

Hvilke legekvalifikasjoner er det behov for ved øyeblikkelig hjelp døgnopphold i den norske kommunehelsetjenesten?

Michael 2019;16: 293–305.

Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD) er et nytt behandlingstilbud for pasienter som trenger akutt medisinsk behandling i den norske kommunehelsetjenesten. Hensikten med studien var å få innsikt i hvilke kvalifikasjoner leger med erfaring fra ØHD vurderer som viktige. Ti norske leger med erfaring fra ØHD ble intervjuet i tre fokusgrupper våren 2016. Systematisk tekstkondensering ble brukt i analysen. Legene så behov for en generell og helhetlig kompetanse. De erfarte at solide allmennmedisinske kunnskaper, gode kliniske og kommunikative ferdigheter samt kompetanse i avansert lagarbeid var sentrale kvalifikasjoner. ØHD medfører et nytt ansvar for leger i den norske kommunehelsetjenesten. Funn tyder på at arbeidet krever erfarne leger som arbeider selustendig, men som også tar en lederrolle i tverrprofesjonelt samarbeid.

Nøkkelord: helsetjenestereformer, kommunehelsetjeneste, legekompentanse, legekvalifikasjoner, medisinsk utdanning.

Bakgrunn

Helsesektoren i vestlige land står overfor utfordringer med et økende antall pasienter, spesielt eldre og kronisk syke (1). For å møte disse utfordringene er det de senere årene innført reformer hvor et fellestrekk er desentralisering av oppgaver og ansvar. Dette gjelder de nordiske landene, samt europeiske land som England og Nederland (2).

Norge har en topografi preget av fjorder, fjell og en lang kystlinje med befolkede øyer. Landet har et spredt bosettingsmønster, og mange innbyg-

gere har lang vei til sykehus. Et mål er å legge oppgavene i helsetjenesten til laveste administrative nivå, som er kommunene. Antallet norske kommuner er høyt, 422 i 2018. Disse er planlagt redusert til 356 innen 2020, men tallet er fortsatt høyt i nordisk sammenheng (3, 4).

I 2012 ble samhandlingsreformen innført. Et sentralt mål med reformen var «å bedre pasientforløp og å gi tjenester nærmere der pasienten bor» (5). Det ble iverksatt en rekke rettslige, økonomiske, faglige og organisatoriske tiltak (2).

En viktig del av samhandlingsreformen er «øyeblikkelig hjelp døgnopphold» (ØHD), også kalt «kommunalt akutt døgnopphold» (KAD). Dette er et nytt, kommunalt tilbud for behandling av en selektert pasientpopulasjon (6). Øyeblikkelig hjelp døgnopphold er definert som «innleggelse av pasienter med behov for hjelp som er påtrengende nødvendig, og hvor innleggelsen ikke er planlagt på forhånd» (5). Dette kan være pasienter med forverring av kroniske sykdommer som hjertesvikt, astma/KOLS eller diabetes, eller akutte, men avklarte tilstander som infeksjoner i lunger og urinveier, fall og hjernerystelse. Innleggende leger er i hovedsak legevaksleger, dernest fastleger. Noen pasienter legges også inn fra akuttmottak eller spesialisthelsetjeneste (7).

Intensjonen med ØHD er å redusere antall innleggelser i sykehus for pasienter med forventet behandlingstid på få dager, men samtidig gi minst like god behandling som i sykehus (5, 7). En evaluering av samhandlingsreformen viste at innføring av ØHD med god tilgang til legetjenester resulterte i færre sykehusinnleggelser, først og fremst for pasienter over 80 år i medisinske avdelinger (2). Opprinnelig var veiledende liggetid satt til maksimalt 72 timer. Dette har en gått bort fra. Det skal være pasientens tilstand og/eller psykososiale forhold som avgjør når utskrivning kan skje (5).

Fra 1. januar 2016 skulle alle norske kommuner tilby ØHD for somatiske pasienter og fra 1. januar 2017 også for pasienter med lettere og moderate psykiske helse- og/eller rusmiddelproblemer (5). Mange kommuner etablerte ØHD-tilbudet for somatiske pasienter allerede i 2012.

Kommunene har relativt stor frihet i hvordan de organiserer ØHD. ØHD-plassene er i hovedsak lokalisert til sykehjem, distriktsmedisinske sentre, helsehus, sykestuer eller i tilknytning til legevakt. Små og store kommuner disponerer fra 0.2 til 73 plasser for denne type akuttinnleggelser. I 2017 var det opprettet totalt 700 ØHD-plasser. Det er store forskjeller mellom kommunene i utnyttelsen av ØHD-plassene. Målt per innbygger bruker små kommuner tilbudet mer enn store kommuner (7).

Omtrent 70 prosent av kommunene har organisert ØHD interkommunalt, som et samarbeid mellom flere kommuner. Det vanligste er at to

til fire kommuner samarbeider om ØHD (2). I kommuner som selv organiserte tilbudet erfarte helsepersonell ØHD som et pasientnært, fleksibelt tilbud som medførte et kompetanseløft i kommunehelsetjenesten (8).

Riksrevisjonens rapport fra 2016 påpekte at ØHD ikke ble benyttet i samsvar med intensjonen (9). En årsak var fastlegenes tvil om kvaliteten på tilbudet. Bruken av ØHD økte påfølgende år, men beleggsprosenten ble likevel ikke høyere enn ca. 40 i 2017.

Avansert behandling er overført til kommunehelsetjenesten (2, 6, 10). Legene ved ØHD-enhetene er ansvarlige for den medisinske behandlingen. Det er derfor viktig å studere hvordan leger med erfaring fra dette tilbudet vurderer kvalifikasjonsbehovet. Denne studien har undersøkt hvilke kunnskaper og ferdigheter og hvilken generell kompetanse leger med erfaring fra ØHD ser som viktige.

Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring (11) beskriver begrepene kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse. Kvalifikasjonsrammeverket er også relevant for arbeidslivet. Vi valgte derfor å bruke denne tilnærmingen til kvalifikasjoner i studien.

Kunnskaper	Forståelse av teorier, fakta, begreper, prinsipper, prosedyrer innenfor fag, fagområder og/eller yrker.
Ferdigheter	Evne til å anvende kunnskap til å løse problemer og oppgaver. Det er ulike typer ferdigheter – kognitive, praktiske, kreative og kommunikative.
Generell kompetanse	Å kunne anvende kunnskap og ferdigheter på selvstendig vis i ulike situasjoner gjennom å vise samarbeidsevne, ansvarlighet, evne til refleksjon og kritisk tenkning i studier og yrke.

Tabell 1. «Nasjonalt kvalitetsrammeverk for livslang læring» (11)

Materialer og metode

Vi ønsket å få kunnskap om hvilke legekvalifikasjoner erfarne leger vurderer som viktige for arbeidet ved ØHD og valgte derfor et kvalitativt design (12). Det ble gjennomført tre fokusgruppeintervjuer våren 2016 (13, 14). Fokusgrupper passer godt når vi ønsker å studere erfaringene til profesjonelle yrkesutøvere (14).

Utvalg

Det ble gjort et strategisk utvalg av leger med erfaring fra ØHD i urbane og rurale strøk i Midt-Norge (15). Vi ønsket leger som hadde god kjennskap til ØHD, men som også hadde variert bakgrunn og kompetanse.

Fem av legene som deltok hadde spesialitet i allmennmedisin, to også i samfunnsmedisin. De var fastleger, legevaktsleger, sykehjemsleger, kommuneoverleger og leger i kombinerte stillinger. Noen av legene hadde erfaring fra større interkommunale ØHD, andre fra mindre kommuner med ØHD i sykehjem. Antall plasser varierte fra en halv til fem. Legene hadde ulike posisjoner til ØHD-tilbudet. Antall år med erfaring fra kommunehelsetjenesten varierte fra to til førti. To av gruppene hadde tre deltakere mens en av gruppene hadde fire. Det ble gjort ett intervju i hver gruppe.

Datainnsamling

Legene ble rekruttert av kontaktpersoner i kommunene. Tre fokusgruppeintervjuer bestående av fem kvinner og fem menn ble gjennomført. Intervjuene ble gjort i kommunale institusjoner i rom skjermet for støy og avbrytelser. Det ble benyttet en intervjuguide med fem tema, som legene hadde fått i forkant. Intervjuguiden var utformet slik:

1. Hvilke erfaringer har dere med ØHD-tilbudet?
2. Hvilke kunnskaper er viktige for arbeidet ved ØHD?
3. Hvilke ferdigheter må en lege ha i arbeidet ved ØHD?
4. Hvilke holdninger og hvilken generell kompetanse er viktig i arbeidet ved ØHD?
5. Har dere noe annet dere ønsker å formidle?

Hvert av intervjuene varte i nitti minutter og ble gjennomført av tre av forfatterne (første-, andre- og sisteforfatter), som alle hadde erfaring med fokusgrupper som metode. Moderator ledet intervjuene. Én fungerte som assistent og tok notater om gruppedynamikken, og en annen oppsummerte intervjuene før informantene ga kommentarer og presiseringer (13). Analyse ble gjennomført både underveis og etter intervjuene. I det tredje intervjuet kom det ikke fram nye moment om temaene kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse. Vi vurderte derfor de aktuelle temaene som mettet. Der var tydelige mønstre, men også variasjon i synspunkter (16).

Analyse

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd, transkribert og anonymisert. Alle forfatterne fikk tilsendt transkriptene for gjennomlesning. Systematisk tekst-

kondensering ble brukt i analysen (14, 16). Analysen foregikk i ulike trinn. Først så vi etter overordnede tema, som deretter ble inndelt i koder og kodegrupper, basert på meningsbærende enheter. Kodegruppene med subgrupper ble grunnlag for et arbeidsnotat. Med utgangspunkt i dette ble det skrevet en analytisk tekst, som uttrykte essensen i det informantene hadde formidlet om forskningsspørsmålet.

Etiske vurderinger

Studien er en del av et større prosjekt om ØHD og pasientforløp i kommunehelsetjenesten. Prosjektet ble vurdert som ikke framleggingspliktig av regional etisk komité (REK Midt-Norge 2013/1943). Studien er ikke meldt til NSD (Norsk senter for forskningsdata) fordi vi ikke behandler persondata.

Forskningsetiske retningslinjer ble fulgt, og det ble innhentet informert samtykke og demografiske data fra alle deltakerne (14).

Resultater

Funnene viser hvilke kvalifikasjoner leger i urbane og rurale strøk vurderer som viktige for arbeidet ved ØHD. Tre hovedtema relatert til kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse blir presentert: 1. allmennmedisinske kunnskaper, 2. kliniske og kommunikative ferdigheter og 3. avansert lagarbeid.

Allmennmedisinske kunnskaper

Informantene ga uttrykk for at allmennlegen, med sin bakgrunn fra en uselektert populasjon og med trening i å se helheten i et sykdomsbilde, har en breddekunnskap som gir et godt grunnlag for å behandle ØHD-pasienter. En av dem sammenfattet det slik: «Det å være en god allmennlege, tenker jeg, er det som er en god ØHD-lege også». Breddekunnskapen omfattet både ulike diagnoser, akutte og kroniske lidelser samt helse og sykdom i et livsløpsperspektiv. Deltakerne framholdt at det var en fordel å ha noen års erfaring fra allmennmedisin og gjerne inneha spesialitet i allmennmedisin.

Det ble vurdert som en styrke at legeteamet ved ØHD hadde kunnskap om og erfaring fra ulike fagfelt, slik at de kunne utfylle hverandre. Erfaring fra sykehjemsmedisin ble vurdert som særlig nyttig i arbeidet med de mange eldre, ofte multisyke pasientene.

En erfaren ØHD-lege framhevet at det var ønskelig med gode kunnskaper i farmakologi. Et opphold ved ØHD ble oppfattet som en anledning

til å gjennomgå og redusere lange medikamentlister. Kunnskap om ernæring og ernæringscreening var et annet område som ble vektlagt av informantene.

Kliniske og kommunikative ferdigheter

Legene beskrev at avansert klinisk behandling var overført til kommunehelsetjenesten. Dette krevde at legene var trygge i rollen, kunne arbeide selvstendig og hadde gode kliniske ferdigheter. De måtte ha solide kunnskaper om ulike sykdomstilstander for å kunne diagnostisere og vurdere innlagte pasienter. Dette krevde kognitive, praktiske og kreative ferdigheter. Samtidig var det viktig at legene kjente sin egne kvalifikasjoner og kunne sende fra seg eller be om råd i vanskelige situasjoner. Mot til å håndtere usikkerhet og vilje til å korrigere behandlingen ved behov, ble også vektlagt.

Det ble sagt at det var sykepleierne som gjorde de fleste praktiske prosedyrene. En av legene beskrev hendene som et viktig redskap i det kliniske arbeidet: «Jeg gjør nesten ingenting med hendene mine, annet enn å undersøke folk». Erfarne legehender ble omtalt som betydningsfulle i arbeidet med å vurdere pasientens tilstand.

ØHD krevde leger som kunne ta selvstendige beslutninger. Det ble uttrykt skepsis mot å la turnusleger (leger i spesialisering del 1, såkalt LIS1-stillinger) eller nyutdannede leger ha ansvar for ØHD-pasienter. På dette området var det ulike syn. Noen av informantene vurderte det som forsvarlig så lenge den nyutdannede legen hadde tilgang til veileder.

Betydningen av å kunne kommunisere klart med pasienter, pårørende og samarbeidende helsepersonell ble understreket. Legene vektla et familieperspektiv i behandlingen. De hadde erfart verdien av at ØHD-legen var åpen for å drøfte behandlingen med pasient og familie, som når palliative pasienter ble innlagt med forverring. Informantene beskrev en nær relasjon til pasientene og at ØHD-oppholdet var en god inngang for viktige samtaler.

Avansert lagarbeid

Legene understreket ØHD-legens ansvar for å styre komplekse, tverrprofesjonelle arbeidsoppgaver. Dette krevde en positiv innstilling til å gå inn i nye oppgaver og utfordringer.

Flere av informantene arbeidet i kommuner hvor ØHD-sengene var i sykehjem. Det ble pekt på at sykehjemmene de senere årene var blitt avanserte behandlingssteder. Dette krevde medisinsk lagarbeid. Andre informanter hadde erfaring fra interkommunale ØHD-enheter i større medisinske sentre med flere funksjoner. Lagarbeidet ble omtalt på følgende måte: «Det handler om å kunne samarbeide godt i teamet, ha tid til å være til

stede, og at du faktisk kan sette deg ned og gå gjennom medisinalisten, vurdere pasienten grundig, gjøre en god previsitt og samarbeide nært med sykepleier».

Det ble formidlet at allmennleger er vant til å arbeide alene, som «solo-operatører». Lagarbeidet ble vurdert som en ny utfordring. En av legene hadde følgende refleksjoner fra egen studietid: «Dette med teamarbeid har kanskje ikke vært prediket spesielt ved legeutdanningen som jeg kan huske – at en kanskje lærer å se hverandre litt tydeligere som gjensidige ressurser.» Legene omtalte sykepleierne og deres kvalifikasjoner som sentrale. Det ble omtalt som viktig å gi sykepleierne anerkjennelse for godt utført arbeid.

Behovet for å utforme behandlingsalgoritmer for de vanligste tilstandene ble drøftet, særlig med tanke på delegering til sykepleierne. Andre var i tvil om nytten av standardopplegg og mente at helhetsvurdering av den enkelte pasient var viktigere.

Gode rapportrutiner var nødvendige for samarbeidet. Ved en av ØHD-enhetene ble legen alltid oppringt for gjennomgang etter at det var tatt standardiserte inntaksmålinger og prøver. Hensikten med disse rutineprøvene kunne for eksempel være tidlig påvisning av sepsis under utvikling. Informantene poengterte at gode notater fra ØHD-legen var viktige for god informasjonsutveksling og felles forståelse i teamet.

ØHD-legens arbeid forutsatte et godt samarbeid med eksterne instanser som legevakt, fastleger og spesialisthelsetjeneste: «Vi er avhengige av at de som legger inn skjønner vår oppgave. Vi får gjort mest når ting er relativt avklart og vi vet hva vi skal fokusere på». Informantene forventet også at innleggende lege oppga kriterier til sykepleierne for når ØHD-legen skulle tilkalles. Når ØHD-legene selv hadde behov for å drøfte behandlingen, kontaktet de ofte kolleger ved medisinsk avdeling.

De intervjuede legene viste engasjement i fagutvikling ved ØHD-enhetene. Det ble fortalt om tverrprofesjonelle fagdager. «Disse tror jeg kan gi et godt grunnlag for videreutvikling av øyeblikkelig hjelp-tilbudet». Legene hadde også positive erfaringer med felles fagdager for kommune- og spesialisthelsetjeneste.

Rammevilkår for godt teamarbeid, som hele stillinger for sykepleiere for å sikre god nok oversikt og kjennskap til pasientene, ble framhevet som viktige. Informantene hadde erfart utfordringer med kontinuitet for både sykepleiere og leger. De intervjuede legene pekte på nødvendigheten av nok legerressurser og helst daglig legetilsyn. Arbeidet ved ØHD krevde leger som tok et organisatorisk ansvar for det medisinske lagarbeidet.

Diskusjon

Tre tema uttrykker essensen av hvilke legekvalifikasjoner informantene vurderte som viktige ved ØHD: 1. allmennmedisinske kunnskaper, 2. kliniske og kommunikative ferdigheter og 3. avansert lagarbeid.

I denne studien ble den allmennmedisinske kompetansen vektlagt. Men hva innebærer denne? Ser vi på de nordiske landene er kommunehelsetjenesten, inkludert allmennmedisinsk virksomhet, ulikt organisert. Allmennlegens utøvelse av medisinske, kirurgiske og tekniske prosedyrer varierer også mellom landene. Finske allmennleger har mer avansert teknisk utstyr tilgjengelig enn sine øvrige nordiske kolleger. Islandske allmennleger rapporterer å være involvert i et smalere spekter av medisinske tilstander enn andre allmennleger i Norden, mens danske allmennleger utfører en rekke prosedyrer sjeldnere enn sine nordiske kolleger (17). I Norge må pasientene ha henvisning for å komme til spesialist, til forskjell fra i blant annet Island og Sverige. Denne «portvaktfunksjonen» kan bidra til at norske allmennleger ser ut til å være mer involvert i oppfølging av kroniske sykdommer (18). En slik erfaring gir en breddekompetanse som er verdifull for arbeidet ved ØHD, der det er pasienter med både akutte sykdommer og kroniske sykdommer med akutt forverring. Tidligere forskning har vist at bredden i de medisinske problemstillingene er betydelig ved innleggelse i intermedisæravdelinger utenom sykehus, som sykestuer, lokalmedisinske sentre eller spesialiserte korttidsenheter (20).

Det har imidlertid vært reist spørsmål om allmennlegen har behov for systematisert veiledning fra sykehusspesialister (21). Behovet for veiledning fra spesialisthelsetjenesten ble omtalt i intervjuene i denne studien, hvor informantene beskrev at de særlig konfererte med kolleger ved medisinske avdelinger om pasientene. Kanskje spørsmålet om eventuell systematisert veiledning bør diskuteres etter hvert som kommunene får erfaring med ØHD. Fra 2017 har ØHD også tatt imot pasienter med psykiske helse- og/eller rusmiddelproblemer. Det vil være interessant å studere kompetansebehov og eventuelt behov for veiledning fra spesialisthelsetjenesten med tanke på å ivareta denne pasientgruppen.

Spesialitet i allmennmedisin er høyeste legekompentanse i den kurative delen av kommunehelsetjenesten i Norge. For å oppnå norsk spesialitet i allmennmedisin kreves fire år i allmennmedisin, eventuelt to av disse ved ØHD eller sykehjem og ett år på sykehus. Dessuten stilles en rekke spesifikke krav til veiledning og til deltakelse i legevaktarbeid, kurs og veiledningsgruppe, samt attestasjon av praktiske ferdigheter og prosedyrer (19). Ny spesialistforskrift basert på en rekke læringsmål trådte imidlertid i kraft 1. mars 2019. Medisinsk faglig veileder for kommunale akutte døgnplasser

omtaler ØHD som allmennmedisin og anbefaler at leger ved ØHD er spesialister i allmennmedisin (6). Dette sammenfaller med det legene i vår studie formidlet om behovet for legekvalifikasjoner ved ØHD. Tidligere forskning understøtter at det blir stilt store krav til legeoppgaver i kommunene (2). Allmennlegene ved ØHD bør ha en solid kompetanse, noe som sikres gjennom spesialitet i allmennmedisin.

I tråd med anbefalingene framhevet de intervjuede legene nettopp den erfarne allmennlegens kompetanse i ØHD-sammenheng, gjerne med bakgrunn fra sykehjem og med kjennskap til geriatriske pasienter. Behovet for gode kunnskaper i farmakologi ble også løftet fram. Dette er interessant med tanke på legemiddelsamstemming (det å lage en liste over pasientens aktuelle medisiner) og legemiddelgjennomgang (systematisk gjennomgang av pasientens medisiner). Disse temaene er aktuelle i sykehus og primærhelsetjeneste, og særlig i ØHD-sammenheng, hvor flertallet av pasientene er eldre og det er behov for oppdaterte medikamentlister i den akutte behandlingen (7). I denne pasientgruppen ses ofte problemer knyttet til polyfarmasi. Statens Legemiddelverk skriver at legen som overtar behandlingsansvaret for en pasient, alltid bør utføre legemiddelsamstemming og eventuelt legemiddelgjennomgang (22). Dette er aktuelle oppgaver også for legene ved ØHD-enhetene.

Legene pekte på at gode kommunikasjonsevner er viktige i ØHD-arbeidet, særlig i arbeidet med pasient og pårørende. De vektla et familieperspektiv i behandlingen og en type helhetsforståelse som skiller seg fra behandlingsparadigmet i spesialisthelsetjenesten. Tidligere forskning har også fremhevet verdien av en holistisk tilnærming ved behandling i lokalmiljøet (23, 24, 25). En slik forståelse vil være en viktig generell kompetanse for leger ved ØHD.

Tydelig kommunikasjon er sentralt i alt lagarbeid. Et interessant funn i studien er allmennlegens rolle med å styre komplekse, tverrprofesjonelle samarbeidsprosesser om ØHD-behandling. Det kan derfor være behov for en redefinering av allmennlegerollen, slik den tradisjonelt har vært i Norge. At allmennlegen får ansvar for å behandle en pasientgruppe som tidligere ville bli lagt inn i sykehus, krever at legen tar et overordnet lederansvar for den medisinske behandlingen.

Samhandlingsreformen har fokus på tverrprofesjonelt samarbeid (26). ØHD er et nytt behandlingstilbud som krever vektlegging av tverrprofesjonelt samarbeid for sikker pasientbehandling. Dette har også relevans for medisinerutdanningen, hvor tverrfaglig teamarbeid anses som svært viktig (27, 28).

Styrker og svakheter

Det teoretiske rammeverket var nyttig for å løfte fram sentrale kvalifikasjoner for leger ved ØHD. Forfatterne hadde ulike posisjoner til feltet som ble studert. Vår kjennskap til og for forståelse av temaet var noe ulik, og dette bidro til å styrke studien gjennom observatørtriangulering (16).

Intervjuene ble gjort før det ble innført krav om ØHD-tilbud til pasienter med rusproblematikk eller psykiske lidelser. Studien sier derfor ikke noe om legers erfaringer med legekompentanse for denne pasientgruppen.

Gruppene var små, men intervjuene ga likevel et rikt datamateriale. I gruppen med leger fra rurale strøk var det tre som ikke møtte grunnet uforutsette hendelser. De tre legene som deltok i denne gruppen hadde imidlertid inngående kunnskap om forholdene i både egne og tre andre nabokommuner fordi de deltar i et interkommunalt samarbeid.

Studien er gjennomført i en norsk kontekst, men det er sannsynlig at funnene kan overføres til land med lignende organisering av kommunehelsetjenesten.

Konklusjon

Vår undersøkelse om legekompentanse for øyeblikkelig hjelp døgnopphold peker på at dette primært er generalistens domene, med allmennlegens breddekunnskaper og kliniske ferdigheter. Det nye behandlingstilbudet krever at legen går inn i en ny rolle og leder et komplekst, tverrprofesjonelt, medisinsk lagarbeid. Resultatene fra denne studien kan gi innspill til medisinerutdanningen om kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse som kreves ved ØHD.

Litteratur

1. Olsen KR, Anell A, Häkkinen U, Iversen T, Ólafsdóttir T, Sutton M. General practice in the Nordic countries. *Nordic Journal of Health Economics*. 2016; Vol. 4, No.1: 56-67.
2. Forskningsrådet. *Forskningsbasert evaluering av Samhandlingsreformen (EVASAM)*. Oslo: Norges Forskningsråd; 2016.
3. Regjeringen.no. *Kommunereform. Nye kommuner* (Internett). Oslo: Regjeringen; (oppdatert) 11. februar 2019 (hentet 24. april 2019). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunereform/kommunereform/id2548377/>
4. Helgesen Ø, Strand Ø. Fra regional utvikling til regionutvikling? Hva har skjedd i region Skåne i Sverige? *Fjordantologien*. 2014; 271-307.
5. *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold*. Veiledningsmaterieill. Oslo: Helse direktoratet; 2016. Rapport nr IS-0440.
6. *Medisinskfaglig veileder for kommunale akutte døgnplasser (KAD)*. Oslo: Norsk forening for allmennmedisin, Den norske legeforening, 2014.
7. *Status for det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp 2017*. Analysenotat 07/2018. SAMDATA kommune. Oslo: Helsedirektoratet, 2018.
8. Hole T, Barstad J, Teigen S, Kvangarsnes K. Øyeblikkelig hjelp-døgnopphald i seks kommunar på Sunnmøre. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2015; 135: 1553-7.
9. *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*. Dokument 3:5 (2015–2016). Bergen: Fagbokforlaget; 2016.
10. Skinner, MS. *Øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Oppsummering av kunnskap og erfaringer fra de første fire årene med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold*. Gjøvik: Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr 13/2015.
11. *Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring*. Fastsatt av Kunnskapsdepartementet 15.desember 2011/2014.
12. Creswell JW. *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Los Angeles, CA: Sage; 2009.
13. Krueger RA, Casey MA. *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. 4. utg. Los Angeles, CA: Sage; 2009.
14. Malterud K. *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
15. Polit DF, Beck CT. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 10. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2017.
16. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2013.
17. Eide TB, Straand J, Björkelund C, Kosunen E, Thorgeirsson O, Vedsted P, Rosvold EO. Differences in medical services in Nordic general practice: a comparative survey from the QUALICOPC study. *Scand J Prim Health Care*. 2017; Vol 35: 153-161.
18. Baugstø VS. Vesentlige forskjeller mellom allmennleger i Norden. *Dagens Medisin*. 20. juli 2017.
19. Helsedirektoratet. *Regler for spesialistutdanning i allmennmedisin* (Internett). Oslo: Helse direktoratet; (sist faglig oppdatert 6. mars 2018; hentet 24. april 2019). Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/autorisasjon-utdanning-og-godkjenning/spesialistutdanning->

- og-spesialistgodkjenning/lege/allmennmedisin#regler-for-spesialistutdanning-i-allmennmedisin
20. Jensvold M, Seim A. Prehospital observasjon som alternativ til akuttinnleggelse. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2014; 134: 1749-54.
 21. Konradsen S, Abelsen B. Erfaringer med kommunale øhjelpsenger i distrikts-Norge. *Utposten* 2014; 43 (5): 16-9.
 22. Statens Legemiddelverk. *Legemiddelgjennomgang* (Internett). Oslo: Statens legemiddelverk; 23. juni 2016 (oppdatert 20.04.2018, hentet 25. april 2019). Tilgjengelig fra: <https://legemiddelverket.no/bivirkninger-og-sikkerhet/rad-til-helsepersonell/legemiddelgjennomgang#begreper-og-metode>
 23. McCormack B. The developing role of community hospitals: an essential part of a quality service. *Qual Health Care*. 1993; 2: 253-8.
 24. Lappegaard Ø, Hjortdahl P. Perceived quality of an alternative to acute hospitalization: An analytical study at a community hospital in Hallingdal, Norway. *Soc Sci Med*. 2014; 119: 27-35.
 25. Lappegaard Ø, Hjortdahl P. The choice of alternatives to acute hospitalization: a descriptive study from Hallingdal, Norway. *BMC Fam Pract*. 2013; 14:87.
 26. Helsedirektoratet. *Samhandlingsreformen*. Oslo: Helsedirektoratet; (sist faglig oppdatert 3. august 2018; hentet 25. april 2019). Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>
 27. Frich JC. Medisinsk grunnutdanning – hvordan har universitetene forholdt seg til signaler om nye kompetansekrav? *Uniped*. 2016; 39 (4): 304-15.
 28. Aase I, Hansen BS, Aase K. Norwegian nursing and medical students' perception of interprofessional teamwork: a qualitative study. *BMC Med Educ*. 2014; 14:170.

Abstract

What Doctor Qualifications are necessary in Emergency Hospitalization in the Norwegian Primary Health Care Service?

Emergency hospitalization in the municipality is a new kind of treatment for patients needing urgent medical care in the Norwegian primary health care service. The purpose of this study was to obtain an insight into what qualifications doctors with experience from emergency hospitalization in the municipality deem important. Ten Norwegian doctors with experience from emergency hospitalization in the municipality were interviewed in three focus groups spring 2016. Systematic text condensation was used in the analysis. The doctors saw the need for general and comprehensive competence. In their experience, central qualifications were thorough knowledge of primary health care, good clinical and communicative skills, and competence in advanced teamwork. Emergency hospitalization in the municipality leads to a new responsibility for doctors in the Norwegian primary health care service. Findings suggest that the work

demands experienced doctors who work independently, but who also take the lead in interprofessional collaboration.

Key words: Health care reforms, primary health care, doctor competence, doctor qualifications, medical education.

Vi takker legene som deltok i intervjuene og lokale medarbeidere som tilrettela for intervjuene.

Aasta-Marie Sveino Strand (f. 1962)

lege, spesialist i allmennmedisin (2001–2012), arbeider nå som universitetslektor ved NTNU (Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet) i Ålesund, Institutt for helsevitenskap, (aast@ntnu.no)

Marit Kvangarsnes (f. 1956)

professor i sykepleie og pedagogikk ved NTNU i Ålesund. I tillegg har hun bistilling som forskningsrådgiver i Helse Møre og Romsdal HF.

Institutt for helsevitenskap, NTNU i Ålesund, Forskningsseksjonen, Helse Møre og Romsdal HF (marit.kvangarsnes@ntnu.no)

Bodil J. Landstad (f. 1965)

forskningsjef i Helse Nord-Trøndelag HF og professor i helsevitenskap med fordypning mot arbeidsliv ved Mittuniversitetet, Sverige.

Sykehuset Levanger, Helse Nord-Trøndelag HF (bodil.landstad@hnt.no) Mittuniversitetet, Östersund, Sverige (bodil.landstad@miun.se)

Berit Kvalsvik Teige (f. 1955)

forskningsjef, dr. phil., i Helse Møre og Romsdal HF

Forskningsseksjonen, Helse Møre og Romsdal HF (berit.kvalsvik.teige@helse-mr.no)

Torstein Hole (f. 1957)

spesialist i indremedisin og hjertesykdommer, fagdirektør i Helse Møre og Romsdal HF, og førsteamanuensis II ved NTNU Trondheim.

Ledergruppa i Helse Møre og Romsdal HF (torstein.hole@helse-mr.no) MH fakultetsadministrasjon, NTNU (torstein.hole@ntnu.no)