
Pasientopplevd kvalitet i allmennpraksis

KLINIKK OG FORSKNING

ODD JARLE KVAMME

Postboks 24
5484 Sæbøvik

LEIV SANDVIK

Stiftelse for helsetjenesteforskning
Sentralsykehuset i Akershus
1474 Nordbyhagen

PER HJORTDAHL

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Universitetet i Oslo
Postboks 1130, 0317 Blindern

Målsetjinga for studien var å undersøkje om samanlikning og tilbakemelding av pasientopplevd kvalitet kunne ha innverknad på kvalitetsbetring i allmennpraksis.

1 614 pasientar frå 41 allmennpraksisar vurderte kvaliteten av allmennpraksis for dei siste 12 månadene før undersøkinga. Resultata frå kvar praksis blei samanlikna med gjennomsnittet for alle praksisane, og kvar av dei deltakande praksisane fekk tilbakemelding om sine resultat. Rapporten blei følgt opp med spørjeskjema til alle legane om kva dei meinte om nytten av slik samanlikning og tilbakemelding. Seks av legane blei i tillegg intervjuet over telefon.

Legane var positive til pasientvurdert kvalitet, samanlikning av praksisar og tilbakemelding. Dei opplevde begrensa nytte av tilbakemeldinga slik den var utført. Dei var i tvil om metoden kunne gje eit objektivt uttrykk for heilskapleg kvalitet i allmennpraksis. Legane var òg i tvil om resultata ville føre til endringar av praksis, hovudsakleg fordi dei hadde lite overskot til å gjennomføre slike endringar. Dei var villige til å diskutere resultata med andre legar, men lite villige til å dele erfaringane med hjelpepersonell eller pasientar.

Det er i denne undersøkinga lite som tyder på at denne måten å gje tilbakemelding på, er rett metode for å få til kvalitetsbetrining i norsk allmennpraksis.

Kvalitet og kvalitetsutvikling er ein del av fundamentet for god fagleg praksis. Kvalitet er eit samansett omgrep, som, i tillegg til medisinsk-fagleg forsøksbasert kunnskap og klinisk erfaring, handlar om struktur (korleis helsevesenet er organisert og om det helsefaglege innhaldet), prosessar (haldning, kunnskap og åtferd) og om resultat (outcome) (1). Kvalitet er langt på veg eit subjektivt omgrep, og sider ved helsetenester blir vekta ulikt av brukarar, helsepersonell, byråkratar, politikarar og medium. Det finst neppe objektive mål for heilskapleg kvalitet i helsevesenet, og i kvalitetsvurderingar er vi som regel vist til å bruke indikatorar som synleggjer delar av heilskapen (2, 3).

Det er i Noreg gjort undersøkingar av læringsprosessar hos legar i klinisk arbeid, og det finst undersøkingar av korleis tilgjengelege kliniske prosedyrar og retningslinjer blir brukte (4, 5). Kvalitetsvurdering av allmennpraksis som grunnlag for endringar er også i nokon grad omtalt i internasjonal litteratur, men det er lite konkret kunnskap om korleis erfaringar frå forskning og kvalitetsprosjekt best kan omsetjast til målretta endringar for å betre kvaliteten av utredning, behandling og oppfølging av pasientar i allmennpraksis (6 – 11).

Kvaliteten av organisering, prosessar og resultat er i stor grad avhengig av haldningar og åtferd hos helsepersonell. Påverknad av slike haldningar og åtferd er derfor viktig for å betre kvaliteten av helsetenester. I denne artikkelen omtalar vi eit forsøk med tilbakemelding til deltakande allmennpraktikarar om korleis pasientar vurderte kvaliteten av praksisane deira. Målsetjinga for undersøkinga var å kartleggje legane sine oppfatningar av samanliknande undersøkingar av kvalitet i allmennpraksis og den opplevde nytteverdien av slike tilbakemeldingar til praksisane. Vidare ville vi sjå om resultatene av slike kvalitetsvurderingar blir diskutert i praksisane, og om slik tilbakemelding kan vere eit grunnlag for endringar av organisering eller prosessar.

Materiale og metode

Undersøkinga blei utført i tre trinn:

- – Registrering av pasienterfaringar ved spørjeskjema, der pasientar vurderte kvaliteten av ytingar frå allmennpraktikarar og praksisane deira.
- – Individuell tilbakemelding til dei deltakande praksisane om pasientane si samla oppleving av kvalitetsnivået i praksisen, samanlikna med gjennomsnittet for alle praksisane som var med.
- – Innhenting av legane sine reaksjonar på pasientane sine vurderingar, og på tilbakemeldinga til dei deltakande legane.

I det første trinnet blei det delt ut spørjeskjema til 1 813 pasientar. 1 614 pasientar (89 %) returnerte utfylte skjema etter ei puring.

Kvalitetsnivåa blei samanlikna i tre praksiskategoriar: solopraksis, fleirlegepraksis og fastlegepraksis. Det blei gjort eit tilfeldig utval etter helseregion og bygd/by av solo- og fleirlegepraksisar blant praksisar med tradisjonelle organiseringsformer som driftstilskott eller fast løn. Den tredje praksiskategorien var fastlegepraksis, der vi

gjorde eit tilfeldig utval av praksisar frå dei fire kommunane der legane hadde denne avtaleforma. Til saman 44 praksisar med i alt 61 legar blei inkluderte i utvalet. Tre praksisar med til saman seks legar og deira pasientar blei ekskluderte frå dataanalysen på grunn av få utdelte spørjeskjema; 1 – 6 skjema per lege. Det analyserte datamaterialet omfatta då 41 praksisar med i alt 55 legar. Talet på legar i same praksis varierte frå ein til fem. Denne første delen av undersøkinga er det gjort greie for i ein eigen artikkel.

I det andre trinnet fekk legane i kvar praksis tilbakemelding om korleis pasientane samla vurderte kvaliteten av deira praksis. I fleirlegepraksisar blei det gitt tilbakemelding til praksisen, men ikkje til kvar enkelt lege. Pasientane vurderte kvalitet på ein skala frå 1 til 5, der 1 var ”dårleg kvalitet” og 5 var ”utmerka kvalitet”. Vi dikotomiserte svara frå pasientane på følgjande måte: avkryssing av svaralternativ 1 – 3 blei definert som at ”pasienten var kritisk til kvaliteten” og avkryssing av alternativ 4 – 5 blei definert som at ”pasienten var nøgd med kvaliteten”. For å gjere tilbakemeldinga tydeleg presenterte vi for kvar praksis prosentvis del av ”kritiske svar” (sumskåre av svaralternativ 1 – 3) for kvart av spørsmåla og samanlikna den med gjennomsnitt for alle praksisane som var med i undersøkinga. Tanken bak denne inndelinga var å peike på område der praksisen kunne ha eit potensial for betring av kvaliteten. Døme på tilbakemelding til ein praksis er vist i tabell 1.

I det tredje trinnet blei det sendt eit spørjeskjema til alle dei 55 legane ti dagar etter at resultata var sendt til praksisane. Det inneheldt 11 spørsmål om legane sitt syn på slike kvalitetsvurderingar og samanlikning av kvalitet mellom praksisar, korleis legane vurderte eventuell nytte av tilbakemeldinga, om resultata var planlagt å bli diskutert med andre legar, medarbeidarar eller pasientar og om innhald og form på tilbakemeldinga.

Etter at vi hadde motteke dei skriftlege svara frå legane, intervjuar vi to tilfeldig valte allmennpraktikarar i kvar praksistype over telefon, til saman seks legar. Formålet var å skaffe utfyllande kommentarar frå legane om tilbakemeldinga.

Tabell 1

Resultatpresentasjon for praksis X. Resultatet er presentert som gjennomsnitt av ”prosent kritiske svar” (svarkategori 1 – 3 på 1 – 5-skala) frå dei pasientane som svarte på spørjeskjema frå denne praksisen, samanlikna med gjennomsnitt av resultata for alle praksisane i undersøkinga

Denne praksisen		Alle praksisar		
Spørsmålstekst	n	Kritiske svar (%)	N	Kritiske svar (%)
Hva er ditt syn på din allmennpraktiker og på hans eller hennes legekantor de siste 12 måneder, når det gjelder				
å gi deg følelsen av at du hadde nok tid når du var hos legen?	39	48,7	1 614	22,6
å vise interesse for din personlige situasjon?	39	35,9	1 607	16,6
å gjøre det lett for deg å fortelle ham eller henne om dine problemer?	39	33,3	1 599	20,3

å ta deg med på avgjørelser om hva som skulle gjøres av medisinske tiltak?	35	40,0	1 505	21,6
å høre på deg?	39	30,8	1 610	15,4
å holde informasjonen om deg og din journal fortrolig?	37	21,6	1 492	10,9
raskt å lindre dine symptomer?	36	47,2	1 467	19,8
å hjelpe deg til å føle deg så frisk at du kan utføre dine daglige gjøremål?	31	32,3	1 378	18,6
grundighet?	38	52,6	1 602	19,0
kroppslige (fysiske) undersøkelser av deg?	37	48,6	1 548	21,6
å gi tilbud av forebyggende art (som helsesjekk eller vaksinerings)?	32	50,0	1 348	34,0
å forklare formålet med prøver og behandling?	35	40,0	1 554	22,4
å fortelle deg hva du ønsket å vite om dine plager eller din sykdom?	38	34,2	1 556	23,2
hjelp til å håndtere følelsesmessige problemer som har sammenheng med dine helseproblemer?	28	53,6	1 198	32,1
å hjelpe deg til å forstå hvor viktig det er å følge legens råd?	34	38,2	1 396	23,3
å vite hva han/hun har fortalt deg eller gjort ved tidligere anledninger?	30	56,7	1 405	27,4
å forberede deg på hva du kan forvente vil skje hos en spesialist eller på sykehuset?	26	57,7	1 211	30,7
hjelpsomhet blant personalet (andre personer enn legen)?	38	31,6	1 569	17,4
å få time på et tidspunkt som passer for deg?	39	41,0	1 607	23,4
å komme gjennom til legekontolet på telefon?	38	63,2	1 584	44,1
anledning til å få snakke med legen på telefon?	34	61,8	1 373	46,7
ventetid på venterommet?	39	51,3	1 604	43,4
å yte rask hjelp i akutte situasjoner?	24	45,8	1 140	20,4
Jeg kan varmt anbefale denne allmennpraktikeren til mine venner	37	35,1	1 596	13,9
Jeg har ingen grunn til å vurdere å bytte til en annen allmennpraktiker	39	28,8	1 582	12,6

Resultat

53 av 55 legar gav skriftleg respons, etter to purringar. Resultata av legane sine skriftlege svar på tilbakemeldinga er ordna etter fallande verdi av gjennomsnittsskåre på ein 1 – 5-skala, og vist i tabell 2. Legane var i stor grad positive til at pasientar vurderer kvaliteten i allmennpraksis (gjennomsnittsskåre 4,4), og at det blir utført samanliknande undersøkingar av allmennpraksisar (gjennomsnittsskåre 4,0). Legane var meir i tvil om resultata ville bli brukt som grunnlag for å gjennomføre endringar i praksisane (gjennomsnittsskåre 3,2). Dei var ikkje særleg innstilte på å diskutere resultata frå pasientane sine kvalitetsvurderingar med pasientar (gjennomsnittsskåre 3,1) eller med medarbeidarane i praksisen (gjennomsnittsskåre 2,9).

Telefonintervju

I fleire av praksisane hadde ikkje tilbakemeldinga blitt diskutert før telefonintervjuet fann stad, og to av dei seks intervjua legane visste i utgangspunktet ikkje at praksisen hadde motteke noko resultat. I dei fire andre praksisane var resultata diskutert mellom legane. Det var små forskjellar mellom kommentarane frå legane som arbeidde i dei ulike praksistypene. Vi har valt å presentere kommentarane i fire kategoriar, under overskriftene ”overraska legar”, ”individuell samanlikning”, ”grå ansikt i allmennpraksis” og ”kritikk”.

Overraska legar . Resultatet av kvalitetsvurderinga overraska fleire av dei intervjua legane i negativ retning. Ein praksis hadde nyleg gjennomført ei undersøking av ”pasienttilfredshet”, der pasientane hadde synt seg svært nøgde med tilhøva i praksisen. I vår undersøking var kvalitetsnivået for denne praksisen lågare enn gjennomsnittet av alle praksisane. Respondenten var skuffa over dette resultatet: ”Jeg kan ikke begripe at vi skal komme så mye dårligere ut nå enn da vi selv undersøkte pasienttilfredshet.”

Individuell samanlikning . To av dei intervjua legane uttrykte ønskje om at vi også skulle gjere individuelle samanlikningar mellom legane i ein praksis: ”Individuell tilbakemelding på legenivå ville vært mer interessant enn samlet tilbakemelding til gruppepraksiser.” To andre legar ønskte at vi også samanlikna og gav tilbakemeldingar om legane i kvar av dei tre praksiskategoriane.

Grå ansikt i allmennpraksis. Fem av dei intervjua legane sa at legane i deira praksis var slitne på grunn av hardt arbeidspress og kjensla av stort ansvar og utryggleik. Dei understreka at dei såg på tiltak for å betre kvaliteten i praksis som viktige aktivitetar, men at dei sjølve og kollegene opplevde eit så stort press i det daglege arbeidet at dei ikkje hadde overskot til å forandre på noko, verken på individ- eller praksisnivå. Sitatet ”det er mange grå ansikter i allmennpraksis nå for tiden”, er talande for korleis fleire av dei intervjua legane opplevde arbeidssituasjonen for seg sjølv og andre allmennpraktikarar.

Rekrutteringssvikt var eit generelt problem i alle tre praksistypene, men vikarmangel og vanskar med å få permisjon blei særleg negativt omtalt av legane i fastlegepraksisane.

Kritikk. Tre av legane reagerte på at vi presenterte svarkategori 1 – 3 som ”kritiske svar”, og meinte at inndelingane førte til for streng kvalitetsvurdering. To av dei foreslo at vi heller burde ha lagt vekt på prosentdelen av nøgde pasientar, som i alle praksisane

var større enn andelen potensielt eller reelt misnøgde pasientar: ”Dei negative svara var sterkt understreka, og det var deprimerande.”

Diskusjon

Legane sine haldningar til vurderingar av kvalitet

Dei aller fleste av legane i denne undersøkinga var positive til at det blir gjennomført kvalitetsvurderingar i allmennpraksis og at praksisar blir samanlikna, vist ved høg gjennomsnittsskåre på spørsmåla ”Kva er di meining om at slike kvalitetsvurderingar av praksisar blir gjennomført?” og ”Kva er ditt syn på at allmennpraksisar blir samanlikna?”. Nokre av legane ønskte også samanlikning på individuelt nivå. Desse funna tyder på ein generell aksept hos allmennlegane for kvalitetsevaluering av praksisane deira. Slike haldningar er positive sett i høve til framtidige krav om dokumentasjon av arbeidsprosessar og medisinske resultat. I vegleiingsgruppene for kandidatar under spesialistutdanning i allmennmedisin blir legane oppfordra til å diskutere haldningar og arbeidsmåtar. Det nye regelverket for resertifisering av spesialiteten stimulerer også til at legane gjev andre legar innsyn i korleis dei arbeider, gjennom gjensidige praksisbesøk (12). Legane i spørjeskjemadelen var reserverte mot tanken at slike undersøkingar skal bli utført som ein rutinemessig del av praksisdrifta, og desse haldningane blei forsterka gjennom intervju. Vi tolkar denne motstanden slik at allmennlegane har mange oppgåver, derfor vurderer dei nye oppgåver nøye før dei eventuelt aksepterer dei. Ein motvilje mot ytre innblanding i praksisdrifta med tiltak som kan likne på kontroll, kan óg ligge bak denne reservasjonen.

Allmennlegar har motstridande roller som påverkar deira haldningar og åtferd. Dei pliktar å vise varsemd med bruken av og bidra til rettferdig fordeling av offentlege helseressursar. Dei er samstundes individuelle rådgjevarar med eit tillitsforhold til enkeltpasientar. Eit individ med behov for hjelp kan derimot opptre egoistisk, og dei individuelle behova hos pasientar kan lett kome i konflikt med legen si rolle som offentlig ressursforvaltar. Legane veit at dei ikkje kan imøtekome alle krav frå enkeltindivid. Eit døme på dette er tidsbruk: Ein lege som nyttar tida optimalt på ei gruppe pasientar kan likevel få kritikk frå enkeltpasientar som opplever at dei får for lite tid eller ventar for lenge.

Tabell 2

Legane si vurdering av tilbakemeldinga frå undersøkinga av kvalitet av allmennpraksis (N = 55). Svaralternativa er 1 – 5, der 1 står for ”bør ikkje gjennomførast/liten nytteverdi/i meget liten grad” og 5 står for ”bør absolutt gjerast/stor nytteverdi/ i meget stor grad”. Resultata er ordna etter fallande gjennomsnittsskåre

Ordlyd på spørsmålet/utsagnet	Legar som svarte	Gjennomsnittsskåre	Minimum-maksimumsskåre
”Kva er di meining om at slike kvalitetsvurderingar av praksisar blir gjennomført?”	53	4,4	2 – 5
”Kva er ditt syn på at allmennpraksisar blir samanlikna?”	53	4,0	2 – 5

"Kva er di vurdering av forma på den tilbakemeldinga som du fekk frå oss?"	53	3,9	3 – 5
"Korleis vurderer du nytteverdien av den tilbakemeldinga som de fekk?"	51	3,7	2 – 4
"I kva grad stemmer resultatata frå undersøkinga med di tidlegare oppfatning av kvalitetsnivået i denne praksisen?"	50	3,7	1 – 4
"Slike kvalitetsvurderingar og tilbakemeldingar bør gjerast regelmessig, som ein del av drifta av ein legepraksis"	47	3,6	3 – 5
"Resultata er/vil bli diskutert mellom legane i praksisen"	52	3,5	2 – 5
"Kvalitetsvurderinga gav meg ny innsikt i min/vår praksis"	52	3,3	2 – 4
"På bakgrunn av resultatata vil det bli gjennomført endringar i denne praksisen"	51	3,2	2 – 4
"Resultata har ført til/vil føre til dialog med pasientane om kvaliteten i denne praksisen"	51	3,1	2 – 4
"Resultata er/vil bli diskutert mellom legane og medarbeidarane i praksisen"	51	2,9	2 – 5

Hadde tilbakemeldinga nokon nytteverdi?

Svara tyder på at tilbakemeldinga hadde avgrensa nytteverdi: Gjennomsnittsskåre på spørsmålet om legane hadde noko opplevd nytteverdi av tilbakemeldinga var 3,7. Dei skåra endå lågare på spørsmålet om kvalitetsvurderinga gav dei ny innsikt i praksisane sine (gjennomsnittsskåre 3,3). Legane drog i telefonintervjua dessutan i tvil validiteten i undersøkinga, dei stilte spørsmål ved pasientane sine føresetnader for å kunne vurdere kvaliteten av allmennpraksisar og om metoden gav eit objektivt bilde av kvalitet.

Legar og pasientar har ulike syn på kvalitet

Det var ikkje direkte samsvar mellom funna frå vurderinga til pasientane i spørjeundersøkinga og dei intervjuar legane sine egne oppfatningar av kvalitetsnivået i praksisane. Dette indikerer at pasientar og allmennlegar kan ha ulike syn på kva som blir oppfatta som kvalitet i primærhelsetenesta. Dette fenomenet er også vist i andre studier (13 – 15). Intervjua viste at fleire av legane var overraska over at pasientane gav uttrykk for såpass mykje kritikk, for legane meinte at dei sjølve hadde gode føresetnader for å vurdere kvaliteten av eigen praksis. Legen si oppfatning av eige kvalitetsnivå blir truleg forma av faktorar som:

- – Korleis legen oppfattar sitt eige faglege kompetansenivå
- – Formell samanlikning med andre allmennlegar ved gjensidig praksisbesøk

- – Uformell samanlikning med andre legar gjennom samtalar mellom legar
- – Dialog med representantar frå andre faggrupper, som til dømes sjukepleiarar eller fysioterapeutar
- – Skriftleg tilbakemelding frå andrelinje, med faglege vurderingar av henviste pasientar
- – Samtalar med pasientar i konsultasjonar

Klinikaren har som regel lite erfaringar med systematiske og eksterne undersøkingar av eigen kvalitet. I sitt daglege arbeid er han vant til å lite meir på sine egne vurderingar enn på pasientane sine tilbakemeldingar. Denne haldninga kan vere ein grunn til at legane ikkje la større vekt på resultata av den pasientvurderte kvaliteten.

Dialog

Dei fleste legane som deltok i undersøkinga, hadde til hensikt å diskutere resultata med legekolleger i eigen praksis og i andre praksisar. Legane i to av dei seks telefonintervjua praksisane hadde planar om å bruke tilbakemeldinga som diskusjonsgrunnlag i kollegagrupper. Ingen av dei intervjua legane hadde konkrete ønske om å nytta den som grunnlag for dialog mellom legane og hjelpepersonalet eller med pasientane. Det kan tyde på at legane er meir opne overfor legekollegaer enn andre samarbeidspartar. Legar har liten tradisjon for å gje andre enn kollegaer innsikt i grunnlaga for prosessar og avgjerder i det kliniske arbeidet. I allmennpraksis er arbeidsforma ofte ein dialog mellom lege og pasient bak stengde dører. Dette vil truleg endre seg til meir problemløysing i tverrfaglege grupper i tida framover, og pasientane vil medverke meir aktivt enn no (16, 17).

Kan tilbakemelding føre til endringar?

Legane sine skriftlege og munnlege svar indikerte at dei opplevde at resultata gav dei innsikt i kva pasientar legg vekt på i møtet med legen og praksisen. Dei var likevel tvilande til om dette var eit tilstrekkeleg grunnlag for å setje i gang endringar i praksisdrifta. Det tyder på at den valte tilbakemeldingsforma av resultata frå denne undersøkinga i seg sjølv ikkje stimulerte til endringsprosessar.

Det er tidlegare vist at enkeltintervensjonar har liten gjennomslagskraft i endringsprosessar (18). Dette kan vere ei viktig årsak til at tilbakerapportering åleine som intervensjon ikkje blei eit vesentleg incitament for å betra kvaliteten i dei inkluderte praksisane. Eit anna viktig hinder mot endringar er arbeidssituasjonar som skaper ”grå ansikt i allmennpraksis”. Stor pågang, mange oppgåver, usikkerhet og for få allmennlegar kan gjere at mange legar manglar det overskotet som er nødvendig for å gjere endringar.

Forma på tilbakemeldinga

Dei skriftleg svara kan tyde på at legane var rimeleg bra nøgde med den valte forma på tilbakemeldinga, men intervjua viste at fleire av legane hadde reagert negativt på innhaldet. Dei kritiserte at vi peika på utviklingspotensialet for kvalitet i staden for å vise at dei fleste av pasientane var nøgde med kvaliteten. Eit anna forhold var at denne tilbakemeldinga av nokre blei opplevd som negativt vekta, idet tre av dei fem svarkategoriane blei rapportert som kritiske svar. Denne responsen tyder på at legane var vare for informasjon som kunne opplevast som kritikk. Vi kan forstå denne

reaksjonen hos personar som utfører arbeidsoppgåver under tidspress med stort personleg ansvar, og som samstundes opplever stor risiko for å bli klaget for å ikkje ha utført arbeidet godt nok. Allmennlegane si oppleving av tryggleik i arbeidet kan vere avgjerande for om dei oppfattar kvalitetsvurderingar av allmennpraksis som kritikk eller som konstruktive innspel.

Konklusjon

Allmennpraktikarar er stort sett interesserte i at kvaliteten i allmennpraksis blir undersøkt. Dei er opne for at kvalitetsnivået i eigen praksis blir samanlikna med andre praksisar, men er mindre villige til å diskutere resultata av slike vurderingar med medarbeidarar eller med pasientar. Legane har problem med å akseptere pasientvurdert kvalitet som eit relevant grunnlag for endringsprosessar i allmennpraksis. Det er lite som tyder på at tilbakemelding til allmennlegar om pasientane sine vurderingar av kvalitet i allmennpraksis, slik vi forsøkte det, er ein tenleg metode for å oppnå betring av kvalitet i allmennpraksis.

LITTERATUR

1. Mainz J. Problemidentifikasjon og kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet. Teori, metode og resultater. København: Munksgaard, 1995.
2. Kvamme OJ, Mjell J, Hjortdahl P. Hvilke medisinske kvalitetsbegreper bør vi bruke i Norge? Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3823 – 6.
3. Lawrence M, Olesen F. Indicators of quality in health care. Eur J Gen Pract 1997; 3: 103 – 8.
4. Pedersen OB, Prestegaard K, Hjortdahl P, Holm HA. Livslang læring – hvordan lærer leger? Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 2684 – 8.
5. Roksund G. Prosedyrepermen – bruk og nytte. Evaluering av et arbeidsverktøy for primærleger i Telemark. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 2375 – 7.
6. Klein-Lange M. Fortbildung und Qualitätssicherung: Einführung in die Thematik. Z Ärtzl Fortbild Qualitätssich 1995; 89: 73 – 4.
7. Chessare JB. Evidence based medical education: the missing variable in the quality improvement equation. Jt Comm J Qual Improv 1996; 22: 289 – 91.
8. Kvamme OJ, Eliasson G, Jensen PB. Co-operation of care and learning across the interface between primary and secondary care. Scand J Prim Health Care 1998; 16: 131 – 4.
9. Garside P. Organisational context for quality: lessons from the fields of organisational development and change management. Qual Health Care 1998; 7: 8 – 15.

10. Geboers H, Grol R, van den Bosch W. A model for continuous quality improvement in small scale practices. *Qual Health Care* 1999; 8: 43 – 8.
11. Geboers H, van der Horst M, Mookink H. Setting up improvement projects in small scale primary care practices: feasibility of a model for continuous quality improvement. *Qual Health Care* 1999; 8: 36 – 42.
12. Fagutvalget i alment praktiserende lægers forening. Brukerveiledning for gjensidig praksisbesøk. Oslo: Den norske lægeforening, 1994.
13. St Claire L, Watkins CJ, Billingham B. Differences in meanings of health: an exploratory study of general practitioners and their patients. *Fam Pract* 1996; 16: 511 – 6.
14. Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations – a questionnaire study. *BMJ* 1997; 315: 520 – 3.
15. Liaw ST, Young D, Farish S. Improving patient-doctor coordination: an intervention study in general practice. *Fam Pract* 1996; 13: 427 – 31.
16. Howie J, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ, Freeman GK, Harbinder R. Quality at general practice consultations: cross sectional survey. *BMJ* 1999; 319: 738 – 43.
17. Coulter A. Paternalism or partnership? *BMJ* 1999; 319: 719 – 20.
18. Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes B. No magic bullets. A systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Can Med Ass* 1995; 153: 1423 – 31.

Publisert: 10. september 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 26. august 2026.