

Breddekompetanse i legenes spesialistutdanning – innspillsrunde

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Helsedirektoratet innrette legespesialiseringen og legespesialitetene i større grad inn mot breddekompetanse og behov i kommunal helse- og omsorgstjeneste. I forbindelse med utredningen ber vi om innspill på og vurdering av forslåtte løsninger.

Ute på høring

Høringsfrist: 01. februar 2027

Høringsinnspill

Innspill sendes til postmottak@helsedir.no.

Emnefeltet merkes «Breddekompetanse i legenes spesialistutdanning (TB2024-60) – innspillsrunde, arkivnummer 26/33037»

Høringsutkast

- [Vedlegg 1: Breddekompetanse i legenes spesialistutdanning – Helsedirektoratets spørsmål til innspillsrunden \(PDF\)](#)
- [Vedlegg 2: Breddekompetanse i legenes spesialistutdanning – rapport fra indremedisinsk arbeidsgruppe med vedlegg \(PDF\)](#)
- [Vedlegg 3: Breddekompetanse i legenes spesialistutdanning – rapport fra kirurgisk arbeidsgruppe \(PDF\)](#)
- [Vedlegg 4: Breddekompetanse i legenes spesialistutdanning – begrunnelse av dissens til anbefaling fra kirurgisk arbeidsgruppe \(PDF\)](#)
- [Vedlegg 5: Breddekompetanse i legenes spesialistutdanning – bakgrunnsinformasjon fra Helsedirektoratet \(PDF\)](#)

Spørsmål til innspillsrunden

Vi har formulert seks spørsmål til besvarelse i vedlegg 1.

Regjeringen stiller krav om at personellkonsekvenser skal utredes som en del av beslutningsgrunnlaget for alle tiltak innenfor Helse- og omsorgsdepartementets sektoransvar, og Helsedirektoratet forutsetter av alle tiltak som foreslås ikke vil medføre unødvendig økning i bruk av helsepersonell.

Høringsinstanser

Dette er en offentlig innspillsrunde, og alle er velkomne til å gi innspill. Følgende instanser er invitert til å gi innspill:

- Alle regionale helseforetak
- Alle helseforetak
- Den norske legeforening med relevante underforeninger
- Forsvaret
- Referansegruppens medlemmer, herunder representanter fra
 - Alle regionale helseforetak

- Den norske legeforening med relevante underforeninger
- Forsvaret
- Aldring og helse
- De medisinske fakultetene
- Universitetet i Stavanger
- Norsk sykepleierforbund
- Landsforeningen for hjerte, lunge og hjerneslag (LHL)
- Pårørendealliansen
- Nasjonalforeningen for folkehelsen
- ALIS/SamLIS-kontorene

Kontakt

Seniorrådgiver Ingeborg Tyldum Skogen i Helsedirektoratet

Høringsbrev

Bakgrunn

Mangel på helsepersonell og behovet for breddekompetanse ble belyst gjennom Helsepersonellkomisjonens rapport «Tid for handling» og Nasjonal helse og samhandlingsplan 2024–2027. Den medisinske utviklingen har ført til økt spesialisering blant helsepersonell, og dette kombinert med måten sykehus organiseres på kan føre til at pasienter må innom flere forskjellige enheter for å få tilstrekkelig vurdering og behandling. Det oppstår følgelig en risiko for at helheten glipper. Dette gjelder særlig eldre som ofte har flere sykdommer og bruker mange legemidler. Andelen eldre i befolkningen øker og dermed øker også denne utfordringen.

Som en følge av dette fikk Helsedirektoratet oppdraget «TB2024-60 Legenes spesialistutdanning og spesialitetsstruktur» av Helse- og omsorgsdepartementet.

Oppdraget viser til behov for å innrette legespesialiseringen og legespesialitetene i større grad mot breddekompetanse og mot behov i den kommunal helse- og omsorgstjenesten.

I arbeidet har Helsedirektoratet valgt å prioritere spesialitetene med felles kirurgisk eller indremedisinsk del.

Helsedirektoratets utredning har hentet råd fra et rådslag i april 2024, to arbeidsgrupper og en felles referansegruppe. Arbeidsgruppene startet sitt arbeid i august 2025 og leverte sine anbefalinger juni 2026.

Direktoratet har også innhentet råd og kunnskap fra Sundhedsstyrelsen i Danmark. De gjorde i 2023 en større gjennomgang av spesialistutdannelsen, blant annet med tanke på breddekompetanse. Danmark har ikke

spesialiteten indremedisin, men har blant annet foreslått at alle spesialiteter skal ha kompetanse til å «ivareta generelle oppgaver, som ikke hører til på spesialistnivå, som skal løses der pasienten er». Arbeidet med læringsmål er pågående.

Også i utredningen av ny spesialistutdanning og spesialitetsstruktur i 2014 ble det lagt til grunn at man skulle ivareta hensynet til både spiss- og breddekompetanse. Helsedirektoratet foreslo da blant annet omgjøring av indremedisin til mottaks- og indremedisin og fusjon av generell og gastroenterologisk kirurgi. Disse forslagene ble ikke innført. Indremedisin bestod som egen spesialitet, spesialiteten akutt- og mottaksmedisin ble opprettet og generell og gastroenterologisk kirurgi bestod som likestilte spesialiteter.

Viser for øvrig til oppdrag TB2025-58 der *Helsedirektoratet skal vurdere læringsmålsformatet og den tekniske innretningen på læringsmålshåndtering for legers spesialistutdanning (vedlegg 5)*. Dette er et arbeid som vil starte opp i parallell med denne innspillsrunden.

Definisjon av breddekompetanse

Kjernen i begrepet kan defineres slik:

Breddekompetanse innebærer å ha bred kompetanse på tvers av flere fagområder og samtidig ha kompetanse på helhetlig tilnærming og vurdering.

Det er flere spesialiteter som kan betraktes som «breddespesialiteter», ikke minst allmennmedisin, akutt- og mottaksmedisin, barne- og ungdomsmedisin, generell kirurgi, geriatri og indremedisin. Disse har overlappende kompetanse med andre spesialiteter. Den spesifikke kombinasjonen av kompetanse som ligger til hver av disse spesialitetene, er tilpasset gitte ansvarsområder, for eksempel spesifikke aldersgrupper, visse pasientgrupper, nivådelingen i helsetjenesten eller en tidsperiode i et pasientforløp.

Spesifikke utfordringer assosiert med mangel på breddekompetanse

I arbeidet med oppdraget er det identifisert følgende spesifikke utfordringer i helsetjenesten:

- Mangel på helhetlig vurdering i pasientbehandlingen
- Økt forekomst av internhenvisninger og oppmøter på flere ulike poliklinikker
- Høy ressursbruk som følge av økt antall vaktlinjer
- Økte krav til beredskap generelt som følge av den sikkerhetspolitiske situasjonen
- Utilstrekkelig operativ erfaring for kirurgiske spesialiteter

Organisatoriske forhold

Helsedirektoratet mener at utfordringene som assosieres med mangel på breddekompetanse i liten grad er forårsaket av ny spesialiststruktur eller mangel på spesialister i indremedisin og generell kirurgi i seg selv. Vi begrunner dette med at flere av utfordringene ble påpekt før innføringen av ny spesialiststruktur og at Norge har mange spesialister i indremedisin og generell kirurgi (se vedlegg 5).

Det er grunn til å tro at utfordringene i stor grad er forårsaket av mangel på bruk av og ivaretagelse av kompetanse, samt seksjonering av fag og avdelinger i sykehusene.

Bruk av og ivaretagelse av breddekompetanse forutsetter at det legges til rette for det. For å løse utfordringene vi ser i helsetjenesten, fordres det også organisatoriske endringer i sykehusene og at man blant annet jobber med endring av kultur, interne rutiner og arbeidsfordeling, samt at flere leger vurderer helheten hos pasientene de har foran seg. Et tiltak kan være å hente inspirasjon fra mindre seksjonerte sykehus, utrede tverrfaglige arbeidsformer og møteplasser for diskusjon og kompetanseheving. Dette er samarbeidsformer som brukes mange steder med hell, for eksempel i form av tverrfaglige møter (MDT-møter), men da ofte som samarbeid om høyspesialisert behandling. Det er færre eksempler på samarbeid om skrøpelig, komorbiditet og bruk av mange legemidler.

De forskjellige løsningene for spesialitetsstruktur vil følgelig forutsette forskjellige kulturelle og organisatoriske endringer.

Arbeidsgruppens anbefalinger

Indremedisinsk arbeidsgruppes anbefalte løsning oppsummert (Modell Med A):

Arbeidsgruppen anbefaler å fornye felles del 2 ved å benevne den felles faglig plattform (FFP), rette den mer mot breddekompetanse, endre innhold og stille krav til deltagelse i felles vakt. Gruppen ønsker å fornye innholdet i spesialiteten indremedisin slik at den blir en tydelig breddespesialitet med vid kompetanse innenfor alle medisinske fagområder.

Kirurgisk arbeidsgruppes anbefalte løsning oppsummert (Modell Kir A):

Denne arbeidsgruppen anbefaler å styrke felles del 2 ved å øke felles kirurgisk kompetanse, stille krav til minimumstid (4 år) og deltagelse i felles vakt. De foreslår at innholdet i spesialiteten generell kirurgi reduseres. Gastroenterologisk kirurgi videreføres med redusert innhold, men med forutsetning om å ha spesialiteten generell kirurgi i bunn.

Ett medlem tar dissens fra denne anbefalingen.

Helsedirektoratets vurderinger av arbeidsgruppens løsningsforslag og forslag til alternative løsninger

Indremedisinsk felles del 2

Den indremedisinske arbeidsgruppen foreslår at de felles læringsmålene endres med den hensikt å styrke breddekompetansen. Helsedirektoratet støtter dette.

Spesialitetsspesifikk del 3 for indremedisinske spesialiteter (Modell Med A)

Den indremedisinske arbeidsgruppen anbefaler en løsning der man reviderer spesialiteten indremedisin. Det er i seg selv ikke en endring av spesialitetsstrukturen, men gruppen foreslår og forutsetter en organisatorisk endring i sykehusene som vil medføre behov for flere stillinger i indremedisin. Spesialiteten indremedisin vil kunne ha ansvar for fagutvikling og undervisning i breddekompetanse.

Spesialiteten indremedisin vil med dette forslaget trenge utvidede ansvarsområder og arbeidsarenaer. Det krever tydelig avgrensning av arbeidsoppgaver og ansvarsområder opp mot de øvrige indremedisinske spesialitetene, og det er usikkert om spesialiteten indremedisin vil være mer attraktiv enn den er i dag. Det kan

videre være risiko for at pasienter som behandles av indremedisinere ikke får den spisskompetansen de trenger. I tillegg kan denne løsningen føre til at andre spesialiteter ikke tar tilstrekkelig ansvar for nødvendige og helhetlige vurderinger. Det blir følgelig uklart hvilke pasienter som skal håndteres av andre spesialister og hvilke pasienter som skal håndteres av indremedisinere – da samme pasientgrupper og diagnoser nødvendigvis må håndteres av både indremedisinere og de øvrige spesialitetene innen indremedisin.

Det er få som jobber som rene indremedisinere i Norge i dag. Gitt at antall leger i Norge ikke skal økes, vil en betydelig økning av stillinger til spesialiteten indremedisin føre til at det blir færre stillinger til andre spesialiteter. Det vil følgelig være behov for tydelige føringer for hvor mange som kan velge å utdanne seg i de ulike spesialitetene, og dette kan få konsekvenser for alle de indremedisinske spesialitetene. Dette vil også kunne påvirke sårbare fagmiljøer i små spesialiteter og små sykehus. Et kompenserende tiltak vil være å skåne stillinger i små spesialiteter og små sykehus, gitt at felles del 2 gir tilstrekkelig breddekompetanse. Samtidig viser dette at det viktigste tiltaket vil være styrket breddekompetanse gjennom endringer i felles del 2.

Som alternative løsninger til arbeidsgruppens forslag ser Helsedirektoratet følgende muligheter:

Modell Med B: Gi alle spesialiteter nok breddekompetanse til at behovet for spesialiteten indremedisin bortfaller

Begrunnelse:

- Norge har mange spesialiteter i forhold til pasientgrunnlag. Dette er kostbart og en driver for fragmentert tjeneste og pasientbehandling. Der overlappingen er stor og pasientgrunnlaget uklart, bør sammenslåing vurderes.
- Kan gi bedre bruk av de andre spesialitetene.
- Økt behov hos eldre kan delvis møtes med utvidet bruk av geriater, som også har kompetanse på nevrologi, hjerneslag og demens.
- Gjør det enklere å definere og avgrense pasientgrunnlaget og ansvarsområdene for de øvrige spesialitetene.
- Yngre brukere (<65 år) vil ofte kreve organspesialist og med økt breddekompetanse hos alle og bedre tilrettelegging for tverrfaglige samarbeidsformer vil disse pasientene kunne ivaretas på en god måte
- Samme modell som i Danmark som har avviklet spesialiteten og som arbeider med mange av de samme utfordringene som Norge.

Forutsetninger:

- Revidert felles del 2 som gir tilstrekkelig breddekompetanse og vaktfunksjon for alle.
- Etablere faglige møteplasser og nettverk for breddekompetanse.
- Revidere kompetansekrav i del 3 innen hver spesialitet slik at man kan håndtere tilstander utenom egen spesialitet, men som er vanlige forekommende hos aktuelle pasientgruppe.
- Organisere pasientflyt, samarbeid, internundervisning og/eller vaktlag slik at alle de indremedisinske spesialistene får opprettholdt breddekompetansen.

Modell Med C: Stille krav til spesialiteten indremedisin før annen indremedisinsk spesialitet, innenfor EØS-regelverkets rammer for tidskrav og spesialitet nummer to (se vedlegg 5)

Begrunnelse:

- Hensikten med denne modellen er å utdanne mange indremedisinere. Hvordan man velger å bruke spesialiteten indremedisin kan variere avhengig av virksomhetenes behov.
- Kan være enklere å ivareta breddekompetanse når alle har identitet og offentlig godkjenning som spesialist i indremedisin.

Forutsetninger:

- Felles del 2 bortfaller og erstattes av spesialiteten indremedisin.
- Revidert spesialitet indremedisin som gir tilstrekkelig bredde-kompetanse og vaktfunksjon for alle.
- Etablere faglige møteplasser og nettverk for breddekompetanse.
- Denne modellen ligner gammel ordning, og utfordringer med manglende (bruk av) breddekompetanse var også en utfordring før innføring av ny spesialistutdanning (se utredning fra 2014). Videre vil det å beholde krav til utdanningstid som i dag, medføre lang utdanningstid for de andre spesialitetene. Tiden kan reduseres i henhold til EØS-regelverket (se vedlegg 5), men det må da foretas vurderinger av hva som er faglig ønskelig og hvilken kompetanse man trenger innenfor de enkelte spesialitetene.
- Dette vil innebære flere spesialiteter enn modell Med B og D, hvilket vil gi økte kostnader og administrasjon.
- Det er også usikkert hvilken status spesialiteten indremedisin vil få i en slik modell.

Modell Med D: Slå indremedisin og akutt- og mottaksmedisin sammen til en spesialitet, som foreslått i 2014 (se vedlegg 5)

Begrunnelse:

- Målet med denne modellen er en spesialitet med kompetanse på både akutt og bred indremedisin, som kan brukes både i akutfase, under innleggelse og i samhandling med kommunal helse- og omsorgstjeneste. Dette vil gjelde spesielt for pasienter med sammensatte lidelser
- Norge har mange spesialiteter i forhold til pasientgrunnlag. Dette er kostbart og en driver for fragmentert tjeneste og pasientbehandling. Der overlappingen er stor og pasientgrunnlaget uklart bør sammenslåing vurderes.

Forutsetninger:

- Det må legges til rette for at den nye spesialiteten blir hovedspesialiteten for indremedisin i akuttmottak (inkl. ledelse) og at læringsmålene gjenspeiler dette.
- Legge til rette for arbeid både i akuttmottak og ved andre arenaer, som for eksempel sengepost og poliklinikk.

Kirurgisk felles del 2

Den kirurgiske arbeidsgruppen foreslår at felles del 2 endres med hensikt å styrke breddekompetansen. Helsedirektoratet støtter dette. Forslaget innebærer imidlertid en betraktelig økning i omfang og varighet. Helsedirektoratet er usikre på om dette er hensiktsmessig eller gjennomførbart, da det vil kunne gi økt utdanningstid for de øvrige kirurgiske spesialitetene som ikke får redusert innhold. Dette vil dermed kunne påvirke rekruttering til disse spesialitetene.

Helsedirektoratet mener at en alternativ løsning kan være mindre omfattende endringer i felles del 2, eller at man vurderer om noen av de kirurgiske spesialitetene ikke skal ha felles del 2 som en del av sin spesialistutdanning. Helsedirektoratet ønsker spesifikk vurdering av dette, se spørsmål 5 i vedlegg 1.

Spesialitetsspesifikk del 3 for kirurgiske spesialiteter (Modell Kir A)

Hoveddelen av den kirurgiske arbeidsgruppen (et medlem har tatt dissens) foreslår at man etablerer en ordning der man må bli generellkirurg før man kan bli spesialist i gastroenterologisk kirurgi. De øvrige kirurgiske spesialitetene skal ikke måtte bli generellkirurg først, og del 2 opprettholdes for alle spesialiteter innen kirurgi. I motsetning til tidligere ordning med hoved- og grenspesialisering, vil dette være en ordning der gastroenterologisk kirurgi blir en «videreutdanningsspesialitet» – en løsning som ikke eksisterer i dag.

Løsningen forutsetter at man har en spesialistgodkjenning før man tar en annen, og dette er ikke i henhold til norsk forskrift. Spesialiteten gastroenterologisk kirurgi er foreslått med varighet 1,5–2 år etter godkjent spesialitet i generell kirurgi, og dette blir for kort i henhold til EØS-regelverket (se vedlegg 5). Løsningen kan kun innføres dersom kravet til minstetid i norsk forskrift endres, og dersom Norge avstår fra å harmonisere utdanningen innen gastroenterologisk kirurgi.

Helsedirektoratet mener at det å etablere en slik ordning vil skape presedens for andre spesialiteter og kan drive ytterligere subspesialisering.

For å få effekt av arbeidsgruppens forslag er det en forutsetning at mange velger å bli generell kirurg uten å gå videre til gastroenterologisk kirurgi.

Videre vil det fortsatt være uklar avgrensning av arbeidsoppgaver og ansvarsområder mellom de to spesialitetene, og det er usikkert om spesialiteten generell kirurgi vil være mer attraktiv enn den er i dag. Resultatet kan være at de fleste ønsker videreutdanning i gastroenterologisk kirurgi, noe som medfører lang utdanningstid.

Det er usikkert om spesialiteten generell kirurgi vil ha tilstrekkelig bakvaktskompetanse.

Det er også usikkert om arbeidsgruppens forslag vil medføre mindre konkurranse om operasjoner for LIS.

Helsedirektoratet mener at en alternativ løsning for å imøtekomme innvendingene ovenfor kan være å slå sammen de to spesialitetene, som foreslått i 2014 (se vedlegg 5):

Modell Kir B: Slå generell og gastroenterologisk kirurgi sammen til en spesialitet, som foreslått i 2014 (se vedlegg 5)

Begrunnelse:

- Norge har mange spesialiteter i forhold til pasientgrunnlag. Dette er kostbart og en driver for fragmentert tjeneste og pasientbehandling. Der overlappingen er stor og pasientgrunnlaget uklart bør sammenslåing vurderes.

- Sikrer bakvaktskompetanse.

Forutsetning:

- For å unngå at en sammenslått spesialitet blir for stor, må noe høyspesialisert kompetanse flyttes ut av spesialistutdanningen og legges til lokal kompetanseutvikling for ferdige spesialister, som tiltenkt ved arbeidsgruppens forslag.
- Felles del 2 må styrkes noe.
- Det må tilrettelegges for økt operativ erfaring for LIS.
- Det må vurderes om den sammenslåtte spesialiteten bør harmoniseres med generell eller gastroenterologisk kirurgi i EU. Videre er det usikkert om dette vil medføre mindre konkurranse om operasjoner for LIS.

Veien videre

Helsedirektoratet venter å svare på oppdraget innen utgangen av første halvår 2027. Videre arbeid med utforming av rammer og nye læringsmål vil komme etter at eventuelle endringer i spesialitetsstruktur er besluttet av Helse- og omsorgsdepartementet.

Først publisert: 07.10.2026

Siste faglige endring: 07.10.2026