

# Motivation og barrierer for brugen af facilitatorbesøg i almen praksis

Antropolog Trine Dalsgaard &  
seniorforsker Marianne Rosendal

Kvalitetsudviklingsudvalget for almen praksis i Vejle Amt og Aarhus Universitet, Forskningsenheden for Almen Praksis

## Resume

**Introduktion:** Facilitering eller praksisbesøg er en metode, der har vist sig at kunne påvirke lægers adfærd, og der er stigende fokus på facilitatorordninger i efteruddannelsen af praktiserende læger. I artiklen ses der på praktiserende lægers motivation og barrierer for at modtage besøg af en facilitator i forbindelse med en nyopstartet facilitatorordning i forbindelse med demens i Vejle Amt.

**Materiale og metoder:** Artiklen bygger på data, der er indsamlet i forbindelse med en kvalitativ evaluering af facilitatorordningen, og omfatter fokusgruppediskussioner med deltagende læger (tre grupper, 19 deltagere) og facilitatorer (fire), telefoninterview med læger, der afslog at modtage facilitatorbesøg (15), og observationsstudier.

**Resultater:** De primære motivationsfaktorer var: 1) at ordningen blev forbundet med faglig neutral viden, 2) at der var mulighed for en kollegial dialog om daglig praksis 3) facilitator som person, 4) tid og sted for besøget og 5) emnet. Flere af de deltagende læger havde indledningsvist ikke været positivt indstillet over for ordningen. Barriererne omhandlede primært: 1) en manglende forståelse for ordningens relevans – herunder emnet, 2) en tvivl om ordningens formål og 3) facilitatoren som person.

**Konklusion:** Lægernes primære barrierer kan søges imødegået ved en bedre introduktion af en facilitatorordning, således at lægerne får forståelse for ordningens formål. Det er dog samtidigt centralt at fokusere på besøgenes indhold – specielt vigtigheden af emnet for facilitering og dets relevans for bredden i praksis samt betydningen af rammerne for besøget – herunder muligheden for selv at vælge facilitator.

Vidensudviklingen er eksplosiv, og der bliver i stigende grad fokuseret på lægers efteruddannelse. Spørgsmålet er, om vi som læger har den nødvendige viden til at løse de konkrete opgaver, vi møder i hverdagen? Facilitatorordninger eller praksisbesøg er et eksempel på udmøntningen af nyere læringsteorier i efteruddannelse, hvor der tages udgangspunkt i de enkelte deltageres forudsætninger, og deltagerne således aktivt involveres i læringen. I en facilitatorordning gør man brug af en trænet person (facilitator), som mødes med lægerne i deres praksis for at videregive information og hjælpe med implementering af denne [1]. Emnerne for facilitering varierer, og besøgene bygger på en dialog mellem facilitator og læge, hvor der tages udgangspunkt i de enkelte praktise-

rende lægers baggrund og behov, hvorved den praktiserende læge aktivt involveres i sessionerne.

I en række internationale studier har man påvist, at facilitatorordninger kan give ændring i adfærd hos praktiserende læger [1-5], og i flere af de tidligere danske amter er der således påbegyndt forsøg med eller etableret faste facilitatorordninger i almen praksis. I implementeringen af nye ordninger er det vigtigt at få viden om, hvad der motiverer læger til at deltage i facilitatorordninger, og hvilke barrierer læger har mod at deltage i dem. Dette er dårligt belyst, også i de få danske studier, der findes på området [6-9]. I denne artikel beskrives resultater fra et kvalitativt studie af praktiserende lægers motivation for og barrierer mod at deltage i en nyopstartet facilitatorordning.

## Metode og materialer

Studiet blev gennemført i Vejle Amt, hvor man i efteråret 2005 introducerede en facilitatorordning som en del af et efteruddannelsesprogram for praktiserende læger vedrørende demens (**Tabel 1**). Fire facilitatorer, der selv var praktiserende læger, blev ansat i ordningen. Alle praktiserende læger i amtet (233 læger, 112 praksis) fik tilbuddet om et facilitatorbesøg omhandlende demens. Heraf takkede man i 23 praksis nej.

Artiklen bygger på materiale indsamlet i forbindelse med en kvalitativ evaluering af facilitatorordningen i Vejle Amt, hvori der indgik tre dele:

1. Af de praktiserende læger, der deltog i ordningen, modtog 88 læger (fordelt på 70 praksis) skriftlig invitation til at deltage i fokusgruppeinterview [10]. Lægerne var strategisk



Facilitatorbesøg i praksis.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

udvalgte (i forhold til alder, køn og praksistype). Der blev foretaget tre fokusgruppeinterview med lægerne (19 deltagere), og deltagerne fordelte sig bredt med hensyn til køn, alder og praksistype. Herudover blev der afholdt en fokusgruppediskussion med de fire facilitatorer. Interviewene varede to timer og blev foretaget af interviewer og en referent. Interviewene blev gennemført ud fra en semistruktureret interviewguide (Tabel 2) med udgangspunkt i tre emner: 1) motivation og barrierer for deltagelse i ordningen, 2) tanker om besøgenes form og facilitators roller,

- 3) udbytte af ordningen. Interviewguiden blev udarbejdet i samarbejde med en baggrundsgruppe, som bestod af to antropologer, tre praktiserende læger og en specialkonsulent fra amtet. I denne artikel vil kun resultaterne vedrørende lægernes motivation og barrierer for at deltage i ordningen blive beskrevet, mens resultaterne vedrørende udbyttet er publiceret andetsteds [11].
2. Telefoninterview med 15 læger, der havde afslået at deltage i ordningen, om deres begrundelser for at fravælge besøget.
3. Observationsstudier [12] med facilitatorerne på deres besøg (otte besøg, to med hver facilitator).

De to referenter i interviewene var praktiserende læger i amtet, hvorimod interviewer og observatør var antropologer uden forudgående kendskab til de deltagende læger.

Data blev indsamlet som del af en evaluering, hvor det overordnede formål var at opnå indsigt i lægernes opfattelser og udbytte af ordningen. Interviewguiden var inspireret af læringsteorier [13], hvor læringen i facilitatorordningen kom i fokus; dvs. der blev spurgt bredt ind til alle emner, hvorved ikke så meget den pædagogiske struktur af forløbet var central, men mere hvorledes ordningen som formidlingsform forholdt sig til den kliniske hverdag, som lægerne oplever den.

Alle interview blev optaget og transskriberet ordret. Det transskriberede materiale fra fokusgrupperne blev i analyseprocessen suppleret med noter om den indbyrdes kommunikation i gruppen fra referentens noter. Analyse blev foretaget gennem meningskategorisering, hvor temaer udtrækkes fra det indsamlede materiale [14]. Validering i analyseprocessen blev foretaget gennem en løbende forholden af de nye kategorier og temaer til det oprindelige materiale, hvorigennem

Tabel 1. Facilitatorordningens opbygning i Vejle Amt ved demens.

#### Baggrund

Ordningen blev etableret på baggrund af: 1) en spørgeskemaundersøgelse af de praktiserende lægers holdning til en mulig facilitatorordning, 2) erfaringer med en lignende ordning i Århus Amt og 3) et baggrundsnotat om litteratur vedrørende facilitering og læring

Facilitatorordningen blev introduceret som del af et samlet efteruddannelsesprogram om demens. Baggrunden for valg af emne var: 1) at flere læger i det udsendte spørgeskema havde peget på demens som et relevant emne, 2) et ønske fra kvalitetsudviklingsudvalget om at emnerne i ordningen skulle følge DSAM's vejledninger, og 3) at Indenrigs- og Sundhedsministeriet havde bevilget penge til demensområdet

#### Facilitatoruddannelse

Der blev ansat fire facilitatorer, som blev trænet på to todageskurser. Første kursus omhandlede træning af kommunikationsfærdigheder (ved hjælp af en skuespiller og en coach/psykolog anbefalet af andre amter, der havde arbejdet med facilitatorordninger). Det andet kursus omhandlede emnet demens og blev afholdt af lokale specialister på området. Her blev det besluttet, hvilke centrale budskaber om demensudredning, der skulle formidles i facilitatorbesøgene

#### Invitation

Der blev indledningsvist til de praktiserende læger sendt en orientering, som indeholdt oplysninger om ordningens overordnede formål og fysiske forankring samt introduktion af facilitatorerne

Efterfølgende blev der sendt invitationer ud med oplysning om emne og honorering samt om, at praksis ville blive kontakten med henblik på at aftale et besøg

Facilitator eller dennes sekretær kontaktede dernæst alle praksis i amtet telefonisk for at aftale en dato for et facilitatorbesøg

#### Setting

Besøget foregik i de praktiserende lægers egen praksis

I kompagniskabspraksis blev de praktiserende læger tilbudt et besøg pr. læge eller et samlet besøg i praksis

Uanset antallet af læger varede besøget en time

De praktiserende læger fik betaling for en time

#### Indhold

Facilitator medbragte en »demensdrejebog«, der indeholdt de centrale budskaber om udredning og behandling af demens, der skulle formidles i løbet af besøgene

Facilitators hovedbudskaber:

1. Den gode henvisning (inkl. *activities of daily living* og medicin)
2. Rameaftalen (aftale om henvisning til computertomografi)
3. Praktiske problemer (demenskonsulenterne, information til pårørende, medicinansøgning og medicin til lægetasken)

Drejebogen var ment som et supplement til besøgene, og selv om alle budskaberne i drejebogen skulle formidles i løbet af besøget, kunne facilitator selv bestemme, hvorledes og i hvilken rækkefølge budskaberne skulle formidles. Besøget skulle foregå i dialog med lægerne

Facilitatorerne var instrueret i, at de skulle være åbne for andre spørgsmål om emnet demens og andre emner, der er relateret til det kliniske arbejde i almen praksis

Tabel 2. Interviewguide (spørgsmål om motivation og barrierer).

#### Motivation

1. Hvad fik jer til at deltage/takke ja til et facilitatorbesøg?
  - Kan I beskrive de overvejelser, I gjorde jer? Tanker? Erfaringer?
  - Hvad kunne få jer til at deltage en anden gang?
2. Hvilken betydning havde det, at det var en læge, der besøgte jer?
  - (frem for f.eks. en sygeplejerske, farmaceut e.l.)
3. Hvilken rolle spillede emnet (demens) i jeres overvejelser om at deltage i ordningen?
4. Betød det noget, at der blev givet økonomisk kompensation?
  - Ville I også have deltaget, hvis I ikke fik økonomisk kompensation – og hvorfor?

#### Barrierer

5. Var der nogen af jer, der overvejede ikke at deltage? (Begrundelse?)
  - Hvad kunne forhindre jer i at deltage en anden gang?
6. Andre barrierer mht. brugen af facilitatorordningen? (f.eks. praktiske problemer: tid, tidspunkt etc.)
  - Er der forhold, der kunne gøre det vanskeligt for jer at deltage – enten denne gang eller en anden gang?
  - Er der noget internt i jeres egen praksis, organisering, holdning til emnet eller andet, der fremmer/hæmmer deltagelsen i facilitatorbesøgene?

temaer blev bekræftet, modificeret eller forkastet. Endvidere blev de anonymiserede transskriptioner samt resumeer og centrale temaer præsenteret for baggrundsgruppen – en metode, der sikrer, at analysen findes overbevisende af andre, som har haft adgang til baggrundsmaterialet [15].

## Resultater

I det følgende præsenteres resultaterne fra den del af evalueringen, der omhandler lægernes motivation og barrierer for at deltage i ordningen.

## Motivation

Der blev primært nævnt fem motivationsfaktorer for at deltage i ordningen (Tabel 3).

### Neutral viden

Lægerne anså facilitatorordningen for at være et godt alternativ til besøg af medicinalrepræsentanter og forbandt ordningen med en faglig neutral viden, der ikke var farvet af andre (f.eks. økonomiske) interesser (Tabel 3, citat A).

### Den kollegiale dialog

Samtidig blev det fremhævet som værende væsentligt, at det ikke kun handlede om en rent faglig, teknisk viden om demensudredning, men også om en dialog på praksisniveau, som tog udgangspunkt i de erfaringer, de praktiserende læger selv havde gjort sig. Det var således centralt, at det var en kollega, der faciliterede, og ikke en person med en anden faglig baggrund (Tabel 3, citat B).

### Facilitator

At det var en kollega, der faciliterede, betød ofte, at lægerne kendte til facilitator i forvejen, og facilitator som person blev nævnt som en motiverende faktor for at deltage (Tabel 3, citat C).

### Tid og sted

Det var centralt i en allerede presset tidsplan hos de praktiserende læger, at facilitator kom ud til praksis, og at lægerne selv kunne bestemme tidspunktet for besøget (Tabel 3, citat D).

### Emne

For enkelte motiverede emnet for deltagelse, idet lægerne forventede, at besøget kunne supplere de andre efteruddannelsstilbud om demens (Tabel 3, citat E). Andre følte sig dog allerede opdateret på demensområdet og havde svært ved at se relevansen af emnet, hvorved emne også blev en barriere (se nedenfor). Der var forskellige bud på, hvilke andre emner der kunne tages op ved et facilitatorbesøg. Nogle foreslog at følge de emner, Dansk selskab for almen medicin (DSAM) sætter på dagsordenen, mens andre foreslog, at man valgte emner, der ikke havde været meget fokus på. Endelig blev det også foreslået, at man kunne facilitere om processer og organisation i almen praksis frem for at fokusere på enkelte sygdomsemner.

## Barrierer

Flere af de læger, der deltog, havde ikke umiddelbart været positivt indstillet over for ordningen. De nævnte primært tre barrierer.

**Tabel 3.** Motivation og barrierer for deltagelse i en facilitatorordning – hovedpunkter og citater.

### Motivation

#### Neutral viden

Citat A: ... Det er mere objektivt, altså den er mere tilgængelig, den information ..., jeg føler ikke, der er sådan skjulte dagsordener [som] med medicinalfirmaer ..., det her det er sådan fra kollega til kollega og stort set støvsuget fra andres interesser end patientens ...

#### Den kollegiale dialog

Citat B: ... Det med dialogen – det er altså bedst med en praktiserende læge, der selv kender de ting, altså de [andre faggrupper] kender ikke problemstillingerne på samme måde

#### Facilitator

Citat C: ... noget af det, som gjorde, at vi sagde, »jamen kom da endelig«, hænger jo også lidt sammen med, at vi kender personen og ved, at vi kan få en god snak med vedkommende ...

#### Tid og sted

Citat D: [min motivation for at deltage var]: Tid, sted og emne ... hvornår på dagen?, hvornår på ugen?, har jeg tid til det?, passer det med mit? sted? – skal jeg køre efter det, eller kommer der nogen ud til mig?

#### Emnet

Citat E: Altså, jeg har været på kurser, og jeg synes da stadig, at det er uhåndterligt, så jeg håbede da stadig, at der kom nogle gode tricks, som man kunne ... øh ... komme nemmere igennem med, fordi det var en kollega, der kom. ... Det var lidt motivationen hos os

### Barrierer

#### Relevans

Citat F: Ja, hos os, ... der tænkte vi da også, jamen, hvad søren skal man bruge sådan en til? Øh, hvad var ideen med det? For vi kunne da godt læse en klinisk vejledning, det har vi da gjort mange gange før, så det var vi ikke sådan umiddelbart indstillet på, at vi ville have besøg af en facilitator, men facilitatoren var så vedhængende, og jeg tror efter tredje opringning, så sagde vi »O.k., så kom dog«

#### Formål

Citat G: Det er et lidt forkert ord [facilitator], det er et lidt dumt ord, som man ikke rigtigt ved, hvad betyder

Citat H: Altså, der var lige en tanke, der slog mig – er der helt vandtætte skotter mellem facilitatorordningen og amtet? Den var da lige oppe og vende – er det »Big Brother Watches You«? ... Men så tænkte jeg, »nej, det er for patologisk at tænke sådan!«, men den sidder jo alligevel på ryggen – altså hvor meget skal vi give os hen i alle de her forskellige ting, ikke? Også i vores seneste overenskomst, der er også nogle tiltag, der med jeg ved ikke hvad ... – en masse registreringer og systemkontroller fra det offentlige – og facilitatorordningen kommer jo centralt fra, så er vi jo lidt tyndhudede, når sådan nogle ting melder sig

Citat I: Facilitatorordning – er det ikke egentligt for de svageste læger? Jeg er ikke i den gruppe, jeg er, hvis jeg selv skal sige det, rigtigt god til det, jeg laver – så nej, jeg tror ikke, det er noget for mig

#### Facilitator

Citat J: ... den umiddelbare modstand ude ved os, det kørte også lidt på den person, der skulle være facilitator – det tror jeg bestemt. Vi kendte hende/ham ikke så meget, men vi havde en eller anden opfattelse af hende/ham, og det betød noget for vore primære negative indstilling

Citat K: Jeg gad simpelthen ikke – jeg ville hellere have en forelæsnings. Det der med kolleger, for mig der skal det altså være på et højere plan – det skal være nogle specialister, nogle der ved mere end mig

#### Tid og overskud

Citat L: Jeg har for travlt, jeg har for mange patienter og får tilbud om at deltage i noget næsten hver anden dag ... det er ikke uvilje, men jeg kan ikke overskue det

### Relevans

Flere, primært mere erfarne læger, havde som udgangspunkt haft svært ved at forstå relevansen af et facilitatorbesøg. Dette var både relateret til emnet, idet mange allerede følte, at de havde opdateret viden om demens, og til det forhold, at det var en kollega, der faciliterede (Tabel 3, citat F).

### Formål

Lægerne udtrykte også en usikkerhed med hensyn til formålet med ordningen; hvad besøgene indebar, og hvad hensigten var med dem. Der var stor forskel på, hvad de praktiserende læger havde forventet af et facilitatorbesøg; nogle, primært ældre erfarne læger, lagde vægt på, at facilitator skulle være en »vidensbank« og forventede, at besøget ville tage form af undervisning. Andre anså facilitator for at være en sparringspartner og forventede en kollegial samtale om demensudredning (Tabel 3, citat G). Flere udtrykte i denne forbindelse tvivl om forankringen af ordningen og om, hvorvidt det var en kontrol af praksis (Tabel 3, citat H).

### Facilitator

Endelig blev facilitator (personen) også nævnt som en barriere (Tabel 3, citat J).

### Lægernes barrierer er relative

På trods af de ovennævnte barrierer i brugen af facilitatorordningen valgte de fleste læger at benytte ordningen. I forlængelse af dette viser resultater om udbytte fra det samme studie, at flere af de læger, der indledningsvist havde haft en kritisk indstilling til ordningen, oplevede, at deres indstilling blev vendt og var positiv efter forløbet. Alle de interviewede læger ville benytte tilbuddet igen i forbindelse med andre emner [11].

### Barrierer hos ikkedeltagende læger

I enkelte praksis takkede man nej til at deltage i ordningen, primært ud fra begrundelsen at lægerne generelt følte, at de havde for meget at lave og ikke havde overskud til mere, samt at de følte sig opdaterede på demensområdet (Tabel 3, citat L). De fleste angav, at de ville overveje at benytte facilitatorordningen, hvis der kom et andet emne. Dette gjaldt dog ikke for alle, hvilket oftest blev begrundet med, at deres praksis fungerede organisatorisk godt med mulighed for at kunne sparre med hinanden – eller at de anså sig selv for generelt godt opdaterede. Enkelte opfattede facilitatorordningen som et tilbud til de svageste læger, og mente således ikke at den var relevant for dem (Tabel 3, citat I), og nogle var kritiske over for det forhold, at det var en kollega, der stod for besøget (Tabel 3, citat K).

Andet såsom økonomi og organisatoriske forhold blev sjældent nævnt som motivation eller barrierer for at deltage i den aktuelle ordning, hverken hos de deltagende læger eller hos de læger, der havde fravalgt besøget.

### Diskussion

Formålet med denne artikel er at beskrive praktiserende lægers barrierer mod og motivation for at deltage i en facilitatorordning. Idet lægerne selv havde meldt sig til at deltage i den undersøgte ordning, er der fare for, at deltagerne repræsenterede de mest dynamiske og positive læger. Denne selektionsbias er forsøgt modvirket gennem telefoninterview med læger, der fravalgte ordningen. Tilsvarende kan lægerne have været tilbageholdende med kritiske synspunkter under fokusgruppeinterviewene, da referenterne selv var læger fra amtet. I løbet af fokusgruppemøderne fremkom der dog flere kritikpunkter af ordningen, hvorfor referenternes baggrund ikke synes at have påvirket resultaterne væsentligt.

Resultaterne bygger på materiale, der er indsamlet i forbindelse med opstarten af en facilitatorordning. At overføre resultater, der er indsamlet i en specifik kontekst, til andre er vanskeligt i kvalitative studier, og der kan endog argumenteres for, at en sådan generalisering er modstridende med de overordnede formål med kvalitativ analyse. Mens udsagnene, der er citeret i artiklen, er specifikke for lægerne i Vejle Amt, må man i forhold til at overføre resultaterne til andre sammenhænge se på de mere overordnede temaer, der ligger bag udsagnene [16]. Det, at flere af lægerne eksempelvis udtrykte et ønske om mere faglig neutral viden end den, medicinalrepræsentanter tilbyder, og muligheden for en kollegial dialog om praksis, vidner om et behov for en anderledes vidensformidling end den traditionelle undervisning. Samtidig gav lægerne udtryk for at have vidensbarrierer, hvor de ikke havde nok viden om, hvad facilitatorordningen indebar. Ordningen bygger på nyere udviklingsretninger inden for læring, hvor viden anskues kontekstuel, og der i formidlingen tages udgangspunkt i de enkeltes behov og forudsætninger for læring [13, 17-19].

Facilitatorordninger adskiller sig således fra tidligere efteruddannelsesformer, idet dialogen og interaktionen i mødet mellem læge og facilitator er i centrum, og lægerne bliver der ved aktivt involveret i sessionerne. Flere, specielt de erfarne læger, havde indledningsvist været usikre på relevansen af ordningen, både i forhold til at det var en kollega, der faciliterede, og i forhold til emnet. På trods af at mange læger i Vejle Amt tidligere havde peget på demens som et centralt emne for facilitering (Tabel 1), oplevede flere ikke længere emnet som relevant. Nyere initiativer inden for facilitatorordninger, f.eks. Praksis Matrix [20], præsenterer et alternativ til at facilitere rent lægefaglige emner og tager i stedet udgangspunkt i organisatoriske aspekter af praksis, hvor man i den enkelte praksis selv bestemmer, hvilke aspekter der skal fokuseres på i besøgene. Den tilgang tager måske bedre højde for bredden i praksis ved forsøg på implementering af f.eks. nye kliniske vejledninger. Endelig var lægerne ofte usikre på, hvad hensigten og formålet med ordningen var, og om ordningen var en kontrol af praksis. Nogle udtrykte direkte en forventning om mere specialviden og foretrak forelæsninger. Ovenstående

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

barrierer vil sandsynligvis også være til stede i andre *settings*, idet disse ordninger er nye inden for efteruddannelse i almen praksis. I lyset af den store variation, der findes i facilitatorordningers formål og organisation i dag, er det desuden nødvendigt med flere studier af motivation og barrierer i forbindelse med andre ordninger (eksempelvis ordninger, hvor man anvender andre faggrupper som facilitatorer).

### Konklusion

Lægernes primære barrierer kan søges imødegået ved en bedre introduktion af facilitatorordningen, således at lægerne får forståelse for ordningens formål. Samtidig er det centralt at fokusere på besøgenes indhold – specielt vigtigheden af emnet for facilitering og dets relevans for bredden i praksis. Endelig har rammerne for besøget betydning – specielt viser resultaterne, at facilitator (personen) både kan være en motivationsfaktor og en barriere for deltagelse. Da man i implementeringen af ordningerne må anerkende vigtigheden af dialogen og samspillet mellem lægen og facilitator som en forudsætning for besøgene, er rammerne for denne dialog afgørende for interventionens udfald, og man bør derfor overveje det hensigtsmæssige i at give lægerne valgmulighed i forhold til facilitator (personen).

Korrespondance: *Marianne Rosendal*, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet, DK-8000 Århus C. E-mail: m.rosendal@alm.au.dk

Antaget: 20. august 2007

Interessekonflikter: Projektet er finansieret af Kvalitetsudviklingsudvalget for almen praksis i Vejle Amt, (Q2).

Taksigelser: Tak til *Hans Kallerup*, *Mette Bech Risør*, *Helle Lindkvist*, *John Banke* og *Metha Palmus Hansen* for hjælp med dataindsamling og analyse, tak til Kvalitetsudviklingsudvalget for almen praksis i Vejle Amt, (Q2), for finansiering af projektet og tak til de mange praktiserende læger, som har deltaget i undersøgelsen.

### Litteratur

- Oxman AD, Thomson MA, Davis DA et al. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *CMAJ* 1995;153:1523-31.
- Soumerai SB. Principles and uses of academic detailing to improve the management of psychiatric disorders. *Int J Psychiatry Med* 1998;28:81-96.
- Thomsen O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA et al. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2000(2):CD000409.
- Freitheim A, Havelrud K, Oxman DA. Rational prescribing in primary care (RaPP): process evaluation of an intervention to improve prescribing of anti-hypertensive and cholesterol-lowering drugs. *Implement Sci* 2006;1:19.
- Grimshaw JM, Eccles MP, Walker AE. Changing physicians' behaviour: what works and thoughts on getting more things to work. *Inn Contin Educat* 2002; 22:237-43.
- Waldorff FB, Almind G, Makela M et al. Implementation of a clinical dementia guideline. *Scand J Prim Health Care* 2003;21:142-7.
- Christensen KS, Rosendal M, Nielsen JM et al. Det personlige efteruddannelsesbesøg. *Ugeskr Læger* 2003;165:1456-60.
- Witt K, Knudsen E, Ditlevsen S et al. Academic detailing has no effect on prescribing of asthma medication in Danish general practice: a 3-year randomized controlled trial with 12-monthly follow-ups. *Fam Pract* 2004;21: 248-53.
- Funk M, Wutzke S, Kaner E et al. A multicountry controlled trial of strategies to promote dissemination and implementation of brief alcohol intervention in primary health care: findings of a World Health Organization collaborative study. *J Stud Alcohol* 2005;66:379-88.
- Krueger RA, Casey MA. Focus groups – a practical guide for applied research. London: Sage, 2000.
- Dalgaard T, Kallerup H, Rosendal M. Outreach visits: a qualitative study of outcome and communicative practice. *Int J Qual Health Care* 2007;19:267-73.
- Wadel C. Feltarbeid i egen kultur. Flekkefjord: SEKK, 1991.
- Lave J. Læring, mesterlære og social praksis. I: Nielsen K, Kvale S, red. Mesterlære – læring som social praksis. København: Hans Reitzels Forlag, 1999:35-54.
- Kvale S. Interview – en introduktion til det kvalitative forskningsinterview. København: Hans Reitzels Forlag, 1994.
- Kidd SA. The role of qualitative research in psychological journals. *Psycholog Methods* 2002;7:126-38.
- Conrad P. Qualitative research on chronic illness. *Soc Sci Med* 1990;30: 1257-63.
- Akre V, Ludvigsen SR. At lære medicinsk praksis. I: Nielsen K, Kvale S, red. Mesterlære – læring som social praksis. København: Hans Reitzels Forlag, 1999:114-30.
- Gabbay J, May A. Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines" *BMJ* 2004;329:1013-7.
- Smart A. A multi-dimensional model of clinical utility. *Int J Qual Health Care* 2006;18:377-82.
- Rhydderch M, Edwards A, Marshall M et al. Developing a facilitation model to promote organisational development in primary care practices. *BMC Fam Pract* 2006;7:38.