

15. Kaschka WP, Korczak D, Broich K. Burnout: a fashionable diagnosis. *Dtsch Arztebl Int* 2011;108:781-7.
16. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001;52:397-422.
17. Karasek R. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Admin Sci Quarterly* 1979;24:285-308.
18. Orton P, Orton C, Pereira Gray D. Depersonalised doctors: a cross-sectional study of 564 doctors, 760 consultations and 1876 patient reports in UK general practice. *BMJ Open* 2012;2:e000274,2011-000274.
19. Swider BW, Zimmerman RD. Born to burnout: a meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. *J Vocat Behav* 2010;76:487-506.
20. Zantinge EM, Verhaak PF, de Bakker DH et al. Does burnout among doctors affect their involvement in patients' mental health problems? *BMC Fam Pract* 2009;10:60.
21. Brazeau CM, Schroeder R, Rovi S et al. Relationships between medical student burnout, empathy, and professionalism climate. *Acad Med* 2010;85:S33-S36.
22. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G et al. Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg* 2010;251:995-1000.
23. Prins JT, van der Heijden FM, Hoekstra-Weebers JE et al. Burnout, engagement and resident physicians' self-reported errors. *Psychol Health Med* 2009;14:654-66.
24. Burke RJ, Greenglass ER. Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychol Health* 2001;16:583-94.
25. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS et al. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Ann Intern Med* 2008;149:334-41.
26. van der Heijden F, Dillingh G, Bakker A et al. Suicidal thoughts among medical residents with burnout. *Arch Suicide Res* 2008;12:344-6.
27. Rosvold EO, Bjertness E. Illness behaviour among Norwegian physicians. *Scand J Public Health* 2002;30:125-32.
28. Ro KE, Gude T, Tysen R et al. Counseling for burnout in Norwegian doctors: one year cohort study. *BMJ* 2008;337:a2004.
29. Awa WL, Plaumann M, Walter U. Burnout prevention: a review of intervention programs. *Patient Educ Couns* 2010;78:184-90.
30. Zwack J, Schweitzer J. If every fifth physician is affected by burnout, what about the other four? *Acad Med* 2013;88:382-9.
31. Jensen PM, Trollope-Kumar K, Waters H et al. Building physician resilience. *Can Fam Physician* 2008;54:722-9.

## Lægers brug af det kollegiale netværk

Annette Abell

### UDVIKLINGS-ARTIKEL

Sociallæge-institutionen Aarhus

Ugeskr Læger  
2014;176:V07130450

Med viden om, at arbejdet som læge og lægers relationer til omgivelserne er forbundet med en række specielle problemstillinger, blev Kollegialt Netværk (KN) dannet i maj 1992. Der var fra starten opmærksomhed på, at læger via deres uddannelse og arbejdsliv er vant til at være hjælpere, stille store krav til sig selv, træffe beslutninger og tage ansvar. De kan som følge heraf have tendens til at negligere egen sygdom og belastningssymptomer, have svært ved at bære fejl og bede om hjælp. KN blev etableret som et tiltag for at forebygge, at lægers kriser, belastninger og sygdom udviklede sig alvorligt. At etablere et frivilligt kollegialt netværk var nytænkende, men KN indgår i den tradition, der er i flere lande, for at læger på forskellig vis yder kollegial støtte [1-3].

I dag kontaktes netværkets centrale telefonlinje i Lægeforeningen et par gange om ugen af læger eller pårørende. Læger kan desuden tage direkte kontakt til en rådgiver. De forskellige kontaktmuligheder afspejler et grundlæggende formål med netværket: Det skal være muligt at komme til at tale med en rådgiver, når man som læge oplever kriser eller problemer [4, 5].

De ca. 90 rådgivere arbejder frivilligt. Gruppen af rådgivere er bredt sammensat ud fra speciale, alder, køn og geografi. De er rådgivere qua deres erfaringer som læger, og fordi de ønsker at hjælpe kolleger. Rådgiverne er ikke behandlere. Deres primære funk-

tion er at skabe en platform, der gør det muligt for den opsøgende læge at se på sin situation og de muligheder, der er. Rådgiverne uddannes ved et introduktionsseminar, der sikrer dem både kendskab til andre relevante tilbud for læger og øvelse i at tale om vanskelige emner. De mødes løbende i regionale grupper, hvor der sker erfaringsudveksling og sparring. I grupperne er der viden om behandlingsmuligheder, og i nogle regioner er der aftaler med lokale psykiatere og psykologer. KN har fra Lægeforeningen tilknyttet sekretariatsbistand, socialrådgiver og lægelig konsulent, og der arrangeres årligt et seminar for rådgiverne. På seminaret arbejdes der med emner af relevans for rådgiverne, og der er refleksion over praksis på tværs af lokalgrupper.

Formålet med denne artikel er at beskrive, hvordan KN bliver brugt, og KN's plads som et tilbud til læger i krise. Der bliver givet en deskriptiv analyse af, hvem der bruger KN, og af årsager til henvendelserne.

### MATERIALE

Kontakt til KN er anonym. Det er centralt at beskytte brugere af netværket. Registreringen af henvendelser har gennem årene udviklet sig. Siden 21. april 2009 har rådgivere, når de afslutter en kontakt, udfyldt et elektronisk spørgeskema. Registreringen omfatter køn, alder, årsag(er) til henvendelsen, arbejdsom-



TABEL 1

	N = 331 N (%)	Misbrug N = 56 Andel af subgruppen, %	Subgruppe Stress/belastning/ angst/depression N = 104 Andel af subgruppen, %	Kollegiale konflikter N = 100 Andel af subgruppen, %
<i>Alder, år</i>				
25-34	78 (24)	10	37	35
35-44	72 (22)	8	33	28
45-54	72 (22)	22 <sup>a, b</sup>	33	35
55-64	68 (21)	29	33	28
≥ 65	11 (3)	36	0	0
Ikke oplyst	30 (9)			
<i>Køn</i>				
Mand	158 (48)	25 <sup>a</sup>	31	25
Kvinde	155 (47)	8	33	34
Ikke oplyst	18 (5)			
<i>Arbejdsområde</i>				
Praksissektor	129 (39)	13	28	26
Hospitalssektor	175 (53)	17	36	34
Andet	16 (6)	38	25	18
Ikke oplyst	11 (3)			
<i>Organisation</i>				
YL	146 (44)	11	34	31
PLO	98 <sup>c</sup> (30)	16	26	28
FAS	67 (20)	29 <sup>a</sup>	39	36
Ikke oplyst	20 (6)			
<i>Kontakt etableret ved</i>				
Lægen selv, n (%)	208 (63)	23 (41)		
Netværksrådgiver, n (%)	19 (6)	5 (9)		
Familie/venner, n (%)	28 (9)	11 (20)		
Lægens kolleger, n (%)	46 (14)	10 (18)		
Tillidsmandssystem, n (%)	4 (1)	0		
Lægeforening, n (%)	9 (3)	3 (5)		
Andet/ikke oplyst, n (%)	17 (5)	4 (7)		

a)  $\chi^2 < 0,001$ .

b)  $\geq 45$  år.

c) Overhyppighed i forhold til medlemsantal.

Registreringen hos Kollegialt Netværk i perioden 21.4.2009-1.5.2013 omfatter køn, alder, arbejdsområde, delorganisation, og hvem der står bag kontakten. Årsager til henvendelse er inddelt i subgrupper.

råde, delorganisation, hvem der står bag kontakten, omfanget af kontakten og indsatsen. Der kan af tre datasæt samles et materiale, der dækker perioden 21. april 2009-1. maj 2013. I den fireårige periode er der registreret 331 forløb med kontakt til KN.

## RESULTATER

Det er overvejende lægen selv, der tager kontakt (Tabel 1). Kun i forbindelse med misbrug etableres kontakten hyppigst via andre. I de 19 kontakter, der er iværksat på rådgiverens initiativ, er der angivet 34 årsager, som fordeler sig bredt, og der er tre angivelser af klagesager eller negativ medieomtale.

Årsagerne til henvendelserne fremgår af Figur 1. For 150 personer er der angivet én enkelt årsag, og for 160 personer er der flere. I forløb, hvor der er an-

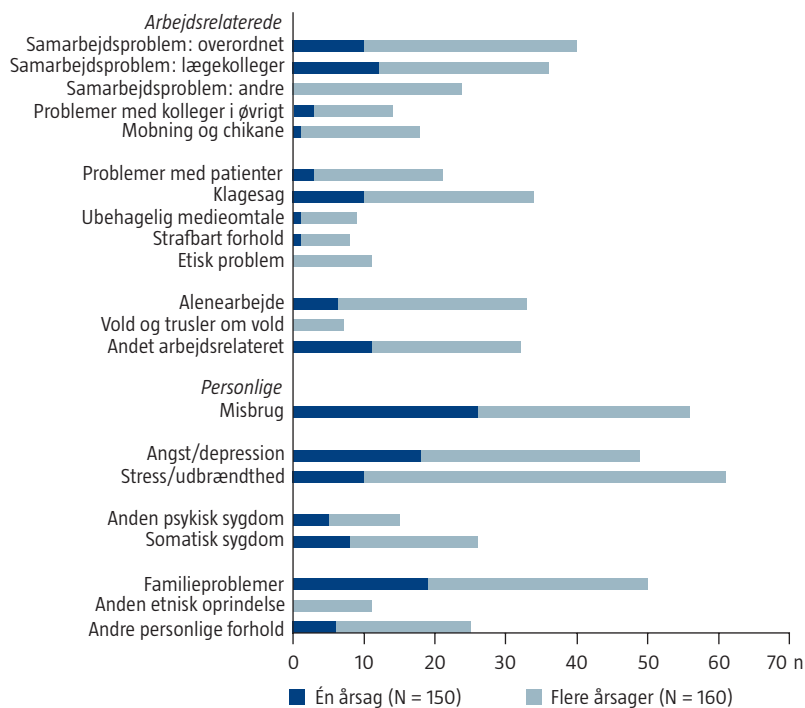
givet én årsag, er der flest personlige årsager. I forløb, hvor der er angivet flere årsager, træder både arbejdsrelaterede og personlige årsager frem, og der fremstår et mere sammensat billede. Årsager, der kan relateres til belastning og personlig mistro, er hyppige. For 104 personer er der angivet stress/udbrændthed eller angst/depression. Der er ikke forskel på frekvensen i relation til arbejdsområde, delorganisation, alder eller køn (Tabel 1).

Samarbejdsproblemer er en hyppig årsag til kontakt til KN. En samlet variabel, som inkluderer samarbejdsproblem og/eller mobning/chikane, omfatter 100 personer. Der er ikke forskel på rapporteringen af samarbejdsproblemer i forhold til arbejdsområde, delorganisation, alder eller køn (Tabel 1).

Det er hyppigst mænd, som er over 45 år og med-

FIGUR 1

## Årsager til kontakt til Kollegialt Netværk.



lemmer af FAS, der har kontaktet KN med misbrugsproblemer (Tabel 1). Siden netværkets begyndelse har der været opmærksomhed på klagesager og negativ medieomtale, men hyppigheden af henvendelser af den årsag er faldet. For klagesager er der indikationer på et fald i registreringsperioden. I det ældste datasæt udgør klager 11% og i det nyeste 5%.

Lidt flere forløb gennemføres som telefonsamtaler end ved personligt møde. I 80% af forløbene har der været under fem kontakter, i de resterende knap 17% har der været tale om flere kontakter. Godt hver tredje angiver ved afslutningen, at problemet er løst. Ca. hver tredje henvises til behandling hos en psykiater eller psykolog, til misbrugsbehandling eller til et hospital og lidt færre til anden indsats. f.eks. Lægeforeningen eller pensionskassen. Ved misbrug iværksættes der for 80%’s vedkommende indsats ud over samtaler.

## DISKUSSION

Der er med KN skabt et fortroligt rum, hvor man tager udgangspunkt i en særlig kollegial relation. Det giver mulighed for at se på vanskelige forhold, den enkeltes etik og problemer med at kunne gøre det, man gerne vil, men også at arbejde med forhold, der er stigmatiserende eller tabuiserede.

Det er et begrænset datamateriale, der forelig-

ger. F.eks. kender vi ikke tilfredsheden blandt de læger, der har brugt KN. For at få en aktuel status og bedst muligt materiale er data fra de seneste fire år anvendt. Opgørelsen af antallet af kontakter til den centrale telefonlinje og viden om, at nogle læger tager direkte kontakt til en netværksrådgiver, indikerer, at der sker en underrapportering efter endt forløb. Vi formoder, at underrapportering er mest udtalt ved korte kontakter og mere enkel rådgivning, men måske også når kontakten bliver etableret fra KN’s side, og lægen ikke ønsker hjælp. Ud fra forespørgsel i lokalgrupperne synes praksis at være, at kontakter nu registreres. Ved tiårsjubelæet var det anslået, at der havde været ca. 2.000 kontakter [5]. De 80-90 registrerede kontakter om året indikerer således, at der er sket et fald i, hvor meget netværket bruges.

Et bredt udsnit af læger bruger KN, men læger fra PLO er overrepræsenterede i forhold til delforeningens medlemstal; det har været tilfældet i hele KN’s historie. Kolleger og pårørende kontakter KN i modsætning til de faglige organisationer, der sjældent etablerer kontakt til KN. Ved misbrugsproblemer etableres kontakten hyppigere via henvendelse fra kolleger eller pårørende end via lægen selv. Det er i tråd med, at KN gennem alle årene har haft en særlig rolle i relation til misbrugsproblemer. Misbrug er tabuiseret, specielt i forbindelse med lægearbejde. Det er for den enkelte læge svært at forene misbrug med egen etik. Læger negligerer som alle andre ofte misbrug. Derfor er det vigtigt, at KN er kendt som et tilbud af pårørende og kolleger, at det i KN er muligt at hente hjælp uden for ens lokalområde, og at rådgivere er øvede i at tale med læger med misbrug og motivere til behandling. Siden KN blev etableret, har det været almindeligt, at rådgivere tager kontakt til læger, som har været udsat for negativ presseomtale. Ifølge lokalgrupperne er det fortsat praksis, men der er få registreringer, og formentlig tale om underrapportering.

Det kan være vanskeligt for læger at være i en position, hvor man har brug for hjælp. Når en læge har nedsat funktionsevne, kan det være givende at tale med en forstående kollega, der også har lægearbejde som en vigtig del af sin identitet. Sygdomsramte læger opfordres til at have kontakt med egen læge, men behandling etableres i en del tilfælde via KN. Det er stadig svært og stigmatiserende at have psykiske eller psykiatriske problemer som læge.

KN bliver brugt i forhold til samarbejdsproblemer. Samarbejdsproblemerne kan ses som et udtryk for, at arbejdslivet bliver tiltagende komplekst, og at forskellige forventninger og krav skal omsættes til konkrete handlinger i kollegiale relationer. Rådgiveren kan bidrage til at få afdækket problemstillin-

gerne, til tider hjælpe den enkelte med at finde ud af, hvad der er vigtigt for dem, og hvad de kan gøre, der er i overensstemmelse med deres ønsker om, hvad der skal ske. I nogle tilfælde deltager rådgiveren som bisidder ved møder eller som mediator i konflikter.

I de år, KN har eksisteret, har man talt om, at lægers arbejdsmiljø er blevet mere stressende, og at det kan være svært at få arbejdsliv og familieliv til at hænge sammen. Læger fungerer i et felt, hvor der er en potentiel konflikt mellem krav til drift, produktivitet og økonomi og lægelig faglighed, erfaring og etik. Det er her frygten for at begå fejl har en særlig plads. Siden KN blev etableret, er der kommet øget politisk og administrativ styring af sundhedssektoren, akkreditering, digitalisering og krav om øget dokumentation.

Der har været større omstruktureringer, og uddannelsesforløb er fastlagt i detaljer. Kombination af høje krav og mindre indflydelse på eget arbejde kan udfordre den enkeltes forestilling om at være en god læge. Det er i det felt, at KN's rolle ved belastningstilstande skal ses. KN bruges til at hjælpe den enkelte til at finde fodfæste og måske til at få konkret hjælp eller rådgivning.

Faldet af brug af KN i forbindelse med klagesager skal ses i relation til, at der tales mere åbent om klager i kollegiale sammenhænge. Der er velfungerende rådgivning i Lægeforeningens juridiske sekretariat, og der er indført et nyt klagesystem, der har gjort det mere almindeligt at modtage en klage. Men KN har fortsat en rolle, når det er svært.

Det har været et ønske siden KN blev etableret, at man i KN kan være med til at opfange nye problemstillinger og bidrage til, at der etableres specifik rådgivning og om muligt forebyggende tiltag. Siden KN blev dannet, er der kommet flere muligheder for at få hjælp og konkret rådgivning, herunder er rådgivning

i Lægeforeningen og delforeningerne udbygget, og det er muligt – i et vist omfang – at få finansieret hjælp til psykolog ved arbejdsrelaterede problemstillinger.

Ved etableringen af KN var håbet, at læger på sigt kunne klare de problemer, de mødte, og at der ville udvikle sig en åben kultur, så netværket blev overflødig indend for en overskuelig tidshorisont [1]. KN er ikke blevet overflødig; det er i en række situationer den eneste eller bedste mulighed for at få hjælp.

**KORRESPONDANCE:** Annette Abell, H.C. Andersens Vej 50, 8230 Åbyhøj.  
E-mail: abell@dadlnet.dk

**ANTAGET:** 18. november 2013

**TAKSIGELSER:** Bjarki Christian Gram takkes for analyse af data.

**INTERESSEKONFLIKTER:** Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

#### LITTERATUR

1. Brodersen AM, Ingerslev S, Jørgensen MG. Kollegialt netværk – en hjælp til læger. Ugeskr Læger 1991;153:3498-9.
2. Nimb M. Misbrug af euforiserende stoffer i Danmark i 1950'erne med efterundersøgelse i 1972. København: Villadsen & Christensen, 1975.
3. Hibbert A. Helping doctors in crises: the Royal Medical Benevolent Fund. BMJ Careers 15. mar 2012.
4. Elmer M. Når læger skal have hjælp. Lægen 2001;feb:7-11.
5. Poulsen J. Kollegialt netværk for læger. Ugeskr Læger 2002;164:459.

## Sundhedsstyrelsen

### TILSKUD TIL LÆGEMIDLER

Sundhedsstyrelsen meddeler, at der fra 20. januar 2014 ydes generelt uklausuleret tilskud efter sundhedslovens § 144 til følgende lægemidler:

R03BA02	Budovar inhalationsvæske*, 2care4 ApS
H02AB08	Triamcinolonacetamid »2care4« injektionsvæske*, 2care4 ApS
B01AC07	Dipyridamol »Alternova« depotkapsler*, Alternova A/S
A07EA06	Entocort kapsler med modificeret udløsning*, EuroPharma.DK ApS
G03GA02	Meropur pulver og solvens til injektionsvæske*, EuroPharma.DK ApS
R03AK10	Relvar Ellipta inhalationspulver, GlaxoSmithKline Pharma A/S
R03AC18	Hirobriz Breezhaler inhalationspulver*, Orifarm A/S
A10AB05	Novorapid Penfill injektionsvæske*, Paranova Danmark A/S
R03AK06	AirFluSal Forspiro inhalationspulver, Sandoz A/S

\*) omfattet af tilskudsprissystemet

Kollegialt Netværk, se laeger.dk

