En af de interviewede fortalte, at hun opsnapper så meget negativ omtale af de sårbare områder, at hun ikke har lyst til at nedsætte sig dér. Hun hører, at lægerne er trætte, og at de melder ud, at de ikke

kan klare det. Hun tilføjer, at *al den der omtale, den skal fjernes, hvis jeg skal have mod på at kaste mig ud i det område, som jeg egentlig tænker kunne være spændende. Men jeg har ikke engang lyst til at sætte mig ind i det, fordi jeg tænker, at jeg bliver allerede opgivende, når jeg hører den her negative omtale.*

Intervieweren tænker, at der måske er mere negativ omtale end virkeligheden egentlig tilsiger:

Interviewer: *Er vi ved at lave skræmmebilleder om de her praksis?*

Yngre læge: *Det er malet i mit hoved.*

Interviewer: *Hvordan kan man få det ud af dit hoved igen?*

Yngre læge: *Jamen ved at sige, at P.L.O. tager hånd om det her. Og de kan se og de anerkender, at det er et problem. Og vi har nogle løsningsforslag. Vi gør noget ved det. Og måske også en større kollegial fornemmelse af, at vi har faktisk nogle kollegaer, der sidder ude på Ishøj og gør et kæmpearbejde. Men hvordan støtter vi dem? Altså, jeg synes der er... jeg har bare indtrykket af, at "de sidder sgu da bare helt derude helt alene. Det har de da selv valgt". Jeg savner noget politisk opbakning... politisk pep-talk til at det her er noget, vi tager hånd om. Det er noget vi gør noget ved. Det er noget, vi interesserer os for. Og så... vi arbejder på at finde nogle gode løsninger. Jeg mærker det ikke. Og det er jeg ked af.*

Der var flere, der ytrede sig om, at de savnede opbakning fra P.L.O. og praksisudvalgene til løsning af problemerne og af den ubesatte kapacitet i sårbare områder. Nogle mente ligefrem, at P.L.O. og praksisudvalgene blokerer for løsninger, fordi de fastholder ideen om, at overenskomsten skal være ens over hele landet. Man nævnte som eksempel situationen i en bestemt kommune:

*Der var bl.a. snak om i Ishøj på et tidspunkt, at man skulle... at et vikarbureau kunne overtage praksis dernede og få vikarer ind og drive praksis nede i Ishøjcenteret. Men det blev der blokeret for i praksisudvalget og P.L.O..., hvor... hvis man havde gået ind for sådanne løsninger i sårbare områder, så tror jeg måske, at man ville kunne tiltrække folk, som måske også ville sidde der senere, hvis de først var kommet ind. Jeg tror, det er meget svært, det der med at se sig selv et sted, hvis man ikke har prøvet at være der på nogle lidt mere lempelige vilkår. Og der tror jeg altså, at den der kæmpe organisation der, den arbejder lidt imod det, fordi det er sådan en lighedstanke med at alle... det skal være ens alle steder, og det skal være de samme vilkår alle steder. Det tror jeg ikke fungerer.*

I gruppeinterviewet luftedes også andre ideer til at gøre arbejdet i almen praksis i sårbare områder mere attraktivt. Bl.a. blev der appelleret til, at kommunerne skulle "leve op til deres ansvar". Dermed mentes fx, at kommunen skulle tage sig mere af de sociale problemer, som ellers fylder meget i lægens praksis. Det nævntes også som en idé, at kommunen betaler ansættelsen af en uvildig socialrådgiver (som lægen kan henvise til, og som eventuelt kan deles af flere nabopraksis). Kommunen skal give tilskud til den læge, som vil nedsætte sig i et sårbart område.

Desuden talte man i interviewet om, at der burde stilles en garanti til læger i sårbare områder om, at de ikke vil blive pålagt flere patienter, hvis en ledig nabopraksis ikke bliver genbesat, og patienter

på den måde står uden læge. Én af respondenterne i gruppeinterviewet sagde: *Hvis jeg skal binde mig til noget, skal jeg være hammersikker på, at de ikke går ud og sletter de der grænser.* Endvidere luftedes – som allerede nævnt ovenfor – ideen om, at kommunen skal ”udlåne” ydernumre (dvs. reelt sikre, at yngre læger ikke bliver stavnsbundet til en praksis eller et område, som de efter nogle år eventuelt gerne vil slippe ud af igen). Et andet forslag i denne boldgade var kommunale kliniklokaler, som kunne lejes på markedsvilkår.

Som en anden slags overvejelser var der forslag om, at ikke-lægelige opgaver skal fjernes fra almen praksis og placeres i andre regi. Andre af de interviewede foreslog, at man arrangerede særlige undervisningsdage for indvandrere, hvor der skulle gives generelle helbredsoplysninger, om kontakten til almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen mm., fordi der er nogle specielle problemer omkring indvandrere og sygdomsopfattelser, og der er problemer med indvandreres opfattelse af, hvordan de kan bruge den praktiserende læge. Sådanne undervisningsdage kunne aflaste de praktiserende læger.

## Sammenfatning

Spørgeskemabesvareelserne og gruppeinterviewet korresponderede godt med hinanden, forstået på den måde, at interviewet gav uddybende svar og forklaringer på resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen. Sammenfattende tegner der sig dette overordnede billede af respondenternes overvejelser om valg af praksis og deres synspunkter på sårbare områder, rekrutteringsincitament mm.

**Praksistype.** Stort set alle ønsker at arbejde i kompagniskabspraksis. Solopraksis er et ønske for en meget lille minoritet.

**Praksis geografiske beliggenhed.** Den praksis, man vil arbejde i, skal helst ligge i nærheden af det sted, man bor i øjeblikket. De fleste af respondenterne er i en alder, hvor de er sat – har stiftet familie, købt hus, har ægtefælle med arbejde og karriere at passe osv. – og derfor er det ikke attraktivt at skulle flytte andre steder hen. Nogle taler endda om, at praksis helst skal ligge i cykleafstand fra, hvor man bor, eller en pendlergrænse på ½ time i bil. Partners jobmulighed og nærhed til familie og venner er en væsentlig parameter ved valg af geografisk område.

Derudover har de fleste et ønske om, at deres kommende praksis skal ligge i Storkøbenhavn eller Nordsjælland. Kun 3 af de 57 respondenter ønskede udtrykkeligt en landpraksis.

**Sårbare områder, patientpopulation.** Sårbare områder er ikke populære som hjemstedet for ens kommende praksis. Man forestiller sig, at der er alt for mange belastede patienter og patienter, som er vanskelige at håndtere. Man er simpelthen bange for at brænde ud, hvis der er for mange sociale problemer, kroniske patienter, indvandrere. En anden begrundelse for at fravælge sårbare områder (44 af 57 vil udtrykkeligt ikke arbejde disse steder) er, at man vil arbejde som læge – ikke være socialrådgiver. På den anden side ønsker de heller ikke udelukkende velfungerende patienter fra overklassen – en blanding af alle mulige typer patienter foretrækkes.

**Incitamenter til at nedsætte sig i sårbare områder.** De yngre læger i undersøgelsen mener gennemgående, at økonomisk compensation, løntilskud til ekstrapersonale og etableringstilskud kan fremme kollegaernes lyst til at købe praksis i sårbare områder. En anden vigtig faktor synes at være garanti for et kommunalt medspil til at håndterede de mest belastede patienter.

### **3. Fastholdelse af ældre læger i almen praksis i sårbare områder**

Problemet med ubesat kapacitet i almen praksis i sårbare områder kan også forsøges begrænset ved at få ældre læger til at blive et par år mere i deres praksis, end de ellers havde tænkt sig. Vi har derfor også fokuseret på sådanne lægers overvejelser om hele problemstillingen med ubesat kapacitet, om deres planer for tilbagetrækning, om incitamenter og bevæggrunde til at forblive aktivt praktiserende.

#### **Materiale og metode**

Der er gennemført en 2-timers fokusgruppe med 5 praktiserende læger. Tre af dem var solopraktiserende og to arbejdede 4 dage ugentligt i kompagniskabspraksis. De er i alderen 58-64 år, arbejder i Ishøj, Høje Taastrup, Brøndby og Albertslund. Fokusgruppen modereredes af Thorkil Thorsen. Interviewguiden er optrykt som bilag 2 i denne rapport.

Udvælgelsen af læger til denne fokusgruppe skete på den måde, at 20 læger i Vestegnskommunerne (de ovenfor nævnte kommuner plus Glostrup og Vallensbæk) i alderskategorien 58+ år, og med en jævn fordeling på køn og praksistype, var blevet inviteret i en skriftlig henvendelse. De 20 var ikke udvalgt ud fra noget forhåndskendskab til fx deres holdninger, erfaringer eller synspunkter angående fastholdelse. Nogle dage efter afsendelsen af brevet kontaktede vi disse læger for at høre, om de ville deltage i en fokusgruppe. Det var oprindeligt planen, at der skulle gennemføres to fokusgrupper, men det viste sig ikke muligt. Af de 20 kontaktede fik vi positive tilkendegivelser fra 12. Nogle af de øvrige 8 sagde, at de ikke havde tid eller bare ikke ønskede at være med. En af disse fortalte, at han havde fortalt om sine synspunkter mange gange allerede til forskellige folk fra regionen, men der skete aldrig noget efterfølgende. Af de 12 læger, som gerne ville deltage, kunne 9 mødes på det samme tidspunkt, som vi så meddelte dem. Få dage inden dette tidspunkt modtog vi to afbud, og til selv fokusgruppen dukkede to af de øvrige ikke op.

Deltagerne i fokusgruppen skulle ikke nødvendigvis nå til enighed om de forskellige spørgsmål, som blev drøftet. Dette blev indledningsvis pointeret af moderator. Det var dog bemærkelsesværdigt, at deltagerne altovervejende var enige om de væsentligste ting i relation til problemstillingen, selv om de selvsagt havde forskellige udgangspunkter og erfaringer fra hver deres praksis.

#### **Resultater**

Selv om hovedtemaet var fastholdelse af ældre læger, kom diskussionerne i den første del af fokusgruppen mest til at handle om, hvordan man kan tiltrække yngre læger til at nedsætte sig i Vest-



egnskommunerne, mens den øvrige del – hovedparten – af tiden blev brugt til overvejelser om incitamenter for ældre læger til at fortsætte.

### Lægemangel

Der var i gruppen enighed om, at problemet med (kommende) lægemangel i de sårbare områder primært skyldes, at der ikke er læger nok. Og når problemet manifesterer sig netop i de sårbare områder, skyldes det nok, dels at der er en række fordomme om, hvordan det er at arbejde disse steder, dels at det nok også er et lidt tungere arbejde dér end andre steder. En af lægerne sagde:

*Men jeg tror, at hovedproblemet er – ét som vi slet ikke kan løse – det er, at der ikke er læger nok. Det er ligegyldigt, hvor god reklame vi gør, så tager de de nemmeste steder først.*

Løsningen kunne efter gruppens mening ligge i, at der blev arbejdet på, at en større del end nu af de yngre læger kunne blive gjort interesseret i at blive alment praktiserende læger. Hvis man kunne vække interessen for almen praksis på uddannelsesstederne, så ville speciallæger i almen medicin ikke længere kunne være så kræsne mht., hvor de ville nedsætte sig, mente man. En anden løsning kunne være at fjerne fordommene og demonstrere over for yngre læger, at almen praksis arbejder med interessante problemstillinger i disse områder, og at områderne er bedre end deres rygte.

### Uddannelseslæger

Lægerne i fokusgruppen antog, at det ville være fremmende for de yngre lægers interesse i at nedsætte sig i sårbare områder, at de forinden havde arbejdet dér som uddannelseslæger eller vikarer. Derigennem ville de nemlig få kendskab til området og opdage, at det er langt bedre end sit rygte. De ville finde af at, at det er spændende at arbejde med og finde ud af – som det blev udtrykt – *at det er ikke, hvad de havde forventet og sådan, altså, der er ikke de problemer, som de havde forventet*. Man mente også, at det bl.a. er denne demonstrationseffekt, der gør, at nogle praksis har valgt at have uddannelseslæger. De to kompagniskabspraksis i fokusgruppen har begge uddannelseslæger, og lægen fra den ene af disse sagde i hvert fald, at det var af hensyn til rekruttering af nye læger, at denne praksis var begyndt at have uddannelseslæger.

De tre solopraktiserende læger i fokusgruppen har ikke uddannelseslæger. Der var et par begrundelser for dette, bl.a. mangel på lokaler og mangel på undervisningserfaring. En af dem sagde:

*Jeg har haft [uddannelseslæge]. Men ikke mere, fordi jeg synes egentlig mine lokaler er for små og for dårlige til det. Og nu er kravene også skærpet, ikke, så i dag vil jeg skulle indrette en ny computerplads til, og indrette en hel masse, og det ville være dyrt. Jeg kan ikke overskue det... selvfølgelig kunne det lade sig gøre, men det har jeg så valgt ikke at gøre.*

Vi skal senere se, at lokalebegrænsninger også betragtes som et problem på anden måde. Når det ikke er muligt at inddrage flere lokaler til sin praksis, er det for manges vedkommende også umuligt at ansætte mere praksispersonale.

Nogle i fokusgruppen antydede, at når de fleste yngre læger ikke ønsker at arbejde i solopraksis, så kan det hænge sammen med, at kun ganske få solopraksis har uddannelseslæger, og at de yngre læger derfor ikke oplever, hvordan det faktisk er at arbejde dér. *Og man kan nu engang kun vælge blandt det, man ved af*, som en af deltagerne udtrykte det.

### At være ældre praktiserende læge – og at være det i sårbare områder

Moderator af fokusgruppen ville gerne vide, hvordan det er at være ældre alment praktiserende læge med mulighed for snart at overgå til pensionering. Drøftelsen af dette spørgsmål tegnede et billede af en stor kærlighed til faget og jobbet som praktiserende læge. Det er simpelthen svært at holde op. Lægegerningen er blevet en del af ens identitet. Man holder af det lidt hektiske; man kan lide at få de forskellige gøremål til at hænge sammen; eller der er hensynet til patienterne: Det kan være svært at slippe tøjlerne og vide, at meget af den (tavse) viden, man har oparbejdet om hver enkelt patient og om gruppen af patienter i ens praksis, ikke kan overtages af andre. En af deltagerne gav udtryk for, at det ville være næsten pinefuldt at skulle overlade det hele til en ny læges ”forgodtbe-findende”.

Det er tilsyneladende sådanne forhold, der kan fastholde én som aktivt praktiserende, selv om pensionering kunne være en mulighed. Et par af deltagerne i fokusgruppen fortalte, at de flere gange havde omgjort beslutninger om at ville holde op. Den ene beskrev, hvordan hun for nogle år siden havde forestillet sig at slutte som 60-årig, så som 62-årig – og nu var det så udskudt igen.

Men er der så noget særligt ved at være praktiserende læger i et sårbart område? De fem læger i fokusgruppen beskrev de forhold i deres kommuner, som nok adskiller disse fra de områder, der ikke betegnes som sårbare. Der er flere patienter med kroniske sygdomme; der er flere indvandrere; der er flere udflyttere fra de lavere socialklasser på Vesterbro; i det hele taget er der flere socialklasse-5 og misbrugere end så mange andre steder, mente de. Og kompleksiteten i arbejdet stiger dermed. Alt dette gør nok, at arbejdsbyrden – stadig ifølge fokusgruppen – er større i almen praksis i deres kommuner end i ikke-sårbare områder – ikke nødvendigvis i antal arbejdstimer, men i indholdet i konsultationerne, som ofte er tungere.

For ældre læger – hed det sig – kan arbejdsbyrden føles som stadigt mere overvældende. Derfor vil dét at blive pålagt flere patienter, hvis fx en nabopraksis lukker, altid stå som et skræmmebillede. Omstillingsparathed og evnen til at sætte sig ind i nye ting er måske heller ikke længere, hvad den har været, og det kan derfor være problematisk at blive pålagt nye arbejdsmetoder og ydelser. Der udspandt sig følgende samtale om måder at gøre tingene på og om kvalitet:

*Læge 2: Det er også vigtigt at have lov til at arbejde på den måde, man nu gør. Der har været en tendens til, at nu skal vi også gøre sådan og sådan (med de der forløbsydelse og sådan noget), og sådan og sådan skulle man gøre. Jeg har gjort det på min måde i mange år. Og hvis de kommer ovenfra og siger, at nu SKAL du gøre det på den og den måde, så står jeg af.*

*Læge 3. Fordi det andet fungerer.*

Læge 1: *Ja.*

Læge 2: *Det andet fungerer. Og det er så også nok grunden til, at jeg sidder som solopraktiserende, at jeg...*

Læge 1: *Vi bliver professionelle i vores særheder. Det fungerer udmærket.*

Læge 2: *Og de patienter, jeg har, de kan lide mig. Og at jeg er, som jeg er.*

Læge 4: *Præcis.*

Læge 2: *Det er både svagheden og styrken. Det er jeg godt klar over. Så det med at få noget trukket noget over hovedet enten fra det offentlige eller fra vores egen forening, dét er det, der kan få os til at sige: Så stopper vi.*

Læge 4: *Ja.*

Moderator: *Må jeg spørge lidt provokerende: Betyder det, at I vil have særregler i forhold til jeres kerneydelse?*

Læge 2: *(...) Altså det er ikke lige én ydelse, men der kommer mere og mere, ikke. Og man bliver med årene lidt mindre omstillingsparat. Og hvis man hele tiden får at vide, at nu skal du gøre sådan, og nu skal du gøre sådan, samtidig med at der også fra kommunen kommer alle de der attester, så kan man godt sige: Nej ved du hva', så er det så sjovt mere, som det var engang.*

Moderator: *Hvad siger I andre?*

Læge 1: *Jeg kan sagtens mærke den der modvilje mod forandring, som ligger et eller andet sted og lurker, ikke. På den anden side kan jeg godt, at der er nogle kvalitetskrav til almen praksis, som jo i den grad udviklede sig i de 20-25 år, jeg har været i praksis. Og det har løftet almen praksis op fra at være et eller andet underligt udefinerbart til noget, der virkelig har nogle kerneydelser, som du siger. Så det er uomgængeligt, at vi bliver nødt til at diskutere, hvad er kvalitet og hvad er indhold osv. Og det gør vi jo.*

Læge 2: *Givetvis. Og vi prøver også at følge med, når der kommer kræftpakker – hvor er så kravene til os? Og hvor skal vi handle? Og det gør man jo hele tiden.*

Læge 1: *Men alderen gør måske, at man skal bruge lidt mere tid på det.*

Nye krav og dermed stigende arbejdsbyrde er tydeligvis en faktor, som kan få disse læger til at overveje deres situation som aktivt praktiserende.

Hvorfor er nogle af jeres ældre kollegaer holdt op, ville moderator gerne vide. De læger, man kunne komme i tanke om, havde angiveligt haft disse begrundelser:

- En af dem kunne ikke rumme det nye edb-system. Der var for meget kludder med det, så han gav op.
- En anden havde ikke edb og ville ikke have det, og måtte derfor give op over for de nye krav.
- Et par af dem var bare ikke interesseret i at være læge længere. De syntes, de havde fået nok og ønskede at blive pensionister. (Den ene af disse var 63 år).
- For én var stress begrundelsen for at forlade praksis.

Men hvad kan ellers få ældre praktiserende læger til at udskyde pensioneringen? Dette spørgsmål førte til en slags brainstorm om fastholdelse og fastholdelsesincitament – delvis fremført af moderator, delvis af deltagerne. Nedenfor er disse forslag og synspunkter nævnt i tilfældig rækkefølge.

### Fastholdelsesincitament og forbliven i praksis

Lægerne i fokusgruppen mente nok, at regionen er opmærksom på risikoen for lægemangel i almen praksis i de sårbare områder, men at det er begrænset, hvad den – og kommunerne og P.L.O. – har gjort i den anledning. Fokusgruppen kunne dog alligevel fortælle om initiativet i Ishøj Kommune, hvor der ifølge gruppens deltagere er etableret et sundhedscenter, hvortil et privat firma skal rekruttere praktiserende læger. Indtil videre er der kun én praktiserende i centret, fortæller et par deltagere. Han sidder med 3 ydernumre og 2500 patienter. Det skal efter sigende ikke have været muligt at rekruttere flere læger.

En af lægerne i fokusgruppen nævnte, at man skal huske på, at almen praksis er et liberalt erhverv, og som private erhvervsdrivende kan man måske ikke forvente sig, at det offentlige træder til med særlige, gunstige foranstaltninger til dem, som ellers kunne overveje at stoppe.

Der var nogenlunde enighed om, at der er et stigende antal opgaver og stigende arbejdspress i praksis. Derfor så man et potentiale i at have mere hjælpepersonale til at tage toppen af arbejdsbyrden. Der er opgaver, som man mente med fordel kunne delegeres til sygeplejerske og andet personale.

Det er ikke nødvendigvis et spørgsmål om penge. Snarere vil aflastning for nogle af de daglige opgaver være mere velanbragt, mente man i fokusgruppen. Men offentlige tilskud fx i form af forøget basishonorar til ældre læger i sårbare områder kan selvfølgelig anvendes netop til at aflønne ekstra personale til aflastning af lægen. Eller til udvidelse af lokalerne, så det var muligt at have mere personale.

Men disse synspunkter og ideer er der dog også nogle barrierer for realiseringen af, ifølge fokusgruppen selv. De fleste har praksis i lokaler, som ikke bare kan udvides til ekstra personale.

Kunne pladsmanglen i praksis ikke løses ved at finde en ny lokalitet, ville moderator vide. Der var stor enighed om, at dette ikke var en løsning:

Læge 1: *Når man er så gammel som jeg er, orker man måske ikke at trække teltpælene op og begynde at opbygge sine nye lokaler og indrette. Det er sådanne en stor proces, ikke. Det kan jeg godt mærke, at det har jeg ikke liige ork til.*

Læge 2: *Jeg tror også, at det må man lade de unge om. Det er ikke dét, der er fastholdelse af os... at få os til at flytte til nye lokaler. Det orker vi ikke.*

Andre: *Nej, det er det ikke.*

Kunne man så ikke slå sig sammen i samarbejdspraksis og dele reception og personale og få fordele og aflastning ad den vej? Hertil var svaret, at sololæger jo netop har valgt at være solo, fordi det appellerer til deres mentalitet, og derfor kan man ikke forvente, at der kommer så meget godt ud af at sololæger går sammen i lægehuse.

En idé, som umiddelbart nød mere opbakning i fokusgruppen, var en *practice manager*, som kommunen eller P.L.O. kunne hjælpe med at ansætte eller aflønne, og som eventuelt kunne tage sig af administrative sager i flere praksis. Og dog – ville ældre læger, som nu havde været vant til at gøre tingene på deres måde, faktisk være parate til at lade en udefrakommende tage sig af det, spurgte én i fokusgruppen.

Der er ingen tvivl om, at det er arbejdsbyrden, der er det store spøgelse for gruppens læger. Penge spiller som nævnt angiveligt en mindre rolle:

Moderator: *Er penge et svar på det her spørgsmål? For at holde længere på praktiserende læger?*

Læge 3: *Nej, overhovedet ikke.*

Læge 5: *Penge er ikke... Hvis man er på det sidste dér, og har svært ved at køre videre, så er det ikke et spørgsmål om penge. Det er et spørgsmål om, at arbejdsbyrden er for tung. Og det tror jeg, man skal forudsige på et tidligere tidspunkt. For at stimulere til en form, hvor arbejdsbyrden lettes generelt for den praktiserende læge. Hvis der er flere patienter og flere opgaver, så skal der jo mere hjælpepersonale til. Det er den vej, man skal kigge. (...) Men jeg mener, der skal en eller anden form for hjælp/støtte til. I hvert fald for at få processen i gang.*

Der blev i dette sidste citat lagt op til en rådgivning til den enkelte praksis om, hvordan man kan finde en arbejdsform og en medarbejderstab, som sammenlagt kan nedbringe arbejdsbyrden.

Med de begrænsede lokalemæssige ekspansionsmuligheder taget i betragtning, kunne ansættelse af vikarer så være en mulighed? I en vejledning til samarbejdsudvalget i 2006 har regionen foreslået, at der med henblik på fastholdelse af ældre læger gives penge til vikartimer. Moderator spurgte, om offentlig betaling af vikartimer var en mulighed, sådan at lægerne kunne holde fri et par dage pr. uge. Det rappe modspørgsmål lød: *Hvor får vi vikaren fra?* Og moderator forsøgte sig med et for-

slag om et vikarkorps af yngre læger, som ikke ville være stavnsbundet til et sårbart område de næste mange år, men gerne ville afprøve lugten i bageriet først.

Ideen fik en blandet modtagelse. Der var umiddelbar opbakning, men også en skeptisk røst:

*Men det kender vi jo fra vores uddannelseslæger. Det er ikke omkostningsfrit, for så skal du ”rydde op” efter dem(...)Den unge læger frygter dit og dat og dut og sætter et stort undersøgelsesprogram i gang. Så smitter det jo af på patienten, så vedkommende er jo fuldstændig hjertebankende. En vikar 2 dage om ugen, det er meget – så meget så der bliver en masse (for os) de andre dage at rydde op i, hvis man vil have sin egen særegenhed igennem igen. Der bliver pillet ved ens suverænitet.*

Skulle 2 dage vikar-genereret frihed pr. uge være for meget, så var der større opbakning til vikar bare én dag pr. uge, og særligt hvis det er en fast vikar, for så vil der ikke være så meget at rydde op i bagefter.

Der blev i fokusgruppen også peget på andre aflastningsmuligheder: Ingen lægevagter, færre attester (som vi ikke er uddannede til at svare på), kommunalt medspil. Om dette sidste, så var der store forventninger til Vestegnsprojektet, som giver den praktiserende læge muligheder for at henvise sine diabetes- og KOL-patienter til kommunale kontaktpersoner, som så visiterer patienterne til fx rygestopkurser, patientskoler, diætist. Generelt kunne man ønske sig mere kommunal støtte.

Moderator af fokusgruppen ville også gerne vide, om det ville være et incitament til at forblive praktiserende, hvis man af regionen var stillet en garantipris for ens praksis i udsigt, hvis man blev ved til en nærmere bestemt alder. Der var positive tilkendegivelser om denne idé. De spontane reaktioner var, at man med udsigten til en garanti på fx 1 million kr. virkelig kunne opgradere sin praksis, modernisere sine lokaler og sit udstyr. Og ved nærmere eftertanke denne reaktion: Men det betyder jo, at almen praksis bliver nationaliseret, dvs. afsat til det offentlige – og er det dét, vi vil?

#### Top-5 fastholdelsesincitamenter

Moderator bad afslutningsvis de fem læger konstruere en top-5 liste over, hvad der kan holde dem et par år ekstra som praktiserende læger. Der blev fremsat følgende forslag (i uprioriteret rækkefølge):

**Lavere normtal.** Man vil have færre patienter, når man kommer op i årene. Man foreslog et normtal på 1000, maksimum 1200 for ældre læger.

**Garanti for ikke at blive pålagt flere patienter.** Man vil under ingen omstændigheder have flere patienter (heller ikke selv om der ville blive givet en uforholdsmæssigt stor økonomisk kompenseret herfor.) Man frygter, at man – hvis en nabopraksis lukker og ikke overtages af en ny læge – får pålagt at tage nogle af dennes patienter. En usikkerhed om, hvorvidt dette kan ske, fremmer ikke lysten til at blive et par år ekstra i sin praksis.

**Ikke noget pålæg om udvidet åbningstid.** Der var bred enighed i fokusgruppen om, at dette var væsentligt. Fx sagde én: *Så er jeg også steget af. Hvis de begynder på det, så er holder jeg også op.* Også dette punkt var tydeligvis et ønske om ikke at få flere arbejdsopgaver. det blev også nævnt i fokusgruppen, at man i hvert fald ikke i en solopraksis vil kunne *strukturere sig ud af øgede åbningstider.*

**En uvildig ”kommune-person”** til at tage sig af noget af de sociale problemstillinger. Ideen er, at lægen skal kunne sende patienten til en socialfaglig fagperson, som ikke har en myndighedsudøvende funktion:

*Jeg synes den der kommune-person, som kunne tage sig af alt det, som – synes man – er sociale ting og sager. Som vi kunne sende patienten op til. ”Ved du hvad, det skal du slet ikke snakke med mig om. Du kan få en hurtig deroppe hos den og den”... Ikke noget med sin egen sagsbehandler og personnummer, for det tager for lang tid, det tager 14 dage...*

At det skal være en uvildig fagperson begrundes også med, at der ofte kan være en verserende konflikt mellem patient/borger og socialrådgiver. Den uvildige fagperson skal derfor fungere som rådgiver, måske bisidder. Hovedpointen i dette forslag er dog, at almen praksis skal aflastes for en række af de sociale problemstillinger, som patienter kan komme med til deres læge, og som ikke er sundhedsfaglige.

**Garanti for en afhændelsessum for ens praksis, hvis man fortsætter til en given alder.** Dette skal forstås sådan, at man vil overveje positivt at tage et par år mere som praktiserende læge, hvis kommunen eller regionen kan garantere, at man kommer ud af praksis på en tilfredsstillende måde, hvis man fortsætter til man er fx 65 eller 67 eller noget andet. Det blev foreslået, at garantien kunne være en vis procentdel af omsætningen, som man normalt regner goodwill udfra. Det ville motivere lægerne til at optimere deres praksis, i stedet for at drosle ned.

## Sammenfatning

Fokusgruppens fem deltagere, som alle praktiserer i såkaldt sårbare områder, var i en alder, hvor overvejelser om at holde op og lade sig pensionere allerede havde været reelle eller kunne blive det inden for et par år.

Fokusgruppen betragtede problemet med ubesat kapacitet i almen praksis i sårbare områder som et problem, der ville løse sig selv om 5-10 år, hvor lægemanglen generelt ville være et overstået kapitel, og hvor det derfor ikke længere var muligt for alle at nedsætte sig i praksis i deres favorit-område – der vil med andre ord også være læger, som derfor ville fatte interesser for at praktisere i disse områder. Men indtil da kunne der være en række incitament og faktorer, som eventuelt kan holde de ældre læger aktivt praktiserende noget længere.

Den væsentligste faktor for beslutningen om at lade sig pensionere i en relativt ung alder synes at være arbejdsbyrden, som accentueres af, at der kommer stadigt flere krav, nye edb-programmer og flere nye behandlingsmetoder og nye ydelser, som det kan være tidskrævende at sætte sig ind i og

gøre til en fast del af sit repertoire. Udsigten til måske at få pålagt flere patienter, hvis en nabopraksis efterlades ubesat, står som et skræmmebillede, der nok kan få én til at overveje en pensionering.

Penge i form af fastholdelsesyndelse, øget basishonorering og løntilskud til personale ses ikke som vægtige fastholdelsesincitament i sig selv. Der er mere brug for aflastning, fx i form af:

- betalte vikarer en dag pr. uge,
- øget samspil med kommunerne omkring kroniske patienter (kommunale diætister, patientskoler, rygestopkurser mv.)
- en uvildig socialfaglig person i kommunen, som man kan henvise sociale problemstillinger til
- lavere normtal
- ikke udvidet åbningstid.

Fokusgruppen havde desuden sympati for ideen om, at regionen garanterer, at lægen får en gunstig afhændelsessum for sin praksis, hvis han/hun fortsætter med at praktisere indtil en vis, på forhånd aftalt, alder.

#### **4. Mellemssegmentets synspunkter på de yngre og ældre lægers ønsker og holdninger**

Vores undersøgelse har som planlagt omfattet synspunkter, holdninger og ønsker hos uddannelseslæger på vej til almen praksis samt ældre læger i almen praksis. Problemstillingen med ubesat kapacitet i sårbare områder og hertil relaterede problemer er dermed set primært i et rekrutterings- og fastholdelsesperspektiv. Men hvordan tegner problemstillingen sig for de praktiserende læger, som arbejder i de sårbare områder, og som er i en alder, hvor overvejelser om pension eller forbliven i praksis ikke er et aktuelt tema. Hvordan ser dette ”mellemssegment” af alment praktiserende læger på situationen i deres område? Hvordan ser de på de synspunkter og ønsker, som denne undersøgelse har afdækket hos de yngre uddannelseslæger og de ældre kollegaer? Og hvad er mellemssegmentets ideer til at undgå lægemangel i de sårbare områder?

Det var de spørgsmål, vi stillede os, da gennemførelsen af den planlagte undersøgelse var afrapporteret i ovenstående 2 hovedkapitler. Vi erkendte, at synspunkter og ønsker hos ”mellemssegmentet” i relation til lægearbejde og lægedækning i sårbare områder indgår yderst sjældent i de undersøgelser og overvejelser, som danner grundlag for administrative og politiske beslutninger. Derfor har vi valgt at supplere den rapport, som er fremlagt ovenfor, ved at afholde yderligere en fokusgruppe med deltagere fra mellemssegmentet og efterfølgende analyse. Beskrivelsen og afrapporteringen derfra bringes her som et særskilt kapitel.

#### **Materiale og metode**

Der er gennemført en fokusgruppe med deltagelse af 5 alment praktiserende læger fra områder i Region Hovedstaden, hvor der er ubesat kapacitet eller antagelig meget snart bliver det, og hvor der er en del sårbare patienter. Disse læger er udvalgt på den måde, at vi har kontaktet formanden for lægelaugene eller har kontaktet læger, som vi mente kunne henvise os til kollegaer, som de forven-



tede ville have synspunkter på emnet og være interesserede i at deltage i en fokusgruppe. Efter telefonisk og/eller skriftlig korrespondance fik vi tilsagn fra 5 af disse læger om at ville deltage.

Gruppen afholdtes i januar 2010 i et mødelokale på Forskningsenheden for Almen Praksis. To mænd og tre kvinder deltog. Alder mellem 42 og 57 år. Disse læger praktiserer i bydele i København klassificeret som sårbare områder og i Glostrup og Brøndby kommuner. De arbejder i solo-praksis, samarbejdspraksis og/eller delepraksis. Anciennitet i almen praksis mellem 4 og 21 år. Med denne sammensætning fik vi indfriet vores bestræbelse på at få en bred sammensætning mht. køn, alder, praksistype, kommune mv.

De deltagende læger var blevet bedt om inden fokusgruppe-interviewet at læse vores rapport om rekruttering og fastholdelse (kapitel 1-3 ovenfor). Selve fokusgruppen, som varede 2½ time, blev modereret af Thorkil Thorsen.

## Resultater

Den indledende beskrivelse af, hvordan fremtiden tegner sig mht. kapacitetsdækning, viste, at der i deltagernes kommuner og bydele enten er lægemangel eller ventes at blive det, fordi ganske mange kollegaer er i den pensionsmodne alder.

Hvad kan mellemsegmentet gøre for at forebygge lægemangel? Hvordan skal mellemsegmentet forholde sig, når der er patienter, som står uden læge? Hvilke incitament og aktiviteter kan fremme rekruttering og fastholdelse og på samme tid tilgodese arbejdsforholdene for mellemsegmentet? Hvilke overvejelser gør fokusgruppens deltagere sig om de yngre og ældre lægers ønsker og forestillinger (som er beskrevet ovenfor)? Det var nogle af hovedspørgsmålene i fokusgruppen med mellemsegmentet.

Der var i diskussionen flere gange referencer til rapportens kapitel 2, som beskriver de yngre lægers opfattelser af de sårbare områder. En af lægerne i fokusgrupperne sagde, at de unge var meget ”mytfulde”, og at de havde et for negativt billede af disse områder. Hertil replicerede en anden deltager:

*Som jeg husker, så er der et sted [i rapporten] en håndsoprækning, hvor 2/3 af dem, de har været ude i praksis i sårbare områder, og det lever fuldt ud op til de der forestillinger, de havde, ikke. Så der er noget mytedannelse i det, men på en eller anden måde synes de også at blive bekræftet i deres myter, når de er ude.*

Hertil siger en tredje deltager:

*Det er da også tungt indimellem, er det ikke? Det synes jeg. Altså, jeg synes, det er sjovt... Og det er slet ikke det. Men jeg synes sateme også, at jeg er træt.*

En anden siger et andet sted:

*Jeg må beskytte mig selv, fordi jeg skal holde [til at fortsætte med at være praktiserende læge].*

Der var altså enighed om, at praksis med mange sårbare, ressourcetsvage patienter har en tungere arbejdsbyrde end andre praksis. Mange af patienterne har en dårlig socioøkonomisk baggrund, mange er indvandrere med sprogproblemer og en evt anderledes sygdomsopfattelse, mange patienter har kroniske sygdomme og dårlig egenomsorgs-evne, og et relativt stort antal konsultationer tager (derfor) ofte længere tid og er vanskeligere end andre steder.

Derfor mente fokusgruppen, at uddannelseslægerne ikke helt har uret i deres betragtninger og forestillinger. Men på den anden side blev det også nævnt i fokusgruppen, at der er ting i en almen praksis' hverdag i de sårbare områder, som uddannelseslægerne ikke ser – og som derfor forhindrer dem i at få et komplet billede af forholdene. De får et *for* negativt billede. Fx kan de ikke efter bare nogle måneder have fået et grundigt kendskab til de enkelte patienter, og derfor kan det umiddelbart forekomme dem uoverskueligt at stå med alle de tunge problemer (accentueret af patientens ressourcetsvaghed, begrænsede evne til egenomsorg, eventuelt manglende danskfærdigheder osv.), hvor de pga. det manglende kendskab til patientens (sygdoms)historie ikke ser sammenhænge og muligheder.

### At beskytte sig selv og sikre gode vilkår for alle

En af deltagerne spurgte ret tidligt de andre i fokusgruppen: *Er det de yngre lægers interesser, vi forsvarer? Eller er det også os, der sidder? Eller dem, der er på vej væk? Eller er det patienternes interesser?* Det blev hurtigt klart, at det kan være svært at skille disse interesser ad. På nogle områder synes der dog at være uforenelige interesser.

Det blev hurtigt et tema i diskussionen, at for at kunne bidrage til at tiltrække yngre læger til ens område skal mellemsegmentet måske tænke på sig selv og sin egen arbejdssituation – *beskytte sig selv*. Tilfredse, ikke-nedslidte læger er bedre ambassadører for deres geografiske område, end utilfredse og udbrændte læger. Hvis man derfor vil gøre yngre læger interesserede i at nedsætte sig i de sårbare områder, er det væsentligt, at de læger, som praktiserer dér i øjeblikket, har gode vilkår for deres arbejde. Ligeledes skal ens arbejdsvilkår være gode, for at man selv vil fortsætte et par år længere, i stedet for at gå på pension.

Man var enige om, at arbejdsvilkårene og betingelserne for at drive praksis kunne være bedre. Der er en række bestemmelser af lovgivningsmæssig og overenskomst mæssig art, som hæmmer muligheden for at tilpasse sin praksis og sin dagligdag, så den opleves optimal.

### Normtal

Normtallet blev bragt på bane. Det betragtes som et problem, at en praksis risikerer at blive pålagt flere patienter ud over det oprindeligt aftalte, hvis der er et par nabopraksis, der lukker og altså ikke genbesættes. Derfor blev det fremsat som et seriøst bud, at de nuværende praktiserende læger skal stå på deres ret til kun at have det fastsatte maksimum antal patienter. De skal altså ikke lade sig presse til at tage flere, selv om der er et par nabopraksis, der lukker. *Det er vores eneste forsvar... Det er at stå hårdt på den ret, som en af dem udtrykte det. Og så er det jo regionen, der må ligesom ud at rekruttere og lave noget attraktivt [for yngre læger],* sagde en anden af fokusgruppens deltagere.

Der var en del usikkerhed blandt deltagerne om, hvorvidt normtallet er mindre for læger, når de har rundet de 60 år. Den fortolkning, der tilsyneladende vandt gehør, var, at det er samarbejdsudvalget, der skal godkende det. Og dermed er det et politisk forhandlingsspørgsmål. En af deltagerne mente, at alment praktiserende læger burde have samme ordning som gymnasielærere, nemlig at de efter det 60. år får nedsat timetal uden nedgang i lønnen.

For delepraksis synes der at være et specielt problem, idet disse ifølge deltagerne var underlagt andre aftaler for normtal. Aftaler, som først gør det muligt for praksis at lukke/åbne for patienttilgang, når antallet af tilmeldte patienter overstiger +/- 91 det antal tilmeldte, der var på det tidspunkt, hvor lægen købte praksis.

*Læge 1: Da jeg i sin tid købte min praksisdel, var sælger naturligt interesseret i optimal salgspris. Antallet af tilmeldte patienter var derfor relativt højt. Det tænkte jeg ikke nærmere over. På det tidspunkt var man fra politisk hold også mest interesseret i at sikre, at læger i delepraksis ikke fik for mange patienter. Tiderne skifter. Vi har i vores delepraksis ca. 2200 patienter. Det er mange, når man tager det med "dele = halvtid" alvorligt. Regionen er også meget hurtigt ude og åbne, når vi kommer under. Svup sige det, så har vi mindst 100 patienter på relativ kort tid. Og hvis de så ikke når at lukke pr d. 1. i måneden, kan vi nå op på ret mange. At få nye patienter og sætte sig ind i deres sygehistorie kan være omfattende...*

*Læge 2: Det kender jeg. Vi er også lige blevet tvangsåbnet. Så ved jeg godt, at al nytænkning må vente nogle måneder. Så bliver det bare hårdt arbejde derudaf. Så vore tanker om at flytte til nye lokaler sammen med eventuelle nye kollegaer kommer til at ligge stand by.*

*Læge 1. Fx har vi oplevet en stor tilgang, da vi var så uheldige at blive åbnet, da nabokommunen havde lægemangel. Nu har nabokommunen ikke lægemangel, hvorfor patienter selvfølgelig søger tilbage til egen kommune pga. afstanden. Og ja, så har vi endnu engang et hul, som kan fyldes ud af patienter, som søger os pga. lægemangel andre steder osv.*

## **Lokaler**

Til at fremme gode arbejdsvilkår og rekruttering og fastholdelse efterlyste fokusgruppen mere smidighed og flere dispensationer i de regelsæt, som sætter rammerne for, hvor og hvordan almen praksis kan drives. Dette gælder i sager om nye lokaler, om brug af vikarer, om antal patienter mm.

Det kan være svært at skaffe sig velegnede lokaler med plads til ekspansion og bedre service til patienterne, fordi der er stramme regler, som håndhæves for strikt, mente fokusgruppen. Én af deltagerne ønskede sig,

*at det blev realistisk muligt at få større lokaler. Det kan vi ikke ude hos os. (...) Fordi der skal være handicap-adgang, og der skal være... Altså vi sidder 3 læger på 90 kvadratmeter. Jeg ved, at 2 kollegaer i området har meget, meget aktivt forsøgt at få nogle nye lokaler og har hver gang løbet panden mod en mur i forhold til kommunen. (...) Det er omdannelse fra bolig*

*til erhverv. Det er adgangsforhold. Det er... Vi søgte at få lavet et parcelhus, som ligger i nærheden, hvor der ligger en bolig-erhvervs karré, det første parcelhus på den anden side af det (som havde været til salg i 1½ år og ikke var blevet solgt) forsøgte vi at få lov til at købe, fordi vi kunne se, at det kunne bruges til det, vi gerne ville. Det kunne vi ikke, fordi det område var klassificeret sådan, at man ikke kunne have erhverv på over 90 kvadratmeter.*

Moderator: *Det er så en lovgivning, der ligger langt uden for sundhedsvæsenets område.*

Lægen: *Ja, ja, men det harmonerer bare så, så dårligt med deres udmeldinger politisk, om at nu skal vi have store lægehuse. Så var der nybyggeri på [X-vej] i nærheden. Der kunne vi godt være flyttet ind, så ville vi få 200 kvadratmeter. Og have fået en husleje på 28.000 om måneden! Det syntes vi ikke rigtigt, vi kunne være med til, vel.*

Også andre i fokusgruppen bemærkede, at det kunne blive økonomisk uoverkommeligt at skaffe større lokaler, og dette er i sig selv en begrænsende faktor på flere ting: Man kan ikke tilknytte en ekstra læge eller mere personale; der er eventuelt heller ikke plads til at have en uddannelseslæge (som måske gennem et indgående kendskab og en engageret tutorlæge med overskud, kunne have givet yngre læger et godt indtryk af praksisarbejdet i disse områder). Dispensation fra disse regler kunne i mange tilfælde gavne praksis, lægerne og patienterne. Man ønskede, at P.L.O. og samarbejdsudvalgene forsøger at påvirke dette.

Kommunens rolle i spørgsmålet om egnede lokaler til praksis blev drøftet i gruppen. Man mente ikke, at kommunen ligefrem skal stille lokaler gratis til rådighed, men man savnede en konstruktiv, politisk vilje til at hjælpe. En ordveksling illustrerer dette sidste:

Læge 1. *Hvad vil der rent konkret ske, hvis der lukker fx 4 praksis i et lille område, og de kan ikke besættes. Kommunen er interesseret i, at der kommer læger dertil. Vil de så ikke gøre et eller andet aktivt for at...? Bliver det så til 0-praksis, eller hva? Ikke.*

Læge 2. *Det er sket i vores område, i hvert fald.*

Læge 1. *Og så kan de vel lave en eller anden klinik og sige, her er 3-4 ledige ydernumre, ikke. Hvem vil leje sig ind der?*

Læge 2. *Jeg kender ikke lovgivningen. Men [kommunen] har sagt, at det må de rent juridisk set ikke gå ind i. Det var det første argument. Andet argument var, at der var ikke politisk opbakning til det. Og så har man lukket det igen. (spredt latter)*

Læge 1. *Det er det, jeg mener: De er ikke interesseret i at hjælpe, overhovedet.*

Men man fastholdt ønsket om, at kommunerne på en måde skal ind og hjælpe med lokaler til de 0-praksis, der engang kommer.

## Vikarer

En anden bestemmelse, som praksis støder hovedet imod i dens bestræbelser på at skaffe sig gode arbejdsvilkår, er begrænsningen i brugen af vikarer:

*Læge: Vi må godt have en vikar, men så må vi ikke selv være der. Og igen mener jeg, at det gælder om at komme af med den holdning, at ligesom obstruere forløbet på den måde. Fordi hvis man åbner op for, at man kan have en vikar i lokalet ved siden af, mens man selv er der, så kan man pludselig have flere patienter i praksis. Og den person, der er derinde, kan pludselig opleve, hvordan det er at være der.*

*Andre i gruppen: De kan spørge. Det ville ikke være så overvældende at stå med det hele som vikar. Lægen kan supervisere.*

*Lægen: Men man fastholder de der meget rigide regler, og det skader os lige nu.*

Man anså altså et lempeligere regelsæt som nyttigt for både den faste læge og vikaren – og for rekruttering af nye læger. Man var godt klar over, at reglen om, at lægen ikke må være i praksis samtidig med vikaren, fra gammel tid har haft til formål at sikre, at nogle praksis *ikke rager en hel masse patienter til sig*, som en af deltagerne sagde. Men nu forekommer regler unødigt begrænsende.

## Differentieret basishonorar

Kan og skal man kompensere lægerne i de sårbare områder for deres arbejdsbyrde? Gruppen fandt det i princippet ikke urimeligt, at overenskomsten tog højde for de mere sårbare patienter og tungere konsultationer, og at den gav mulighed for differentieret basishonorar eller særlig honorering af konsultationer med sociale problematikker, selv om man var enige om, at det kunne være vældigt vanskeligt at definere, hvad en sådan ydelse skulle inkludere. Man mente dog, at differentieret basishonorar eller en særhonorering på den ene side ville være en kontant anerkendelse af den reelle arbejdsbyrde og give mere engagerede og tilfredse læger, og på den anden side ville det øge interessen hos yngre læger for at nedsætte sig i de sårbare områder.

## Tolkebistand

Desuden anmodede deltagerne så inderligt om, at man *ikke* afskaffer tolkebistand i konsultationer med ikke-dansksprogede patienter, som har boet i landet i mere end 7 år, sådan som det er vedtaget til at træde i kraft fra 2011. En sådan afskaffelse vil nemlig belaste og besværliggøre disse konsultationer yderligere.

## Uvildig socialrådgiver

Mellemsegmentets fokusgruppe så det som en god idé, at almen praksis har direkte samarbejde med en uvildig socialrådgiver, som kan vejlede og rådgive patienter og læger om forhold, som ikke er strikt lægefaglige. En af deltagerne beskrev de nuværende forhold sådan:

*Det socialmedicinske er blevet tungere. Altså, der er kommet mange flere attester og kontrol. Og der er mange konsultationer, der har noget helt andet indhold, end at folk skal blive raske.*

*Det er i forhold til et jobcenter og alle de krav dér, og det er rigtigt vanskeligt at tale om, og når man så har nogle, der måske ikke taler så godt eller er vant til at formulere sig, så er det... Altså jeg bliver træt. Nu får vi bare den her nye mulighedserklæring. Ah, men altså. Vi andre forstår den ikke. Arbejdsgiverne aner ikke en fis af, hvad det er. Og så skal vi sige til patienten... at de selv skal hen og snakke med arbejdsgiveren!*

Man skal ikke nødvendigvis sidde dør om dør med socialrådgiveren, men man skal have aftaler med vedkommende om, at patienten kan henvende sig der, eller socialrådgiveren kan komme til praksis på særlige tidspunkter, eller lægen skal kunne kontakte vedkommende med sine spørgsmål. Behovet er stort, hed det i fokusgruppen, bl.a. fordi praktiserende læger ikke kender og ikke kan holde sig ajour med reglerne. Og så er meget af det jo altså for øvrigt ikke lægearbejde. Gruppen understregede også, at denne socialarbejder/socialrådgiver skal være uvildig og altså ikke arbejde ud fra CPR-numre eller være en del af kommunens sagsbehandling.

Hvordan forholder man sig til de yngre og ældre lægers ønsker om bl.a. økonomisk kompensation?

Moderator bad fokusgruppen forholde sig til de ønsker, som de yngre læger og de ældre læger i denne undersøgelse har fremlagt (kapitel 2 og 3 ovenfor), og hvis opfyldelse de mener kan medvirke til, at flere yngre vil nedsætte sig i en praksis i de sårbare områder, henholdsvis at de ældre forbliver i praksis et par år ekstra.

Der var modstand i gruppen imod ønskerne om økonomisk kompensation eller økonomiske tilskud. De bryder sig ikke om permanent løntilskud til ekstra personale (som ønsket af de yngre læger), dels fordi de ikke mener, at det løser den aktuelle problematik, dels fordi de finder det uretfærdigt over for dem, der praktiserer på "normale vilkår". *Skal der blivende være forskelsbehandling på den måde? Det hænger ikke sammen de næste 20 år*, siger én af lægerne. *Hvorfor skal de have det, når vi andre ikke skal have det?*, spørger en anden. Tanken om, at en ny kollega i lægehuset skulle have tilskud, mens de ikke selv får det, forekom dem ikke tiltalende. De bryder sig egentlig heller ikke meget om etableringstilskud (som ønsket af de yngre læger), selv om det er tænkt som et engangsbeløb.

De ældre læger havde jo i deres fokusgruppe talt for lavere normtal, ikke udvidet åbningstid og en belønning for at tage et par år ekstra i praksis. Der var hos mellemsegmentsgruppen ikke udtalt beejstring for den økonomiske del.

*Læge 1: Altså hvis jeg tænker i mit lokalområde, ikke, hvis nogle af de gamle dér sådan lige skal have det så meget lettere... Ja, jo, det ville altså genere mig lidt. Jeg ville være for træt på en eller anden måde. Altså, det kan jeg mærke. Det synes jeg ikke er helt OK. (...) Et eller andet sted kan jeg bare mærke, at det ikke er okay. Det kan jeg mærke.*

*Læge 2. Men vi bliver jo alle sammen 60 på et tidspunkt.*

Læge 1. *Ja, ja. Men jeg siger bare, at det er sådan jeg har det. Fordi jeg kan fand'ne også godt lave min praksis meget bedre. Og vil godt. (...) Vi har meget høj personaleandel, ikke, (...) for at lave en ordentlig service. Og det tror jeg også vi gør. Og den går fra min løn. Altså. Og et eller andet sted, ikke, skulle så nogen sætte sig ned og få betalt det. Altså vi har meget høj personalenormering, og et eller andet sted... det generer mig. Jeg synes ikke det er okay.*

### Andre tiltag i rekrutterings-bestræbelserne

Ud over at gøre arbejdet og vilkårene for arbejdet i almen praksis i sårbare områder mere attraktivt, snakkede fokusgruppen også om, hvordan man på anden måde kunne tiltrække yngre læger. Et af de forslag i gruppen, som vandt gehør, var ideen om at lave arrangementer, hvor yngre læger, som ønsker at "snuse" sig frem for at finde en praksis at nedsætte sig i, på et særarrangement kan træffe praktiserende læger (eventuelt foran snarlig pension) fra de sårbare områder. Et sådan arrangement skulle have til formål, at de yngre kunne få et mere reelt indtryk af arbejdsforholdene, end det indtryk de får på rygtebasis og fra de 6 måneder, de måske selv har været i en praksis i de sårbare områder. En af deltagerne formulerede ideen på denne måde:

*Hvis man nu forestillede sigt, at man sendte nogle yngre læger, som snuser til praksis og gerne vil have nogle forsøgsperioder, og nogle ældre læger, der gerne ville aflastes, og så puttede dem ind i et lokale med noget kaffe og nogle pandekager og så så, hvad der kom ud af det. (...) Eller man kan lave et eller andet kursus i foreningens regi, hvor man sagde, at dette er et kursus for: "Kom og lær din næste vikar at kende". Og så se, hvem der melder sig til et sådant kursus.*

En anden idé til at gøre livet som praktiserende læge lettere for yngre, uerfarne læger i sårbare områder, var en mentorordning. Gruppen forestillede sig, at nynedsatte læger i sårbare områder kan have stor glæde af i starten at have tilknyttet en supervisor eller mentor. En sådan mentor kunne være ældre, eventuelt pensionerede, praktiserende læger, som kan komme regelmæssigt, eller som den nynedsatte læge kan tilkalde efter behov. Man var i gruppen meget vel klar over, at yngre læger jo allerede kan kontakte ældre kollegaer, hvis de savner råd eller vejledning, men ideen med dette forslag om en mentor indebærer, at det skal være en formaliseret og struktureret ordning, hvor de ældre/pensionerede læger honoreres.

Der var i fokusgruppen andre ideer til og synspunkter på, hvordan man kan forholde sig til emnet, men disse blev dog ikke udfoldet. Et af disse forslag handlede om (betalte) tematiserede efteruddannelsesdage, hvor praksis i sårbare områder skulle have en ramme til at se på, hvad man kan ændre i sin praksis; og hvordan man kan aflastes, sådan at batterierne oplades, og der bliver mere overskud i dagligdagen.

### Sammenfatning

Mellemsegmentets læger (som de er repræsenteret i fokusgruppen) er ikke begejstrede for, at andre læger skal lukrere på lægemanglen ved at få økonomisk kompensation (tilskud til etablering, tilskud

til personale, belønning for at blive nogle år ekstra), mens de selv må pukke videre – og måske endda være nær kollega til én, som får særtilskud.

Gruppen understregede, at mange af de forslag, de havde diskuteret, måske nok kunne være belejlige for praktiserende læger i alle geografiske områder, men det blev understreget, at det er vigtigt at huske på, at vi her snakker om, hvordan man sikrer lægedækning i de sårbare områder, og at beslutningstagere derfor skal være parate til at forskelsbehandle og sikre en særlig indsprøjtning til disse områder. Man skal altså være indstillet på en differentieret indsats, som favoriserer de sårbare områder. Uden en sådan favorisering vil man ikke fremme rekruttering og fastholdelse i de områder.

Gruppen ønskede, at der i de sårbare områder stilles en uvildig socialrådgiver til rådighed til at rådgive praksis og patienter i sociale problematikker – og for dermed at aflaste praksis. Desuden anså gruppen, at det ville være et vigtigt incitament ved rekruttering og fastholdelse af læger i de sårbare områder, at der er differentieret basishonorar beregnet fx på patienternes socioøkonomi og/eller en særlig honorering for konsultationer med et stort indhold af socialt belastede problemstillinger.

Desuden appellerede man om mere kulance, mindre stramme regler og flere dispensationer ved anskaffelse af lokaler, ved brug af vikarer, ved normtal mm. Man så også gerne, at kommunen stillede sig mere velvilligt til at hjælpe med at skaffe egnede lokaler til nye praksis eller praksisudvidelse.

For at begrænse yngre lægers alt for negative forestillinger om sårbare områder foresloges det, at uddannelseslæger på vej til praksis skal kunne mødes med ældre læger fra sårbare områder på særlige rekrutteringsarrangementer. Og for at lette nynedsatte læger i deres første tid i et sårbart område kunne de have en ældre praktiserende læge i området som deres mentor og supervisor.

## 5. Diskussion

Vi har ovenfor beskrevet, hvordan yngre læger på vej til almen praksis, ældre læger i sårbare områder og læger fra ”mellemssegmentet” i sårbare områder beskriver deres ønsker til arbejdet i almen praksis, og hvilke incitamenter de mener, kan gøre det attraktivt at praktisere i disse områder.

### Metodeovervejelser

Inden vi nedenfor overvejer, hvad denne undersøgelse peger på af problemforståelse, fortolkninger og løsningsforslag, først lige et par ord om resultaternes troværdighed og anvendelighed: Betragtningerne og ønskerne fra mellemssegmentet og de ældre læger kommer sammenlagt fra to håndfulde læger i to fokusgrupper. Dimensioneringen af projektet tillod ikke inddragelse af flere fokusgrupper. Man kan altid diskutere, om disse læger er repræsentative for deres kollegaer, eller om de har særstandpunkter i forhold til disse. Vi må i princippet lade det være op til læseren at afgøre, om resultaterne forekommer troværdige. Vi vil i den sammenhæng dog gøre opmærksom på, at de interviewede læger er udvalgt med henblik på at få deltagelse fra forskellige praksistyper, forskellige aldersgrupper, begge køn, forskellige kommuner osv. Variation har været tilstræbt. Til trods herfor – og til trods for, at deltagerne i fokusgrupperne eksplicit blev gjort opmærksomme på, at de ikke

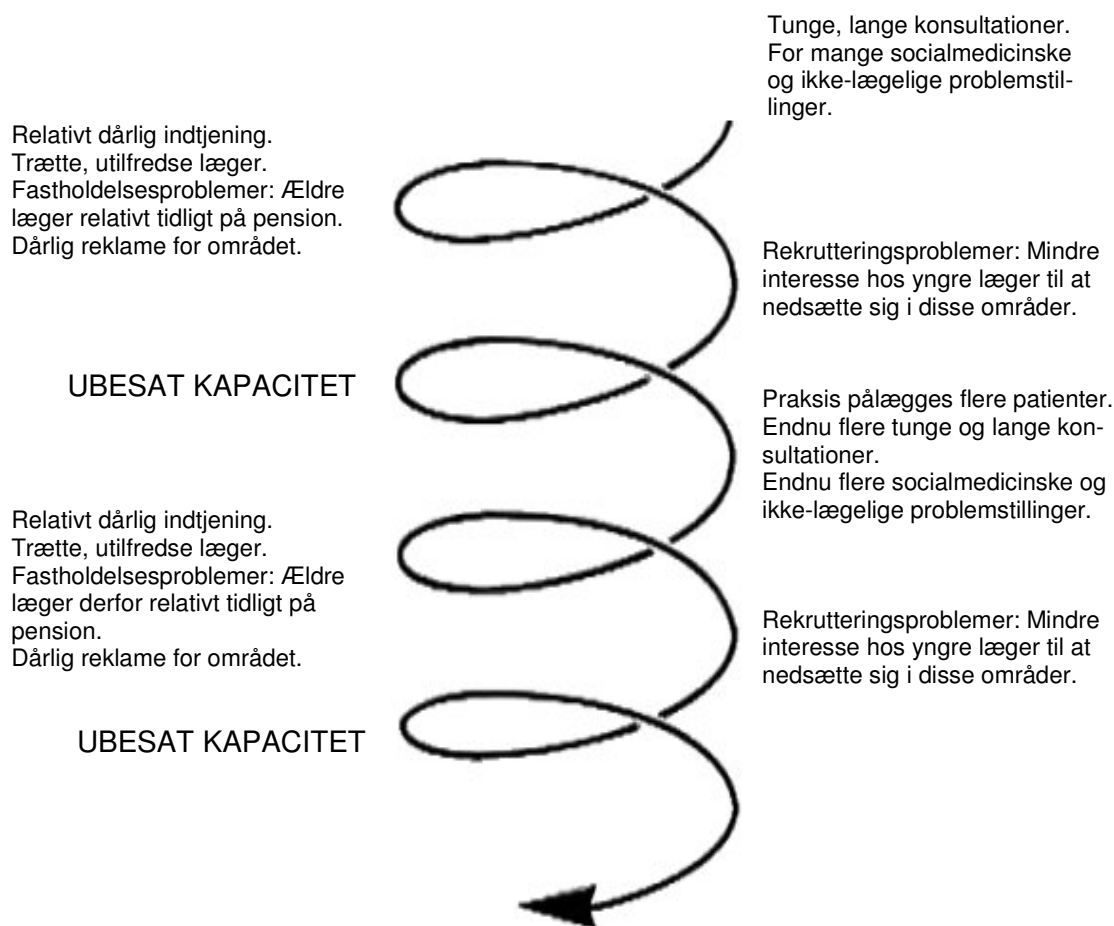


nødvendigvis skulle nå konsensus – var der enighed inden for hver af de to grupper om de fleste af de drøftede emner.

Desuden er det værd at holde fast i, at vi har ønsket at opnå indsigt i forskellige typer synspunkter og ideer til, hvordan sårbare områder kan tiltrække og fastholde praktiserende læger. Forskellighed har været mere tilstræbt end konventionel statistisk repræsentation og generaliserbarhed. Vi ved med andre ord, at de fremlagte synspunkter og holdninger findes – men ikke hvor udbredte de er, hverken i Region Hovedstaden eller i resten af landet.

## Signalement af problemstillingen: En ond spiral

Det problem, som foranledigede vores undersøgelse, er (udsigten til) ubesat kapacitet i almen praksis i de såkaldt sårbare områder. Tager vi resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen og udsagn og vurderinger fra de interviewede læger for pålydende, tegner der sig konturerne af en problemstilling, der nærmest kan betegnes som en ond cirkel – eller en ond spiral.



Skal den onde spiral brydes, skal der sættes ind på et eller flere af de punkter, som fastlåser problemstillingen.

## Hvilke løsningsforslag peger undersøgelsen på?

Spørgeskema, interview og fokusgrupper i denne undersøgelse peger – direkte eller indirekte – på en række ideer til at afhjælpe problemet med ubesat kapacitet i de sårbare områder.

### Rekruttering

Langt de fleste af de yngre læger i vores undersøgelse ønsker at arbejde i kompagniskabspraksis. Og mange af dem vil gerne have en ”prøveperiode” som ansat i en praksis i de sårbare områder – eller i det mindste vil de sikre sig, at de ikke hænger på en praksis, som de ikke kan slippe af med igen, hvis det skulle vise sig, at de ikke bryder sig om at arbejde dér. Nogle af dem foreslog, at kommunen/regionen i en prøvetid ”låner” dem et ydernummer.

De yngre læger foreslog også, at kommunen hjalp dem med praksislokaler, når de skulle nedsætte sig. Dette sidste var også et af forslagene fra mellemsegmentets fokusgruppe, som nævnte kommunal hjælp til lokaler, særligt til 0-praksis. Kommunen kunne for at lette yngre lægers vej til at nedsætte sig i de sårbare områder stille lokaler til rådighed, eventuelt i form af lægehuse. Dog blev det understreget, at kommunen ikke automatisk skal betragte lægehuse som kompagniskabspraksis; der skal være mulighed for, at huset kan rumme samarbejdspraksis.

Flere af de yngre læger mente, at en økonomisk gulerod kunne få nogle af deres kollegaer til alligevel at nedsætte sig i et sårbart område, fx tilskud til etablering og løntilskud til ekstra personale.

Flere af dem tilkendegav tydeligt, at de fravælger de sårbare områder, fordi der er for mange ikke-lægelige opgaver i en praksis’ hverdag. De fandt, at en garanti for, at kommunen bidrager med et positivt medspil til at håndtere de mest belastede patienter, muligvis er et vigtigere incitament til at nedsætte sig i disse områder, end økonomiske tilskud. Fx forestillede de sig assistance i form af en uvildig socialrådgiver, eventuelt en særlig konsulentbistand. Ellers frygter de at brænde ud.

I det hele taget har de sårbare områder et meget dårligt ry blandt de yngre læger, som snart er færdige med turnusperioden og skal ud i praksis. Man hæftede sig særligt ved de tunge patienter, de sociale problemstillinger og den relativt dårlige indtjening. Nogle af dem havde også selv oplevet, at deres uddannelseslæge i et sårbart område var træt og nærmest udbrændt. Sådanne oplevelser øger ikke de sårbare områders ”reklameværdi”. Det blakkede image kan måske forbedres, hvis arbejdsvilkårene for almen praksis i disse områder generelt forbedres.

Gruppen af læger i mellemsegmentet mente, at rekrutteringen af nye læger kan fremmes gennem særlige møde-arrangementer, hvor yngre læger kan snakke med flere ældre læger fra de sårbare områder og derigennem få et mere nuanceret billede af, hvordan det er at arbejde dér.

Som en hjælp målrettet de nynedsatte læger i sårbare områder foreslog mellemsegmentet også, at der oprettes en mentor-ordning, hvor ældre praktiserende læger fra området eller pensionerede læger, fungerer som vejleder og supervisor for de unge på en regelmæssig basis eller ad hoc.

## Gode arbejdsbetingelser for dem, der praktiserer i sårbare områder – uanset alder

Fokusgruppen med læger fra mellemsegmentet (ikke yngre, ikke ældre pensionsmodne) pegede på, at der er behov for et bedre medspil fra kommunen om de socialt og socialmedicinsk relaterede problemstillinger. Lægerne bruger for megen tid på et område, hvor de ikke kender reglerne tilstrækkeligt, og hvor de problemstillinger, som patienterne kommer med, i mange tilfælde ikke hører hjemme i almen praksis. Derfor ønsker disse læger fx en uvildig socialrådgiver stillet til rådighed for almen praksis til at hjælpe patienterne og praksis med disse problemstillinger, som ellers er voldsomt tidskrævende, komplicerede og lidet lønsomme. Eventuelt kunne der i samme øjemed være en hotline til en kommunal rådgiver.

Gruppen udtrykte stærk bekymring over, at tilskuddet til tolkebistand forsvinder for de indvandrerpatienter, som har boet i Danmark i 7 år eller mere.

Lægerne i denne gruppe mente også, at et differentieret basishonorar (med en højere takst for de langsommelige og komplicerede konsultationer med sårbare og ressourcetsvage patienter, hvor problemstillingen er socialmedicinsk eller ikke-medicinsk) dels kunne give dem et indtryk af, at deres udvidede indsats i disse konsultationer værdsættes af region og kommune, dels kunne honorere dem for det ekstraarbejde, der ligger i den slags ydelser.

For yderligere at hjælpe praksis med de særlige problemstillinger i relation til sårbare patienter og sårbare områder foresloges det, at der på regelmæssig basis afholdes efteruddannelses-temadage (med dækning af tabt arbejdsfortjeneste), hvor der fremlægges ideer til nye arbejdsmetoder og aftales relevante nye samarbejdsrelationer.

Som et yderligere bidrag til at lette arbejdsbyrden for almen praksis i de sårbare områder foresloges det, at det skulle være muligt at sikre den enkelte læge et lavere lukketal eller sikkerhed for i det mindste ikke at få flere patienter via et normalt, som regionen forhøjer, fordi nogle praksis ikke kan genbesættes.

Desuden anmodede lægerne i mellemsegment-gruppen om, at der udvist mere kulance og blev givet flere dispensationer på andre områder, så det kunne blive lettere og mere opmuntrende at være praktiserende læge og drive almen praksis. Som eksempler nævntes muligheden for selv at være til stede og praktisere, selv om man har en vikar, der ser patienter i lokalet ved siden af. Man ønskede også en større fleksibilitet ved køb og ibrugtagning af nye lokaler, fx at få lov til at omdanne beboelse til erhverv.

## Fastholdelse

De ældre læger i undersøgelsen angav, at de eventuelt kan udsætte deres pensionering, hvis de får en lettere arbejdsdag eller eventuelt en økonomisk gulerod. De havde samme synspunkter som de øvrige grupper med hensyn til ønsket om en uvildig socialrådgiver til at tage sig af nogle af de sociale problemstillinger, som ses i – og som belaster – almen praksis. Man understregede i lighed med de andre grupper, at det er vigtigt, at denne fagperson er uvildig og altså ikke en sagsbehandler fra kommunen.

Et andet bidrag til en lettere arbejdsdag kunne ifølge de ældre læger i denne undersøgelse være et lavere normtal og en garanti for ikke at få pålagt flere patienter, når nabopraksis lukker ned. Uden en sådan garanti vil ældre læger være mere tilbøjelige til en relativt tidlig pensionering. På samme måde ville man have garanti for, at man ikke fik pålæg om at udvide sin praksis' åbningstid.

Som et andet bidrag til at få bedre arbejdsbetingelser nævnte gruppen også et udvidet samarbejde med kommunen om kroniske patienter (fx via kommunale diætister, patientskoler).

Den økonomiske guleroed, som kunne føre til, at man tager et par år mere i praksis, kunne være en på forhånd aftalt belønning for at fortsætte til man fx er 65 eller 67 år. Belønningen kunne eventuelt være en procentdel af omsætningen.

### Enighed og uenighed på tværs af grupperne

De yngre læger, som snart er færdiguddannede og på vej ud i almen praksis, er bevidste om, at de på grund af lægemanglen har muligheder for at være "kræsne" i deres valg af praksis. Og praksis i sårbare områder står ikke øverst på ønskelisten. De har et negativt billede af de sårbare områder. Mellemssegmentet og de ældre læger er et langt stykke hen ad vejen enig i disse betragtninger, selv om de nok mener, at negativiteten på visse punkter er gået for langt. For de finder det på mange måder mere spændende og meningsfyldt at praktisere i disse områder end i de velaflagte områder eller i såkaldte "kollegie-praksis", hvor man måske tjener pengene lettere, fordi patientpopulationen dér for en stor dels vedkommende er unge, velfungerende studerende, men hvor lægen til gengæld sjældent har den lange, kontinuerte kontakt med patienterne, eller hvor der ikke er mere udfordrende faglige problemstillinger.

Sammenholder man ønskerne og ideerne fra de tre "hørte" parter i denne undersøgelse, viser der sig visse sammenfald. Således mener både de yngre, de ældre og dem indimellem, at en del af det tidskrævende, tunge og ikke strikt lægefaglige arbejde med fordel kunne varetages af en uvildig socialrådgiver, som fx kommunerne kunne stille til rådighed.

Mere lempelige regler om lokaler, vikarer mv. – ønsket af mellemssegmentet – vil sandsynligvis møde opbakning hos både de yngre eller de ældre kollegaer, hvoraf mange jo også vil opleve snærende begrænsninger, hvis de vil udvide eller flytte eller have vikarhjælp til almindelig aflastning i hverdagen.

Differentieret basishonorar blev foreslået af flere. Dette var møntet på de ofte besværlige og langvarige konsultationer med sårbare, ressourcetsvage patienter, hvoraf en del er indvandrere uden dansk kundskaber. Også her kan man forvente enighed.

Derimod er der næppe enighed om arten og omfanget af økonomiske kompensationer for at nedsætte sig i sårbare områder eller for at tage et par år ekstra i praksis inden pensioneringen. Flere af de yngre læger mener, at tilskud til at etablere sig i sårbare områder eller tilskud til ekstra personale vil fremme deres interesse for at arbejde dér. Og de ældre læger kunne tænke sig, at der var en økonomisk belønning for at udsætte pensioneringen (eksempelvis i form af en fast beløb eller kommunal

garanti for at kunne sælge praksis). Men der var tydelige røster i fokusgruppen med mellemsegmentet imod sådanne økonomiske tilskud og belønninger. Man fandt det direkte urimeligt, at yngre og ældre kollegaer skulle belønnes og tage gevinst af lægemanglen, mens man selv bare skulle arbejde videre til en lavere indtjening end dem.

## Perspektiver

Vores undersøgelse har haft fokus på fastholdelse og rekruttering af praktiserende læger i sårbare områder. Som det fremgår af det følgende, afdækker vor undersøgelse viden, der i stor udstrækning tidligere er fundet, hvad angår de yngre og ældre lægers overvejelser og ønsker. Vores undersøgelse bidrager dog yderligere dels med dens specifikke fokus på fastholdelse og rekruttering af læger i *sårbare områder*, dels med inddragelsen af overvejelser og ønsker fra *mellemsegmentet* af læger. Mellemsegmentet er her læger, som allerede arbejder i sårbare områder og ikke har planer om (eller mulighed for) at flytte fra området eller at lade sig pensionere. Læger i mellemsegmentet har en stor betydning for at undgå yderligere udvikling af den ”onde spiral”, som skitseret i forrige afsnit. Således skal mellemsegmentet både fungere som rollemodel for de yngre for at motivere disse til at arbejde i området, og samtidig skal de fungere som buffere for lægemangel ved at skulle betjene et relativt højt antal af patienter

### ”Sårbare områder”

I denne rapport og andre steder er sårbare områder defineret som områder, hvor borgerne har et relativt lavt uddannelsesniveau, lav bruttoindkomst og lav erhvervstilknytning og/eller er indvandrere eller efterkommere efter indvandrere fra ikke vestlige lande, samt at der er ubesat kapacitet (lægemangel) i almen praksis.

Region Hovedstaden har som bilag 10 til sin praksisplan for 2008-2011<sup>1</sup> indekseret regionens kommuner og københavnske bydele efter sårbarhed. Kombinationen af socio-økonomiske faktorer i befolkningen, andel indvandrere samt ubesat kapacitet i almen praksis definerer følgende områder som de mest belastede i 2008: Albertslund, Bispebjerg, Brøndby, Brønshøj-Husum, Hvidovre, Høje Taastrup, Ishøj, Nørrebro. Undtager man ubesat kapacitet fra indeks-beregningen er det stadig de samme områder, der kan betegnes som de mest sårbare i Region Hovedstaden, dog med undtagelse af Hvidovre. Denne korrelation indikerer jo netop også, at socio-økonomiske faktorer er med til at afgøre, om et område er attraktivt at praktisere i. Samme kommuner har et relativt højt antal borgere, som har en helbredsskadelig adfærd, højere dødelighed og sygelighed af bl.a. kroniske sygdomme.<sup>2</sup> At social udsathed og høj sygelighed og dødelighed ofte følges ad, bekræftes af flere nationale og internationale undersøgelser.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Region Hovedstaden. Koncern Plan og Udvikling. *Plan for almen praksis 2008-2011*. August 2008.

<sup>2</sup> Forskningscenter for forebyggelse og sundhed, Region Hovedstaden. *Sundhedsprofil for region og kommuner 2008*. Kommune-tabeller. 2008.

<sup>3</sup> Sundhedsstyrelsen. *Sundhed og sygelighed blandt socialt udsatte borgere. En analyse af SUSY data om sundhed hos arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse, førtidspensionister samt kontanthjælpsmodtagere og personer under revalidering*. 2008.

*Hvad ved vi om socialt udsattes sundhed*. Rådet for Socialt Udsattes småskriftserie nr 6/2007.

Region Midtjylland. Center for Folkesundhed. *Etniske minoriteters sundhed*. 2008.

Kombinationen af relativt høj sygelighed, helbredsskadelig adfærd og social udsathed og ringe egenomsorgsevne kan medføre forholdsvis mange og ofte ”tunge” konsultationer og socialmedicinske sager, sådan som det også forventes af de yngre læger i vores undersøgelse (og i øvrigt bekræftes af mellemsegmentet og de ældre læger).

Det er i det lys, man skal se, at respondenterne i vores undersøgelses tre grupper alle ønskede sig en uvildig socialrådgiver tilknyttet almen praksis. Formålet hermed skulle være at aflaste den praktiserende læge gennem socialfaglig rådgivning til vedkommende og til patienten. En sådan uvildig ekspertise kan være med til at sikre, at lægen ikke bruger uforholdsvis megen tid på problemstillinger, som læger ikke er uddannede til at tage sig af. Det vil også give mulighed for at begrænse omfanget af konsultationer, som opleves belastende for lægen, og som – ifølge lægerne – kan være med til at begrænse fokus på den sygdomsforebyggende og behandlende indsats.

Region Midtjylland har i 2009 gennemført en interviewundersøgelse i syv almenpraksis om socialmedicinske tilgange til patientarbejdet.<sup>4</sup> Der var udtalte ønsker fra lægernes side om socialmedicinsk rådgivning – og dét altså vel at mærke uden speciel reference til sårbare patienter, men bare til patienter med socialmedicinske problemstillinger i al almindelighed. Nogle praksis ønskede, at den socialmedicinske rådgivning skulle tage udgangspunkt i et lokalt kendskab til den enkelte kommune med henblik på at sikre sammenhæng med de kommunale muligheder og tilbud, andre så et behov for patientspecifik rådgivning, mens andre lagde mere vægt på at blive informeret om lovgivningsmæssige muligheder. Alle mente, at socialmedicinsk rådgivning ville øge kvaliteten af deres patientrådgivning og behandling. Også en undersøgelse fra København viste, at praktiserende læger i ”sårbare bydele” ønsker en socialfaglig rådgivning.<sup>5</sup>

Et andet forslag, som nævntes af både de yngre læger i vores undersøgelse og i fokusgruppen med mellemsegmentet, går på differentieret basishonorar eller særhonorering for konsultationer med socialmedicinske problematikker. Differentieret basishonorar og beregningsmodeller herfor (modeller for at måle sårbarhed og graden af deprivation i et område) har været en del diskuteret i udenlandske, faglige tidsskrifter.<sup>6</sup> Det har dog vist sig, at det er en opgave med store udfordringer. Vedsted & Dyhr<sup>7</sup> har i notater til Fagligt Udvalg vedrørende Almen Praksis skitseret og diskuteret uden-

<sup>4</sup> Region Midtjylland. *Klinisk socialmedicinsk rådgivning til almen praksis*. Klinisk Socialmedicin, Center for Folkesundhed. 2010.

<sup>5</sup> Dyhr L. *Udvikling af en indvandrerkonsulentfunktion for praktiserende læger*. København: Forskningsenheden for almen praksis, 2002.

<sup>6</sup> Fx: Bajekal M, Alves B., Jarman A, Hurwitz B. Rationale for the new GP deprivation payment scheme in England: effects of moving from electoral ward to enumeration district underprivileged area scores. *British Journal of General Practice*. 2001; 51(451-455).

Sundquist K, Malmström M, Johansson J-E, Sundquist J. Indices of need and social deprivation for primary health care. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1998, 26 (2):124-130.

<sup>7</sup> Vedsted P, Dyhr L. *Sårbare patienter i almen praksis – betydning for arbejdet i almen praksis og udenlandske erfaringer med modeller for honorering*. Udredning for Fagligt Udvalg vedr. Almen Praksis, Praktiserende Lægers Organisation og Regionernes Lønnings- og Takstnævn. Marts 2008. (Notat).

Vedsted P, Dyhr L. *Sårbare patienter i almen praksis II – Støtte til praksis i indsatsen for sårbare patienter og modeller for differentieret honorering*. Anden udredning for Fagligt Udvalg vedr. Almen Praksis, Praktiserende Lægers Organisation og Regionernes Lønnings- og Takstnævn. Maj 2008. (Notat).

landske erfaringer med differentieret honorering. Konklusionen er, at der er styrker og svagheder ved forskellige modeller, men at det danske listesystem med identifikation af den enkelte borger i princippet relativt simpelt kan bruges til årligt at beregne et indeks for sårbare patienter. Forfatterne anbefaler dog, at man afprøver en sådan model i et pilotprojekt, inden det eventuelt går over i drifts-fase.

### Rekrutteringsincitament

De yngre læger, som indgår i vores undersøgelse, er ved at afslutte deres uddannelse og skal bestemme sig for, hvor de vil nedsætte sig som praktiserende læger. Et af fundene er, at de foretrækker at arbejde i kompagniskabspraksis eller lægehuse, samt at nogle af dem gerne vil have mulighed for at være ansat i en periode, før de endeligt bestemmer sig for, hvor praksis skal være beliggende, og hvordan den skal se ud. Dette svarer pænt overens med en landsdækkende undersøgelse fra 2008<sup>8</sup> med besvarelser fra 330 yngre læger (medlemmer af Forum for Yngre Almenmedicinere (FYAM)). 67% af dem ønskede at arbejde i kompagniskabspraksis, 30% i samarbejdspraksis og kun 3% i solopraksis. I vores undersøgelse ønskede kun 2 af 57 respondenter at arbejde i en solopraksis.

I FYAM-undersøgelsen angav 21%, at de ikke tillægger det stor betydning at være selvstændig. Tilsvarende finder vi i vores undersøgelse, at 14 af 57 angav, at de ønsker at være ansat, og samtidig var der af de 57 også 55, som skrev, at de gerne ville være selvstændige! Dette tilsyneladende paradoks dækker over, at mange af dem gerne i de første år vil være ansat i en praksis og først på et senere tidspunkt vil være selvstændige. Sørensen<sup>8</sup> beskriver tilsvarende, hvordan en femtedel af medlemmer til et FYAM årsmøde angav, at de ville foretrække at være ansatte efter afsluttet uddannelse. Men næsten alle forestillede sig, at de efter 5 år helst ville være selvstændige.

I undersøgelsen oplyste 75% af de yngre læger videre, at de generelt lægger vægt på at have mulighed for at arbejde på deltid. I vores spørgeskemaundersøgelse var dette emne ikke tematiseret, men nogle få af de 57 respondenter havde som fritekst anført som incitament til at nedsætte sig i *sår-bare områder*, at de ønskede reduceret arbejdstid (med mulighed for andre aktiviteter såsom forskning og undervisning) eller deltidspødsis.

De er tydeligt fra besvarelserne, at sårbare områder ikke står øverst på ønskesedlen hos dem, der skal finde sig en praksis. Små 80% svarede, at de var tilbøjelige til at fravælge praksis i sårbare områder. Hovedbegrundelserne herfor var udsigten til et opslidende arbejde, udbrændthed, for mange sociale problemstillinger, dårligere økonomi end andre steder.

Kan man alligevel gøre de yngre læger interesserede i de sårbare områder? Spørgeskemaundersøgelsen og gruppeinterviewet pegede på, at særlige etableringstilskud og løntilskud til ekstra personale samt faglig konsulentbistand til at varetage vanskelige patienter, mere kommunalt medspil, lokaler og uvildig socialrådgiver stillet til rådighed af kommunen måske kan ændre deres holdning.

---

<sup>8</sup> Sørensen T. FYAMs ønskeseddel: Større praksis. *Practicus* juni 2008 s.96ff.

## Fastholdelsesincitament

De ældre læger i fokusgruppen i denne undersøgelse angav nogle incitament, som de mente kunne få dem selv eller deres kollegaer til at fortsætte et par år længere i praksis (i et sårbart område). Disse incitament adskiller sig ikke stort fra det billede, der tegner sig i et par landsdækkende undersøgelser.<sup>9</sup> I en undersøgelse fra 2003 år blev alment praktiserende læger på 58 år og derover bedt om at angive, hvilke fastholdelsestiltag, der kan få læger til at udskyde arbejdsophør.

Specifikke tilbud/forhold der kan få lægen til at udsætte tidspunktet for sit arbejdsophør

(Kilde: PLO, rekrutterings- og fastholdelsesundersøgelse 2003)

Garanti for delvis goodwillbetaling	84 %
Betaling af pensionsbidrag	67 %
4 dages arbejdsuge	65 %
Garanti for vagtfritagelse	61 %
Vikar med tilskud fra amtet	60 %
Tilskud til klinikpersonale	56 %
Lukke praksis under normtal	34 %
Tilskud til lokaler	33 %
Tilskud til IT	33 %
Tilskud til sammenlægning af praksis	24 %
Tilskud til flytning af praksis	21 %
EDB-konsulent stilles til rådighed	21 %
Regnskabskonsulent stilles til rådighed	14 %
Dispensation for edb-krav	14 %

En senere landsdækkende undersøgelse fra 2008 spurgte også om fastholdelsesincitament.

Fastholdelsestiltag til at få læger til at udskyde arbejdsophør

(Kilde: PLO, Medlemsundersøgelse marts 2008)

Mindre arbejdstid	70 %
Bedre økonomi	68 %
Undtagelse fra lægevagt	65 %
Mere personale	63 %
Mere faglig sparring	59 %
Ingen planer om ophør	19 %
Ingen af ovenstående	6 %
Ved ikke	2 %

Det fremgår altså af de to landsdækkende undersøgelser, at der er to hovedtyper af incitament, der kan få praktiserende læger til at fortsætte et par år mere, end de ellers havde tænkt sig, nemlig økonomisk kompensation/sikring og begrænsning af arbejdsbyrden. De ældre læger i vores fokusgrup-

<sup>9</sup> Her refereret fra: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse: Almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen – rapport fra udvalg vedrørende almen praksis. 2008)



pe skulle forholde sig til fastholdelsesincitamentet i sårbare områder. I tillæg til deres ønsker om økonomi (fx belønning for at fortsætte, garanti for salg af praksis) og begrænsning af arbejdsbyrden (betalt vikardag, ingen vagter, lavere normtal o.lign.) havde de også som ønske, at der var et kommunalt medspil i form af en uvildig socialrådgiver stillet til rådighed. Dette sidste ville sikre dem, at socialmedicinske problemstillinger kunne varetages af fagfolk, som er bedre uddannede til det end lægerne selv.

### Mellemsegmentet – det klemte midterbarn

I vores undersøgelse har vi jo suppleret de yngre lægers og de ældre læges overvejelser og ønsker med synspunkter fra mellemsegmentet. Vi bad en gruppe praktiserende læger fra sårbare områder i Region Hovedstaden forholde sig til de andres ideer. Der var som beskrevet en god overensstemmelse mellem de tre gruppers ønsker med hensyn til socialfaglig rådgivning/uvildig socialrådgiver og særhonorering, men på et væsentligt punkt var der uoverensstemmelse: Ideen om økonomiske incitamentet til at nedsætte sig i disse områder, henholdsvis fortsætte et par år længere i praksis, fandt ikke opbakning hos dem. Man fandt det ikke retfærdigt, at yngre og ældre skulle opnå økonomiske fordele, som ikke kom mellemsegmentet til del. Tanken om, at ens nye kollega i praksis havde fået tilskud for overhovedet at købe sig ind i praksis og tilmed skulle have løntilskud til personalet, forekom usympatisk over for dem, som var etableret i praksis, men hvis arbejdsbyrde og patientbehandling i øvrigt ikke var anderledes end de andres.

Set udefra kan mellemsegmentet godt komme til at ligne ”det klemte midterbarn”, som dels ikke har de samme fordele som de ældre søskende (in casu: ingen særlig belønning, ikke et lavere normtal osv.), og som dels skal være fornuftig i forhold til de små søskende, som de skal vise ekstra omsorg og hjælpe med deres behov, fx acceptere at de små får fordele, som de ikke selv fik eller får (in casu: etableringstilskud, tilskud til ekstra personale osv.). Det klemte midterbarn skal ofte tage mere del i pligter end de yngre og ældre søskende; det klemte midterbarn kommer ofte til at være den, der skal få tingene til at glide i en søskendeflok; og ofte føler det klemte midterbarn sig ikke anerkendt.

### Patienternes interesser

Vi har ikke inden for undersøgelsens rammer haft mulighed for at afdække patienternes ønsker til behandlingstilbud og -indhold. Men når hovedemnet for vores undersøgelse har været rekruttering og fastholdelse af læger i sårbare områder – med andre ord: hvordan undgår man lægemangel dér – så har det sit udspring i interessen for at sikre god behandling og dækkende behandlingstilbud i almen praksis til alle patienter i disse områder.

For at patienterne (også de sårbare, ressourcetsvage) skal få et dækkende behandlingstilbud, så er der én parameter, som vel giver sig selv: Der skal være et tilstrækkeligt antal læger. Til at sikre dette, skal de sårbare områder være så attraktive at arbejde i, at yngre læger ønsker at nedsætte sig der, og at de ældre udsætter pensioneringen og ønsker at fortsætte et par år ekstra. Vores undersøgelse har beskrevet, hvad der ville være incitamentet i denne sammenhæng for yngre og ældre læger.

Andre parametre til at sikre god behandling er at undgå udbrændte læger. Her vil det være en hjælp at bistå praksis med socialfaglige håndtering af socialmedicinske problemstillinger (fx vha. en uvil-

dig socialrådgiver stillet til rådighed for praksis samt gode samarbejdsrelationer mellem praksis og andre sundhedsprofessionelle samt mellem praksis og andre, fx kommunale, samarbejdspartnere), at normtallet holdes nede, at det er muligt for praksis at få egnede lokaler til udvidelse af personalestaben osv.