

Bakgrunnsinformasjon fra Helsedirektoratet

Innhold

Oppdraget	2
Parallelle oppdrag og utredninger	2
Oppdrag til RHF-ene	2
Utredninger i RHF og HF	3
Oppdrag til Helsedirektoratet	3
Spesialistutdanning for leger	4
Kriterier for vurdering av opprettelse av nye offentlige spesialistgodkjenninger og spesialiteter	4
Spesialistforskriften	5
Nasjonalt anbefalte læringsaktiviteter	5
Kompetansehevende tiltak utenom spesialistutdanning	6
Gammel ordning for spesialistutdanning i de tidligere hovedspesialitetene indremedisin og generell kirurgi og de tilhørende grenspesialitetene.	6
Ny ordning for spesialistutdanning for LIS2/3 fra 2019	7
Gjennomføring av spesialistdanningen i dag	7
Utredningen som ledet frem til ny ordning	8
Utfordringsbildet før ny spesialistordning	8
Indremedisin	9
Kirurgi	11
Lowverk og rammer som påvirker spesialitet nummer 2	12
EØS-regelverket	12
Spesialitet nummer 2 og tellende tjeneste fra andre spesialiteter	13
Muligheter og handlingsrom innenfor EØS-regelverket	14
Spesialistutdanning i våre naboland	17
Danmark – spesialitetsstruktur	17
Sverige - spesialistutdanning	17
Spesialistgodkjenninger	18
Spesialiteter og spesialistgodkjenninger innen kirurgiske spesialiteter	20
Referanseliste	23

Oppdraget

Helsedirektoratet fikk ved tildelingsbrevet i 2024 oppdraget som gjengitt nedenfor. Deloppdrag 1 og 4 er besvart og levert Helse- og omsorgsdepartementet for behandling. Deloppdrag 2 og 3 skal besvares ved den pågående utredningen.

TB2024-60 Legenes spesialistutdanning og spesialitetsstruktur

Legespesialitetene og deres faglige innhold gir store føringer for kompetanse, organisering, bemanning og drift av tjenestene. Det er behov for å innrette legespesialiseringen og legespesialitetene i større grad inn mot breddekompetanse og behov i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Departementet vil i nasjonal helse- og samhandlingsplan legge frem kriterier som skal benyttes ved vurdering av nye spesialistgodkjenninger og -spesialister.

Helsedirektoratet har det helhetlige ansvaret for å følge opp arbeidet med spesialistutdanningen. Fra og med 1. mai 2025 vil ansvaret for etablering av nye spesialiteter overføres fra Helsedirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsedirektoratet skal:

- 1) Vurdere tiltak for å sikre tilstrekkelig kompetanse hos leger som yter legetjenester i institusjon og til hjemmeboende brukere. Som del av oppdraget skal blant annet følgende to alternativer utredes:*
 - a. å tredele dagens spesialistutdanning i allmennmedisin der det etableres en egen del tre for spesialisering i alders- og sykehjemsmedisin*
 - b. å etablere en egen spesialitet i alders- og sykehjemsmedisin som ikke har felles del 2 med allmennmedisin*
- 2) Gjennomgå læringsmål i relevante spesialiteter og videreutvikle spesialitetsstrukturen for å innrette spesialiseringen av leger mot pasientenes og tjenestens behov, herunder for breddekompetanse.*
- 3) Som en del av gjennomgangen (pkt 2), vurdere om det er behov for å differensiere lengden på utdanningen i ulike spesialiteter, i tråd med EØS-regelverket, samt vurdere om det er behov for å endre notifikasjon av legespesialiteter.*
- 4) Gjennomgå arbeidet med vurdering av spesialitet i rettsmedisin.*

Frist og videre fremdrift i de ulike delene av oppdraget avklares i dialog med departementet.

Parallelle oppdrag og utredninger

Oppdrag til RHF-ene

De regionale helseforetakene får årlige oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (2026a). I 2024 fikk RHF-ene følgende oppdrag:

Helse Nord RHF/Helse Midt-Norge RHF/Helse Vest RHF/Helse Sør-Øst RHF skal utarbeide oversikt over framtidig behov for legespesialister sett i lys av faglig utvikling, oppgavedeling og avgang i tjenesten, jf. også oppdrag i 2023 om å utarbeide nasjonale oversikter på

personellområdet. På dette grunnlaget skal Helse Nord RHF/Helse Midt-Norge RHF/Helse Vest RHF/Helse Sør-Øst RHF særlig vurdere behovet for å opprette LIS-stillinger i bredde spesialiteter som generell kirurgi og indremedisin. Vurderingene av framtidig behov for legespesialister skal oversendes Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. oktober 2024.

Dette oppdraget ble besvart gjennom rapporten "Breddekompetanse i indremedisin og kirurgi – viktige veivalg" (Helse Nord RHF, Helse Vest RHF, Helse Sør-Øst RHF, & Helse Midt-Norge RHF, 2024) og svar fra Helse Sør-Øst RHF (2024).

I 2025 fikk RHF-ene følgende oppdrag:

De regionale helseforetakene skal legge til rette for gode karriereløp og tilgang til breddekompetanse innen indremedisin og kirurgi. Det innebærer blant annet å styrke spesialistutdanningen mtp. disse spesialitetene og å vurdere organisering og faginndeling. Berørte parter skal involveres i arbeidet. Det vises til rapporten «Breddekompetanse i indremedisin og kirurgi – viktige veivalg» fra 2024.

Utredninger i RHF og HF

Andre relevante pågående eller ferdigstilte utredninger:

- Strategisk veivalg for videre utvikling av akuttmedisinske forløp ved Sykehuset i Vestfold HF
- Poliklinikk for pasienter med flere medisinske sykdommer (AHUS HF)
- Utredning av indremedisinske funksjoner i Helse Nord RHF
- Etablering av generell medisinsk sengepost UNN Breivika (UNN HF)

Oppdrag til Helsedirektoratet

Oppdrag om læringsmålshåndteringen

Helsedirektoratet fikk ved tildelingsbrevet i 2025 oppdrag "TB2025-58 Innretning på læringsmålshåndteringen i legers spesialistutdanning" (Helse- og omsorgsdepartementet, 2025). Oppdraget lyder blant annet;

Helsedirektoratet skal vurdere læringsmålsformatet og den tekniske innretningen på læringsmålshåndteringen for legers spesialistutdanning. Basert på denne vurderingen skal direktoratet utarbeide forslag til endringer og/eller tilpasninger iblant annet spesialistforskriften, læringsmålene og relatert digitalt verktøy for å sikre at disse understøtter intensjonen med kompetansebasert spesialistutdanning.

Det skal legges vekt på forenkling, god gjennomføring, tillit og bærekraft i forslagene. Utdanningens kvalitet skal opprettholdes, herunder kvaliteten i kompetansevurderinger før læringsmål godkjennes som oppnådd og tjenestens behov skal ivaretas.

Arbeidet med oppdraget er nylig startet.

Oppdrag om påbyggingsspesialiteter

Helsedirektoratet fikk ved tildelingsbrevet i 2026 oppdrag TB2026-44 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2026b). Oppdraget lyder blant annet;

Utrede og utvikle en modell for påbyggingsspesialitet som en egen spesialitet nr. 2 (minst 3 år og 3 måneder) generelt, og for palliativ medisin spesielt med utgangspunkt i prosjektrapport fra Helsedirektoratet (2024) om etablering av palliativ medisin som legespesialitet.

I Helsedirektoratets prosjektrapport (Helsedirektoratet, 2024) foreslås det at palliativ medisin etableres som egen spesialitet som bygger på en spesialistgodkjenning i andre relevante kliniske spesialiteter, basert på den svenske modellen for tilleggsspesialitet. Slik kan man sikre at fagområdet får status som spesialitet, og at spesialistene besitter en samlet bred kompetanse som kan ivareta ulike utfordringer på tvers av tjenestenivåene (styrker generalistkompetansen), og at etableringen må utredes videre.

Med dette menes at en påbyggingsspesialitet er en spesialitet som er aktuell for flere forskjellige spesialiteter, i motsetning til tidligere ordning med hoved- og grenspesialiteter, der flere grenspesialiteter bygget på én spesialitet. Kompetanseområdene (traumekirurgi, allergologi, smertemedisin, alders- og sykehjemsmedisin og palliativ medisin) er per i dag videreutdanningsprogram uten offentlig spesialistgodkjenning, som bygger på flere forskjellige spesialiteter.

Oppdraget pågår og har leveringsfrist 01.12.2026.

Spesialistutdanning for leger

Kriterier for vurdering av opprettelse av nye offentlige spesialistgodkjenninger og spesialiteter

I Nasjonal helse og samhandlingsplan 2024-2027 (Helse- og omsorgsdepartementet) ble det presentert seks kriterier som skal legges til grunn ved vurdering av om det skal opprettes nye spesialiteter. I brev fra Helse- og omsorgsdepartementet (2024a) ble kriteriene presentert i sin helhet, ledsaget av konkretisering av innholdet. Her følger kriteriene;

1. En offentlig spesialistgodkjenning skal gis på bakgrunn av pasientenes og tjenestens behov for spesialisert kompetanse
2. Det skal være et landsomfattende behov for å utdanne spesialister, og et fagmiljø som er tilstrekkelig stort
3. Det skal være en tydelig avgrensning til andre helsepersonellgrupper med offentlig spesialistgodkjenning (...både mellom profesjoner og innad i samme profesjon)
4. Det skal inngå i vurderingen hvorvidt andre virkemidler er mer hensiktsmessige enn en offentlig godkjenning
5. Nyten av en spesialistgodkjenning skal avveies mot ulemper, økte kostnader og effekter på personellbehov
6. Det skal ta hensyn til internasjonale regelverk, herunder yrker som er harmonisert i EU, og erfaringer fra sammenlignbare land

Spesialistforskriften

Innholdet i spesialistutdanning er en beskrivelse av minimumskompetansen en spesialist skal ha for å kunne fungere i sin rolle.

Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (2016) ble utviklet videre og innført i 2019 (for LIS2 og 3) med felles faglige kompetanseplattformer for indremedisinske og kirurgiske spesialiteter (se tabell 1). I tråd med en kompetansebasert utdanning, stilles det i dag ikke forskriftsfestede krav til hverken tid i tjeneste (utover total minstetid), vaktjeneste eller rekkefølge mellom de respektive delene. Det stilles krav til rekkefølge mellom LIS1 og LIS2/3. Det er i utdanningsplanen for spesialiteten og den enkelte LIS at disse elementene skal konkretiseres. Det foreligger nasjonale anbefalinger for læringsaktiviteter som bør gjennomføres, disse er hovedsakelig kurs og prosedyrer. Godkjenning av læringsmålene skjer lokalt og er et ledelsesansvar. Hvordan utdanningen gjennomføres varierer fra sykehus til sykehus avhengig av lokale forhold.

Tabell 1 Oversikt over spesialiteter med felles del 2

Indremedisinske spesialiteter	Kirurgiske spesialiteter
Akutt- og mottaksmedisin	Barnekirurgi
Blodsykdommer	Bryst- og endokrinkirurgi
Endokrinologi	Gastroenterologisk kirurgi
Fordøyelsessykdommer	Generell kirurgi
Geriatrici	Karkirurgi
Hjertesykdommer	Plastikkirurgi
Indremedisin	Thoraxkirurgi
Infeksjonssykdommer	Urologi
Lungesykdommer	
Nyresykdommer	

Nasjonalt anbefalte læringsaktiviteter

Kurs og prosedyrelister var i gammel ordning "obligatoriske". Nå som spesialistutdanningen er regulert i forskrift brukes andre begreper. Kurs og prosedyrelister kalles nå for anbefalte læringsaktiviteter, og bruken av begrepet "anbefalt" er i tråd med hvordan Helsedirektoratet bruker begrepet i sine normerende produkter. En anbefaling er en sterk anbefaling som vil gjelde de aller fleste.

I Helsedirektoratets normerende produkter brukes begrepene «skal», «bør» og «kan» på dette vis (2019);

- **skal** brukes der innholdet er regulert i lov eller forskrift, eller når anbefalingen/rådet er så klart faglig forankret at det sjelden er forsvarlig ikke å gjøre som anbefalt
- **bør** eller **anbefaler** er en sterk anbefaling/råd som vil gjelde de aller fleste
- **kan** eller **foreslår** er en svak anbefaling/råd der ulike valg kan være riktig.

Kompetansehevende tiltak utenom spesialistutdanning

En lege har tilegnet seg mye kompetanse gjennom medisinerutdanningen (Forskrift om nasjonal retningslinje for medisinerutdanning, 2025) og vil tilegne seg ytterligere kompetanse etter endt spesialistgodkjenning. Kompetanseheving kan oppnås på mange vis, for eksempel gjennom daglig arbeid eller kurs og konferanser. Norske sykehus vil ha behov for varierende kompetanse hos sine ansatte og kan tilrettelegge for dette gjennom lokale kompetanseplaner.

Gammel ordning for spesialistutdanning i de tidligere hovedspesialitetene indremedisin og generell kirurgi og de tilhørende grenspesialitetene.

Ved gammel ordning krevde spesialistutdanning i indremedisin (Helsedirektoratet, 2020b) og generell kirurgi (Helsedirektoratet, 2020a) 6 års tjeneste ved henholdsvis indremedisinsk eller generell kirurgisk avdeling etter fullført turnustjeneste. Inntil 2,5 år kunne overlappe med grenspesialisering og inntil 0,5 år kunne erstattes av forskningstjeneste, tjeneste i relevante spesialiteter eller tjeneste i helseadministrativ stilling.

Den obligatoriske tid til hovedspesialitetene indremedisin og generell kirurgi ble dermed 3 år. Det var videre krav til rotasjon ved spesifikke avdelinger og krav til deltagelse i generell vaktordning. Kravene var ikke forskriftsfestede.

Grenspesialisering

Som hovedregel krevde grenspesialisering 3 års tjeneste, hvorav 2,5 år kunne overlappe med spesialistutdanning i hovedspesialitetene indremedisin eller generell kirurgi. Det varierte mellom spesialitetene hvilke ytterligere krav som var satt til rotasjon til forskjellige enheter og deltagelse i vaktordning. Dette innebar at man kunne bli ferdig spesialist i både hoved- og grenspesialitet på 6,5 år etter fullført turnustjeneste.

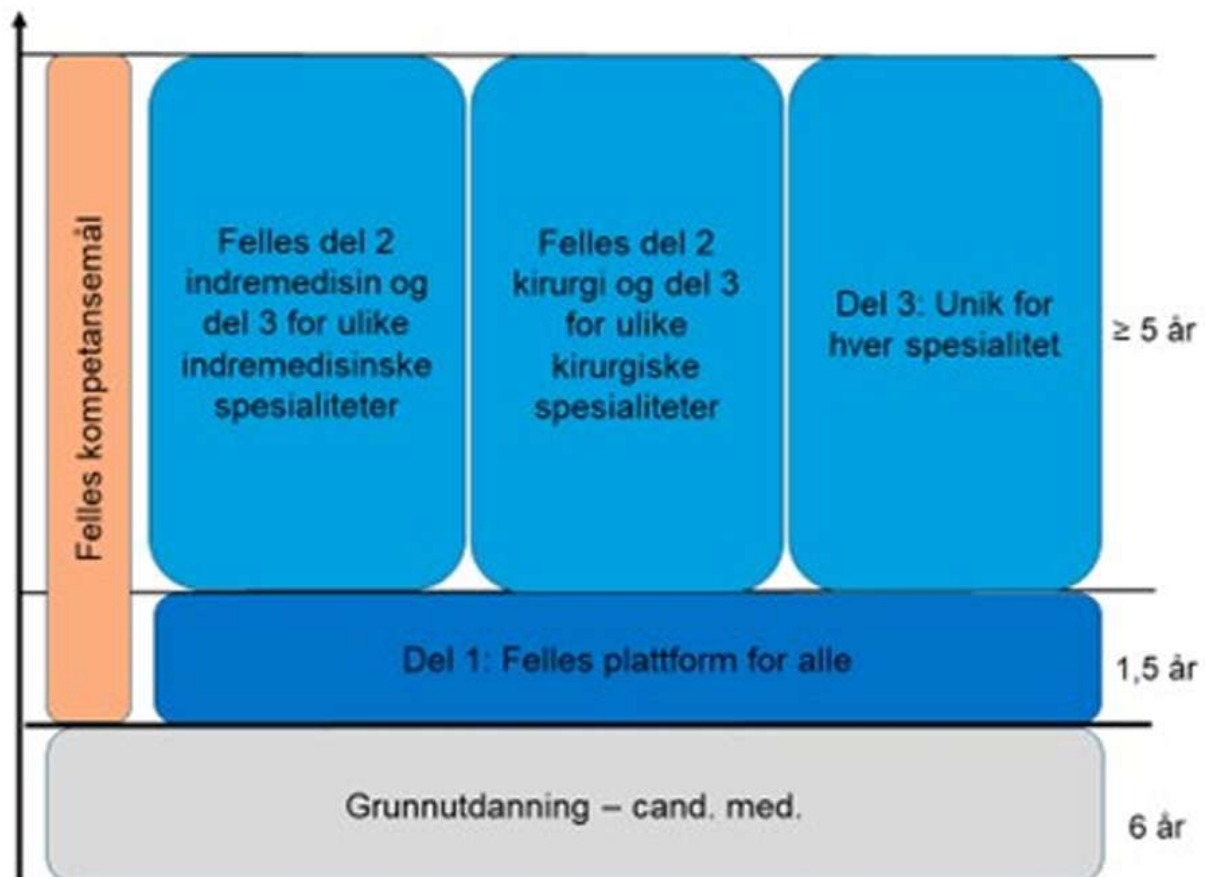
Gjennomsnittlig utdanningstid

Tid fra endt turnustjeneste til å bli godkjent spesialist var i gjennomsnitt 8 år, med variasjon mellom spesialitetene fra 7 til 10 år (Helsedirektoratet, 2014a).

Ny ordning for spesialistutdanning for LIS2/3 fra 2019

Ved ny spesialistutdanning har alle spesialiteter blitt hovedspesialiteter. LIS1 er definert som en del av spesialistutdanningen og minste total varighet er 6,5 år (1,5 år + 5 år).

De indremedisinske og kirurgiske har to sett med læringsmål, en felles del 2 og en spesialitetsspesifikk del 3. Det er ikke rekkefølgekrav, og kompetansen i de to delene kan oppnås parallelt.



Figur 1 Ny ordning for spesialistutdanning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019)

Gjennomføring av spesialistdanningen i dag

Innsiktsarbeidet vårt forteller oss at i praksis er det slik at de fleste LIS roterer mellom avdelinger (læringsarenaer) og går i felles vakt i minimum 3 eller 2 år for henholdsvis indremedisinske og kirurgiske spesialiteter. Men det er flere LIS som har kortere tjeneste i felles del 2. Hvilke kriterier som ligger til grunn for om LIS skal ha lang eller kort tjeneste varierer. Selv om det er mulighet for kompetanseoppnåelse som skal ligge til grunn for hvor LIS jobber, meldes det om at arbeidssted og vaktteneste også bestemmes av lokale driftsbehov.

Utredningen som ledet frem til ny ordning

Helse- og omsorgsdepartementet ga i 2011 Helsedirektoratet i oppdrag å gjennomføre en vurdering av behovet for endringer i legers spesialiststruktur og -innhold. Det ble gjort en konsekvensutredning (Helsedirektoratet, 2014b) og oppdraget ble besvart i rapporten Fremtidens Legespesialister (Helsedirektoratet, 2014a). Dette arbeidet foranlediget endringen av legenes spesialistutdanning som ble innført i 2017 for LIS1 og 2019 for LIS2/3.

De foreslåtte hovedgrepene:

- En mer fleksibel og modulbasert spesialitetsstruktur
- Et større innslag av felles kompetansemoduler (FKM)
- Omgjøring av grenspesialiteter til hovedspesialiteter
- Etablering av en ny breddespesialitet særlig basert på pasientens behov i akuttmottak.

Det ble videre foreslått to grep som er viktige i sammenheng med det aktuelle oppdraget:

- omgjøring av indremedisin til mottaks- og indremedisin
- fusjon av generell kirurgi og gastroenterologisk kirurgi.

Helsedirektoratet anbefalte også obligatorisk etterutdanning for spesialister, der breddekompetanse skulle inngå dersom arbeidsoppgavene tilsa det.

Ikke alle forslag har blitt innført:

- Indremedisin bestod som egen spesialitet.
- Spesialiteten akutt- og mottaksmedisin ble opprettet.
- Generell kirurgi og gastroenterologisk kirurgi bestod som likestilte spesialiteter.

Utfordringsbildet før ny spesialistordning

Utfordringsbildet i 2011 var, som nå, preget av bekymring for en fremtid med økning av antall eldre og høy forekomst av flere samtidige kroniske sykdommer (Helsedirektoratet, 2014a). Det ble også beskrevet at pasientene ikke alltid opplevde å få helhetlig behandling i spesialisthelsetjenesten.

Flere rapporter fra Helsetilsynet hadde pekt på store kvalitets- og pasientsikkerhetsproblemer knyttet til akuttmottak. Det hadde dreid seg både om organisering, ledelse, faglig ansvar og tilgjengelig kompetanse, men i bare noen grad hatt sammenheng med legenes kompetanse. Rapportene var særlig kritisk til tilbudet til den store gruppen av pasienter med sammensatte og uklare tilstander.

Det ble også kommentert at pasientene som ble innlagt i kirurgiske avdelinger hadde stor forekomst av komorbiditet med for eksempel diabetes, hjertesykdom og lungesykdom.

Indremedisin

Oppsummering av Helsedirektoratets anbefalinger 2014

Hovedspesialiteten indremedisin ble foreslått erstattet av en felles faglig kompetanseplattform (Helsedirektoratet, 2014a). Det ble blant annet foreslått varighet på 3 år og i hovedsak samme innhold som obligatorisk del til hovedspesialiteten indremedisin var i gammel ordning.

Videre var både felles del 2 og del 3 tenkt å bidra til å videreutvikle vaktkompetanse innen generell indremedisin.

Man mente dessuten at det daglige arbeidet i felles fagmiljø på små og mellomstore sykehus ville sørge for å ivareta breddekompetansen hos legene. På store sykehus ble det bemerkt at man ville trenge kompenserende tiltak. Man mente at arbeid i seksjonerte enheter fører til at man utvikler kompetansen innen egen spesialitet, og at dette gikk på bekostning av ivaretagelse av breddekompetanse.

Å etablere spesialiteten mottaks- og indremedisin var tenkt som et kompenserende tiltak for å øke kompetansen i akuttmottakene samt øke kompetansen på blant annet generell indremedisin, pasientlogistikk og samhandling.

Felles faglig kompetanseplattform for indremedisinske spesialiteter

Helsedirektoratet foreslo en felles faglig kompetanseplattform for de indremedisinske spesialiteter som tidligere hadde vært grenspesialiteter (2014a). Det ble foreslått rekkefølgekrav, der felles del 2 skulle fullføres før del 3, krav til varighet og det ble anbefalt deltagelse i felles vakt.

Formålet med felles faglige kompetanseplattform var å sikre tilstrekkelig breddekompetanse, i tillegg til å erstatte kravet om dobbeltspesialitet (indremedisin pluss grenspesialitet). Det var tenkt at omleggingen skulle innebære kun små endringer i innhold og liten spissing av fagområdet.

Felles del 2 ble for indremedisinske spesialiteter ble foreslått å være 3 år. Spesialitetsspesifikk del 3 var videre tenkt å skulle gi grunnlag for vaktkompetanse i egen spesialitet, samt opprettholdelse av vaktkompetanse i generell indremedisin.

Anbefalinger om ny spesialitet i mottaks- og indremedisin:

Fra Fremtidens legespesialister s.12 (Helsedirektoratet, 2014a):

"Utfordringene i akuttmottakene er godt dokumentert i tilsynsrapporter og fra flere medieoppslag. Analysen av disse utfordringene sammen med en analyse av pasientenes nåværende og fremtidige behov, har resultert i at Helsedirektoratet i går inn for å etablere en spesialitet som er innrettet mot behovene i akuttmottakene(.....)

En analyse av pasientstrømmene i akuttmottaket tilsier at bred indremedisinsk kompetanse vil være det viktigste element i en spesialitet innrettet mot akuttmottak. 60-70 % av pasientene i akuttmottak har symptomer på indremedisinske sykdommer/tilstander, og de har ofte flere kroniske sykdommer og bruker mange medikamenter. Derfor foreslås det å etablere en egen breddespesialitet med solid diagnostiseringskompetanse både for

indremedisinske og andre pasientgrupper, samt kompetanse i å behandle mange av de vanligste indremedisinske sykdommene. I tillegg tilrås det at denne spesialiteten får særlig kompetanse i pasientlogistikk, organisasjon og ledelse.

Spesialiteten vil kunne anvendes både i akuttmottakene, utredningsenheter, kortidsposter, ikke-kardiologiske overvåkingsposter, generelle indremedisinske avdelinger og poliklinikker. I tillegg vil den ha en kompetanse som passer til de utvidede oppgaver kommunene har fått gjennom samhandlingsreformen. "

Hdir forslo å kalle spesialiteten "mottaks- og indremedisin". Man begrunnet det i at akuttbetegnelsen ble ansett som misvisende og ikke gjenspeilet pasientenes behov. Videre ble bruken av tittelen indremedisin nevnt som viktig for harmonisering opp mot spesialiteten (generell) indremedisin i EU.

Fra mottaks- og indremedisin til akutt- og mottaksmedisin

Helsedirektoratet fikk i tildelingsbrevet for 2015 i oppdrag å etablere en spesialitet i mottaks- og indremedisin (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). I løpet av arbeidet endret man profilen på spesialiteten, og gikk fra å ta sikte på å harmonisere den med spesialiteten "internal medicine" til "emergency medicine". Spesialiteten fikk navnet akutt- og mottaksmedisin (Helsedirektoratet, 2016).

Oppdraget ble besvart i 2016, og Helse- og omsorgsdepartementet fastsatte i 2017 at spesialiteten akutt- og mottaksmedisin skulle opprettes (2017).

Det ble videre presisert at AMM-spesialistene skulle ha et særlig ansvar for eldre med sammensatte problemstillinger og akuttinnlagte pasienter med uavklarte tilstander og symptombilder.

Spesialistutdanning i indremedisinske spesialiteter i dag

Overlappende kompetanse

De tidligere grenspesialitetene ble omgjort til hovedspesialiteter og det ble opprettet en felles del 2 for de tidligere grenspesialitetene, indremedisin og akutt- og mottaksmedisin. De ti indremedisinske spesialitetene har gjennom felles del 2 betydelig overlappende kompetanse. Det gjør at helseforetakene kan velge forskjellige kombinasjoner av spesialiteter for å tilby befolkningen gode helsetjenester. Spesialitetene akutt- og mottaksmedisin (AMM), geriatri og indremedisin har spesielt stor overlappende kompetanse med andre spesialiteter.

Spesialiteten geriatri har bred kompetanse på indremedisin. I tillegg har de kompetanse på og ansvar for en aldersgruppe, med spesifikk kompetanse på flere lidelser som overlapper med spesialiteten nevrologi, blant annet hjerneslag, demens, Mb. Parkinson, hodepine og epilepsi. De har også kompetanse på akutt funksjonssvikt, delirium, fall og synkope.

AMM har kompetanse på og ansvar for pasientbehandling i akuttmottak og eller observasjonsposter, innen et gitt tidsrom. Kompetansen overlapper med tilnærmet alle kliniske spesialiteter.

Indremedisin har bred kompetanse til å ivareta pasienter med sammensatte behov, men de som jobber som rene indremedisinerne er få og de har i dag ikke en bestemt rolle eller et fast ansvarsområde i norske sykehus.

Akutt- og mottaksmedisin

Akutt- og mottaksmedisin ble opprettet, men er ikke harmonisert med EU (Forskrift om helsepersonell fra EØS-land og Sveits, 2008). Kompetansen de har i Norge er ikke tilsvarende spesialitetene i EU. Norsk forening for akutt- og mottaksmedisin har per i dag planlagt å utarbeide et forslag til revisjon av læringsmålene i spesialiteten, blant annet med sikte på harmonisering med spesialiteten "emergency medicine" i EU og for å sikre bedre breddekompetanse i akuttmottaket.

Kirurgi

Oppsummering av Helsedirektoratets anbefalinger 2014

Felles faglig kompetanseplattform for kirurgiske spesialiteter

Helsedirektoratet (2014a) foreslo en felles faglig kompetanseplattform for kirurgiske spesialiteter som tidligere hadde vært grenspesialiteter. Det ble foreslått rekkefølgekrav, der felles faglig kompetanseplattform skulle fullføres før spesialitetsspesifikk del, og det ble anbefalt deltagelse i felles vakt.

Formålet med den felles faglige kompetanseplattform var først og fremst å sikre en tilstrekkelig breddekompetanse, og erstatte kravet om dobbeltspesialitet (generell kirurgi pluss grenspesialitet).

I motsetning til de indremedisinske spesialitetene hadde Helsedirektoratet ingen entydig anbefaling til tid, formål og innhold, men foreslo 1-2 år avhengig av behovet til de forskjellige spesialitetene. De mente at delen ville ha varierende målsetting for de forskjellige spesialiteter, og eventuelt være uaktuell for enkelte. Det ble videre foreslått å se på om andre kirurgiske spesialiteter, som for eksempel ortopedi og gynekologi, også skulle ha deler av den samme felles faglige kompetanseplattformen. Det ble foreslått ytterligere utredning av dette i forbindelse med det videre arbeidet.

Sammenslåing av spesialitetene generell og gastroenterologisk kirurgi

Helsedirektoratet (2014a) foreslo å slå sammen spesialitetene generell kirurgi og gastroenterologisk kirurgi.

Bakgrunnen for dette var blant annet at man stilte spørsmål ved om datidens spesialistutdanning i generell kirurgi var god nok til å sikre vaktkompetanse. Tidligere anvendte kirurgene i hovedsak samme teknikk ved alle typer operasjoner, men slik er det ikke lenger. Den felles kirurgiske kompetansen kunne avgrenses til enklere prosedyrer, samt til en overordnet vurderingskompetanse av kirurgiske pasienter.

Videre fant man at de fleste som ble innlagt i kirurgisk avdeling som øyeblikkelig hjelp, og hvor behovet for kirurgiske inngrep var tidskritisk, hadde skader eller sykdommer i buken. Det hadde dessuten vært en utvikling i retning av at en akutt buk ikke burde åpnes av for eksempel urologer eller karkirurger, idet det ville være uklart hva som var årsak til sykdommen, og kirurgen burde kunne håndtere det som avdekkes. Dette samsvarte med

at de kirurgiske fagmiljøene mente gastroenterologisk kirurgi skulle være den vaktbærende spesialitet.

Det var enighet om at full vaktkompetanse (bakvakt) i kirurgi forutsatte spesialistkompetanse, gitt at vakthavende også skulle kunne gjennomføre akutte kirurgiske inngrep. De fant at gastroenterologisk kirurgi utgjorde 80% av akutt bløtdelskirurgi. Derfor mente man at vaktkompetanse burde knyttes til spesialiteten gastroenterologisk kirurgi. For også å kunne beherske det nødvendige av de øvrige 20%, foreslo man at læringsmålene for spesialiteten gastroenterologisk kirurgi ble utvidet.

Spesialistutdanning i kirurgiske spesialiteter i dag

De tidligere grenspesialitetene ble omgjort til hovedspesialiteter og det ble opprettet en felles faglig kompetanseplattform (Helsedirektoratet, 2014a). Gastroenterologisk kirurgi var tenkt som den vaktbærende spesialitet og fikk derfor blant annet læringsmål for å beherske mindre kirurgiske inngrep som ligger utenfor spesialiteten. Eksempler på dette er akutte operasjoner i pung, incisjon av abscesser og innleggelse av thoraxdren.

Opprettholdelse av spesialiteten generell kirurgi ble besluttet senere i forløpet og utarbeidelsen av læringsmålene ble gjennomført ved å hente læringsmål fra andre spesialiteter.

Gastroenterologisk kirurgi og generell kirurgi bestod som to likestilte spesialiteter.

Felles del 2 ble opprettet for de tidligere grenspesialitetene, samt generell kirurgi og plastikkirurgi. Felles del 2 differensierer ikke mellom de forskjellige spesialitetene, og det ble ikke opprettet felles del for de andre kirurgiske spesialitetene, som for eksempel ortopedi og gynekologi.

Lovverk og rammer som påvirker spesialitet nummer 2

EØS-regelverket

EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv (2005) er innlemmet i EØS-avtalen og er bindende for Norge, men gjelder ikke direkte som norsk rett. Kravene i direktivet må gjennomføres i norsk lov eller forskrift. Norge kan derfor ikke fastsette nasjonale regler som er i strid med direktivet, slik det gjelder etter EØS-avtalen. Forskrift om helsepersonell fra EØS-land og Sveits (2008) regulerer godkjenning av spesialistutdanning fra utlandet.

Adgangen til å gjøre endringer i spesialistforskriften påvirkes av forskrift om helsepersonell fra EØS-land og Sveits, som igjen er påvirket av EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv.

En spesialistutdanning kan harmoniseres med tilsvarende spesialistutdanning i EØS og Sveits (medlemsstater). Dersom en spesialistutdanning er harmonisert vil saksbehandlingen være enklere når man søker om å få sin spesialistgodkjenning godkjent i EØS-land og Sveits. Dette gjelder både norske spesialister som vil jobbe utenfor Norge, og motsatt.

Spesialiteter med harmonisert spesialistutdanning er oppført (notifisert) i forskrift om helsepersonell fra EØS-land og Sveits, vedlegg II.

En harmonisert spesialistutdanning må ha en betegnelse som svarer til spesialiteten slik den er oppført for de enkelte landene i yrkeskvalifikasjonsdirektivet. Direktivet stiller krav til minste varighet for spesialistutdanningen, men harmoniserer ikke det nærmere faglige innholdet i utdanningen.

Norsk spesialistutdanning inkluderer LIS1 og har varighet på minimum 6,5 år. Norge kan ikke fastsette en kortere minste utdanningstid enn det som følger av direktivet for den aktuelle spesialiteten. Spesialistutdanningene beskrives i EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv med varierende krav til varighet, avhengig av spesialitet (Tabell 2).

Spesialitet nummer 2 og tellende tjeneste fra andre spesialiteter

Videre setter Artikkel 25 nr. 3a i EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv (2005) en begrensning på hvor stor del av utdanningstiden fra en gjennomført spesialistutdanning som kan godskrives ved gjennomføring av en annen spesialistutdanning. Dette kravet er implementert i spesialistforskriften § 31 siste ledd (2016).

Opptil halvparten av tiden kan dekkes gjennom tidligere spesialistutdanning, godkjent spesialitet eller ikke. I Norge der vi har samme minimumstid for alle spesialiteter (6,5 år) betyr det at den tiden som skal være spesifikk i din spesialistutdanning er 3 år og 3 mnd. Resterende tid kan være fra tidligere spesialistutdanning (for eksempel 1,5 år i LIS1 og 1,75 års tjeneste i hvilken som helst annen spesialitet). Det stilles imidlertid krav til at man må ha vært ansatt i en LIS-stilling.

Harmoniserte spesialistutdanninger

Oversikt over harmoniserte spesialistutdanninger og krav om minimumstid foreligger i forskrift om helsepersonell fra EØS-land og Sveits, vedlegg II (2008).

- Bryst- og endokrinkirurgi er ikke en spesialistutdanning i EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv.
- Gastroenterologisk kirurgi er en mindre vanlig spesialitet i Europa og kun harmonisert fra 12 land, mens generell kirurgi er harmonisert fra 32 land.
- Akutt- og mottaksmedisin er ikke harmonisert med spesialistutdanningen Emergency medicine.
- Det pågår en utredning med tanke på å øke minimumstiden for spesialistutdanningene i blodsykdommer og endokrinologi til 4 år.

Tabell 2 Norske indremedisinske og kirurgiske spesialiteter og deres minstetid i EU

Norske indremedisinske spesialiteter	Minstetid i EU	Norske kirurgiske spesialiteter	Minstetid i EU
Akutt- og mottaksmedisin	-	Barnekirurgi	5 år
Blodsykdommer	3 år	Bryst- og endokrinkirurgi	-
Endokrinologi	3 år	Gastroenterologisk kirurgi	5 år
Fordøyelsessykdommer	4 år	Generell kirurgi	5 år
Geriatrici	4 år	Karkirurgi	5 år
Hjertesykdommer	4 år	<u>Plastikkirurgi</u>	5 år
Indremedisin	5 år	<u>Thoraxkirurgi</u>	5 år
Infeksjonssykdommer	4 år	Urologi	5 år
Lungesykdommer	4 år		
Nyresykdommer	4 år		

Muligheter og handlingsrom innenfor EØS-regelverket

Helsedirektoratet har fått flere innspill som omhandler å gå tilbake til gammel ordning med hoved- og grenspesialitet eller gjøre det enklere å ta spesialiteten indremedisin i tillegg til annen indremedisinsk spesialitet. Vi har utforsket mulighetsrommet for endringer av norsk forskrift innenfor EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv, da kravet om utdanningstid på minst 3,25 år for spesialitet nummer to er fastsatt for å oppfylle kravene etter direktivets artikkel 25 nr. 3a (EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv, 2005), som er tatt inn i spesialistforskriften §31 (2016).

I 2012 ble kravet om gjennomført turnustjeneste for å få autorisasjon som lege opphevet, og turnustjenesten ble lagt etter autorisasjon. Ved innføringen av den nye spesialistutdanningen i 2017 ble tidligere turnustjenesten erstattet av LIS1, som utgjør den første obligatoriske delen av spesialistutdanningen.

Ett år av LIS1 skal gjennomføres i spesialisthelsetjenesten og et halvt år i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette har medført at spesialistutdannelsen nå består av både LIS1 og LIS2/3 og har 6,5 års varighet. Dette igjen påvirker varighet på spesialitet nummer to, som da er satt til 3,25 år.

Det er ønskelig at leger i Norge tar LIS1 før LIS2/3, og for å sikre det er LIS1 definert som en del av spesialistutdanningen. Dersom LIS1 inngår som en del av norsk medisinutdanning, vil man ikke kunne stille krav til at leger utdannet i EU tar LIS1, og leger utdannet i utlandet kan ikke kreve å få LIS1-tjeneste.

EØS-regelverket stiller krav til minimumstid. De indremedisinske spesialitetene har minstetid som varierer fra 3-5 år (se tabell 2). Det gjør at det er mulig å redusere tidskravet til norsk spesialistutdanning. Det er også mulig å endre norsk forskrift slik at man stiller krav til at man må ha spesialistgodkjenning i indremedisin før man kan starte spesialistutdanning i en annen spesialitet.

Krav om spesialitet i indremedisin før annen indremedisinsk spesialitet

Å stille krav til at en lege har en gitt spesialistgodkjenning før en kan søke om en annen er ikke i strid med EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv. Det er mulig å endre norsk forskrift.

Det er særlig to hensyn å ta i denne sammenheng. Direktivet stiller krav til minstetid for spesialitet nummer to, samt det faktum at LIS1 er definert som en del av spesialistutdanningen.

Man kan gjennom forskriftsendring stille krav til å ha spesialiteten indremedisin før man tar annen spesialitet, og man kan redusere utdanningstiden for alle spesialiteter til direktivets minstetid. Da vil man kunne bli ferdig spesialist i indremedisin etter totalt fem år (inkl. LIS1), og ferdig spesialist i øvrig indremedisinsk spesialitet etter ytterligere to år. Da blir LIS2/3 for spesialiteten indremedisin totalt 3,5 år. Man må ikke strekke seg ned til minstetid, og kan eventuelt redusere tiden i mindre grad.

Man kan ikke stille krav til at spesialister i indremedisin tar annen spesialitet etter endt spesialistutdanning.

Man kan ikke stille krav til at spesialister utdannet i utlandet i øvrige indremedisinske spesialiteter tar spesialistutdanning i indremedisin ved konvertering av spesialitet til Norge.

Modell ved maksimal endring av tidskrav

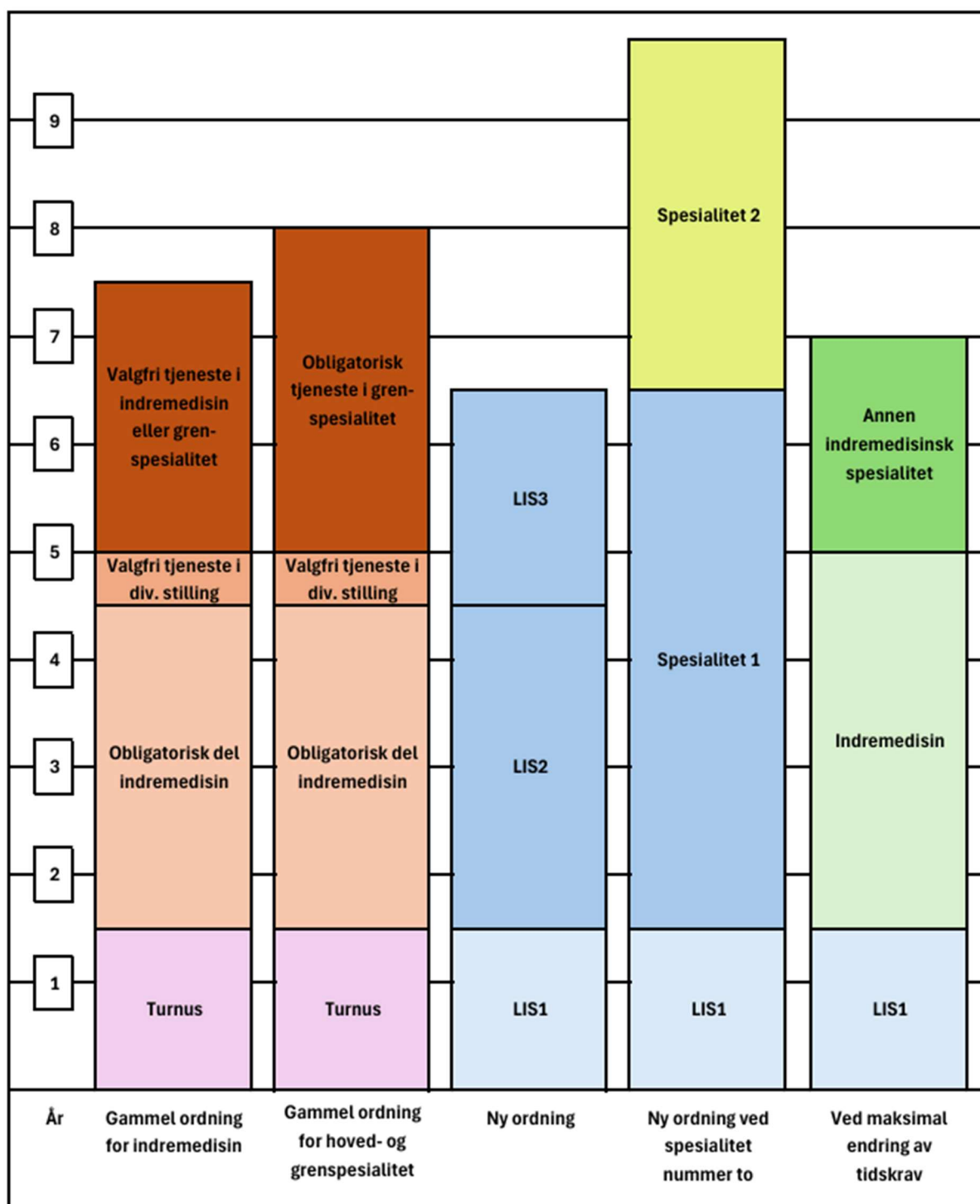
Spesialitet i indremedisin: 5 år

Spesialitet i øvrig indremedisinsk spesialitet: 4 år

$5 \text{ år} + (4 \text{ år} / 2) = 7 \text{ år}$

5,5 år etter LIS1

I denne modellen vil LIS2/3 for spesialiteten indremedisin ha en varighet på 3,5 år. Deretter kan man spesialisere seg videre i 2 år for å bli spesialist i annen indremedisinsk spesialitet.



Figur 2 Modeller for spesialistutdanning

Spesialistutdanning i våre naboland

Danmark – spesialitetsstruktur

Danmark har 6 millioner innbyggere og omtrent 20 akuttstusykehus.

Tjeneste etter medisinstutdanning:

- KBU (klinisk basisutdannelse) 1 år, gir rett til selvstendig virke. Først etter gjennomført KBU kan en lege tilsettes i spesialistutdanningsstilling.
- Første del av spesialistutdanningen er en introstilling. Introduksjonsutdanning for sykehussektoren er på 1 år, mens en introstilling i allmennpraksis er på 6-12 måneder (avhengig av om legen har gjennomført allmennpraksis i sitt KBU-forløp).
- Spesialistutdanningen har minstetid 4 eller 5 år, avhengig av spesialitet. Minstetid er 5 år for de spesialiteter som i Norge er indremedisinske og kirurgiske.
- Krav om 12 måneder tjeneste ved minimum to forskjellige ansettelsessteder.
- Ingen hospiteringsperiode kan være under 6 mnd.

Felles kompetansemål for 9 indremedisinske spesialiteter. Blant disse er reumatologi inkludert, mens spesialiteten indremedisin er avvirket. Danmark har spesialiteten "akutmedisin", som er harmonisert med "emergency medicine" i EU.

Kurspakken inkluderer blant annet kurs i nevrologi, psykiatri og onkologi for indremedisinere, samt egne kurs om den terminale pasient og den eldre pasient.

Danmark har felles kompetansemål for 5 kirurgiske spesialiteter. De aktuelle spesialitetene er kirurgi, urologi, karkirurgi, thoraxkirurgi og plastikkirurgi. Spesialitetene barnekirurgi, bryst-/endokrinkirurgi og gastroenterologisk kirurgi eksisterer ikke i Danmark.

Breddekompetanse i dansk spesialistutdanning

Sundhedstilsynet i Danmark gjorde fra 2020-2023 en større gjennomgang av spesialistutdannelsen, blant annet med tanke på breddekompetanse (2024b). I Danmark ble spesialiteten indremedisin avvirket på starten av 2000-tallet, og denne utredningen gjorde en vurdering av om det var hensiktsmessig å etablere den på ny. Det gikk de bort fra (Sundhedsstyrelsen, 2024a).

For å løse utfordringene med mangel på breddekompetanse har danskene foreslått at alle ferdige spesialister skal ha kompetanse til å "*ivareta generelle oppgaver, som ikke hører til på spesialistnivå, som skal løses der pasienten er*". Sundhedsstyrelsen har et pågående arbeid der de utreder hvordan dette skal se ut i praksis.

Sverige - spesialistutdanning

Det ble gjort endringer i 2021. Den tidligere AT-tjenesten (tilsvarende den gamle turnustjenesten) fases ut og erstattes av BT-tjeneste, som inngår i spesialistutdanningen.

Spesialistutdanningens krav til varighet er minimum 5,5 år, hvorav BT inngår med minimum 0,5 år.

Spesialistgodkjenninger

Spesialistgodkjenninger er gyldige til 80 års alder, og tallene inkluderer alle gyldige spesialistgodkjenninger, også de som ikke lenger jobber som lege. En lege kan videre ha flere spesialistgodkjenninger. I gammel ordning måtte man bli spesialist i indremedisin eller generell kirurgi før man kunne spesialisere seg videre, slik at de fleste spesialister i indremedisin eller generell kirurgi har annen spesialitet i tillegg. Antall spesialistgodkjenninger omtales i det følgende tallmaterialet. En lege vil kunne ha flere godkjenninger, og kan opptre flere steder i en tabell.

Spesialiteten indremedisin i dag

Pr. 11.08.26 har vi 2491 godkjente spesialister i indremedisin.

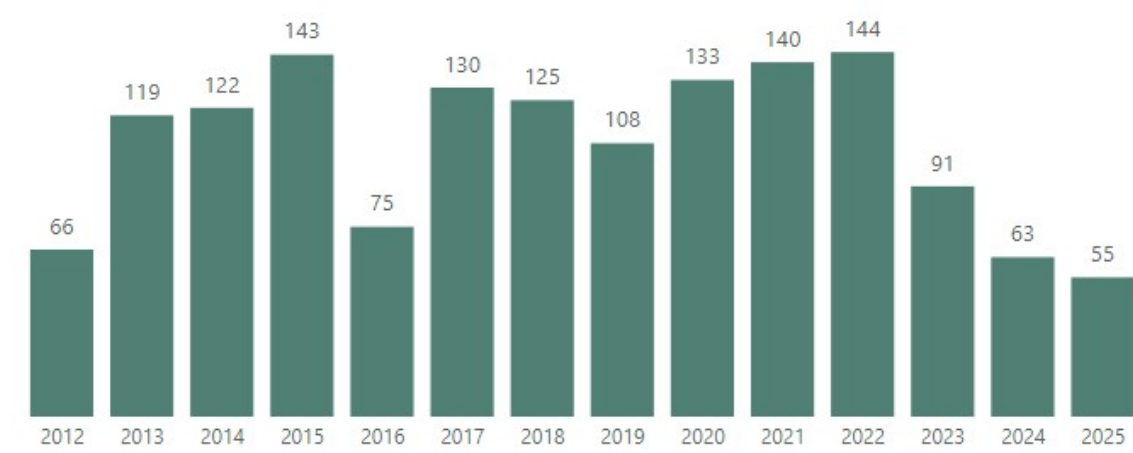
I Norge har vi pr. 01.06.26 409 leger med spesialiteten indremedisin som eneste spesialitet. Det har ikke vært mulig å få eksakte tall på hvor mange av disse som jobber som indremedisiner, men vi har inntrykk av at dette er få. Mange er LIS i annen spesialitet, i administrative stillinger eller har arbeidsoppgaver og kompetanse innen annen spesialitet, men uten spesialistgodkjenning.

Indremedisinske spesialiteter i dag (11.08.26)

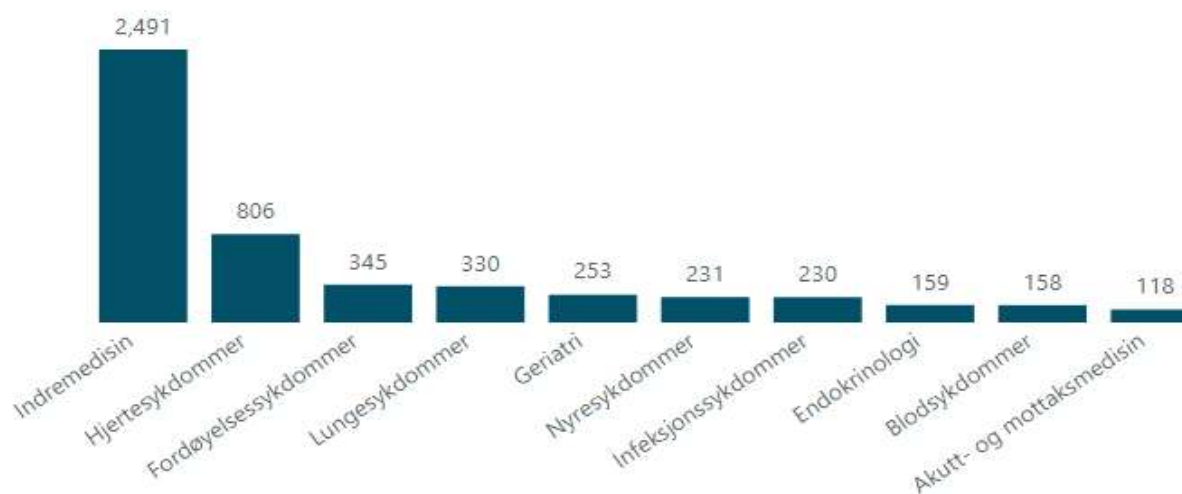
I Norge har vi totalt 3103 spesialistgodkjenninger innen indremedisinske spesialiteter. Mange av spesialistgodkjenningene innehas av samme lege.

Det er omtrent 1000 leger som kun har en indremedisinsk spesialitet. Sett bort fra indremedisin og AMM er det 513 leger (01.06.26) som ikke har annen spesialitet enn en av de som tidligere var grenspesialitet. Hovedandelen av disse er spesialister i hjertesykdommer. Mange av disse legene har sin spesialistutdanning fra utlandet og har fått den konvertert, mens en del er utdannet etter ny ordning.

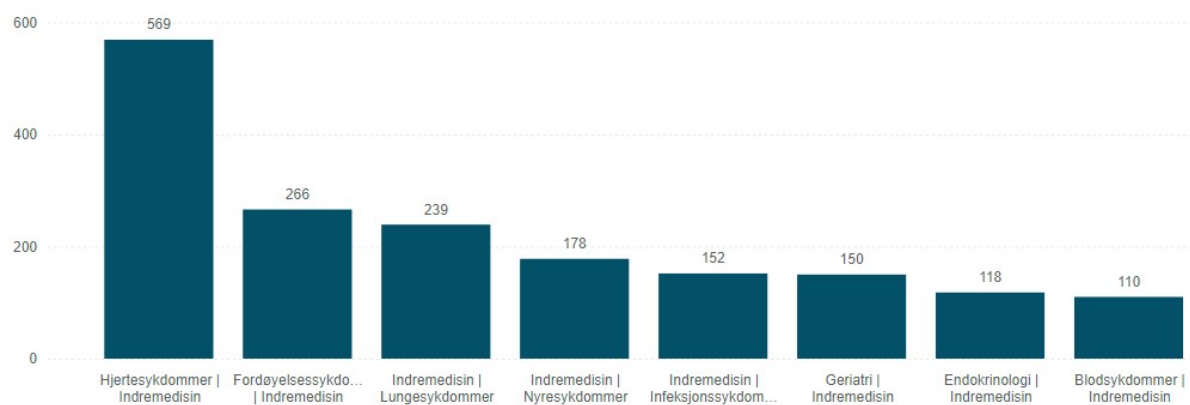
Tabell 3 Antall spesialistgodkjenninger i indremedisin per år (11.08.26)



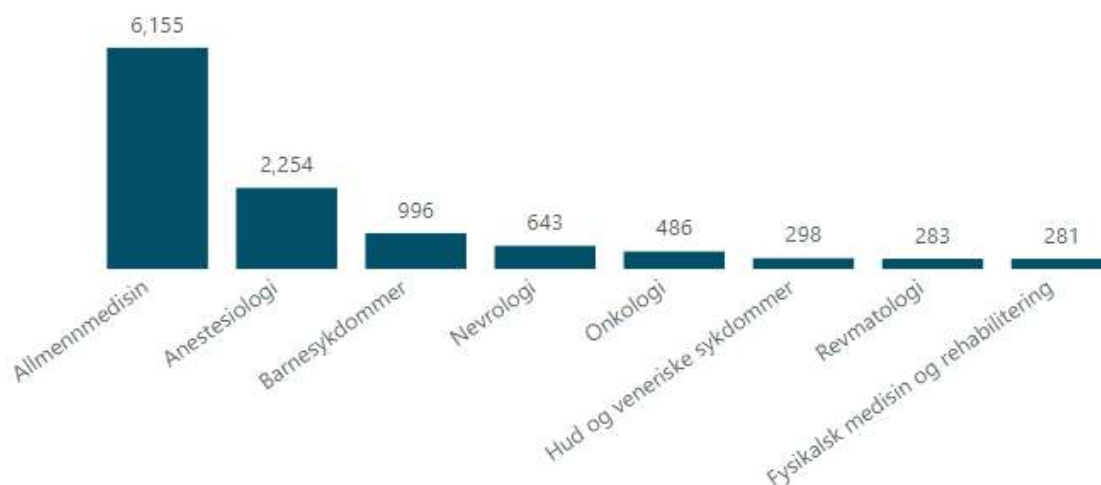
Tabell 4 Antall spesialistgodkjenninger innen indremedisinske spesialiteter med felles del 2 (11.08.26)



Tabell 5 Topp 8 vanligste kombinasjoner for de som har flere enn én indremedisinsk spesialitet, akutt- og mottaksmedisin ikke medregnet (01.06.26)



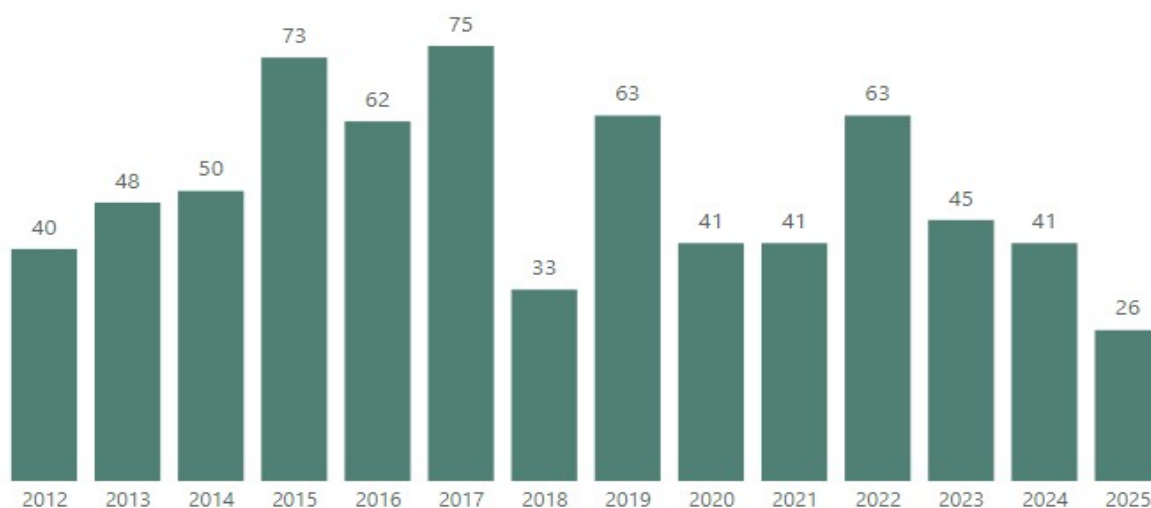
Tabell 6 Antall spesialistgodkjenninger innen andre kliniske spesialiteter (04.09.26)



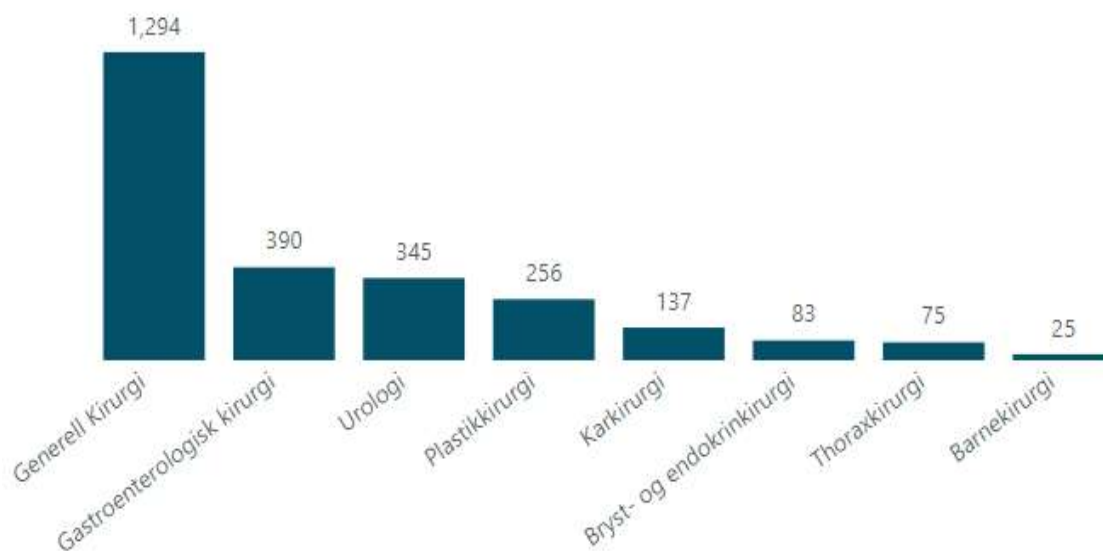
Spesialiteter og spesialistgodkjenninger innen kirurgiske spesialiteter

I dag (11.08.26) har vi 1294 spesialister i generell kirurgi, hvorav 439 (01.06.26) har generell kirurgi som eneste kirurgiske spesialitet. Resterende har generell kirurgi i tillegg til annen spesialitet.

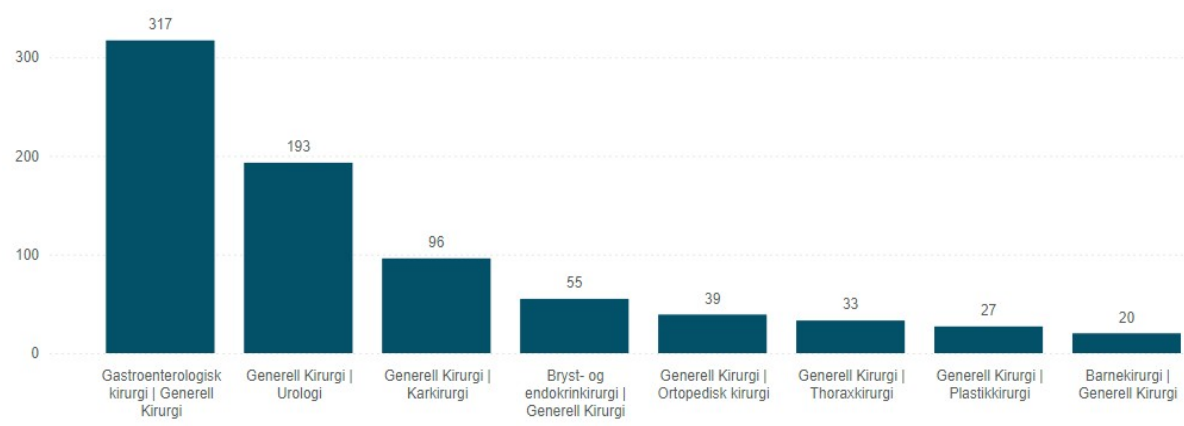
Tabell 7 Antall spesialistgodkjenning i generell kirurgi per år (11.08.26)



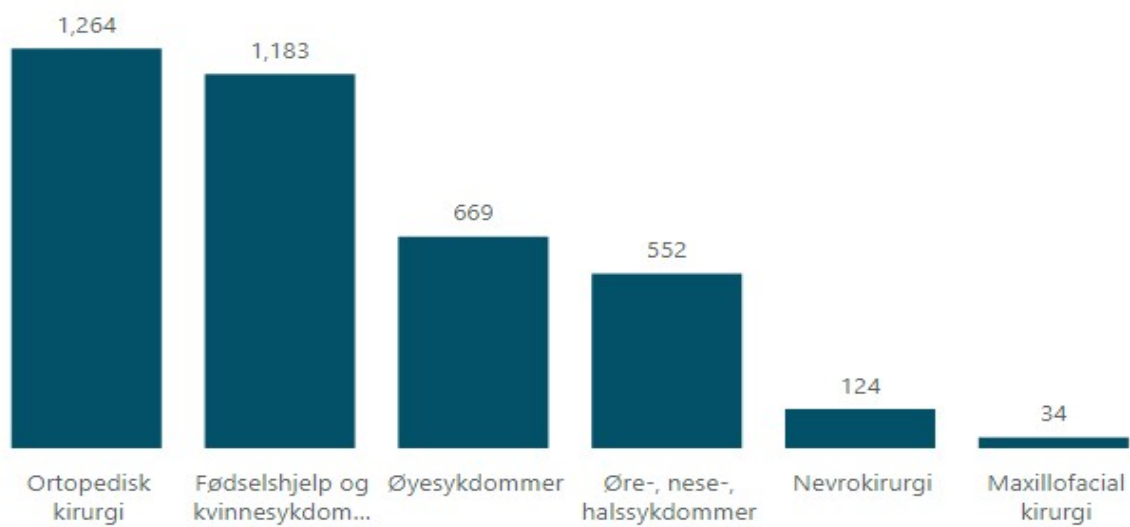
Tabell 8 Antall spesialistgodkjenninger innen kirurgiske spesialiteter med felles del 2 (11.08.26)



Tabell 9 Topp 8 vanligste kombinasjoner for de som har flere enn én kirurgisk spesialitet (01.06.26)



Tabell 10 Antall spesialistgodkjenninger innen andre kirurgiske spesialiteter (11.08.26)



Referanseliste

- Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications (text with EEA relevance).* (2005). Document 02005L0036-20251029. Sist endret i 2025/2187 of 30 July 2025. Hentet fra <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2005/36/2025-10-29>
- Forskrift om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land.* (2008). FOR-2008-10-08-1130. Sist endret i FOR-2026-04-30-691 fra 01.05.2026. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-10-08-1130>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for medisinstudium.* (2025). FOR-2025-07-04-1472. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2025-07-04-1472>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Statsbudsjettet for 2015 - kap. 720 Helsedirektoratet - tildeling av bevilgning.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/tildeling-oppdrag-og-arsrapporter/2015/tidelingsbrev_helsedirektoratet_2015.pdf.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Opprettelse av spesialitet i akutt- og mottaksmedisin* [upublisert brev til Helsedirektoratet]. (Arkivnummer 16/5291). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2024a). *Innføring av kriterier for vurdering av opprettelse av nye offentlige spesialistgodkjenninger og spesialiteter* [upublisert brev til Helsedirektoratet]. (Arkivnummer 24/897). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2024b). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027: Vår felles helsetjeneste* (Meld.St. nr 9 (2023-2024)). Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/4e5d9e6c63d24cd7bdab5d8c58d8adc4/no/pdfs/stm202320240009000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2025). *Tidelingsbrev 2025 Helsedirektoratet.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d8f63d7d01d64def982cb7c8ce1eeb64/2025-tidelingsbrev-helsedirektoratet.pdf>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (13.01.2026). *Oppdragsdokument til de regionale helseforetakene.* [nettdokument]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 14.09.2026, fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragdokument/id535564/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2026b). *Tidelingsbrev Helsedirektoratet.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d8f63d7d01d64def982cb7c8ce1eeb64/2026-hdir-tidelingsbrev.pdf>.
- Helse Nord RHF, Helse Vest RHF, Helse Sør-Øst RHF, & Helse Midt-Norge RHF. (2024). *Breddekompetanse i indremedisin og kirurgi - viktige veivalg.* [s.l.] de regionale helseforetakene.
- Helse Sør-Øst RHF. (2024). *Svar på oppdrag om framskriving av behov for legespesialister og vurdering av utdanningskapasitet i breddespesialitetene*

- generell kirurgi og indremedisin - SB2024/050* [upublisert brev som svar på oppdrag fra HOD]. (Arkivnummer 24/02398-7).
- Helsedirektoratet. (2014a). *Fremtidens legespesialister* (IS-2079-3). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fremtidens-legespesialister/Fremtidens%20legespesialister%20%E2%80%93%20en%20gjennomgang%20av%20legers%20spesialitetsstruktur%20og%20innhold.pdf>
- Helsedirektoratet. (2014b). *Fremtidens legespesialister: konsekvensutredning av forslag til ny spesialitetsstruktur for leger* (Rapport / Helsedirektoratet IS-2180). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fremtidens-legespesialister/Fremtidens%20legespesialister%20%E2%80%93%20konsekvensutredning%20av%20forslag%20til%20ny%20spesialitetsstruktur%20for%20leger.pdf?download=false>
- Helsedirektoratet. (2016). *Oversendelse av læringsmål for ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin* [upublisert brev som svar på oppdrag fra HOD]. (Arkivnummer 16/41068-1). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (26. januar 2026). *Om Helsedirektoratets normerende produkter*. [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 7. september, 2026, fra <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/om-helsedirektoratets-normerende-produkter>
- Helsedirektoratet. (17. juni 2024). *Regler for gammel spesialistutdanning - generell kirurgi*. [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 7. september 2026, fra <https://www.helsedirektoratet.no/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-og-godkjenning-for-leger/legespesialiteter/generell-kirurgi/regler-for-gammel-spesialistutdanning>
- Helsedirektoratet. (17. juni 2024). *Regler for gammel spesialistutdanning - indremedisin*. [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 07. september 2026, 2026, fra <https://www.helsedirektoratet.no/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-og-godkjenning-for-leger/legespesialiteter/indremedisin/regler-for-gammel-spesialistutdanning>
- Helsedirektoratet. (2024). *Prosjektrapport: Etablering av palliativ medisin som legespesialitet i Norge* [upublisert rapport skrevet på oppdrag fra HOD]. (21/35111-233). Oslo: Helsedirektoratet.
- Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften)*. (2016). FOR-2016-12-08-1482. Sist endret i FOR-2025-01-24-114. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-08-1482>
- Sundhedsstyrelsen. (2024a). *Bilagsrapport: Fremtidens spesciallæge - ændring af den lægelige videreuddannelse*. København: Sundhedsstyrelsen. Hentet fra <https://www.sst.dk/media/04mfw3ao/bilag-fremtidens-speciallaege.pdf>
- Sundhedsstyrelsen. (2024b). *Fremtidens speciallæge - ændring af den lægelige videreuddannelse*. København: Sundhedsstyrelsen. Hentet fra <https://www.sst.dk/media/mlrjogon/fremtidens-speciallaege.pdf>