

# Legers oppfatning av samhandlingen mellom nivåene i helsetjenesten

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Norske myndigheters målsetting om sammenhengende helsetjenester basert på samhandling møter store utfordringer. Vi har undersøkt holdningen hos leger fra ulike nivåer og deres erfaringer med samhandling

**Materiale og metode.** I tre fokusgrupper deltok 15 mannlige og to kvinnelige leger med varierende yrkeserfaring – fra tre måneder til 28 år. Intervjuene ble transkribert og kvalitativt analysert.

**Resultater.** Når det gjelder forståelse av og synspunkter på samhandling, fant vi ulikheter ut fra hvilket nivå legene arbeidet på. Primærlegene vektla tillit, respekt, kjennskap og tilgjengelighet, *altså det relasjonelle*, mens lokalsykehusets leger vektla kompetanse, stabilitet og tilgjengelighet, *altså kapasitet*. Leger på sentralsykehusnivå vektla egen og samarbeidspartneres faglige interesse, tilgjengelighet og formaliserte strukturer, *altså mer kapasitet og struktur*. Personlig bekjentskap og kontakt skriftlig og muntlig var viktig, men kliniske retningslinjer, individuelle planer, ansvarsgrupper og andre tilrettelegginger var også av betydning for god samhandling. Et uttalt klart «følgeansvar» for pasienten på alle tre nivåer var et uventet funn.

**Fortolkning.** God samhandling mellom leger synes å være en balanse mellom det relasjonelle, med vekt på dialogen, strukturelle tilrettelegginger, tilgjengelighet, kontinuitet, kapasitet og faglig kompetanse. Det synes også å være nødvendig med en rolleavklaring i forhold til ansvaret for pasienten.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

**Oppgitte interessekonflikter:**  
Se til slutt i artikkelen

**Betty Pettersen**  
[betty@poseidon.no](mailto:betty@poseidon.no)

**Roar Johnsen**  
Institutt for samfunnsmedisin  
Universitetet i Tromsø  
9037 Tromsø

Myndighetene ønsker å utvikle sammenhengende helsetjenester for brukerne, basert på samhandling innad i og mellom nivåene (1). Dette gjenspeiles i at et søk med ordene «samhandling og spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten» på Helse- og omsorgsdepartementets hjemmeside for dette århundret ga treff på 164 ulike dokumenter. En rekke utredninger, styringsdokumenter og lover omhandler og krever økt samhandling (2–5).

Flere typer tiltak har vært prøvd for å bedre samhandlingen i helsetjenesten (6–13). Forsøkene har vist at det er mulig å øke opplevelsen av god samhandling både for pasient og for deltakende leger, men det har vært vanskelig å opprettholde tiltakene utover prosjektperioden, utenom praksiskon-sulentordningen på sykehus (7, 8). Dette indikerer at helsetjenestene er komplekse, med sammensatte relasjoner mellom aktørene – uten at dette er uttømmende som forklaring.

Leger er sentrale aktører innen samhandling i helsetjenestene. I denne studien ønsket vi å undersøke legers erfaringer med og oppfatning av samhandling.

## Materiale og metode

Vi benyttet fokusgrupper hvor leger reflekterte over samhandling som middel i pasientbehandlingen. Gruppebaserte samtaler er egnet til å sette i gang prosesser hos deltakerne. Den spontante samhandlingen som oppstår blant gruppedeltakerne produserer innsikt som sjelden kan oppnås gjennom andre metoder (14, 15).

Vi utarbeidet en semistrukturert intervju-guide (14, 15) og gjennomførte tre fokusgrupper med totalt 15 mannlige og to kvinnelige leger. I en gruppe var det primærleger fra tre kommuner, i en annen leger fra «lokalsykehus», og i den tredje deltok leger fra «sentralsykehus».

Det var stor spredning i alder, tid siden utdanning og tid i stilling i alle tre gruppene. Det var lik kjønnsfordeling i den ene sykehuslegegruppen, i de andre gruppene var det bare menn.

Moderator har utdanning i og erfaring med gruppekommunikasjon. Begge forsker-

ne deltok på alle gruppemøtene. Vi brukte intervjuguiden for å få i gang diskusjonene og ved eventuelle stopp i samtalen.

Samtalene ble tatt opp på bånd og transkribert. Forskerne gjorde en muntlig og skriftlig oppsummering av samtalen umiddelbart etter gjennomføringen. Intervjuene ble så analysert kvalitativt ved gjentatt lesing og diskusjon av utskrifter, og informasjonen ble gjennomgått, kategorisert og fortolket.

## Resultater

### Legers oppfatninger av samhandling

Alle intervjuobjektene oppfattet samhandling som samarbeid mellom flere aktører, gjerne fra andre yrkesgrupper enn leger, og da gjennom formaliserte strukturer.

Samhandling foregår når pasienten «beveger seg elegant mellom flere sjikt» av helsetjenestene, når man får til en «sømløs» helsetjeneste hvor «alle bidrar med sin kompetanse mot enkeltbrukere». Å opptre «på vegne av pasienten» ble også brukt som bilde på hva samhandling er. Samtidig ble samhandling beskrevet som «avklaring av gråsoner», «retningslinjer», «avtaler» og «forankring av ansvar» aktører imellom. Samhandling betyr da en avklaring av ansvar og en anerkjennelse av hverandres funksjon i forhold til pasientene. Som en sa: «At vi legger til rette for hverandre så det går så greit som mulig.»

**Samhandling på samme nivå.** På sentralsykehusnivå beskrev legene god tilgjengelighet til hverandre på grunn av callingsystem, felles journalsystem og mulighet for personlige møter. Arbeidet ble beskrevet som teampreget og med mindre autonomi enn i allmennlegetjenesten. De pekte likevel på at faglige og organisatoriske barrierer



## Hovedbudskap

- I samhandlingen vektlegger primærleger det relasjonelle perspektiv, lokalsykehusleger kapasitet, sentralsykehusleger kapasitet og struktur
- Samhandling må balansere mellom det relasjonelle, strukturelle tilrettelegginger, tilgjengelighet, kontinuitet og faglig kompetanse
- Det er behov for rolleavklaring i forhold til hvem som skal ha hovedansvaret for pasienten

## Ramme 1

### Eksempler på strukturelle samhandlingstiltak helsetjenestenivåene imellom

- Nettverksmøte
- Bestillerkontor
- Møter i palliativ enhet
- Kreftsyrkepleier
- Kontaktsyrkepleier
- Individuell plan
- Ansvarsgruppemøte
- Samarbeidsmøte med leger fra de ulike nivåene

representerer vel så store utfordringer i samhandlingen dem imellom som i samhandlingen med lokalsykehus eller med primærhelsetjenesten.

Små forhold på lokalsykehusnivå medførte direkte informasjonsutveksling – «det er lett å treffes og man bruker en uformell arbeidsmåte» – med stor fleksibilitet og lite skriftlighet utover standardskjemaer og rapporter.

I primærhelsetjenesten beskrev legene lite samhandling seg imellom. Derimot vektla de samhandling med andre yrkesutøvere og med tjenester på kommunalt nivå, blant annet hadde de gode erfaringer med ansvarsgrupper og individuelle planer.

*Mønstre i samhandlingen mellom nivåene.* Legene mente at samhandling mellom nivåene var vanskeligere å få til på grunn av manglende direkte tilgang, forskjellig kontaktperson ved hver kontakt, varierende kjennskap og respekt for det andre nivåets rutiner og andre arbeidsoppgaver i øyeblikket. I tillegg til disse fellestrekkene avdekket diskusjonene ulike mønstre i kontakten mellom nivåene.

### Samhandling mellom primærleger og lokalsykehusleger

Dette fungerte forskjellig for primærleger i vertskommunen og for primærleger i de andre kommunene. Det var enighet om at samhandlingen stort sett foregikk skriftlig og at telefonen ble brukt for lite, spesielt i nærområdet til sykehuset og fra vikarer i kommuner med ustabil legedekning. Flere innleggelser gjort av primærleger fra kommuner utenom vertskommunen kunne ha vært unngått med telefonisk avklaring. Lokalsykehusets leger beskrev unødvendige innleggelser fra og manglende faglig diskusjon med disse «fjernere» legene. Primærlegene i disse kommunene var kritiske til lokalsykehusets kompetanse og valgte lokalsykehus eller sentralsykehus ut fra hvilke faglige utfordringer pasienten representerte og hvilke erfaringer de hadde fra tidligere kontakt.

Når det gjaldt lokalsykehuslegene og vertskommunens primærleger mente disse at på grunn av gjensidig kjennskap til hverandre var det rom for fleksibel bruk av hverandres ressurser. Eksempler på dette var henvisning direkte fra røntgen til innleggelse på grunn av røntgenologisk påvist tumor uten tilbakehenvisning til fastlege for innleggelse, og at man var åpen for korte, avklarende innleggelser fordi sykehuset visste at primærhelsetjenesten var i stand til å ta pasienten raskt tilbake etter spesialistvurdering.

### Samhandling mellom primærleger og sentralsykehusleger

Sentralsykehusets leger beskrev bedre samhandling med leger i kommuner i langt vekk fra sykehuset enn i kommuner nær sykehuset. De nevnte flere strukturelle samhandlingstiltak – uavhengig av leger – som hadde gitt ønskede resultater: nettverksmøter, bestillerkontor, individuell plan og spesialsykepleiere for enkeltgrupper av pasienter (ramme 1).

Primærlegene i nedslagsfeltet syntes å være ukjent med samhandlingstiltakene sentralsykehuset redegjorde for. De gjorde bruk av skriftlig og telefonisk kontakt og redegjorde for klare forskjeller i erfaringene med store og små avdelinger i sentralsykehuset: Lettest å treffe samme person i små avdelinger ved flere kontakter og derfor tryggere og mer effektivt. De syntes sentralsykehuset stilte strengere krav enn lokalsykehuset til presisjon og bredde i dokumentasjon, noe som kunne virke begrensende på samhandlingen.

### Samhandling mellom lokalsykehus og sentralsykehus

Samhandlingen syntes i hovedsak å være basert på skriftlig og telefonisk kommunikasjon mellom klinisk arbeidende leger. Lokalsykehusets leger beskrev spenninger i forhold til å ta telefonisk kontakt med ukjente kolleger på høyere nivå, det var behov for ekstra forberedelse både faglig og «på vegne av» lokalsykehuset. Stabile kontakter høyere oppe var en fordel fordi det reduserte behovet for å markere og redegjøre for egen kompetanse.

Sentralsykehusets leger syntes å være lite opptatt av samhandlingen med lokalsykehuset. De siste års reformer syntes å ha gjort dem usikre på hvilke lokalsykehus de skulle forholde seg til, noe som hadde svekket den faglige kommunikasjonen.

### Hva påvirker samhandlingen mellom leger?

*Organisatoriske forhold.* Foretaksreformen i sykehussektoren endret pasientstrømmen og samhandlingslinjene mellom leger: «Foretakene satte nye grenser og sykebilene, helikoptrene kjører i litt andre veier nå, så vi har fått et litt endra forhold til lokalsykehuse- ne.» Deltakerne pekte på at kommunehelsetjenestens manglende økonomiske incentiver til å overta behandlingsansvar motvirker samhandling.

Sykehusets nedslagsfelt, i form av geografisk og befolkningsmessig størrelse, ble ansett å påvirke samhandlingen. Dette illustreres gjennom følgende uttalelse omkring lokalsykehuset: «Små forhold ... men du plasserer pasientene i en sosial kontekst og de plasserer doktoren i en sosial kontekst ... Vi blir i en sånn mellomstilling mellom primærhelsetjeneste og sykehus på en helt annen måte enn ved store sykehus, ... og det er jo de små lokalsykehusa som har den der muligheten på en helt annen måte enn andre sykehus.» Fra primærlegene ble dette beskrevet som «en fleksibel og uformell arbeidsmåte» i forlengelsen av primærhelsetjenesten.

*Kontinuitet.* Kontinuitet ble fremholdt som en nødvendig forutsetning for samhandling av representanter for alle nivåene. Fra lokalsykehushold ble det hevdet at med vikarer i kommunene ble flere pasienter tatt til kontroll i sykehuset enn hvis det hadde vært en stabil kollega de visste kunne følge opp pasienten. «Det er jo klart at noen vikarer ... kan jo være faglig gode, men de er ukjent i distriktet og kjenner ikke systemene, og det tar tid å lære det også.» Primærlegene understreket viktigheten av å treffe samme lege over lang tid ved telefon til sykehuset, fordi de mente det ga større sjans for likeverdig dialog.

*Faglige forhold.* Det fremkom skepsis til hverandres kompetanse på tvers av alle nivåene. Sykehuslegene oppfattet at noen primærleger var lite aktive i behandling av pasientene og i kontakt med sykehusene, noe de mente var basert på manglende kompetanse og dedikasjon. Sentralsykehuslegene mente at samhandlingen fungerte bedre med områdene lengst borte: Legene i nærområdet brukte sykehuset mer og til annet enn legene lenger vekk – der var de mer autonome, henviste mindre og tok imot vanskeligere behandlingssopplegg etter utskrivning enn leger med kort avstand til sentralsykehuset. Dette gjaldt også andre kommunale tjenester, som sykehjem og hjemmesykepleie.

Primærlegene påpekte rollen sykehuslegene har som faglig veileder overfor primærhelsetjenesten – «... lokalsykehuset er faglig veileder, ... andre sykehus også, men sjeldnere». Primærlegene var også opptatt av hvordan henvisninger og epikriser spiller faglighet, spesielt hvordan epikriser kan utformes og distribueres svært så forskjellig fra (ulike) avdelinger i sykehus.

Uavhengig av nivå uttrykte legene høy grad av ansvarsfølelse overfor de pasientene de hadde kontakt med, de ønsket å ha medansvar for hele behandlingsforløpet til pasienten. Alle syntes å definere seg selv som «hovedansvarlig» og beskrev arbeidsprosesser preget av autonomi i forhold til de øvrige nivåer.

## Diskusjon

I denne studien har vi gjennom fokusgruppeintervjuer av tre grupper leger fått innsikt

i deres erfaringer med og oppfatning av samhandling.

### Metoden

Gruppeintervjuene ble forskjellige. Intervjuene med legene fra sentral- og lokalsykehuset ble prosesser hvor refleksjonene utviklet seg gjennom dialogen, mens primærlegeintervjuet var preget av bestemte holdninger som i liten grad utviklet seg eller beveget seg gjennom intervjuet. Denne gruppen var også den mest heterogene når det gjaldt oppfatninger og erfaringer med samhandling helse-tjenestenivåene imellom. Samtidig avspeilte diskusjonene forskjellene i erfaring med samhandling betinget i ulik kontinuitet og ulik avstand til lokalsykehus.

Undersøkelsen intenderer ikke å være representativ for helsetjenestene på noe nivå. Vi har gjennom samtaler med engasjerte leger fått tilgang til informasjon som kan bidra til bedre forståelse av samhandlingsprosesser mellom nivåene i norsk helsetjeneste.

### Ulike mønstre mellom nivåene

Vi ga ingen definisjon av samhandling, men utfordret deltakerne til å diskutere hva begrepet innebar. Alle oppfattet samhandling i retning av slik *Norsk illustrert ordbok* definerer det: «Det å utføre noe i en *samspillsituasjon* hvor to eller flere deltar.» Likevel var det viktige forskjeller i vektleggingen ut fra hvilket nivå legene arbeidet på. Primærlegene vektla (noe ulikt) tillit, respekt, kjennskap og tilgjengelighet, *altså det relasjonelle*, mens lokalsykehusets leger vektla kompetanse, stabilitet og tilgjengelighet, *altså kapasitet*. Sentralsykehuslegene vektla egen og samarbeidspartneres faglige interesse og tilgjengelighet og formaliserte strukturer, *altså mer kapasitet og struktur*.

Primærleger har en klart autonom stilling, både finansielt, organisatorisk og faglig. Samtidig som de er sentrale i forhold til den øvrige helsetjenesten, er de sårbare – de står alene uten en organisasjon/institusjon bak seg, mens de arbeider opp mot store institusjoner med ulike terskler, spilleregler og kulturer for faglig samhandling. Dette gir behov for gode og direkte relasjoner til samarbeidspartnere, spesielt til kolleger i sykehus. I forbindelse med arbeidet med å redusere sykehusbruken i Lofoten vektla primærlegene det relasjonelle, i motsetning til sykehusledelsen, som prioriterte økt kapasitet i primærhelsetjenesten (16).

At samhandlingsmønsteret mellom lokalsykehus og primærleger i vertskommune og i kommuner lenger unna ble beskrevet forskjellig, syntes å bero på forskjeller i kontinuitet og kjennskap til hverandre.

Lokalsykehuset står i en mellomposisjon i helsehierarkiet, det har tradisjonelt ivaretatt ansvaret for et geografisk område og har stått for faglig bredde og delvis dybde – som en buffer i systemet (17, 18). Tross både strukturreformer og faglige endringer er lo-

kalsykehusene fortsatt mottakere av pasienter fra både førstelinjen og tredjelinjen – og må regulere sin virksomhet etter trykk fra begge sider. Lokalsykehusets leger beskrev flere ganger sykehuset som et utvidet primærhelsetjenestetilbud. I forhold til samhandling er vektlegging av kapasitet derfor ikke overraskende.

Spenningen i å opprettholde generalistkompetanse på dette nivået er også kapasitetskrevene. Legene ved lokalsykehuset mente å ha spisskompetanse på enkeltområder, men syntes det var vanskelig å få anerkjennelse for denne både i forhold til primærlegetjenesten og i forhold til sentralsykehus-tjenesten.

Sentralsykehusnivået representerer høyspesialisert medisin, rettet mot diagnostikk og behandling innenfor avgrensede fagområder. Sentralsykehusets leger syntes å samhandle best med en tydelig infrastruktur som forenklet kommunikasjon med påregnelig kontakt og respons.

Forskjellen mellom nivåene kan altså forstås på flere måter, men det synes som om primærleger og lokalsykehusets leger er opptatt av kompetanse og atferd hos den enkelte lege, mens man ved sentralsykehuset i større grad er opptatt av formaliserte strukturer for samhandling – i tillegg til kompetanse.

### Hvem er hovedansvarlig?

Det var overraskende at alle tre nivåene ønsket å være hovedansvarlig for oppfølgingen av pasienten generelt. Overraskende – fordi det har stått sentralt i helsepolitikken å bevare henvisningsplikten og yte tjenester nær pasienten, med fastlegen i en helt sentral rolle i samhandlingen som koordinator for sine pasienter (1). I foretaksmodellen har primærlegene også en viktig bestillerfunksjon, samtidig som det ved utskrivning fra sykehus ofte følger en bestilling til primærlegen om hvilke oppgaver som bør ivaretas. Det var ingen bevissthet om denne bestiller-utfører-funksjonen i samhandlingsmønstrene som ble beskrevet.

### Lokalsykehusfunksjonen i sentralsykehuset

Lokalsykehuset er tradisjonelt ment å ha en geografisk og faglig bredere kontaktflate med primærhelsetjenesten i sitt nedslagfelt enn sentralsykehuset. Sentralsykehusene har også en lokalsykehusfunksjon. Legene på sentralsykehusnivå uttrykte mindre tilfredshet med lege-/helsetjenestene i lokalområdet enn med helsetjenesten i mer fjerntliggende strøk. Vi tolker disse funnene som en ubalanse i sentralsykehusets lokalsykehusfunksjon: Legene i nærheten bruker sentralsykehuset oftere som lokalsykehus, med de allmenntilmedisinske/sosialmedisinske funksjoner som lokalsykehus gjerne har avfunnet seg med eller anser som sin hovedoppgave, mens legene lenger vekk bruker sentralsykehuset som høyspesialisert kompetansebase, noe sentralsykehuslegene lettere

identifiserer seg med. Slik sett er lokalsykehusfunksjonen forstyrrende i det høyspesialiserte miljøet, noe som kan gi vridnings-effekter i samhandlingen.

Fra lokalsykehuset ble det klart uttrykt at de justerte sin funksjon ut fra aktuell kompetanse og kapasitet blant allmennlegene og at de i forhold til sykehus i sentrale strøk var mer liberale med for eksempel innleggelse. Og, på samme måte, de legene som hadde praksis nærmest lokalsykehuset var klart mer positive til samhandlingen enn de som drev praksis lenger bort. Dette kan forstås som at primærhelsetjenesten og et klart definert lokalsykehus tilpasser fordelingen av oppgavene etter aktørene, ikke etter tradisjonelle faglige skillelinjer mellom første- og annenlinjetjenesten (17, 19, 20). Det kan derfor synes som om kjennskap til hverandre og enhetenes størrelse er viktigere for samhandlingen enn geografisk avstand.

### Tilrettelegging for samhandling

De gode samhandlingserfaringene vi fikk beskrevet, var knyttet til tilrettede arenaer eller strukturer, med forankringer i ledelse og i andre profesjoner og med oppgaver utover de enkelte legenes. Dette svarer til funn fra andre studier på samhandling, der etablering av møtearenaer har vært avgjørende (11, 21). Helsetjenestens ulike ledd kan anses som løst bundet til hverandre (22). Forandringer skjer gjennom forhandlinger og overbevisning, noe som krever omfattende beslutningsprosesser. Dette betinger engasjement utover den individuelle kontakten leger imellom og mellom lege og pasient. Gjennom strukturelle tiltak forankret i organisasjon og ledelse kan ulike oppfatninger av roller og oppgaver bearbeides, med økt sannsynlighet for å få til god samhandling.

På den annen side synes stabile og gode relasjoner delvis å kompensere for mangel på tilrettede arenaer. Forutsetninger for å utvikle slike relasjoner var at få personer var involvert og at kommunikasjonen var basert på respekt, høflighet og interesse – uten for store formelle barrierer. Dette er sannsynligvis ikke nok, sett i lys av økende kompleksitet og nye, geografiske fjernere samarbeidspartnere, men det var viktig for primærlegenes opplevelse av god samhandling.

Informantene mente at ulike økonomiske systemer på de forskjellige nivåene hindret samhandling. Både den skjeve ressursavhengigheten som de ulike finansieringssystemene for primærhelsetjenesten og sykehusene representerer og konkurranseusikkerheten som fritt sykehusvalg og allmennlegenes frie henvisningsrett gir, er både organisasjonsteoretisk (23) og politisk (1, 2) anerkjent. Det blir spennende å se hvorvidt de organisatoriske og finansielle endringsforslagene som Wisløff-utvalget kom med, vil være sterke nok til å kompensere for de barrierene mot samhandling som de nevnte andre rammebetingelsene gir.

## Konklusjon

Det er enighet om at samhandling er nødvendig for at helsetjenestetilbudet skal bli optimalt – og at samhandling betyr å gjøre hverandre gode. Men den gode samhandling er avhengig av personlige og faglige preferanser og av ståsted i helsetjenesten. Kjennskap til og forståelse for disse forskjellene er nødvendig for å utvikle samhandlingen. Ut fra denne studien er samhandling for leger en balanse mellom det relasjonelle, med vekt på dialogen, strukturelle tilrettelegginger, tilgjengelighet, kontinuitet, kapasitet og faglig tilfredshet og sist, men ikke minst, avhengig av en avklaring av rollene i forhold til ansvaret for pasienten.

*Takk til deltagende leger fra primærhelsetjenesten, lokalsykehus og sentralsykehus i Telemark.*

**Oppgitte interessekonflikter:** Studien er del-finansiert av Interessegruppen for bevaring av Rjukan sykehus.

## Litteratur

1. Norges offentlige utredninger. Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste. NOU 2005: 1.
2. Norges offentlige utredninger. Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten. NOU 2003: 1.
3. Ot.prp. nr. 66 (2000–2001). Lov om helseforetak med mer (helseforetaksloven).
4. Slik ønsker fastlegene samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. Lokalsykehusene – en forutsetning for en velfungerende helsetjeneste og en sunn samfunnsøkonomi. Helsepolitisk debattskrift. Oslo: Alment praktiserende legers forening, Den norske lægeforening, 2003.
5. Samhandling er godt for helsa! Forslag til tettere samarbeide mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge. Rapport fra arbeidsgruppe. Bodø: Helse Nord, 2002.
6. Roksund G, Carlsen T, Hartvig P. Prosedyrepermen – bruk og nytte. Evaluering av et arbeidsverktøy for primærleger i Telemark. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 2375–7.
7. Fors T, Ringberg U. Ny samarbeidsform mellom primærlege og sykehuslege. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 258–60.
8. Evaluering af praksiskonsulentordningerne i Danmark. Muusmann Research & Consulting A/S. Juni 2002. Resymé. www.legeforeningen.no/index.db2?id=15401 (5.8.2003).
9. Førre S, Benum P, Løge I et al. Utprøving av standardhenvisning i Sør-Trøndelag. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2201–3.
10. Frihagen F, Hjortdal P, Kvamme OJ. Kommunikasjon mellom primærleger og turnusleger i sykehus ved akuttinnleggelse. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2168–72.
11. Kvamme OJ. Samarbeid mellom legar – ei studie av intervensjonar i samarbeid mellom allmennlegar og sjukehuslegar, ved akuttinnleggingar i somatisk sjukehus. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for allmennmedisin og samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Oslo, 2000.
12. Ree AO. Medisinsk-faglig innhold i henvisninger – «den gode henvisning». KITH-rapport nr. 30/02. Trondheim: Kompetansesenter for IT i helsevesenet, 2002.
13. Ree AO. Medisinsk-faglig innhold i epikriser – «den gode epikrise». KITH-rapport nr. 32/02. Trondheim: Kompetansesenter for IT i helsevesenet, 2002.
14. Morgan DI, Krueger RA. The focus group kit 1–6. London: Sage publications, 1998.
15. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. Oslo: Tano Aschehoug, 1996.
16. Sivertsen H, Johnsen R. Høye innleggelsestall – manglende dialog mellom første- og annenlinjetjenesten? Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2197–9.
17. Strøno G. Smått er godt. Intervju med Einar Opedal. Utposten 1998; 27: 7–10.
18. Geir Møller. Ringvirkninger av lokalsykehus på Rjukan og i Lofoten. Lokalsykehus i et distrikts-politisk perspektiv. Rapport nr. 145/1998. Bø i Telemark: Telemarksforskning, 1998.
19. Strøno G. Sentralsykehus er dårlig lokalsykehus. Intervju med Magne Franing. Utposten 1998; 27: 11–3.
20. Strøno G. Bygg et lokalsykehus på Ullevål. Intervju med Kjell Maartmann-Moe. Utposten 1998; 27: 4–6.
21. Svein Anders Haugtomt. Samarbeid over virksomhetsgrenser – en forutsetning for god pasientbehandling. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2462–4.
22. Weick KE. Educational organisations as loosely coupled systems. Administrative Science Quarterly 1977; 21: 1–19.
23. Pfeffer J, Salancik GR. The external control of organizations: a resource dependence perspective. New York: Harper and Row, 1978.

*Manuskriptet ble mottatt 9.2. 2006 og godkjent 15.12. 2006. Medisinsk redaktør Preben Aavitsland.*