

Hvordan prioriterer de alment praktiserende læger ydelserne i almen praksis?

Jan Mainz, Peter Vedsted & Torsten Lauritzen

Resumé

Formål: Formålet med undersøgelsen var at belyse alment praktiserende lægers prioriteringer af ydelser i almen praksis.

Materiale og metoder: Undersøgelsen blev gennemført som en spørgeskemaundersøgelse. Der blev sendt spørgeskema til 919 læger fundet vha. et tilfældigt udtræk af Kommunedatas yderregister over alment praktiserende læger i 1999. Spørgeskemaet var udviklet i forbindelse med gennemførelsen af et EU BIOMED-projekt med henblik på at belyse patienters prioriteringer i almen praksis. Spørgeskemaet blev omformuleret, så spørgsmålene henvendte sig til praktiserende læger. Skemaet indeholdt 40 spørgsmål fordelt på fem hovedområder: lægefaglige ydelser, læge-patient-forholdet, information og støtte, tilgængelighed samt organisation af ydelser. Lægerne blev anmodet om at prioritere spørgsmålene på en fempunktsskala.

Resultater: I alt 577 (63,4%) besvarede spørgeskemaet. Lægerne prioriterede som hovedområde læge-patient-forholdet højest. Det højest prioriterede enkeltspørgsmål var, at den praktiserende læge skulle garantere tavshedspligten, mens det lavest prioriterede spørgsmål var, at lægerne skulle informere om patientorganisation og støtteorganisation.

Diskussion: De alment praktiserende læger prioriterer spørgsmål vedrørende læge-patient-forholdet og de lægefaglige kerneydelser højest, mens servicerelaterede aspekter har lavere prioritet. Ved sammenlignet med undersøgelser om patienters prioritering findes der stor overensstemmelse mellem, hvad de praktiserende læger og patienterne finder vigtigst.

Kendskab til patienters og praktiserende lægers prioriteringer af forskellige ydelser i almen praksis er en af forudsætningerne for en dybere forståelse af læge-patient-forholdet og tilrettelæggelse af ydelser i almen praksis. Dette har samtidig betydning for, at patientforløb kan tilrettelægges mest hensigtsmæssigt. Der er gennemført en del undersøgelser, der belyser, hvordan patienter vurderer kvaliteten af ydelser i almen praksis [1-3]. Der er ligeledes gennemført nogle undersøgelser, som belyser, hvilke aspekter der er vigtigst for patienterne i almen praksis [4-7]. Der er imidlertid kun gennemført få studier, som belyser, hvad de praktiserende læger finder vigtigst [6, 7]. Ingen af disse studier omfattede alle aspekter i relation til ydelser i almen praksis. I enkelte fokuserede man på specifikke patientgrupper [8, 9] og andre inkluderede kun et begrænset antal aspekter [6, 10]. Kun i en enkelt undersøgelse fra Holland er forskellene hos hollandske patienters og lægers prioriteringer belyst [11]. I en tidligere undersøgelse har vi belyst, hvad der er vigtigst i daglig klinik for patienter i almen praksis i

Danmark [12]. Formålet med denne undersøgelse er at belyse, hvad der er vigtigst for de praktiserende læger.

Materiale og metoder

Studiepopulation

Fra Kommunedatas yderregister over alment praktiserende læger blev der udtrukket 924 tilfældige alment praktiserende læger. For at sikre en så nuanceret og uafhængig besvarelse som muligt kunne kun en læge pr. ydernummer udtrækkes. Størrelsen på udtrukket var baseret på en styrkeberegning med forventet svarprocent på 70 (type 1- og type 2-fejl på henholdsvis 5% og 10% samt minimal relevant difference (MIREDIF) på 10%). Fra det primære udtræk måtte fem ekskluderes, idet fire havde deltaget i pilotafprøvning af undersøgelsen og en var medlem af projektgruppen. Der blev derfor udsendt spørgeskema til 919 læger.

Spørgeskemaet

Spørgeskemaet var udviklet i forbindelse med gennemførelsen af et EU BIOMED-projekt med henblik på at belyse patienters prioriteringer i almen praksis i otte lande [5, 12]. Spørgeskemaet blev udarbejdet på engelsk og oversat efter en standardiseret procedure [13]. Spørgeskemaet blev omformuleret således, at spørgsmålene henvendte sig til alment praktiserende læger. Spørgeskemaet indeholdt 40 spørgsmål, som var fordelt med otte spørgsmål i fem spørgsmålssektioner, der omfattede: den lægefaglige ydelse, læge-patient-forholdet, information og støtte, praksistilgængelighed og organisering. Dertil kom spørgsmål om lægen og lægens praksis. Lægerne blev anmodet om at prioritere hvert spørgsmål på en 5-punktsskala fordelt over kategorierne fra »ikke vigtigt« til »yderst vigtigt«.

Inden endelig udsendelse blev der gennemført en pilotafprøvning, hvorpå det endelige spørgeskema blev udformet. Spørgeskemaet blev udsendt maj 1999, og der blev udsendt påmindelse sammen med nyt spørgeskema til læger, der ikke havde svaret efter to uger.

Analyser

Hvert spørgsmål blev scoret ved at beregne andelen af læger, der angav spørgsmålet som meget/yderst vigtigt. Hvert spørgsmål blev rangstillet på basis af denne score. Hver af de fem spørgsmålssektioner blev rangstillet indbyrdes ved at beregne det gennemsnitlige antal læger, der pr. spørgsmål havde svaret meget/yderst vigtigt.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 1. Karakteristika for deltagende alment praktiserende læger (n=577). Sidste kolonne viser data fra P.L.O.s praksistælling.

	Denne undersøgelse			Praksistælling		
	kvinder	mænd	alle	kvinder	mænd	alle
Antal (%)	134 (23,2)	439 (76,1)	573 ^a (99,3)	1.090 (30,6)	2.478 (69,5)	3.568 (100)
Alder ^a	49,5 (45,0-54,0)	54,0 (50-58,8)	53,0 (48,0-57,0)	48,0 (43,0-53,0)	54 (49,0-58,0)	52 (47,0-57,0)
Anciennitet som praktiserende læge ^b	13,0 (6,0-20,0)	21,0 (14,0-25,0)	20,0 (10,0-25,0)	-	-	-
Ugentlig arbejdstid (timer) ^b	41,5 (37,8-50,0)	46,0 (40,0-50,0)	45,0 (40,0-50,0)	-	-	-
Patienter pr. læge ^b	1.600 (1.400-1.800)	1.500 (1.300-1.761)	1.542 (1.300-1.779)	1.477 (1.203-1.685)	1.501 (1.254-1.723)	1.500 (1.238-1.705)
<i>Praksistype (%)</i>						
Solo	59 (21,5)	216 (78,5)	275 (48,7)	-	-	1.115 (31,3)
Gruppe	15 (25,0)	45 (75,0)	60 (10,6)	-	-	486 (13,6)
Kompagniskab	59 (25,7)	171 (74,3)	230 (40,7)	-	-	1967 (55,1)
<i>Praksisbeliggenhed (%)</i>						
Land	5 (6,9)	67 (93,1)	72 (100)	-	-	-
By	100 (28,4)	252 (71,6)	352 (100)	-	-	-
Blandet	27 (19,4)	112 (80,6)	139 (100)	-	-	-

a) Fire læger opgav ikke køn. I alt indgår 577 læger i undersøgelsen.

b) Median med interkvartil spændvidde.

–: Ingen data.

Lægerne blev inddelt i undergrupper efter køn, alder (≤ 50 år, > 50 år), praksistype (solo-, gruppe- eller kompagniskabspraksis), ugentlig arbejdstid (≤ 45 timer, > 45 timer), antal patienter pr. læge på ydernummer (≤ 1.500 , > 1.500) samt praksisbeliggenhed (land, by eller blandet land og by). For hver undergruppe blev samtlige spørgsmål rangstillet på samme vis som for samtlige respondenter. De ti højest prioriterede spørgsmål for hver subpopulation blev herefter identificeret.

Til analyserne blev benyttet SPSS version 9.0.

Resultater

I alt responderede 626 praktiserende læger på henvendelsen. Af disse angav ni, at de ikke kunne deltage grundet orlov, sygdom og praksisophør, hvorfor det maksimale opnåelige antal spørgeskemaer var 910. Fyrre respondenter ønskede ikke at deltage. En endelig besvarelse forelå for 577 (63,4%) praktiserende læger.

Tabel 1 viser karakteristika for læger, der havde besvaret spørgeskemaet sammenholdt med alment praktiserende læger i hele landet.

Af de fem spørgsmålssektioner blev sektionerne »lægepatient-forholdet« og »lægefaglige ydelser« prioriteret højest, efterfulgt af »tilrettelæggelse og organisation«, »tilgængelighed« og »information og støtte« (Tabel 2). I tredje kolonne vises spørgsmålets rang blandt samtlige 40 spørgsmål og i fjerde kolonne andelen af læger, der svarede meget/yderst vigtigt.

I Tabel 3 er de højest prioriterede spørgsmål for hver undergruppe vist. Det ses, at der skulle i alt 17 spørgsmål til at dække alle grupperes ti højest prioriterede spørgsmål.

Diskussion

Undersøgelsen viser, at de praktiserende læger prioriterede spørgsmålssektionerne »lægepatient-forholdet« og »lægefag-

lige ydelser« højest, efterfulgt af »tilrettelæggelse og organisation«, »tilgængelighed« og »information og støtte«. Herved adskiller lægernes prioriteringer sig fra patienternes, idet patienter prioriterede »lægefaglige ydelser« og »tilgængelighed« højest [5, 12].

Undersøgelsen er baseret på et tilfældigt udtræk af praktiserende læger (ydere) i Danmark. Der blev kun udtrukket en læge pr. ydernummer. Denne fremgangsmåde betyder, at læger i kompagniskab kunne forventes at blive underrepræsenteret. Fordelingen i relation til praksistype bekræfter, at undersøgelsen har en større andel af solopraksis og en mindre andel af kompagniskabspraksis sammenholdt med praksistællingen (Tabel 1). Dog sikredes en så uafhængig besvarelse som muligt ved at minimere problemet med *cluster-sampling*. Andelen af kvinder i undersøgelsen er lavere end i praksistællingen. Det kan forklares med at færre kvinder end mænd har solopraksis. Med hensyn til praksisstørrelse og lægens alder svarer denne undersøgelsespopulation til praksistællingen. Besvarelsesprocenten er på samme niveau som andre tilsvarende undersøgelser [14].

Der er i undersøgelsen gjort store anstrengelser for at sikre indholdsvaliditeten af det anvendte spørgeskema ved at inddrage eksplicite litteraturevalueringer og resultater fra kvalitative interviews og fokusgrupper [4, 15, 16]. Spørgeskemaet må således antages at omfatte de væsentligste aspekter vedrørende ydelser i almen praksis.

De tre enkeltspørgsmål, der blev prioriteret vigtigst af lægerne var, »at lægen skal garantere, at tavshedspligten overholdes«, »at lægen skal gøre patienten så tryk, at denne frit kan fortælle om sine problemer«, samt »at lægen skal leve op til accepteret viden om god behandling« (Tabel 3). Af væsentlige forskelle mellem undergrupperne skal nævnes, at kom-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 2. Spørgeskemaets fem sektioner og 40 spørgsmål. Højest prioriterede aspekt er vist øverst (gennemsnitlige antal meget/yderst vigtigt per spørgsmål inden for aspektet vist parentes). Inden for hvert aspekt er spørgsmålene rangstillet med højeste rang øverst. Hvert spørgsmåls rang blandt samtlige spørgsmål er angivet i anden kolonne og i tredje kolonne ses andelen (%) af læger, der svarede meget/yderst vigtigt med 95% sikkerhedsgrænser (95% CI) i parentes.

Sektion	Spørgsmål	Rang i skema	% der angav meget/yderst vigtigt (95% CI)
Læge-patient-forholdet (309)	En praktiserende læge skal garantere at tavshedspligten overholdes.	1	85,6 (82,1-87,9)
	En praktiserende læge skal gøre patienten så tryk, at han/hun frit kan fortælle om sine problemer.	2	82,8 (79,7-85,9)
	En praktiserende læge skal forstå patientens ønsker i konsultationen.	4	74,7 (71,2-78,3)
	En praktiserende læge skal vise personlig interesse for patienten og dennes livssituation.	12	63,4 (59,5-67,3)
	En praktiserende læge skal acceptere at patienten har den endelige beslutning vedrørende undersøgelser og behandlinger.	16	61,2 (57,0-65,0)
	En praktiserende læge skal være parat til at diskutere undersøgelser og behandlinger og henvisninger, som patienten måtte ønske.	24	44,2 (39,9-48,1)
	En praktiserende læge skal acceptere, hvis patienten ønsker at søge »alternativ« behandling.	37	9,8 (6,7-11,3)
En praktiserende læge skal tillade, at patienten kontakter en anden læge for at høre dennes mening om problemet.	38	7,3 (4,9-9,1)	
Lægefaglige ydelser (309)	En praktiserende læge skal i sit arbejde leve op til accepteret viden om god lægefaglig behandling.	3	7,3 (73,6-80,4)
	En praktiserende læge skal kritisk vurdere værdien af råd og medicin.	8	66,8 (62,1-69,9)
	En praktiserende læge skal kritisk vurdere værdien af lægelige undersøgelser.	13	63,1 (59,1-67,0)
	En praktiserende læge skal regelmæssigt gå på kurser for at opnå indsigt i de nyeste behandlingsprincipper.	15	61,9 (57,0-65,0)
	En praktiserende læge skal ikke alene behandle sygdomme, men også tilbyde forebyggende undersøgelser og behandlinger.	19	57,4 (53,4-61,4)
	En praktiserende læge skal kun henvise patienten til specialist, hvis der er vigtige grunde hertil.	21	48,1 (44,0-52,2)
	Behandlingen hos en praktiserende læge skal sætte patienten i stand til at udføre sine normale daglige aktiviteter.	26	39,1 (35,0-43,0)
En praktiserende læge skal være i stand til at fjerne patientens symptomer hurtigt.	35	15,3 (12,1-17,9)	
Tilrettelæggelse og organisation (266)	Der bør være et godt samarbejde mellem en praktiserende læge og de øvrige ansatte i praksis.	7	71,3 (67,3-74,7)
	En praktiserende læge bør koordinere de forskellige typer af behandlinger, som patienten eventuelt får i sundhedsvæsenet.	11	63,7 (59,0-67,0)
	En praktiserende læge og andre behandlere f.eks. en specialist bør ikke give modstridende information.	17	60,5 (56,0-64,0)
	En praktiserende læge bør kende patientens sygehistorie, herunder tidligere iværksat behandling og information.	18	60,2 (56,0-64,0)
	Det bør være muligt at se den samme praktiserende læge ved hver eneste konsultation.	29	35,9 (31,1-38,9)
	Der bør være tilfredsstillende fysiske rammer hos en praktiserende læge.	30	35,5 (31,1-38,9)
	En praktiserende læge bør rådgive patienten og følge med i dennes behandling hos specialist	31	33,0 (29,2-36,8)
En praktiserende læge bør være villig til at foretage helbredsundersøgelser regelmæssigt.	36	10,5 (7,6-12,5)	
Tilgængelighed (309)	En praktiserende læge bør yde hurtigt hjælp ved akut sygdom.	5	74,1 (70,4-77,6)
	Under konsultation bør en praktiserende læge have tid nok til at lytte og forklare.	10	64,4 (60,1-67,9)
	Det bør være muligt at aftale et konsultationstidspunkt med en praktiserende læge indenfor kort tid.	20	55,2 (50,9-59,1)
	En praktiserende læge bør være villig til at aflægge hjemmebesøg.	22	47,6 (42,9-51,1)
	Det bør være nemt at komme til at tale med en praktiserende læge i telefon.	28	36,3 (32,1-39,9)
	Det bør være muligt at have den samme praktiserende læge til hele familien.	32	33,0 (29,2-36,8)
	Hvis patienten har en aftale med en praktiserende læge bør der ikke være lang ventetid i venteværelset.	33	25,6 (21,5-28,5)
En praktiserende læge bør tage hensyn til udgifter til forbindelse med behandling.	34	21,5 (17,7-24,3)	
Information og støtte (309)	En praktiserende læge skal aflægge hjemmebesøg, hvis patienten er alvorligt syg.	6	73,2 (69,4-76,6)
	En praktiserende læge skal vejlede patienten i at tage sin medicin korrekt.	9	65,2 (61,1-68,9)
	En praktiserende læge skal hjælpe patienten med at håndtere psykiske problemer, der måtte ledsage dennes helbredsproblem.	14	62,1 (58,0-66,0)
	En praktiserende læge skal fortælle patienten alt, hvad denne ønsker at vide om sin sygdom.	23	46,6 (41,9-50,1)
	En praktiserende læge skal hjælpe patientens familie til at støtte patienten i forbindelse med sygdom.	25	43,3 (39,0-47,1)
	En praktiserende læge skal i detaljer forklare formålet med undersøgelser og behandlinger.	27	37,3 (33,1-41,0)
	En praktiserende læge skal give patienten skriftligt informationsmateriale om konsultationstider, telefonnumre etc.	39	6,1 (4,1-7,9)
	En praktiserende læge skal informere om patientorganisationer og støttegrupper af betydning for patienten og dennes familie.	40	3,8 (1,6-4,4)

pagniskablægerne prioriterede samarbejdet mellem lægen og andre ansatte i praksis højt, hvilket ikke var udpræget blandt læger i gruppepraksis (Tabel 3). Landlæger prioriterede hjemmebesøg højere end bylæger. Det fremgår ligeledes, at landlæger prioriterede lægens rolle som koordinator langt højere

end bylæger eller læger i »blandede« land- og bypraksis. Derimod prioriterede bylæger patientens ret til autonomi meget højere end landlæger. Det kan ligeledes bemærkes, at kvindelige læger prioriterede håndtering af psykiske komponenter af dårligt helbred en del højere end mandlige kolleger (Tabel 3).

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Table 3. De ti øverst rangerede spørgsmål for samtlige respondenter og undergrupper opdelt på køn, alder, arbejdstid, antal patienter per læge, praksistype og beliggenhed. For hver undergruppe ses rangen for spørgsmål. Hvis et spørgsmål er forsvundet fra »top 10« er den nye rang angivet. Er et nyt spørgsmål kommet ind på »top 10«, er rangen for alle respondenter angivet. Har to eller flere spørgsmål fået samme rang er den gennemsnitlige rang angivet. Med 17 spørgsmål blev samtlige ti højest prioriterede spørgsmål repræsenteret for alle respondenter.

Spørgsmål	Alle	Køn		Alder, år		Arbejdstid, timer pr. uge		Patienter		Praksistype			Beliggenhed		
		♂	♀	≤50	>50	≤45	>45	≤1.500	>1.500	solo	gruppe	kompagni	land	by	blandet
Antal respondenter	575	134	439	199	369	302	267	258	286	277	60	230	72	353	140
En praktiserende læge skal garantere, at tavshedspligten overholdes	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
En praktiserende læge skal gøre patienten så tryk, at han/hun frit kan fortælle om mine problemer	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2
En praktiserende læge skal i sit arbejde leve op til accepteret viden om god lægefaglig behandling	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	7,5	3	3
En praktiserende læge skal forstå patientens ønsker i konsultationen	4	7	4	3	6	4	6	5	5	6	4	7	7,5	5	6
En praktiserende læge bør yde hurtig hjælp ved akut sygdom	5	4	5,5	6	4	6	4	7	4	5	5	6	5	4	7
En praktiserende læge skal aflægge hjemmebesøg hvis patienten er alvorligt syg	6	5	5,5	7	5	5	5	3	6	4	7	5	3	6	4
Der bør være et godt samarbejde mellem en praktiserende læge og de øvrige ansatte i praksis	7	8	7	5	7	7	7	6	7	7	13	4	6	7	5
En praktiserende læge skal kritisk vurdere værdien af råd og medicin	8	13	8	11	8	8	10	8	8	9	11	8	14	8	8
En praktiserende læge skal vejlede mig i at tage min medicin korrekt	9	6	13	9	12	15	8	9	13	10	8,5	10,5	10,5	9	13
Under konsultationen bør en praktiserende læge have tid nok til at lytte og forklare	10	12	11	14	10	14	9	11	10	8	14	16	10,5	13	10,5
En praktiserende læge bør koordinere de forskellige typer af behandlinger, som patienten eventuelt får i sundhedsvæsenet	11	14	9	10	15	11	12	10	9	13	8,5	12	4	15	10,5
En praktiserende læge skal vise personlig interesse for patienten og dennes livssituation	12	16	10	16	9	16	11	15	11	12	11	14	12	12	12
En praktiserende læge skal kritisk vurdere værdien af lægelige undersøgelser	13	15	12	17	11	17	13	14	14	16	6	13	16	11	14
En praktiserende læge skal hjælpe patienten med at håndtere psykiske problemer, der måtte ledsage dennes helbredsproblemer	14	9	17	8	18	10	17	13	16	19	11	9	15	18	8,5
En praktiserende læge skal regelmæssigt gå på kurser for at opnå indsigt i de nyeste behandlingsprincipper	15	11	16	13	17	12	15	16	12	15	17	10,5	17	14	8,5
En praktiserende læge skal acceptere, at patienten har den endelige beslutning vedr. undersøgelser og behandlinger	16	11	17	12	16	9	18	12	18	14	16	15	21	10	16
En praktiserende læge og andre behandlere f.eks. en specialist bør ikke give modstridende information	17	18	14	18	14	18	16	18	15	11	18	18	9	16	17

Helt overordnet viser denne undersøgelse ikke overraskende, at praktiserende læger prioriterer centrale spørgsmål vedrørende læge-patient-forholdet højest sammen med spørgsmål om de lægefaglige kerneydelser (Table 3).

Sammenligner man alment praktiserende lægers prioriteringer med patienters, er der god overensstemmelse med, hvad der betragtes som vigtigt [5, 12]. Blandt de ti højest prioriterede spørgsmål af spørgeskemaets 40 spørgsmål, er der så-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

ledes sammenfald for syv spørgsmåls vedkommende. Lægerne tre prioriteter blandt de ti højeste, der adskilte sig fra patienternes var »at den praktiserende læge skal forstå patientens ønsker«, »at den praktiserende læge skal vejlede patienten i at tage medicin korrekt« samt »at der er et godt samarbejde mellem læger og de øvrige ansatte i praksis«.

Hverken alment praktiserende læger eller patienter har prioriteret ventetidsaspekter højt. Dette tema har politisk og administrativt haft en betydelig plads i den sundhedspolitiske debat, men den spiller tilsyneladende ingen stor rolle i hverken lægerne eller patienternes prioritering. En undersøgelse har belyst, hvorledes hollandske alment praktiserende læger og patienter prioriterede de samme spørgsmål, som indgår i denne undersøgelse [11]. Samstemmende med vores undersøgelse viste den hollandske undersøgelse, at der var stor overensstemmelse mellem lægerne og patienternes prioriteringer. Undersøgelsen viste, at ventetidsaspekter såsom, »at kunne få en tid til konsultation inden for kort tid« og »at kunne komme til at tale med lægen i telefonen« blev prioriteret højere af patienterne end af lægerne. Dette bekræfter ligeledes, at prioritering af visse kvaliteter i relation til ydelser i almen praksis er universelle, mens andre aspekter er kulturspecifikke [5].

Korrespondance: Jan Mainz, Det Nationale Indikator Projekt, Stenvej 25 st., DK-8270 Højbjerg.

Antaget den 22. oktober 2003.

Aarhus Universitet, Institut for Almen Medicin og Forskningsenhed for Almen Medicin.

Litteratur

1. Wensing M, Grol R, Smits A. Quality judgements by patients on general practice care. *Soc Sci Med* 1994;38:45-53.
2. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval Program Plann* 1983;6:185-210.
3. Lewis JR. Patient views on quality care in general practice: literature review. *Soc Sci Med* 1994;39:655-70.
4. Wensing M, Jung HP, Mainz J et al. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. *Soc Sci Med* 1998;47:1573-88.
5. Grol R, Wensing M, Mainz J et al. Patient priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Fam Pract* 1999;6:4-11.
6. Hagman E, Rehnstrøm T. Priorities in primary health care. *Scand J Prim Health Care* 1985;3:187-200.
7. Smith CH, Armstrong D. Comparison of criteria derived by government and patients for evaluating GP services. *BMJ* 1989;299:494-6.
8. Hares T, Spencer J, Gallagher M et al. Diabetes care: who are the experts? *Qual Health Care* 1992;1:219-24.
9. Satcher D, Kosecoff J, Fink A. Results of a need assessment strategy in developing a family practice programme in an inner city community. *J Fam Pract* 1980;10:871-9.
10. Hyatt JD. Perceptions of the family physicians by patients and family physicians. *J Fam Pract* 1980;10:295-300.
11. Jung HP, Wensing M, Grol R. What makes a good general practitioner: do patients and doctors have different views? *Br J Gen Pract* 1997;47:805-9.
12. Mainz J, Olesen F, Vedsted P. Hvad forventer patienterne af de praktiserende læger? *Ugeskr Læger* 1998;160:4876-81.
13. Kvamme O, Mainz J, Helin A et al. Methodological problems concerning translations of questionnaires. *Nord Med* 1998;113:363-6.
14. Wensing M, Mainz J, Kvamme O et al. Effect of mail reminders on the response rate in surveys among patients in general practice. *J Clin Epidemiol* 1999;52:585-7.
15. Wensing M. Patients evaluate general practice [ph.d.-afhandling]. Nijmegen: University of Nijmegen, Centre for Quality of Care Research, 1996.
16. Mainz J. Problemidentifikation og realitetsvurdering i sundhedsvæsenet. (ph.d.-afhandling). København: Munksgaard, 1996.

Titler/stillingsbetegnelser på alle forfattere i Ugeskrift for Læger

Det har hidtil været praksis at kun ikkelæger fik påført stillingsbetegnelse ved artikler og indlæg. Da Ugeskrift for Læger læses af mange, som ikke kender alle de forfattere og debattører, som skriver til os, vil vi gerne være så informative som muligt i vores angivelser af forfattere. Derfor er det besluttet at anføre stillingsbetegnelser på alle. Endvidere vil e-mail-adresse på den korrespondanceansvarlige forfatter blive oplyst.

I de seneste måneder er dette allerede indført i den politiske del af Ugeskriftet og under debatten, men fra den 1. januar 2004 vil det også gælde for de videnskabelige artikler i Videnskab og praksis. Derfor bedes man allerede nu påføre stillingsbetegnelser for samtlige forfattere ved indsendelse af manuskripter.

Generelt anføres kun én stillingsbetegnelse og der medtages ikke akademiske grader. Der skrives f.eks. kun enten professor eller overlæge, ikke begge dele.

Ønskes et indlæg optaget som et privat debatindlæg, skal det anføres specifikt.

Det er forfatterens ansvar, at vi modtager de korrekte oplysninger.

Redaktionen