Når vi sammenlignede vores resultater med andre studier [1, 4], fandt vi, at en overraskende stor del af uddannelseslægerne forventede, at de ville fortsætte med at bruge porteføljens frivillige refleksive del i samme eller tiltagende omfang. Dette kunne indikere, at en onlineportefølje er mere velegnet end papirversioner.

Resultaterne vedrørende porteføljen som et pædagogisk værktøj, forudsætningerne for succesfuld brug og nødvendigheden af vejleder (tutorlæge)-involvering kan forstås i et konstruktivistisk læringsteoretisk perspektiv, hvor læring finder sted gennem den kliniske erfaring, og hvor vidensdannelse sker gennem refleksion og feedback [6, 7]. Der er på dette punkt overensstemmelse med anden litteratur [8, 9], og vores kvalitative data understøttes af vores kvantitative data.

Variationen i den oplevede værdi er beskrevet tidligere [4], og den kan være betinget af forskellige i læringsstrategier [10]. Der var dog en betragtelig del af brugerne, som oplevede, at porteføljen havde en signifikant værdi.

Vi kunne ikke i litteraturen finde data med samme perspektiv som vores problemidentifikationsspørgsmål. Vores kvantitative og kvalitative data understøttede dog hinanden. Det er vigtigt at medtænke implementeringen af et onlineuddannelsesværktøj i den daglige travle kliniske hverdag.

Vores data om porteføljens egnethed som evalueringsinstrument kunne kun delvis opfylde vores kriterier for validitet, og de har derfor en lav generaliserbarhed.

Det er brug for mere forskning i vejlederens (tutorlægens) perspektiv, i hvordan implementering faciliteres, hvordan hindringer undgås, hvordan den personlige motivation øges, og hvordan man sikrer fortsat hensigtsmæssig brug over tid.

Korrespondance: *Niels Kristian Kjær,* Lægehuset v. Sottrup, Lindevej 18, DK-6400 Sønderborg. E-mail: niels.kjaer@dadlnet.dk

Antaget: 29. juni 2008
Interessekonflikt: *Niels Kristian Kjær* har en aktiepost i Dansk Telemedicin.

This article is based on a study first reported in Medical Teacher 2006;28:708-12.

Litteratur

1. Snadden D, Thomas ML, Griffin EM et al. Portfolio-based learning and general practice vocational training, Med Educ 1996;30:148-52.
2. Wilkinson TJ, Challis M, Hobma SO et al. The use of portfolios for assessment of the competence and performance of doctors in practice. Med Educ 2002;36:918-24.
3. Challis M, Mathers NJ, Howe AC et al. Portfolio-based learning: continuing medical education for general practitioners. Med Educ 1997;31:22-6.
4. Pearson DJ, Heywood P. Portfolio use in general practice vocational training: a survey of GP registrars. Med Educ 2004;38:87-95.
5. Giorgi A. Sketch of a Psychological Phenomenological Method. I: Giorgi A, ed. Pittsburgh: Duquesne University Press, 1985:126-8.
6. Schmidt HG, Norman GR, Boshuizen HPA. A cognitive perspective on medical expertise: Theory and implications. Acad Med 1990;65:611-21
7. Schön DA. The reflective practitioner. How professionals think in action. United Kingdom: Ashgate/Arena, Aldershot, 2000/1983.
8. Dagley V, Berrington B. Learning from an evaluation of an electronic portfolio to support general practitioners' personal development planning, appraisal and revalidation. Educ Prim Care 2005;16:567-74.
9. Fish D, Coles C. Developing professional judgment in health care. Learning through the critical appreciation of practice. United Kingdom: Buttersworth and Heineman, 1998.
10. Vermunt JD. Metacognitive, cognitive and affective aspects of learning styles and strategies: A phenomenographic analysis. Higher Education 1996;31:25-50.

Perspektiver for inspektorbesøg i almen praksis

Alment praktiserende læge Niels Kristian Kjær

Syddansk Universitet, Institut for Regional Sundhedsforskning

Resume

Introduktion: Almen praksis har altid i en vis udstrækning fungeret som uddannelsessted, og et muligt system til praksisbesøg mhp. kvalitetsudvikling har de senere år været diskuteret. Uddannelsesfunktionen i almen praksis er beskrevet i flere danske publikationer. Den er vurderet til at være værdifuld, men publikationerne påpeger også en række forhold, som kan optimeres. Især inden for pædagogiske kompetencer, organisation og fysiske rammer.

Materiale og metoder: Kvalitative interviews med uddannelseslæger, tutorlæger, uddannelseskoordinatorer og repræsentanter fra Dansk Selskab for Almen Medicins (DSAMs) bestyrrelse.

Resultater: Inspektorbesøg antages at have en faciliterende funktion for uddannelsesaktiviteter i almen praksis. Omfanget bør være et tretimers besøg hvert fjerde år, men med mulighed for behovsbestemt tidligt genbesøg. Der er optimalt med to inspektorer pr. besøg. Det primære fokusområde er de pædagogiske kompetencer i praksis.

Konklusion: Trods positiv evaluering kan uddannelsen i almen praksis udvikles. En metode kunne være indførelse af en uddannelsesfacilliterende inspektorordning i almen praksis. Besøgene antages at styrke uddannelsesfunktionen i almen praksis sammen med de andre initiativer som f.eks. fortsatte årlige koordinatortræf og vejlederkurser for tutorlæger. Ordningen skal have et omfang og format, der er praktisk gennemførligt og acceptabelt for tutorlægerne.

Almen praksis (AP) har formentlig fungeret som uddannelsessted så længe, der har været almen lægegerning i Danmark. I almen praksis findes ingen formel inspektorordning, som man kender det fra hospitalerne. Behovet for en sådan ordning har været diskuteret.

Uddannelsen i praksis bliver løbende evalueret og justeret bl.a. ved årlige erfaringsudvekslingsmøder i gruppen af almen medicinske uddannelseskoordinatorer (VUK). Disse møder startede på initiativ af *Lisbeth Erreho-Knudsen* og *Gorm Jensen* i 1991.

Uddannelsen i almen praksis er beskrevet i flere publikationer [1-8] Uddannelsesværdien evalueres som værdifuld [1-4]. Uddannelseslægerne (UL) arbejder selvstændigt, ser et tiltagende varieret patientgrundlag og har et stort uddannelsesudbytte [2]. De lærer at håndtere en lang række almindelige sygdomme og kliniske problemer, der løses i almen praksis – men som det er hensigtsmæssigt at også sygehusansatte læger er fortrolige med. UL bliver i trænet i patientcentreret problemløsning, og de får en bedre forståelse for værdien af kontinuitet i patientforløbene. De lærer at håndtere raske men helbredsbekymrede patienter [5]. UL får en tilfredsstillende vejledning, som dog kan optimeres i både i tid og kvalitet [1-4, 6].

Tutorlægerne finder uddannelsesfunktionen givende for arbejdet i praksis og for deres personlige faglige udvikling [3, 7].

I 2003 indførte almen medicin som det første speciale en elektronisk portefølje. Den har bidraget med et kvalitetsløft til uddannelsen, særligt med hensyn til overblik, refleksion og evaluering [8].

Der er stor kursusaktivitet blandt tutorlæger. Kurserne har en positiv effekt på uddannelsen i almen praksis [9]. Et yderligere initiativ til forbedring kunne være en inspektorordning i almen praksis.

Inspektorordningen på hospitalsafdelingerne er velanskreven og værdifuld. [10]. Dens form og omfang kan næppe direkte overføres på almen praksis, blandt andet på grund af det store antal praksis med tutorfunktion. Primo 2008 havde ca. 800 danske praksis UL.

Denne artikel vil på basis af udsagn fra uddannelseslæger, tutorlæger, uddannelseskoordinatorer og bestyrelsesmedlemmer fra Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) beskrive en mulig model til en inspektorordning i almen praksis.

Metode

Trin 1. Identifikation af mulig organisation og omfang af inspektorbesøg

a. Interview med fem læger i slutningen af hospitalsdelen af den almenmedicinske speciallægeuddannelse. Alle havde erfaring fra ansættelser på hospitalsafdelinger, der modtog inspektorbesøg. Lægerne blev tilfældigt udvalgt blandt deltagerne på et obligatorisk forskningstræningskursus i Region Syd. Interviewet foregik som et modificeret fokusgruppeinterview. I slutningen af interviewet blev der forhandlet enighed om de fremsatte »udsagn«. Kun udsagn, der kunne opnås konsensus om, blev medtaget. Udsagnene blev efter interviewet sendt til de yngre læger, der hver for sig godkendte dem.

Med henblik på at perspektivere udsagnene blev der også indhentet data fra:

a. Praktiserede læger (individuelle interviews).
b. Uddannelseskoordinatorer (individuelle interviews.)
c. Medlemmer af DSAM's bestyrelse (gruppediskussion).

Interviewene var semistrukturerede og fulgte samme interviewguide. Datamætning blev opnået efter femte interview med de praktiserende læger og efter tredje interview med koordinatorerne. Data blev analyseret kvalitativt med brug af en fænomenologisk metode ad modum Georgi. Udsagn blev opdelt i meningsdannende enheder, der var fordelt i kategorier og kondenseret i temaer. Ikke alle de nævnte datakilder havde bidrag til de fundne temaer.

Trin 2. Identifikation af mulige indsatsområder ved inspektorbesøg

Gruppediskussion med 17 uddannelseskoordinatorer, hvoraf fem var yngre læger. Formålet var at identificere relevante fokusområder for en inspektorordning. Diskussionen blev ledet af to almenmedicinske postgraduate kliniske lektorer. Der blev diskuteret ud fra spørgsmålene: »Hvilke forhold fremmer og hæmmer uddannelsen?« og »Hvilke forsætninger

1. Interviewtemaer

Hvordan bør en inspektorordning for almen praksis se ud?

Hvad ville en sådan ordning kunne bidrage med?

Hvad har praksis brug for?

Afrapportering

er nødvendige for at uddanne?«. Data blev forhandlet og kondenseret til kategorier af deltagerne i diskussionen.

Data fra trin 1 og 2 blev perspektiveret med erfaringer fra inspektorordningen på sygehusafdelingerne, publikationerne om uddannelse i almen praksis samt internationale erfaringer med besøg i tutorpraksis.

Resultater

Trin 1. Identifikation af mulig organisation og omfang af inspektorbesøg

De fremkomne temaer ses i Tekstboks 1. Ud for hvert tema er uddannelseslægernes perspektiv anført. I den udstrækning perspektivet fra de øvrige grupper supplerer eller divergerer, er de anført efterfølgende.

Tema: Hvordan bør en inspektorordning for almen praksis se ud?

a. Uddannelseslægeperspektivet: Der bør gennemføres et møde af ca. 2 ½ times varighed i praksis f.eks. en eftermiddag. Alle læger i praksis bør deltage. Inspektørerne bør tale med tutor og yngre læger både sammen og hver for sig. Før besøget bør praksislægerne besvare et spørgeskema om uddannelsesmiljøet.

Inspektorerne bør bestå af en uddannelseskyndig almenpraktiserende læge og en yngre læge, der med fordel kan være en almenmedicinsk uddannelseskoordinator. Det bør formentlig ikke være den koordinator, der har ansvar for den besøgte praksis, da det daglige praktiske samarbejde kan udgøre en bias. De praktiserende læger, der underviser på vejlederkurserne, vil også kunne anvendes. En uddannelsesansvarlig overlæge fra sygehuset vil ikke kunne bidrage med noget til praksis, men vil muligvis kunne lære noget, som kan bruges på egen hospitalsafdeling.

Besøget bør gentages med et realistisk interval f.eks. hvert 3.-4. år.

Besøget bør foretages i slutningen af den yngre læges ansættelse i den pågældende praksis (f.eks. i 5.-6. måned).

b. Den praktiserende læges perspektiv: De praktiserende læger er åbne over for ideen med deltagelse af en uddannelsesansvarlig overlæge, men foretrækker dog to praktiserende læger. Uddannelsesperspektivet vil kunne dækkes af uddannelseslægen, der er i almen praksis. Ikkelægeligt personale bør næppe medvirke ved besøget, men bør efterfølgende inddrages i planlægning af gode uddannelsesforløb. Man kunne overveje et andet navn end inspektorordningen, da ordet inspektor klinger lidt rigeligt af autoritær kontrol.

c. Uddannelseskoordinatorperspektivet: Omfanget på tre timer hvert 3.-4. år er praktisk gennemførligt og formentlig tilstrækkeligt. Alle praksis bør have samme type besøg. En differentiering kunne skabe negative forventninger til besøget, men der bør være mulighed for hyppigere genbesøg ved suboptimale uddannelsesforhold i den besøgte praksis.

2. Kerneområder som et inspektorbesøg bør forholde sig til

De fem kerneområder af betydning for uddannelsen.

- Pædagogisk kompetenceniveau
- Fysiske rammer
- Kultur/miljø i praksis

Praksis besøges af to almenmedicinske uddannelseskoordinatorer (VUK'ere), der ikke varetager daglige administrative forpligtigelser over for de pågældende praksis, samt af en yngre læge.

Besøget sættes til tre timer f.eks. fra 13-16. Alle læger i praksis bør deltage. Der bør tales med såvel yngre læger samt med de praktiserende læger dels hver for sig dels sammen.

Det øvrige personale bør evt. deltage i det opsummerende møde til sidst.

Før besøget bør tutorlæge og uddannelseslæge udfærdige et selvevalueringsskema, der gentages et par uger efter besøget.

De deltagende VUK'ere bør skrive en rapport, der bør stå i praksis og være tilgængelig for såvel uddannelseslægen samt for tutoren. Der bør kun foretages en central indrapportering af generelle nøgletal af uddannelsesmæssig art, om hvorvidt uddannelsesrammerne generelt set er tilfredsstillende.

Det er fint med yngre læge-repræsentation blandt andet som et politisk signal. Men man foretrækker dog klart to praktiserende læger, da de antages at have størst gennemslagskraft. I store praksis kunne der være tre inspektorer, to praktiserende læger og en uddannelseslæge. Man er åben over for ideen om deltagelse af en uddannelsesansvarlig overlæge, men usikker på effekten.

Det øvrige personale bør inddrages under en eller anden form, men man er i tvivl om hvordan. Der bør mellem samtalerne og før det afsluttende fællesmøde være tid til, at inspektorerne samstemmer deres indtryk og konklusioner.

d. DSAM perspektivet: Et forslag om at lade praksis mødes i lokale grupper blev diskuteret. Det kunne give mulighed for bedre erfaringsudveksling, holdningsdannelse og gensidig forpligtelse i et lokalområde. Det egner sig dog næppe til praksis med dårlige evalueringer eller andre problemer. Evt. kunne praksis med gode evalueringer mødes i små grupper, mens praksis med problemer kunne få besøg individuelt. Besøg bør være med repræsentanter fra både uddannelseslæger og uddannelseskoordinatorer. Man er usikker på gennemførligheden af overlægedeltagelse, men åben over for muligheden, som findes interessant og spændende. En finansieringsmodel for besøgene må aftales.

Tema: Hvad ville en sådan ordning kunne bidrage med?

a. Uddannelseslægeperspektivet: Ordningen vil kunne sætte fokus på uddannelse og »tvinge« praksis til at standse op og foretage en selvevaluering af uddannelsesaktiviteterne. Det vil give et løft til praksis, der har suboptimale rutiner f.eks. med hensyn til supervisionsformer og evalueringsmetoder. Det vil også give et løft til den uddannelsessøgende læge mhp. at tage et større ansvar for og i højere grad fokusere på egen uddannelse.

Tema: Hvad har praksis brug for?

a. Uddannelseslægeperspektivet: Pædagogisk opgradering vedrørende supervision og evaluering.

Tilskyndelse til at søge oplysninger om uddannelsen og implementere nye uddannelsestiltag f.eks. at anvende den elektroniske portefølje i højere grad. Tilskyndelse til erfaringsudveksling mellem tutorer fra forskellige lægehuse. Udarbejdelse af en »skabelon/standard« der beskriver den gode uddannelsespraksis, og som kan bruges som reference for den besøgte praksis. Der bør kunne stilles krav og være mulighed for konsekvens over for de praksis, der ikke lever op til standarden.

b. Den praktiserende læges perspektiv: Fokus på øget bevidsthed om uddannelsesforpligtelsen, øget viden om praktisk uddannelseshåndtering og mere uddannelsessystematik. Mere viden om hvad der forventes af praksis vedrørende evaluering, supervision o.l. Øget eftertanke vedrørende hvordan den pågældende praktiserende læges praksis virker som uddannelsessted, viden om hvad der virker, og hvad der kunne være bedre i den pågældende praksis.

c. Uddannelseskoordinatorperspektivet: Implementering af den viden, der undervises i, på tutorkurserne. Grænsefladen mellem tutorkurser og inspektorbesøg bør ikke være skarp, og besøget bør hjælpe til, at praksis i højere grad anskuer og selvevaluerer uddannelsesaktiviteten.

Tema: Afrapportering

a. Uddannelseslægeperspektivet: Det skønnes hensigtsmæssigt, at basisoplysningerne er offentlige, men en detaljeret beskrivelse af ros, råd og anmærkninger bør kun udleveres til praksis og ikke være offentligt tilgængeligt. Det bør være obligatorisk, at tutorlægen ved introduktionssamtalen gennemgår tidligere inspektionsrapporter. Rapporten bør være tilgængelig for de uddannelseslæger, der er ansat i det pågældende lægehus. Rapporten kan med fordel skrives efter en »referenceskabelon«, hvor gode og mindre gode forhold i praksis kommenteres. Der ønskes ingen smileys.

b.+c+d. Den praktiserende læges perspektiv/uddannelseskoordinatorperspektivet/DSAM-perspektivet: Der fremkom fra disse tre datakilder samme information. Man ser gerne offentliggørelse af nøgletal fra praksis inkl. beskrivelse af uddannelsesaktiviteter. Problematiske forhold bør opfanges i et internt arbejdsdokument – så længe der konstruktivt arbejdes på forbedringer. Såfremt der ikke forefindes et kvalificeret uddannelsespotentiale, bør den pågældende praksis meldes ud af tutorordningen.

3. Forslag til inspektorordning

Praksis besøges af to almenmedicinske uddannelseskoordinatorer (VUK'ere), der ikke varetager daglige administrative forpligtigelser over for de pågældende praksis, samt af en yngre læge.

Besøget sættes til tre timer f.eks. fra 13-16. Alle læger i praksis bør deltage. Der bør tales med såvel yngre læger samt med de praktiserende læger dels hver for sig dels sammen.

Det øvrige personale bør evt. deltage i det opsummerende møde til sidst.

Før besøget bør tutorlæge og uddannelseslæge udfærdige et selvevalueringsskema, der gentages et par uger efter besøget.

De deltagende VUK'ere bør skrive en rapport, der bør stå i praksis og være tilgængelig for såvel uddannelseslægen samt for tutoren. Der bør kun foretages en central indrapportering af generelle nøgletal af uddannelsesmæssig art, om hvorvidt uddannelsesrammerne generelt set er tilfredsstillende.

Trin 2. Identifikation af mulige indsatsområder ved inspektorbesøg.

Gruppediskussionen identificerede talrige vigtige delelementer af betydning for et godt uddannelsesmiljø. De kunne samles i fem kategorier eller kerneområder, som en inspektorordning bør forholde sig til (Tekstboks 2).

En checkliste med underpunkter til de fem kerneområder bør udarbejdes og anvendes ved inspektorbesøg. Erfaringer fra inspektorbesøg på sygehusene vil kunne bruges som inspiration [10].

Diskussion

Undersøgelsen sammenholder uddannelseslægeperspektivet med såvel den menige tutorlæges, koordinatorernes og et mere overordnet perspektiv. Det antages at være en styrke ved undersøgelsen.

Der er i processen undersøgt for datamætning, men man kan pga. det beskedne antal informanter ikke garantere, at holdningerne dækker hele tutorkorpset og hele gruppen af uddannelseskoordinatorer.

Et andet problem er »regression mod de korrekte meninger«. En negativ holdning til inspektion kan opfattes som de-

fensiv og konservativ og kan derfor betinge en bias i lægernes selvrapporterede holdninger.

Det er vanskeligt umiddelbart at omsætte undersøgelsens resultater til en almenmedicinsk inspektorordning. Alle informanter er enige i emnernes omfang og funktion, mens holdningerne til, hvem der bør deltage i besøgene, er delte. I DSAM-gruppen blev muligheden for gruppemøder mellem velfungerende praksis diskuteret. VUK'erne har ikke meget tiltro til denne model, eftersom de praksis, der skulle have individuelle besøg, ville blive stigmatiserede. Emnet ikke blev diskuteret blandt UL'erne.

Der var enighed mellem informanterne om at ordningen indebærer et potentielt udbytte, i overensstemmelse med internationale erfaringer med praksisbesøg [12].

Der var enighed om, at der er behov for fokus på pædagogiske kompetencer og implementering af nye tiltag. Dette er sammenfaldende både med danske og internationale erfaringer [2, 3, 11]. Der var derimod kun i mindre grad fokus på organisationen og de fysiske rammer, hvis vigtighed understreges i erfaringer fra inspektorordningen på sygehusene [10] og i litteraturen [11-13]. Dette kan skyldes, at disse problemer tilfældigvis ikke har været oplevet af informanterne, eller at disse forhold kun udgør et mindre problem i almen praksis. Begge antagelser støttes af litteraturen [3, 4] Da behovet er uafklaret, bør en kommende inspektorordning fra starten omfatte et fokus på organisation og fysiske rammer med henvisning til erfaringer fra hospitalerne samt den internationale litteratur [10-13]. En efterfølgende evaluering vil så kunne tjene til at vurdere det fremtidige behov for at fastholde fokus.

I trin 2 identificeredes mulige indsatsområder. Disse er i høj grad sammenfaldende med fund i litteraturen [1-4, 12, 13]. Man kan derfor antage, at VUK'erne har et nuanceret kendskab til relevante uddannelsesforhold. En prioritering af indsatsområder vil således med stor sandsynlighed kunne fortages af VUK'erne lokalt.

På basis af litteraturen og vores data kan en model for et inspektorbesøg beskrives. Se Tekstboks 3. Der bør være fokus på facillitering af læring og ikke på inspektion. Der bør udarbejdes en »gylden standard« for elementerne i god uddannelse, der skal kunne bruges som reference for besøgene. Hvilken type af data, der skal indrapporteres centralt, kræver nøje overvejelser. Effekten af besøgene bør evalueres.

Konkluderende kan det anføres, at uddannelse i almen praksis vurderes positivt af uddannelseslægerne, der er en fin udvikling i gang, og uddannelsesfunktionen har en positiv indvirkning på det faglige miljø. På en række konkrete punkter kan uddannelsen dog optimeres. En metode kunne være indførelse af en uddannelsesfacilliterende inspektorordning i almen praksis. Det er væsentligt, at en sådan ordning får et omfang og format, der er praktisk gennemførligt, og som er acceptabelt for tutorlægerne. Den betydelige viden om uddannelsesforhold, der findes i gruppen af uddannelseskoordinatorer, bør inddrages ved design, prioritering og gennemførelse af en sådan inspektorordning. Effekten bør evalueres.

Korrespondance: *Niels Kristian Kjær,* Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet, DK-6400 Sønderborg. E-mail: niels.kjaer@dadlnet.dk

Antaget: 2. september 2008
Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Kristensen FB, Steensen JP, Ott P, et al. Evaluering af praksisresverlægeordningen. Ugeskr Læger 1986;148:198-202.
2. Nørgaard GB, Maagaard RR, Olesen F. Praksisreservelæger og tutorlægers vurdering af praksisreservelægeordningen. Ugeskr Læger 1996;158:4181-4.
3. Kjaer NK, Tulinius C. Learning in general practice in Denmark. Maastricht: Maastricht University, 2003.
4. Knudsen KE, Lorentzen EF. Vurdering af praksisreservelæge-uddannelsen. Ugeskr Læger 1992;154:3150-5.
5. Maagaard R, Kjaer NK. Turnus med ophold i almen praksis – en nødvendig basis for speciallægeuddannelsen. Ugeskr Læger 2005;167:3425.
6. Højrup A. Status over praksisreservelæge, 7 reservelægers erfaringer. Ugeskr Læger 1983;145;3543-4.
7. Nørgaard GB, Maagaard RR, Olesen F. Det er stadigt godt at være tutorlæge? Ugeskr Læger 1996;158:4184-7.
8. Kjaer NK, Maagaard R, Wied S. Using an online portfolio in postgraduate training. Med Teacher 2006;28:708-12.
9. Tulinius C, Kjaer NK. Læring i almen praksis II, projekt fremtidens speciallæge. Sønderjyllands Amt, 2004.
10. Evaluering af inspektorordningen 2007, København: Sundhedsstyrelsen, 2007.
11. Boendermaker PM, Ket P, Dusman H et al. What influences the quality of educational encounters between trainer and trainee in vocational training for general practice? Med Teach 2002;24:540-3.
12. Conlon M. Appraisal: the catalyst of personal development. BMJ 2003;327:389-91.
13. Rutt GA, Dodd MJ; Northumbria vocational training scheme for general practice. A toolkit for trainer appraisal and development. Occas Pap R Coll Gen Pract 2003;85:1-37.