

# Læringsnettverk for bedre kvalitet i allmennpraksis

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Læringsnettverk for kvalitetsforbedring har vært en del brukt i sykehus, men i mindre grad i allmennpraksis. Vi har undersøkt hvordan slike nettverk egner seg for allmennelegekontorer, hvilke forutsetninger som kreves og hvilke resultater det kan gi.

**Materiale og metode.** Seks allmennelegekontorer deltok i ett år i et nettverk. Hvert kontor var representert ved en tverrfaglig gruppe med lege, sykepleier og laboratorie- og kontorpersonale. Gruppene fikk opplæring i en metode og innføring i prinsippene for å sikre fremdrift i forbedringsarbeidet. Nettverket møttes i alt fem ganger for veiledning og gjensidig læring av hverandres erfaringer. Mellom samlingene fikk gruppene individuell veiledning på sine forbedringsprosjekter.

**Resultater.** Nettverkssamlingene i skapte entusiasme og stimulerte til tverrfaglig refleksjon over egen praksis. Alle gruppene oppnådde vesentlige forbedringer på sentrale områder i pasienttilbudet, unntatt i ett tilfelle, der arbeidet stoppet fordi lederen for legekontoret sluttet.

**Fortolkning.** Erfaringene tyder på at læringsnettverk egner seg som metode for å iverksette systematisk kvalitetsforbedring i allmennpraksis, og at kunnskap om hensiktsmessig organisering av forbedringsarbeidet kan øke sannsynligheten for å oppnå resultater.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

**Otto Brun Pedersen**

*otto-bp@online.no*

Institutt for samfunnsmedisinske fag

Universitetet i Bergen

Postboks 7804

5020 Bergen

og

Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Göteborg

**Einar Hovlid**

Fylkesmannen i Sogn og Fjordane

6863 Leikanger

Kollegiale nettverk for etterutdanning og fagutvikling i allmennpraksis har fått økende oppmerksomhet (1). Slike læringsnettverk (communities of practice) består av yrkesutøvere som kan være geografisk atskilt, men som har samme arbeidsoppgaver. Læringen er basert på deling av tidligere erfaringer og ny kunnskap og skjer gjennom mer eller mindre formelle møter (2). Uformelle læringsnettverk kan styrkes gjennom tilrettelegging for mer effektive læringsprosesser (3). Strukturering av nettverk blir stadig mer vanlig i kunnskapsbedrifter, særlig i forbindelse med innføring av ny teknologi. Erfaringer fra blant annet IT-bransjen og oljeindustrien tyder på at tilrettelagte læringsnettverk kan føre til bedre ytelse hos individer så vel som i hele organisasjoner (4).

Gjensidig kollegaveiledning og smågrupper er eksempler på strukturering av uformelle læringsnettverk i videre- og etterutdanningen for leger (5, 6). Strukturerte nettverk har også vært utprøvd ved opplæring og veiledning i kvalitetsforbedring både i kommunehelsetjenesten og i sykehusene, med Legeforeningens «gjennombruddsprosjekter» som den mest kjente modellen (7). Evalueringer av forsøkene her i landet har ennå ikke avklart i hvilken grad målene for opplæringen blir nådd (8, 9). Internasjonale erfaringer viser at en stor andel av dem som deltar i læringsnettverk for kvalitetsforbedring ikke fullfører prosjektene, og også at forbedringsarbeidet ofte stanser opp når nettverket avsluttes (10, 11).

En gjennomgang av litteraturen om læringsnettverk for kvalitetsforbedring i helse-tjenesten konkluderer med at nettverkene kan føre til bedre pasientbehandling. Men det er store variasjoner i resultat, og det er usikkert om nettverksarbeid, slik det vanligvis blir lagt opp og gjennomført, er mer kostnadseffektivt enn andre metoder for kvalitetsforbedring. En rekke faktorer som

kan forklare hvorfor noen nettverk oppnår bedre resultater enn andre er identifisert. Det dreier seg både om organisering av selve forbedringsarbeidet og formen på opplæring og veiledning (12). Betydningen av disse faktorene kan forklares ut fra teoretiske modeller for læring i organisasjoner (3).

Disse faktorene kan grupperes i fem kategorier:

- Tverrfaglighet: Forbedringsgruppene i nettverket bør bestå av medarbeidere fra samme behandlingsenhet. Alle aktuelle faggrupper i enheten må være representert.
- Ledelse: Lederen for behandlingsenheten må også lede forbedringsarbeidet og ta ansvar for å sikre at det blir videreført. Ledelse på overordnet nivå må etterspørre og støtte forbedringsarbeidet.
- Tilrettelegging: Forbedringsgruppen må ha avsatt tilstrekkelig tid til nødvendige møter. Innbyrdes roller i gruppen må være avklart, slik at man for eksempel vet hvem som har ansvar for skrivearbeidet.
- Forbedringsmetode: Metoden må bidra til at gruppene selv finner frem til relevante områder for forbedring, setter eksplisitte mål og vurderer om målene blir nådd.
- Opplæring og veiledning: Læringsnettverket må gjennomføres etter en realistisk milepælsplan og med en ansvarlig koordinator. Opplæringen bør være mest mulig selvstyrt og bygge på deltakernes egne erfaringer.

Gjennom et pilotprosjekt i Sogn og Fjordane har vi undersøkt hvordan disse faktorene kan brukes som rettesnor for planlegging og gjennomføring av læringsnettverk for kvalitetsforbedring i allmennpraksis.

## Hovedbudskap

- Læringsnettverk for kvalitetsforbedring kan gi bedre pasientbehandling i allmennpraksis
- Muligheten for å lykkes øker når det blir tatt hensyn til forutsetninger for effektivt teamarbeid, som aktiv ledelse og tverrfaglig deltakelse
- Læringsnettverk trenger ekstern bistand i form av koordinering og veiledning

## Materiale og metode

### Forbedringsmetoden

Metoden som ble benyttet i prosjektet var prosessforbedring, som er basert på et velkjent prinsipp for kontinuerlig forbedring i helsetjenesten (13). Det går ut på at klinikerne selv identifiserer en arbeidsoppgave som trenger forbedring, standardiserer den, velger relevante kvalitetsindikatorer og samler data som kan vise om forbedringstiltak har hatt ønsket effekt (14). Prosessforbedring egner seg spesielt godt for tverrfaglige, selvstyrte team (15). Metoden understøtter en dialog som synliggjør de enkelte faggruppens bidrag i det felles arbeidet. Samtidig får man satt kritisk søkelys på hvordan arbeidsoppgaver gjennomføres. På denne måten styrkes læringsprosesser der medarbeiderne kan få bredere oversikt over virksomheten og bedre styring på eget arbeid (16).

### Læringsnettverket

Allmennlegekontorene i de 26 kommunene i Sogn og Fjordane fikk invitasjon fra Fylkesmannen om å delta i læringsnettverket (17). Forutsetninger var at forbedringsgruppene fra de enkelte kontorene måtte bestå av minst tre personer og være tverrfaglig sammensatt (lege og medarbeidere), at gruppene deltok gjennom hele prosjektperioden og at de bidro til erfaringsoverføring når prosjektet var over. Størrelsen på nettverket ble begrenset til seks legekontorer for å sikre at alle fikk tilstrekkelig anledning til å presentere sine erfaringer på samlingene. To medarbeidere fra Fylkesmannens helse- og sosialavdeling sto for praktisk tilrettelegging og løpende veiledning.

Ni legekontorer meldte sin interesse. Etter en helhetsvurdering ble seks av disse valgt ut. Kontorene varierte i størrelse fra seks til 22 ansatte.

Fra januar til november 2005 ble det avholdt fem samlinger i nettverket. Første og siste samling gikk over to dager med overnatting for å gi mer tid til erfaringsutveksling. Den første samlingen besto av opplæring i plenum og gruppearbeid. Deltakerne fikk innføring i forbedringsmetoden og planen for nettverket. De ble også orientert om hvilke kritiske faktorer som var avgjørende for fremdriften av forbedringsarbeidet og betydningen av å sikre at disse forutsetningene ble oppfylt. I gruppearbeidet fant hvert legekontor frem til hvilket område de ville forbedre, og startet arbeidet med å visualisere den aktuelle arbeidsprosessen i form av et flytdiagram.

Gruppene tok flytdiagrammet med tilbake til sine kontorer for å diskutere utkastet med de andre medarbeiderne. På denne måten ble en nødvendig involvering og medvirkning fra hele kontoret sikret.

På de etterfølgende samlingene presenterte gruppene prosjektene for hverandre. Hver gruppe la også frem status med tanke på sine forutsetninger for å kunne gjennomføre forbedringsarbeidet. Gruppene fikk tilbakemeldinger og råd for det videre arbeidet fra veilederne og de andre i nettverket.

I tiden mellom samlingene fikk gruppene veiledning fra Fylkesmannen. Veiledningen foregikk i gjennomsnitt hver fjortende dag gjennom telefonmøter, e-post og enkelte ganger også ved personlig kontakt.

Læringsnettverket var planlagt slik at forbedringsarbeidet skulle gjennomføres i tilnærmet samme tempo i alle gruppene. Ett kontor måtte legge ned sitt prosjekt på grunn av at lederen sluttet, men det ble tatt opp igjen etter at ny leder var ansatt.

## Resultater

Resultatene kan deles inn i tre områder. Det første gjelder måloppnåelsen i hvert enkelt prosjekt. Det andre dreier seg om i hvilken grad kontorene greide å sikre forutsetningene for å drive systematisk forbedringsarbeid i en travel hverdag. Det tredje handler om ringvirkninger som oppstår ved tverrfaglig analyse og forbedring av virksomheten.

### Oppnådde forbedringer

De fleste gruppene valgte seg forbedringsområder som dreide seg om kommunikasjon og samhandling. En gruppe så på samarbeidet mellom fastlegene og hjemmesykepleien når det gjaldt medikamentforskrivning. En annen tok for seg interne rutiner ved fornyelse av resepter. To grupper valgte å styrke medarbeidernes kompetanse på vurdering av telefonhenvendelser utenfra. Telefongjengelighet var tema for en gruppe. Den siste gruppen tok for seg behandlingstilbudet til diabetikere – man ville øke tilgjengeligheten for pasientene og bedre det medisinskfaglige innholdet.

Fem av de seks gruppene fullførte sine prosjekter med vesentlige forbedringer på de valgte områdene. Tabell 1 gir en oversikt over innhold og resultater av prosjektene ved de enkelte legekontorene.

Legekantorene A, B og C oppnådde en betydelig reduksjon i feil og avvik, i størrelsesorden 44–75 %, vurdert ut fra de indikatorene som ble benyttet. Ved legekontor D gjennomførte man vesentlige endringer i rutinene når det gjaldt besvaring av telefonhenvendelser og prøvetaking, og opplæringen av og beslutningsstøtten for medarbeiderne ble styrket. Gruppen tok medarbeidernes utsagn om bedre mestring og økt trygghet i arbeidssituasjonen som tegn på at endringene hadde gitt resultater. Gjennom enkle omlegginger av rutinene oppnådde legekontor E en reduksjon i antall telefonhenvendelser fra pasienter på rundt 20 %. Prosjektet til legekontor F, som stoppet opp da lederen sluttet, førte ikke til konkrete resultater.

### Organisering av forbedringsarbeidet

Fem av kontorene besto av selvstendige leger i kontorfellesskap, med kommunen som arbeidsgiver for hjelpepersonalet og ansvarlig for den praktiske driften. Ett kontor var privateid og privat drevet. Ved alle kontorene hadde man etablert fellesmøter

for medarbeiderne, men struktur, hyppighet og formaliteter rundt møtene varierte i betydelig grad. Flere oppdaget at de hadde behov for å styrke sin interne møtestruktur i løpet av prosjektperioden.

Alle kontorene hadde en lege som definert leder. Vedkommende var også leder for forbedringsprosjektet. Et av kontorene sendte forskjellige leger på de første nettverkssamlingene. Intensjonen var at dette skulle bidra til bedre forankring og eierskap til prosjektet innad på kontoret. I praksis bidro den stadige utskiftningen i gruppen til mangelfull fremdrift og uklar styring. Etter hvert valgte kontorets leder å bli fast deltaker i gruppen, slik at prosjektet ble løst trygt i havn.

### Kritiske faktorer for fremdrift

På hver samling gjorde hver gruppe opp status i forhold til de antatte forutsetningene for at forbedringsarbeid skal føre frem. De rapporterte om i hvilken grad ledere og medarbeidere var involvert, om tilrettelegging og fremdrift i gruppens eget arbeid, om de opplevde at forbedringsmetoden var relevant i forhold til det aktuelle innsatsområdet og om de fikk tilstrekkelig veiledning.

Hver gang fremdriften avtok i noen av gruppene, var det tydelig at en eller flere av disse forutsetningene var svekket. Sårbarheten var størst når det gjaldt teamledernes involvering og den tverrfaglig deltakelsen i forbedringsarbeidet. På nettverkssamlingene kom de andre gruppene med ideer om hvordan fremdriften kunne sikres. Disse innspillene bidro til tydeligere oppgavefordeling i gruppene og medvirket sannsynligvis til å forebygge at forbedringsarbeidet stoppet helt opp for to av legekantorene.

### Ressursbruk

Forbedringsgruppene møttes gjennomsnittlig hver fjortende dag gjennom hele prosjektperioden. I stor utstrekning foregikk dette utenfor ordinær arbeidstid.

Ett gruppelem hadde ansvar for å tegne flytdiagrammer og presentere data ved hjelp av tegneprogram (PowerPoint) og regneark (Excel). Ved noen av kontorene var det begrenset kjennskap til disse verktøyene. I starten førte dette til flere timers merarbeid hver uke, selv om de fikk opplæring og veiledning. I de gruppene der det var erfaring med dataprogrammene, trengte man gjennomsnittlig en time i uken til skrivarbeidet.

Alle kontorene brukte etablerte personalmøter til å involvere de andre medarbeiderne i forbedringsarbeidet. Prosjektene ble drøftet på slike fellesmøter en til to ganger i måneden. Gruppene rapporterte at dette var tilstrekkelig for å oppnå nødvendig medvirkning fra de øvrige ansatte ved kontoret.

### Ringvirkninger

Forbedringsarbeidet hadde en rekke ringvirkninger som deltakerne kunne finne like betydningsfulle som resultatene av de kon-

**Tabell 1** Legekantorenes innsatsområder og resultater

Legekontor	Forbedringsområde	Målsetting	Tiltak	Resultat	Merknad
A	Medikament-håndtering	Bedre samsvar mellom hjemmesykepleiens og fastlegenes medisinalister	Retningslinjer for medisinbestilling og håndtering av resepter	Andelen medisinbestillinger fra hjemmesykepleien som stemte med fastlegenes medisinalister økte fra 29 % til 64 %	
B	Medisinsk faglig vurdering av telefonhenvendelser	Styrke medarbeidernes faglige vurdering av telefonhenvendelser. Sikrere intern formidling av beskjeder	Innføre elektronisk beslutningsstøtte for medarbeiderne. Nye rutiner for formidling av beskjeder	Telefoner satt over fra medarbeidere til lege redusert med 76 %, til sykepleier med 44 %. Beskjeder på «gule lapper» redusert med 75 %	
C	Medikament-forskrivning	Redusere feil og avvik i resepter	Retningslinjer for samhandling mellom leger og medarbeidere ved reseptfornyelser	Andel resepter med registrerte avvik redusert fra 15 % til 6 %	
D	Vurdering av henvendelser om øyeblikkelig hjelp	Øke medarbeidernes ferdigheter og redusere deres usikkerhet med hensyn til å vurdere henvendelsene	Innføre elektronisk beslutningsstøtte for medarbeiderne. Nye interne rutiner for telefon-svar og prøvetaking. Opplæring i førstehjelp	Beslutningsstøtte tatt i bruk av medarbeiderne, som rapporterte større grad av opplevd mestring og trygghet	Kontoret fikk ny leder i løpet av prosjektperioden
E	Telefontilgjengelighet for pasienter	Redusere telefonbruk ved bestilling av time og resepter	Nye retningslinjer for fornyelse av resepter og timeavtaler	Totale antall telefonhenvendelser redusert med 21 %. Telefonbestilling av resepter redusert med 22 %, for timeavtaler med 19 %	
F	Oppfølging av pasienter med diabetes	Sikre behandling i tråd med kliniske retningslinjer. Redusere ventetid for pasientene. Overføre oppgaver fra lege til sykepleier	Utarbeide planer og retningslinjer for «diabetespoliklinikk» som skal drives av sykepleier i samarbeid med lege. Lage tilsvarende planer for «hypertensjonspoliklinikk»	Tverrfaglig enighet ved kontoret om å innføre poliklinikken. Prosjektet stoppet opp da legen i forbedringsgruppen skiftet jobb. Ny lege vil fortsette prosjektet	Kontoret hadde tre ledere i løpet av prosjektperioden

krete prosjektene. For eksempel kunne man bli oppmerksom på andre områder ved virksomheten som trengte forbedring og ta tak i disse ved siden av det aktuelle prosjektet. Andre ringvirkninger dreide seg om styrking av arbeidsmiljøet, blant annet gjennom tydeligere ledelse og ansvarsdeling eller bedre muligheter for læring. Mange uttrykte glede over å treffe kolleger fra andre kommuner for å kunne drøfte faglige og organisatoriske problemer.

De ulike personellgruppene rapporterte at de fikk større forståelse for hverandres

arbeidsoppgaver. Dette gjaldt i særlig grad medarbeiderne på legekantorene, som klart ga uttrykk for at de opplevde at deres kompetanse ble mer verdsatt enn tidligere.

I tabell 2 er det gjengitt en del utsagn fra nettverkssamlingene som illustrerer disse erfaringene.

*Videreføring av forbedringsarbeidet*

De fleste gruppene hadde planer om nye forbedringsprosjekter i forlengelsen av nettverket. Ved ett kontor ville man fortsette forbedringsarbeidet på egen hånd. Ved de

øvrige ønsket man at nettverket skulle videreføres i en enklere form, med samlinger en til to ganger i året. Fylkesmannens tilrettelegging og veiledning ble vurdert som helt nødvendige forutsetninger for videreføringen.

**Diskusjon**

Pilotprosjektet viste at allmennlegekantorer kan dra nytte av læringsnettverk i kvalitetsforbedringen. Deltakernes prioritering av innsatsområder samsvarer med Helsetilsynets risikoanalyse av sårbare og risikoutsatte områder i allmennlegetjenesten, for eksempel tilgjengelighet og forskrivning av legemidler (18). Dette bekrefter at forbedringsarbeidet ble satt inn på relevante områder av kantorenes virksomhet. Resultatene som ble oppnådd var i samme størrelsesorden som ved tilsvarende prosjekter i sykehus (19).

Gruppene brukte forbedringsmetoden på en pragmatisk måte. De fulgte den trinnvise arbeidsgangen, men gjorde en del forenklinger når det gjaldt innhenting av data og bruk av statistikk. For eksempel fant de frem til kvalitetsindikatorer som var lett tilgjengelige og enkle å registrere. De fleste foretrakk å gjøre ukompliserte sammenlikninger av gjennomsnitt av målinger før og etter forbedringstiltak fremfor å bruke tidsserieanalyse. Disse løsningene hadde tilstrekkelig presisjon og gyldighet i forhold til gruppenes behov for å konstatere om forbedringstiltak hadde ført frem.

**Tabell 2** Eksempler på utsagn om ringvirkninger av forbedringsarbeidet

Tema	Utsagn
Samarbeid	Leger og medarbeidere har fått større forståelse for hverandres arbeidsoppgaver. Gjennom prosjektet har medarbeiderne fått bekreftelse og anerkjennelse for den viktige kompetansen de besitter. Dette har bidratt til økt trygget og trivsel i arbeidet. Teamfølelsen er blitt styrket på samlingene i nettverket
Ledelse	Det er viktig å ha en leder som er pådriver og at alle involverte er med i prosjektet. Forpliktelse er nødvendig for å oppnå forbedringer. Forbedringsmetoden hjelper til med å være grundig og gå i dybden
Læring	Vi er blitt mer bevisst på hvordan vi løser oppgaver eller problemer. Forbedring krever innsats fra alle, og det krever veiledning. Leger og medarbeidere har lært å drive en felles læringsprosess
Nettverk	Nesten like viktig som resultatet av eget arbeid har det vært å få del i de andre kantorenes arbeid og resultater og deres vurderinger av og kommentarer til vårt prosjekt. Dette har gjort arbeidet mer effektivt og morsomt. Erfaringsutveksling med andre legekantorer er svært viktig og det sterkeste argumentet for å sette i gang med nye nettverk

Medarbeiderne ble etter hvert jevnbyrdige med legene i diskusjonene rundt de enkelte prosjektene. Det oppsto en form for tverrfaglig erfaringsutveksling og refleksjon som har vært etterlyst i videre- og etterutdanningen for allmennleger og deres medarbeidere (1, 20). Prosjektene omfattet flere tiltak som er anbefalt av Sosial- og helsedirektoratet med tanke på kvaliteten av helse-tjenestene, for eksempel styrking av tverrfaglig samhandling og kommunikasjon, etablering av verktøy for beslutningsstøtte og kartlegging av risiko knyttet til det kliniske arbeidet (21).

Hva slags driftsmodell et legekantor hadde, så ut til å være uten betydning for resultatene så lenge ledelsen av kontorfellesskapet var tydelig.

Deltakernes egen innsats utgjorde den vesentligste andelen av ressursbruken i læringsnettverket. For å involvere de øvrige medarbeiderne ved kontoret var det tilstrekkelig å bruke den interne møtestrukturen som allerede var etablert. Selve nettverksmodellen kan virke forholdsvis ressurskrevende. Problemet er å finne mindre kostnadskrevende alternativer som er like effektive. Grundig og praksisnær veiledning i kollegagrupper ser ut til å være helt nødvendig for at behandlingssenheter skal greie å gjennomføre systematisk kvalitetsforbedring (22).

De fleste kontorene ville fortsette forbedringsarbeidet dersom de kunne få veiledning. En forlengelse av nettverksarbeidet ville kreve tilgang på kvalifiserte veiledere og ressurser til tilrettelegging og koordinering, noe som ikke var planlagt i dette tilfellet. For å få varig effekt av et læringsnettverk bør veiledningen og tilretteleggingen fortsette i en eller annen form slik at kunnskapen om forbedringsmetoden holdes ved like og blir tatt i bruk på nye områder (12).

Vi har ikke gjort noen systematisk evaluering av langtidseffektene, men er kjent med at man ved to av legekantorene har fortsatt med nye forbedringsprosjekter på eget initiativ etter at nettverket ble avsluttet. Temaene de valgte ligger tett opptil det som de andre legekantorene hadde forbedret i løpet av tiden med læringsnettverket.

Deltakerne i nettverket ble rekruttert ut fra faktorer som erfaringsvis har betydning for at behandlingssenheter skal lykkes med forbedringsprosjekter (12). Det aktuelle utvalget omfattet legekantorer som antakelig var bedre organisert og hadde medarbeidere som var mer motivert enn gjennomsnittet når det gjelder å drive tverrfaglig fagutvikling. Slik sett kan resultatene fra dette nettverket ha begrenset overføringsverdi.

Erfaringen viser at man bør unngå å sette i gang læringsnettverk før nødvendig veiledning og koordinering er sikret og det er avklart hvordan resultatene kan videreføres (3). Dette er forholdsvis enkelt å gjennomføre i større organisasjoner. Allmennlegetjenesten består mest av små enheter som hver

for seg verken har kapasitet eller ressurser til å starte opplæring i systematisk forbedringsarbeid. Initiativet til å opprette slike nettverk bør komme fra kommunene, som har ansvaret for at innbyggerne får forsvarlige helse-tjenester. Tilrettelegging av nettverk kan foregå som et regionalt samarbeid mellom flere kommuner, gjerne med støtte fra Fylkesmannen eller andre instanser med tilstrekkelig kompetanse på rådgivning på området.

### Konklusjon

Regionale læringsnettverk for kvalitetsforbedring kan egne seg for allmennpraksis både for å oppnå konkrete forbedringer i behandlingstilbudet og for å styrke tverrfaglig refleksjon og samhandling ved det enkelte legekantoret. Ved planlegging av nettverkene bør man legge vekt på å sikre nødvendige forutsetninger for at deltakerne skal lykkes med sine forbedringsprosjekter. Opprettelse og videreføring av læringsnettverk kan skje gjennom interkommunalt samarbeid med ekstern veiledning og koordinering fra for eksempel Fylkesmannen.

*Prosjektet fikk økonomisk støtte av Den norske legeforening og Sosial- og helsedirektoratet.*

### Litteratur

1. Flottorp S, Bjerkeland E, Bærheim A et al. Hvordan bedre kvalitet og videre- og etterutdanning i allmennpraksis? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 601–2.
2. Wenger E. Communities of practice. Cambridge: Cambridge University Press, 1988.
3. Wenger E, McDermott R, Snyder WM. Cultivating communities of practice. Boston: Harvard Business School Press, 2002.
4. Lesser EL, Storck J. Communities of practice and organizational performance. IBM Systems Journal 2001; 40: 831–41.
5. Johannessen LB. Smågrupper i etterutdanningen i allmennmedisin. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2241–2.
6. Staff AC, Flem-Jacobsen A. Gjensidig kollegaveiledning etter endt spesialistutdanning. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 128.
7. Rainey TG, Kabacennell A, Berwick DM et al. Breakthrough series guide: reducing costs and improving outcomes in adult intensive care. Boston: Institute for Healthcare Improvement, 1998.
8. Mjell J, Hjortdahl P. Lokale grupper som verktøy for kvalitetssikring i kommunehelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1707–9.
9. Häger R, Øian P, Nilsen ST et al. Gjennombrudds-prosjektet om keisersnitt. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 173–5.
10. Solberg LI. If you've seen one quality improvement collaborative... Ann Fam Med 2005; 3: 198–9.
11. Mittman BS. Creating the evidence base for quality improvement collaboratives. Ann Intern Med 2004; 140: 897–901.
12. Øvretveit J, Bate P, Cleary P et al. Quality collaboratives: lessons from research. Qual Saf Health Care 2002; 11: 345–51.
13. Carey RG, Lloyd RC. Measuring quality improvement in healthcare. New York: Quality Resources, 1995.
14. Kvalitetsforbedring i psykisk helsevern: prosessforbedring i klinisk virksomhet. Helsetilsynets utredningsserie 5–2001. Oslo: Statens helsetilsyn, 2001.
15. Øvretveit J. Pathways to quality: a framework for cost-effective team quality improvement and multiprofessional audit. J Interprof Care 1994; 8: 329–33.
16. Hustad V. Læring i arbeidsmiljøet. Oslo: Samlaget, 1998.

17. Kvalitetsforbedring i allmennlegetjenester. Erfaringer fra et læringsnettverk i Sogn og Fjordane. Leikanger: Fylkesmannen i Sogn og Fjordane, 2005. www.fylkesmannen.no/digimaker/documents/rapport\_legenetttverk\_9mY3oP60244rk.doc (19.9.2007).
18. Allmennlegetjenesten – en risikoanalyse. Rapport fra Helsetilsynet 13/2004. Oslo: Statens helsetilsyn, 2004.
19. Striving toward improvement. Six hospitals in search of quality. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1992.
20. Håvelsrud K, Flottorp S, Fretheim A et al. Hva gjør fastlegens medarbeidere for å holde seg faglig oppdatert? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 307–9.
21. «- og bedre skal det bli». Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. Veileder IS-1162. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2005.
22. Grol R, Wensing M, Eccles M. Improving patient care. Edinburgh: Elsevier, 2005.

*Manuskriptet ble mottatt 6.10. 2006 og godkjent 21.12. 2007. Medisinsk redaktør Geir Jacobsen*