



RAPPORT FRA INDREMEDISINSK ARBEIDSGRUPPE

TB2024-60 Deloppdrag 2 og 3
Breddekompetanse og utdanningstid

Innhold

1. Sammenheng og hovedanbefalinger	3
Sammenheng med hovedanbefalinger	3
2. Innledning, bakgrunn og mandat	4
Oppdrag og mandat	4
Avgrensninger	6
3. Metode og kunnskapsgrunnlag	6
Arbeidsprosess	6
Kunnskapsgrunnlag	6
4. Framtidens kompetansebehov	8
Definisjoner	8
Demografisk utvikling og multisykdom	10
Breddekompetanse	10
Breddespesialisering og organspesialisering	11
5. Dagens organisering av de medisinske spesialistutdanningene	12
Dagens utdanningsmodell	12
Indremedisinsk rekruttering og forskjeller mellom sykehus	13
Konsekvenser ved å videreføre dagens spesialitetsstruktur	14
6. Prinsipper for framtidig spesialistutdanning og spesialitetsstruktur	15
Alternative modeller for spesialitetsstruktur	15
Internasjonale modeller	15
Alternative norske modeller	21
7. Arbeidsgruppens anbefalinger	23
Revisjon av del 2 felles indremedisin – felles faglig plattform (FFP)	23
Formål med FFP	23
Kompetanseprofil for FFP	24
Varighet og progresjon	24
Revisjon av del 3 indremedisin	24
Formål med revisjon av spesialiteten indremedisin	25
Kompetanseprofil indremedisin	25
Varighet og progresjon	26
Fordypningsområder i utdanning	26
8. Konsekvenser og implementering	26
Nullalternativet	26
Modell 1 – Felles faglig plattform og revidert spesialitet i indremedisin	27
Konsekvenser for øvrige breddekompetiteter i sykehus	27

8. Arbeidsgruppens samlede vurdering og anbefaling	29
Anbefalinger for del 2 – felles faglig plattform (FFP)	30
Anbefalinger for del 3	30
9. Implementering og overgangsordninger	31
Vedleggsliste	32

1. Sammendrag og hovedanbefalinger

Sammendrag med hovedanbefalinger

Arbeidsgruppen har gjennom et år arbeidet med hvordan spesialistutdanningen i de indremedisinske fagene best bør utvikles for å møte fremtidens behov i norsk helsetjeneste. Økende andel eldre og pasienter med komplekse og sammensatte sykdommer krever leger med bred kompetanse og evne til helhetlig vurdering. Samtidig er helsepersonellressursene under press.

Det er dagens spesialitetsstruktur, mer enn dagens utdanningsstruktur, som har bidratt til økende grad av subspesialisering, svekket breddekompetanse og fragmenterte pasientforløp, samt ineffektiv ressursbruk og risiko for at helhetlige vurderinger uteblir.

Internasjonale erfaringer, særlig fra Canada og Australia, viser at sterke fagmiljøer i indremedisin resulterer i bedre håndtering av komplekse pasienter, mer sammenhengende pasientforløp og mer effektiv ressursbruk.

Dersom dagens modell videreføres uten endringer, forventes økt fragmentering, dårligere pasientforløp, svakere beredskap og større press på helsetjenesten. De danske erfaringene tilsier en lignende utvikling dersom man velger en løsning hvor alle skal ha breddekompetanse uten at det er spesialiteter som har særskilt eierskap til å ivareta den faglige utviklingen av denne.

Arbeidsgruppen anbefaler en ny modell (modell 1) med to hovedgrep:

1. Etablere en tydelig felles faglig plattform (FFP)

- Skal erstatte dagens felles del i indremedisin (FIM)
- Felles faglig plattform skal sikre nødvendig breddekompetanse for useksjonert overlegevakt, etter endt spesialiseringssløp i alle de medisinske spesialitetene
- Læringsmålene i felles faglig plattform må revideres

2. Forny spesialiteten indremedisin

- Læringsmålene for spesialiteten indremedisin må revideres, slik at disse møter fremtidens behov i helsetjenesten.
- Indremedisin skal være en tydelig breddespesialitet med vid kompetanse innenfor alle medisinske fagområder.
- Spesialisten i indremedisin skal ivareta pasienter med multisykdom og komplekse tilstander med fokus på helhetlig tilnærming.

2. Innledning, bakgrunn og mandat

Oppdrag og mandat

Utfordringsbildet for norsk helsevesen er godt beskrevet i [NOU 2023 «Tid for handling»](#)¹ og Den interregionale rapporten fra 2024 [«Breddekompetanse i indremedisin og kirurgi – viktige veivalg»](#)². Framskrivninger viser at eldre pasienter og pasienter med komplekse symptombilder vil utgjøre en stadig større andel av innleggelser i akuttmottak og opphold i indremedisinske avdelinger og ved poliklinikker. Denne pasientpopulasjonen trenger leger med kompetanse i akutt stabilisering, bred differensialdiagnostikk og helhetlig forståelse av pasientforløp. Samtidig reduseres ressursene og tilgangen på helsepersonell per pasient. Helsedirektoratet har det helhetlige ansvaret for å følge opp arbeidet med spesialistutdanningen. I Tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2024 var det anført at det er behov for å innrette legespesialiseringen og legespesialitetene i større grad mot

¹Helsepersonellkommisjonen. Tid for handling: Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. NOU 2023:4. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2023 [lest 9. juli 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>

²Helse Vest RHF. Breddekompetanse i indremedisin og kirurgi – viktige veivalg. Bergen: Helse Vest RHF; 2024 [lest 9. juli 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.helse-vest.no/4ab7db/contentassets/89b1ed2c364f4c70aee25852f33b2179/styredokument-2024/20.11.2024/sak-11624-vedlegg-1---rapport-breddekompetanse.pdf>

breddekompetanse og behov i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Helsedirektoratet skal gjennomgå læringsmål i relevante spesialiteter og videreutvikle spesialitetsstrukturen for å innrette spesialiseringen av leger mot pasientenes og tjenestens behov, herunder for breddekompetanse.

Helsedirektoratets reviderte mandat til arbeidsgruppen 08.12.2025:

- Forslag til revisjon av felles del 2 indremedisin: Vurdering av formålet med fellesdelen og en begrunnelse for hvordan del 2 i ny drakt ivaretar behovet for breddekompetanse i fremtiden, eventuell anbefaling om endring i nivå og kompleksitet i kompetansen, endring i innhold, varighet, tidsnormering, rekkefølgekrav mellom del 2 og 3 og eventuelt råd om hvordan del 2 organiseres i foretakene mtp. stillinger, læringsarenaer mv.
- Forslag til revisjon av del 3 indremedisin: Vurdering av hva spesialiteten indremedisin skal være i fremtiden og hvordan forslaget til revisjon og formål med spesialiteten ivaretar behovet for breddekompetanse og helsetjenestenes behov.
- Del 3 andre indremedisinske spesialiteter, vurdere hvordan endringer i del 2 indremedisin og del 3 indremedisin påvirker de andre spesialitetene.
- Forslag til endringer i spesialitetsstruktur for de indremedisinske spesialitetene, i tråd med deloppdrag 2 sine føringer om spesialitetsstruktur.
- Vurdering av om det er behov for differensiering i utdanningstid mellom de indremedisinske spesialitetene, i tråd med deloppdrag 3 om utdanningstid.
- Arbeidsgruppen skal i sin leveranse legge frem en analyse av personellbehov og personellkonsekvenser ved innføringen av endringene som foreslås. Dette arbeidet gjøres med bistand fra Helsedirektoratet, inkludert personer som har analyse-/statistikkkompetanse og arbeider med register mv.

Avgrensninger

Arbeidsgruppen har i rapporten ikke vurdert konsekvenser for innfasing, overgangsregler, forskriftsbehov, kapasitet og digital støtte for de anbefalinger som beskrives. Arbeidsgruppen har heller ikke utarbeidet en analyse av personellbehov og personellkonsekvenser ved innføringen av endringene som foreslås. Den nødvendige tid og bistand har ikke vært tilgjengelig.

Differensiering i utdanningstid for de indremedisinske spesialitetene utfra de nye anbefalingene, er ikke vurdert.

3. Metode og kunnskapsgrunnlag

Arbeidsprosess

Arbeidsgruppen har siden oppstart august 2025 i alt hatt åtte fysiske møter og tre digitale, av disse tre fysiske møter og et digitalt møte etter endret mandat 08.12.25. Arbeidsgruppen har også utført arbeidet med å sammenfatte den endelige rapporten.

Kunnskapsgrunnlag

I tillegg til de norske utredningene [NOU 2023 «Tid for handling»](#) og [den interregionale rapporten fra 2024](#), samt KS sin nylige rapport om [endring i spesialiseringsgrad i sykehus](#)³ har arbeidsgruppen gjort et omfattende litteratursøk og har funnet internasjonale beskrivelser som samsvarer godt med de norske utredningene. Disse definerer økende spesialisering i helsetjenesten som et internasjonalt fenomen med konsekvenser både for organisering av helsetjenester og helsepersonells utdanning og kompetanse. Samtidig skjer en demografisk utvikling med økende andel eldre, og sykdomspanorama med økende andel pasienter med kroniske, sammensatte sykdomsbilder. Internasjonal litteratur fremhever at helsetjenesten må

³ Oslo Economics, Hagen TP. *Endring i spesialiseringsgrad i sykehusene de siste ti årene*. Rapport 2026-18. Oslo: Oslo Economics; 2026 [lest 9. juli 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.ks.no/contentassets/ad504d18d0ee4e6dace13568e7d58fb7/OE-rapport-2026-18-Endring-i-spesialisering-grad-i-sykehusene.pdf>

organiseres slik at den kan møte denne utviklingen. Det pekes også på nødvendigheten av forskning som kan gi bedre kunnskap om sammensatte sykdomsbilder.⁴

Breddekompetanse forbindes ofte med allmennmedisin, men omtales i litteraturen også som en kompetanse som er nødvendig i sykehus for å kunne utrede og behandle pasienter med sammensatte sykdommer og organovergripende tilstander.⁵

Mange land utvikler nå modeller for å styrke breddekompetanse i sykehus. Arbeidsgruppen har valgt å se nærmere på Danmark på grunn av geografisk nærhet og sosiodemografiske likheter, samt Canada og Australia som også har sosiodemografiske likheter med Norge i tillegg til sammenfallende utfordringer med tanke på befolkningsmønstre i sentrale strøk og distrikt.

⁴ Whitty CJM, MacEwen C, Goddard A, Alderson D, Marshall M, Calderwood C, et al. *Rising to the challenge of multimorbidity*. BMJ (Online). 2020;368:l6964.

Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. *Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study*. Lancet. 2012;380(9836):37–43.

Dunbar P, Hall M, Gay JC, Hoover C, Markham JL, Bettenhausen JL, et al. *Hospital readmission of adolescents and young adults with complex chronic disease*. JAMA Netw Open. 2019;2(7):e197613.

Gaulin M, Sirois C, Simard M, Candas B, Lesage A. *Combined impacts of multimorbidity and mental disorders on frequent emergency department visits: a retrospective cohort study in Quebec, Canada*. CMAJ. 2019;191(26):E724–32.

Muth C, Blom JW, Smith SM, Johnell K, Gonzalez-Gonzalez AI, Nguyen TS, Brueckle M-S, Cesari M, Tinetti ME, Valderas JM. *Evidence supporting the best clinical management of patients with multimorbidity and polypharmacy: a systematic guideline review and expert consensus*. J Intern Med. 2019;285:272–288.

Parekh V, Saint S, Furney S, Kaufman S, McMahon L. *What effect does inpatient physician specialty and experience have on clinical outcomes and resource utilization on a general medical service?* J Gen Intern Med. 2004;19(5 Pt 1):395–401.

⁵ Stange KC. *The generalist approach*. Ann Fam Med. 2009;7(3):198–203.

Abbasi K. *Generalism for specialists: a medical reformation*. BMJ. 2020;368:m157.

Gómez-Huelgas R, Dalekos GN, Dicker D, Montano N. *Internal medicine in the 21st century: Back to the future*. Eur J Intern Med. 2024;128:26–9.

4. Framtidens kompetansebehov

Definisjoner

Endringer i sykdomsbyrde og organisering av helsetjenesten skaper nye kompetansebehov som dagens spesialitetsstruktur ikke fullt ut dekker. Dette krever igjen endringer i læringsmål, utdanningsløp og spesialitetsstruktur.

Det er viktig å skille mellom spesialitetsstruktur og utdanningsstruktur. **Spesialitetsstruktur** omhandler hvilke spesialiteter som skal inngå i den norske helsetjenesten, mens **utdanningsstruktur** omhandler hvordan disse spesialistene utdannes.

Kompetanse er de samlede kunnskaper, ferdigheter og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle funksjoner og oppgaver i tråd med definerte krav og mål.

Medisinske spesialiteter referert til i denne rapporten er de ti medisinske spesialitetene som i dag har en felles indremedisinsk del 2 (FIM). Av disse anser mange indremedisin, geriatri og akutt- og mottaksmedisin (AMM) som breddespesialiteter, med hver sine kompetanseområder. De øvrige sju omtaler vi i denne rapporten som organspesialiteter (blodsykdommer, endokrinologi, fordøyelsessykdommer, hjertesykdommer, infeksjonssykdommer, lungesykdommer, nyresykdommer), internasjonalt ofte omtalt som subspecialiteter.

Vaktkompetanse i medisinske spesialiteter defineres videre i rapporten som den samlede kompetansen som kreves for at en lege skal kunne utføre selvstendig og forsvarlig diagnostikk, prioritering, initial behandling og koordinering av akutte tilstander i vaktsituasjonen.

Vaktkompetanse må inkludere evne til klinisk beslutningstaking under usikkerhet, tverrfaglig samarbeid og ferdigheter til å gjennomføre vanlige medisinske prosedyrer. Vaktkompetansen kan defineres på ulike nivå, og den utvikles gradvis under supervisjon og gjennom klinisk modning, selvstendig beslutningstaking og utvikling av prioriteringsevne. Leger i spesialisering har en overlege som bakvakt før selvstendig vaktkompetanse oppnås som ferdig spesialist.

Vaktkompetanse er avgjørende for tidlig identifisering og behandling av alvorlig og akutt sykdom, forsvarlig behandling gjennom hele døgnet, effektiv ressursbruk, god pasientflyt, riktig bruk av overvåknings- og intensivressurser, samt reduksjon av unødvendige undersøkelser og innleggelser ved rådgivning til prehospitale aktører.

Breddekompetanse innbefatter kunnskap som omfatter flere fagområder og evnen til å se pasienten og behandlingsbehovet i en helhetlig sammenheng. Dette står i kontrast til en mer fragmentert eller “silobasert” tilnærming.

Multisykdom defineres som det å ha to eller flere kroniske sykdommer samtidig hos samme individ.

Helhetlig vurdering defineres i denne rapporten som en arbeidsmetode der det under ytelse av helsetjenester tas hensyn til hele pasienten. Dette inkluderer pasientens subjektive plager, sosioøkonomiske utfordringer samt psykiske og somatiske sykdommer. Ved helhetlig vurdering kombinerer man klinisk kunnskap, god kommunikasjon og beslutningstaking for å sette sammen informasjon på tvers av problemstillinger og organsystemer. Vurdering av sammensatte tilstander og pasientens totalsituasjon vil kunne medføre at man må veie faglige retningslinjer, pasientens ønsker og praktisk hensyn mot hverandre. Å avvike fra retningslinjer forutsetter erfaring og moden klinisk dømmekraft, og krever en utdanning som gir særskilt kunnskap om dette.

Ulike definisjoner av spesialiteten indremedisin har blitt foreslått, blant annet under Helsedirektoratet sitt *Rådslag om generalist-/breddekompetanse i indremedisinske og kirurgiske spesialiteter*, 25.- 26.04.2024⁶⁶. Internasjonalt beskrives **indremedisin** slik: Indremedisin som spesialitet fokuserer på utredning og behandling av pasienter med komplekse og sammensatte kroniske sykdommer i spesialisthelsetjenesten. Faget innebærer å håndtere diagnostiske

⁶⁶ Vedlegg 1

utfordringer samt å lede og koordinere behandling av pasienter med omfattende og ofte flerorgansykdommer. Arbeidsgruppen legger i videre rapport denne beskrivelsen til grunn.

Demografisk utvikling og multisykdom

Sykdomsbildet hos innlagte pasienter i sykehus har over flere år endret seg i betydelig grad.

Pasienter med flere samtidige sykdommer (multisykelighet) og sammensatte sykdomstilstander er økende og utgjør en stor andel av disse. Det må forventes at denne utviklingen vil fortsette da medisinsk diagnostikk og behandling er i stadig utvikling. Dette vil medføre at pasienter lever lengre og avansert behandling vil ofte medføre komplikasjoner med videre behov for sykehusopphold.

Multisykelighet vil være økende med stigende alder og forventes derfor i størst grad i den eldre befolkningen. Tall fra Danmark viser imidlertid at 40 – 60 % av pasienter med multisykdom er under 65 år⁷. Kompetanse for å ivareta fremtidens pasienter i sykehus vil derfor kreve at man har brede kunnskaper innenfor flere fagområder og helhetlig vurderingskompetanse for å ivareta og behandle pasienter med multisykdom og komplekse tilstander. Denne formen av breddekompetanse vil ikke bare være nødvendig for å yte beste helsehjelp tilpasset den enkelte pasient, men også for effektiv håndtering i sykehus og av ressursmessige hensyn.

Breddekompetanse

Arbeidsgruppen legger til grunn at breddekompetanse er nødvendig på flere nivåer i helsetjenesten, men at den kommer til uttrykk på ulike måter avhengig av oppgaver, pasientpopulasjon og organisering. Breddekompetanse finnes i ulike deler av helsetjenesten, men innholdet og graden av bredde vil variere. I tillegg til den breddekompetanse som forventes

⁷ Statens Institut for Folkesundhed. *Multisygdom i Danmark*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2019 [lest 3. august 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.sst.dk/udgivelser/2019/multisygdom-i-danmark>.

av alle medisinske spesialister som deltar i vakt ved norske sykehus er det en særegen breddekompetanse innenfor følgende spesialiteter:

- *Allmennedisin* representerer breddekompetanse i primærhelsetjenesten i en uselektert pasientpopulasjon.
- *Akutt- og mottaksmedisin* representerer en annen form for breddekompetanse på tvers av medisinske og kirurgiske fagområder, tilpasset håndtering av akutte pasienter i skjæringspunktet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.
- *Indremedisin og geriatri* ivaretar breddekompetansen for voksne i spesialisthelsetjenesten. Der indremedisin har sin styrke i håndtering av et bredt spekter av akutte og kroniske tilstander, representerer geriatri en breddekompetanse rettet mot skrøpelige eldre pasienter med multisykdom. Begge spesialitetene er sentrale for å sikre helhetlig pasientbehandling.

Breddespesialisering og organspesialisering

Fremtidens helsetjeneste vil være avhengig av både organspesifikk og breddekompetanse, og samspillet mellom disse må videreutvikles. I land som har satset på spesialiteter innenfor både organ- og breddekompetanse, for eksempel Canada, beskrives det at disse utfyller hverandre på en god måte. Det fremheves at breddespesialitetene avlaster de organspesifikke fagmiljøene, som dermed kan bruke sin særskilte kompetanse mer hensiktsmessig til de pasientene som trenger dette mest. Breddespesialistene involveres ved behov i pasientgruppene med mer sammensatte problemstillinger som har god nytte av den vide tilnærmingen og vurderingskompetansen til en breddespesialist. En bærekraftig organisering av fremtidens sykehus forutsetter derfor en god balanse mellom breddespesialiteter og nødvendig organspesialisering.

Ved mindre sykehus vil det bli særlig viktig at alle spesialister innen de medisinske spesialitetene har en breddekompetanse som grunnlag, samtidig som det sikres tilstrekkelig

organspesialistkompetanse innen utvalgte fagområder for å kunne tilby forsvarlige og helhetlige tjenester lokalt.

5. Dagens organisering av de medisinske spesialistutdanningene

Dagens utdanningsmodell

I 1975 vedtok Legeforeningens landsstyre en omorganisering av de medisinske spesialitetene. Indremedisin ble hovedspesialitet, med fordøyelsessykdommer, geriatri og hjertesykdommer som grenspesialiteter. I årenes løp tilkom stadig flere grenspesialiteter. I 2019 ble spesialitetsstrukturen endret; alle grenspesialitetene ble omgjort til hovedspesialiteter og sidestilt med spesialiteten indremedisin. I dag er de fleste overleger ved norske medisinske avdelinger utdannet etter den gamle ordningen, med hovedspesialitet indremedisin og videre grenspesialitet.

Fra 2019 er en leges kompetanse beskrevet i forskriftsfestede læringsmål. Alle leger utdannet i ny ordning fra 2019 har kompetanse tilsvarende LIS1. Alle leger med en av de ti medisinske spesialitetene har kompetanse tilsvarende FIM. Alle spesialister har kompetanse tilsvarende egen del 3.

Etterutdanning defineres som det å tilegne seg ny kunnskap gjennom videre fordypning innen eget fagfelt og ivaretagelse av allerede oppnådd kompetanse. Alle overleger har avtalefestet rett til utdanningspermisjon som skal sikre faglig oppdatering. Overlegen bestemmer i praksis selv hvordan den faglige oppdateringen skal skje og hva denne skal fordype seg i. I Norge er det kun etablert formelt etterutdanningsprogram for spesialister i allmennmedisin. I mange land i Europa stilles det krav til etterutdanning gjennom system for Continuing Medical Education credits-(CME)poeng.

Indremedisinsk rekruttering og forskjeller mellom sykehus

Utfordringer med manglende fokus på breddekompetanse er særlig synlig ved sykehus med høy grad av seksjonering, hvor leger i mindre grad eksponeres for et bredt spekter av indremedisinske problemstillinger gjennom sitt daglige arbeid. Det er behov for leger som kan håndtere uavklarte pasienter, foreta helhetlige kliniske vurderinger, ivareta vaktfunksjoner og koordinere behandling av pasienter med sammensatte sykdomstilstander. Arbeidsgruppen vurderer at dagens organisering ikke klarer å bygge opp tilgangen på slik kompetanse. Ved mindre sykehus med lavere grad av seksjonering gir organisering av arbeidsoppgaver og vaktordninger ofte en bredere klinisk eksponering og bedre forutsetninger for å opprettholde breddekompetanse på tvers av de medisinske spesialitetene. Dette forutsetter imidlertid bevisst tilrettelegging, tilstrekkelige ressurser og systematisk kompetanseutvikling.

Samtidig er det viktig å vurdere driverne for den økte spesialiseringsgraden ettersom det vil være et behov for å adressere disse i tillegg til endring av utdanningsstruktur dersom man ønsker å utdanne både bredde- og organ-spesialister.

Drivere for manglende indremedisinsk rekruttering

- Økt subspesialisering de siste tiårene, drevet av teknologisk utvikling og økende medisinsk kompleksitet.
- Få tilgjengelige overlegestillinger i indremedisin, satsingen har vært på de øvrige spesialitetene.
- Det foreligger en undervurdering av indremedisinerens potensial i håndteringen av innlagte pasienter, til tross for at mange problemstillinger kan ivaretas av en indremedisiner med bred kompetanse.
- Mangelen på overordnede planer inkludert fravær av en helhetlig strategi for fordeling av fagkompetanse. Sykehus med kort geografisk avstand og sammenlignbart opptaksområde

kan ha ulike modeller, der noen vektlegger organspesialisering og andre bred indremedisin.

Dette skaper usikkerhet rundt indremedisinerens rolle, som i motsetning til

organspesialisten er mindre klart definert.

- Opplevd usikkerhet rundt karrieremuligheter for indremedisinere, basert på en antakelse om at fremtidig klinisk arbeid i sykehus i hovedsak vil utføres av organspesialister.
- Opplevelse av at karrieremuligheter, inkludert forskning og faglig utvikling kan bli begrenset dersom man velger indremedisin.
- Utilstrekkelig struktur i utdanningen til indremedisin, samt mangelfull oppfølging av utdanningskrav.
- Oppfatning blant leger i spesialisering av at læringsmålene i indremedisin er svært omfattende, noe som kan gi en følelse av utilstrekkelighet sammenlignet med mer avgrenset organspesialistkompetanse.
- Undervisning ved spesialister i indremedisiner mangler i grunnutdanningen.

Omleggingen av spesialistutdanningen i 2019 fremheves ofte som årsak til økende grad av subspesialisering i norske sykehus. Imidlertid har denne utviklingen pågått i lang tid før 2019 både i Norge og andre land, og arbeidsgruppen mener at omleggingen av spesialistutdanningen har blitt tillagt uforholdsmessig vekt i beskrivelsene av årsakene til manglende breddekompetanse i norske sykehus.

Konsekvenser ved å videreføre dagens spesialitetsstruktur

Utviklingen som de siste tiårene har gått i retning av stadig mer subspesialisering, har bidratt til reduksjon av breddekompetansens naturlige plass i utdanningen og i sykehusene. Dette reflekterer primært en generell faglig og samfunnsmessig trend mot økt spesialisering, men bedres ikke av dagens gjennomføring av spesialistutdanningen. Dersom den forventede sosiodemografiske utviklingen fortsetter, vil fremtidige organspesialister få et økt press på å håndtere flere tilstander utenfor eget fagfelt. Dette gir fare for lengre ventetider og fragmenterte

pasientforløp. Det må forventes at flere av de utfordringene som er identifisert i rapporten vil vedvare eller forsterkes. Utfra personellperspektivet, vil manglende bredde medføre en betydelig mindre fleksibel avdelingsdrift med behov for seksjonerte vaktlag, som igjen kan være antirekrutterende og vanskelig å gjennomføre. I tillegg vil man trenge flere spesialister pr pasient, hvilket kan medføre behov for økt antall spesialister i pasientbehandlingen, og dermed forsterket risiko for personell- og ressursmangel.

5. Prinsipper for framtidig spesialistutdanning og spesialitetsstruktur

For å møte fremtidens utfordringer må helsetjenesten utvikles på en måte som både sikrer bærekraftige tjenester for befolkningen og attraktive karriereveier for leger i relevante fagmiljøer. Videre må fremtidens helsetjeneste finne en balanse med tilstrekkelig mange organspesialister med spesialisering på smalere områder, kombinert med mange nok spesialister med breddekompetanse for helhet i pasientbehandlingen, fleksibilitet og robusthet.

Alternative modeller for spesialitetsstruktur

Under presenteres ulike varianter av modeller arbeidsgruppen har vurdert i prosjektet med fordeler og ulemper for den enkelte modell.

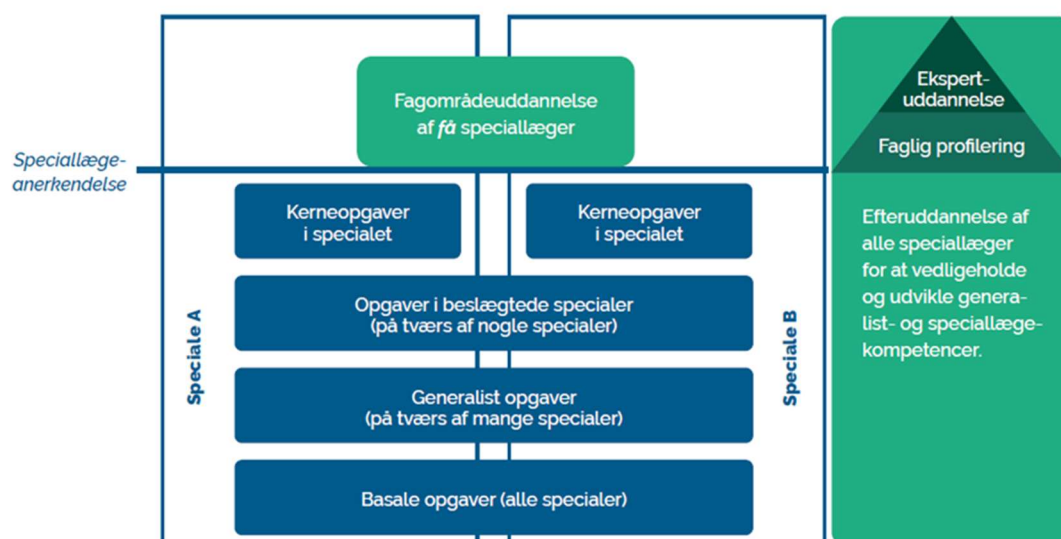
Internasjonale modeller

Den danske modellen

I Danmark ble indremedisin lagt ned som egen spesialitet i 2003 – til fordel for ni indremedisinske hovedspesialiteter; kardiologi, revmatologi, geriatri, endokrinologi, hematologi, lungemedisin, fordøyelsessykdommer, infeksjon og nyresykdommer. Dette har ført til en seksjonert sengepoststruktur på alle sykehus. Utdanningen inneholdt en ‘common trunk’ som skulle sikre breddekompetanse, men i rapporten [Fremtidens Speciallæge](#) fra 2024 omtales dette

som mislykket fordi breddekompetanse 'druknet' i fokuset på organspesialitetene⁸. Danskene har de siste årene jobbet målrettet og grundig med å beskrive utfordringene, kartlegge og fremskrive behov for alle ulike spesialiteter, og derav følgende behov for dimensjonering av utdanningene. De har ikke hatt en egen indremedisinsk spesialitet de siste 20 årene, og har kommet til at det vil kreve for store omlegginger dersom de skulle reetablere en indremedisinsk spesialitet. De har derfor valgt å anbefale en spesialiststruktur med de samme ni indremedisinske hovedspesialitetene, men at alle skal ha større innslag av breddekompetanse i sine utdanningsløp. De fleste legene skal fortsette å jobbe med et breddefokus samtidig som de skal ha mer spisset kompetanse på sitt spesialfelt. Kun noen få skal etter gjennomført spesialistutdanning videre ekspertutdannes til å være kun organspesialister på region- og nasjonalt nivå. Samtidig legges det opp til systematisk og strukturert etterutdanning for alle, der det skal være mulig å både ivareta breddekompetansen, og å utvikle kompetanse på spesialområder basert på avdelingens behov eller egen interesse, se figur 1.

Figur 1: Legenes etterutdanning og faglige profilering, fra rapporten *Fremtidens Speciallæge*



⁸ Sundhedsstyrelsen. *Fremtidens speciallæge: ændring af den lægelige videreuddannelse*. København: Sundhedsstyrelsen; 2025 [lest 9. juli 2026]. Tilgængelig fra: <https://www.sst.dk/udgivelser/2024/fremtidens-speciallaege>

Fordeler ved å bruke denne modellen i Norge:

- Den er en videreutvikling av den nåværende trenden i sykehus, og vil dermed ikke medføre større organisatoriske endringer i sykehusdrift.
- I utgangspunktet forventes alle medisinske leger å måtte ha tilstrekkelig breddekompetanse for å håndtere multimorbide pasienter, ettersom det ikke er en spesialitet som ivaretar dette. Imidlertid tilsier evaluering fra Danmark at dette ikke har fungert som forventet ⁹.

Ulemper ved å bruke denne modellen i Norge:

- Oppdeling av pasientbehandling etter organspesialitet kan føre til at viktige tilleggssykdommer og pasientens øvrige behov blir oversett, feiltolket eller utilstrekkelig behandlet.
- Involvering av flere organspesialister øker risikoen for uhensiktsmessig polyfarmasi, uheldige legemiddelinteraksjoner og manglende koordinering av behandlingen.
- Behandling utført av organspesialister kan ofte bli mer kostnadskrevende enn mer helhetlig behandling slik den typisk utøves av spesialister i indremedisin
- Organspesialister vil få mindre tid til eget fagområde
- Kirurger, psykiatere og andre spesialister kan få redusert og fragmentert tilgang til medisinsk faglig råd fra organspesialister om pasientenes øvrige helseproblemer.
- Pasienter kan oppleve økt belastning ved behov for konsultasjoner hos flere ulike spesialister, samt lengre sykehusopphold som følge av flere tilsynsforespørsler og henvisninger.
- Tap av kontinuitet i behandlingen.

⁹ Sundhedsstyrelsen. *Fremtidens speciallæge: ændring af den lægelige videreuddannelse*. København: Sundhedsstyrelsen; 2025 [lest 9. juli 2026]. Kap. 6.6.3 Intern medicin. Tilgjengelig fra: <https://www.sst.dk/udgivelser/2024/fremtidens-speciallaege>

- Svekkede muligheter for tverrfaglig forskning og undervisning i breddekompetanse.

Noen læringspunkter fra den danske modellen:

- Dimensjoneringsplan og styring av antall og type spesialister som utdannes.
- Fokus på livslang etterutdanning og mulighet for å bygge på med fordypningsområder.

Den canadiske modellen

I Canada har man siden 90-tallet driftet en større andel av senger ved indremedisinske avdelinger useksjonert¹⁰. Frem til 2004 inngikk spesialiteten indremedisin i “kjerneutdanningen” på fire år før man gikk videre til subspesialisering – ikke ulikt utdanningen i Norge før reformen i 2017. På tidlig 2000-tall ble indremedisin i Canada beskrevet “liggende nede med brukket rygg” med manglende rekruttering og manglende faglig identitet. Bekymring rundt økende grad av subspesialisering og fragmenterte og kostbare forløp¹¹ gjorde at det i 2004 ble iverksatt et arbeid for å sikre at indremedisin ble en egen hovedspesialitet på lik linje med øvrige spesialiteter. Et særskilt arbeid ble lagt ned for å lage et utdanningsløp som opplevdes fremtidsrettet og relevant, med blant annet søkelys på mestring av usikkerhet. Det var også bevissthet rundt å bygge en spesialitet som var relevant for både universitetssykehus i storbyer og lokalsykehus i avsidesliggende områder. Man la dessuten opp til noen valgfrie moduler i siste ledd av utdanningen slik at man kunne skreddersy kompetansen til legens interesser og behov ved fremtidig arbeidsplass. I 2010 ble det erkjent en akutt mangel og behov for breddespesialister, og indremedisin ble derfor anerkjent som egen spesialitet.

Driveere for å utvikle den Canadiske modellen har vært:

¹⁰ Card SE, Clark HD, Elizov M, et al. *The evolution of general internal medicine (GIM) in Canada: international implications*. J Gen Intern Med. 2017;32:576–581 [578–580].

¹¹ Baillie H, Kenyon M. *General internal medicine: a core specialty in jeopardy*. Br Columbia Med J. 2005;47(7):377–378

- Et økende samfunnsbehov for leger som ivaretar pasienter med sammensatt sykdom i spesialisthelsetjenesten.
- Geografiske og demografiske utfordringer.
- Behov for en bærekraftig dimensjonering av spesialisthelsetjenesten.

Fordeler ved å bruke denne modellen i Norge:

- Alle pasienter som blir innlagt i sykehus og som trenger en helhetlig vurdering vil få dette.
- Organspesialistene kan fordype seg ytterligere i eget fagfelt.
- Mindre flytting av pasienter internt i medisinske avdelinger.
- Bedre muligheter for klinisk forskning og utdanning innen multisyke pasienter og komplekse forløp.

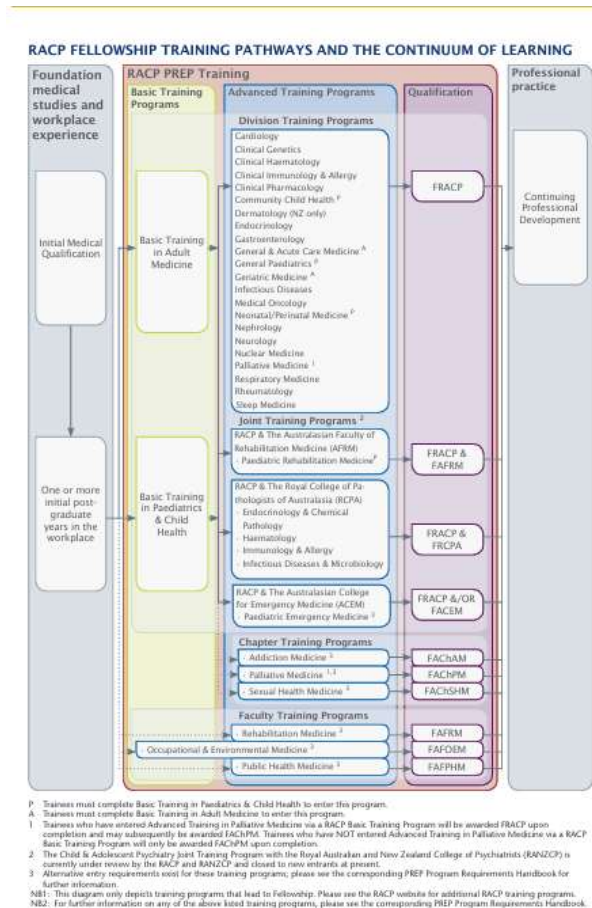
Ulemper ved å bruke denne modellen i Norge:

- Vil kreve en viss og gradvis omorganisering av spesialitetsstruktur slik den er i dag.
- Ubalanse mellom stor andel av nåværende organspesialister som trolig ikke vil ønske å jobbe useksjonert, og få breddespesialister.
- Organspesialistene vil få mindre eierskap til breddekompetanse.

Den australske modellen

I Australia og New Zealand har man etter turnustjeneste en felles basisutdanning på tre år, med påfølgende subspesialisering i tre år, se figur 2.

Figur 2: General and Acute Care Medicine Advanced Training Curriculum – RACP FELLOWSHIP TRAINING PATHWAYS AND THE CONTINUUM OF LEARNING



I 2016 ble det laget en rapport om utfordringene tilknyttet manglende breddekompetanse, og man har med bakgrunn i denne revitalisert den tidligere spesialiteten “general internal medicine” (generell indremedisin) til en oppdatert spesialitet “general and acute internal medicine”. Her har indremedisin blitt tydeligere definert opp mot øvrige spesialiteter, samt dekker et klart behov i et stadig mer komplekst australsk helsevesen. I likhet med Canada er det mulighet for valgfrie moduler både under og etter spesialistutdanningen.¹²

¹² Rane V, Aung AK, Thomas J, Kerkham T. *How the new general and acute care medicine curriculum moves trainees beyond the bedside: from whole-patient care to whole-system leaders*. Intern Med J. 2026;56:517–520.

The Royal Australasian College of Physicians (RACP). *General and Acute Care Medicine Advanced Training Curriculum: Physician Readiness for Expert Practice (PREP) Training Program*. Sydney: RACP; 2013 [lest 9. juli 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.racp.edu.au/docs/default-source/trainees/advanced-training/general-and-acute-care-medicine/general-and-acute-care-medicine-advanced-training-curriculum.pdf>

Et oppdatert curriculum ble utformet i 2026 og er under implementering for å sikre enda bedre kompetanse i ivaretagelse av kompleksiteten som møtes i den australske spesialisthelsetjenesten. Indremedisin utgjør ca 12% av sengene i australske sykehus, som har beholdt en høyere grad av seksjonering enn i den canadiske modellen¹³.

Fordeler ved å bruke denne modellen i Norge:

- Indremedisin som egen spesialitet er godt integrert som en fullverdig spesialitet på lik linje med organspesialiteter. Dette sikrer dermed ivaretagelse av pasientgrupper med komplekse lidelser og/eller multisykdom.
- Indremedisinske sengeposter er en integrert del av sykehus, slik at det ikke er tvil rundt karrieremuligheter og pasienttilbud.
- Det jobbes fortløpende med, og utarbeides, oppdaterte læringsmål som er relevante for spesialiteten, helsevesenet og pasientbehovet.

Ulemper ved å bruke denne modellen i Norge:

- Vil kreve opprettelse av indremedisinske avdelinger.
- Vil kreve et større arbeid med revisjon av læringsmål/kurs for indremedisin som spesialitet.
- Vil medføre et automatisk rekkefølgekrav mellom basisdel og hovedspesialitet.
- Usikkert hvordan breddekompetanse ivaretas for øvrige spesialiteter med tanke på f.eks useksjonert vakt.

Alternative norske modeller

Modell 0 – videreføring av dagens struktur

I denne modellen videreføres dagens spesialistutdanning uendret. Man beholder FIM for alle medisinske spesialiteter med uendret kompetanseprofil. Dette må styrke bredde- og

¹³ Gorman AC, Newnham HH, Potter EL, Busija L, Aung AK. *Understanding the contribution of general medical services to acute inpatient care in Victorian public hospitals*. Intern Med J. 2023;53:2283–2290.

vaktkompetanse. Man viderefører spesialiteten indremedisin uendret, uten at denne fordypes mhp breddekompetanse eller får en styrket stilling i norske sykehus.

Modell 1 – Felles faglig plattform og revidert spesialitet i indremedisin

Helsetjenesten har behov for leger med indremedisinsk kompetanse og helhetlig

vurderingskompetanse i spesialisthelsetjenesten. Arbeidsgruppen vurderer at dette best kan oppnås gjennom en endring i det som til nå har vært FIM, heretter kalt **felles faglig plattform (FFP)** og en revidering av spesialiteten indremedisin som egen spesialitet.

Denne modellen vil dekke behovet i både små, mellomstore og store sykehus. Med FFP vil sykehus med behov for breddekompetanse som trengs for å gå useksjonert vakt få dekket sitt vaktbehov. Man kan tillate at organspesialister i store sykehus utelukkende kan drive med sine spesialfelt, da med nødvendig støtte fra spesialister i indremedisin. Det vil sikre smidig pasientbehandling og pasientforløp og bidra til riktig kompetanse på riktig sted i tjenesten. Modellen vil også bidra til å sikre sykehusenes kompetansebehov og kommunehelsetjenesten behov for samhandling. Det vil også gi spesialisthelsetjenesten en robusthet knyttet til personellressurser.

Arbeidsgruppen kan ikke se at dette alternativet vil gi store økonomiske konsekvenser. Det vil føre til at man i en del sykehus må satse på indremedisin med stillinger og sengeposter. Dette vil innvirke på antall stillinger i de andre ni medisinske spesialitetene.

De organisatoriske konsekvensene ansees knyttet til spesialitetsstruktur. Hvilke spesialiteter som bør finnes i den norske helsetjenesten og hvilke spesialister som bør finnes på sykehus av ulik størrelse og funksjon er ikke videre adressert i denne rapporten. Videre bør man se nærmere på behovet for strukturert etterutdanning for ferdige spesialister og da særlig knyttet til hvilke fordypningsområder helsetjenesten vil ha behov for.

6. Arbeidsgruppens anbefalinger

Basert på problembeskrivelsen ved nåværende modell og de internasjonale erfaringene, har arbeidsgruppen landet på modell 1 som anbefaling for videre spesialistutdanning. Vi beskriver her nødvendige tiltak for å gjennomføre modell 1:

Revisjon av del 2 felles indremedisin – felles faglig plattform (FFP)

Formål med FFP

Arbeidsgruppen anbefaler at man bruker begrepet FFP da dette tydeliggjør at det ikke er et rekkefølgekrav for kompetanseoppnåelse og at FFP skal bygges gjennom hele spesialiseringsløpet. FFP er kompetansenivået som er nødvendig for den indremedisinske breddekompetanse som forventes hos alle de medisinske spesialiteter. Denne kompetansen defineres som adekvat til å kunne delta i useksjonert overlegevakt etter fullført spesialitet i en av de ti medisinske spesialitetene. Legen skal kunne motta, vurdere, og initialt behandle pasienter med akutte og uavklarte medisinske problemstillinger. Kompetansen som oppnås skal være relevant både for leger som senere arbeider i høyspesialiserte fagmiljøer og for leger som skal ivareta brede kliniske funksjoner ved lokalsykehus.

Arbeidsgruppen mener at det er behov for å tydeliggjøre formålet med denne delen av spesialistutdanningen og revidere læringsmålene slik at de i større grad understøtter og synliggjør utviklingen av den breddekompetansen som kreves for useksjonert overlegevakt.

Som rådgivende organ for legers spesialistutdanning anbefales det at Spesialitetskomiteen for indremedisin gis et spesielt ansvar for å gå råd om innhold og kvalitet for FFP. Dette bør være tilsvarende for regionale utdanningsråd for indremedisin. Dette vil sikre at også denne delen av utdanningen får oppmerksomhet og vurderes ved spesialitetskomitebesøk. En nasjonal harmonisering vil kunne bidra til å sikre en høy og likeverdig standard for FFP.

Kompetanseprofil for FFP

Kompetanseprofilen for FFP bør ta utgangspunkt i hvilke oppgaver leger i medisinske spesialiteter forventes å kunne ivareta i vakt i framtidens helsetjeneste. Det må også forventes at legen, etter ferdigstilt spesialisering i en av de ti medisinske spesialitetene, vil kunne ivareta pasientene ved en medisinsk sykehusavdeling gjennom kveld, helg og høytid. Legen skal på vakt kunne identifisere alvorlig sykdom, iverksette nødvendig utredning og behandling, og involvere relevante spesialiteter når dette er nødvendig. FFP skal derfor sikre et kompetansenivå som gir grunnlag for trygg og forsvarlig vaktutøvelse.

Kompetanseprofilen skal også omfatte forståelse for prioritering, ressursbruk og medisinsk beslutningstaking under usikkerhet. Legen skal kunne balansere behovet for diagnostisk presisjon mot behovet for raske kliniske beslutninger i akutte situasjoner.

Arbeidsgruppen vurderer at denne kompetanseprofilen samlet representerer den breddekompetansen som bør være felles for alle medisinske spesialiteter for å gå useksjonert overlegevakt.

Varighet og progresjon

FFP er tiltenkt å følge LIS i hele spesialiseringsløpet. Det må innføres krav om useksjonert vaktjeneste i FFP. Arbeidsgruppen har ikke fastsatt konkret varighet for vaktjeneste. Videre arbeid må se på læringsmål, læringsarenaer og eventuelle tidskrav med konsekvenser.

Revisjon av del 3 indremedisin

Det er en forutsetning at det gjennomføres en grundig gjennomgang og revisjon av del 3 indremedisin. Innholdet i revidert utgave skal reflektere spesialitetens egenart og kompetanse og formes slik at den er rettet mot fremtidige behov i spesialisthelsetjenesten. Det fremstår hensiktsmessig å bruke internasjonale erfaringer fra sammenlignbare land for å skreddersy en spesialitet som er best mulig tilpasset norske forhold.

Formål med revisjon av spesialiteten indremedisin

Formålet med en revisjon er å definere læringsmål og nødvendige læringsaktiviteter som danner en spesialitet basert på bred faglig kunnskap innen alle de medisinske fagområdene og noen tilgrensende fagområder. Kunnskapen skal kunne settes sammen og benyttes som grunnlag for vurdering og behandling av pasienter med flere samtidige sykdommer, komplekse sykdomstilstander og til utredning av uavklarte problemstillinger. Breddekompetansen skal også gi et godt fundament for gode valg med hensyn på utredning og behandling, inkludert begrensninger, til beste for pasient. Helhetlig tilnærming, vurdering og ivaretagelse av pasient er særegent for breddekompetansen. Den helhetlige vurderingskompetansen er en arbeidsmetode som skal læres og trenes gjennom spesialitetsspesifikk del indremedisin. Gode kommunikasjonsevner, fokus på enkle basale undersøkelser og klinisk resonnement står sentralt, før annen avansert utredning igangsettes. På denne måten oppøves den kliniske vurderingsevnen, som først og fremst vil være til beste for pasienten, men også av ressurshensyn. SSP skal gi kompetanse til å utrede og behandle akutt alvorlig syke og ustabile medisinske pasienter som trenger intermediær -og/eller intensivbehandling.

Kompetanseprofil indremedisin

1. Vurdering og behandling av flere og samtidige sykdomstilstander hos den enkelte pasient
2. Utredning og behandling av vanlige medisinske sykdomstilstander innenfor de medisinske fagområder.
3. Medisinsk utredning av uavklarte tilstander
4. Ivaretagelse av medisinske sykdomstilstander uten naturlig organtilhørighet
5. Helhetlig ivaretagelse av pasienten
6. Kloke valg, inkludert vurdering av behandlingsbegrensninger
7. Fleksibilitet, både mht fagkunnskap innen flere fagfelt, og for organisering i sykehus.
8. Beredskap i krisesituasjoner
9. Opplæring av andre spesialister i breddekompetansen

Indremedisinsk spesialistkompetanse er anvendelig og vil kunne nyttiggjøres i ulike deler av spesialisthelsetjenesten:

- Sengepost og poliklinikk
- Intermediær- og intensivavdelinger
- Akuttmottak
- Tilsynsfunksjon, fast og ved behov ved andre avdelinger
- Konfereringsansvar internt og eksternt
- Undervisning/læringsarena for LIS/medisinstudenter
- Samarbeid med primærhelsetjenesten
- Klinisk forskning

Varighet og progresjon

Varighet og læringsarenaer for SSD kan først fastsettes når læringsmålene i SSD er definert.

Fordypningsområder i utdanning

Basert på erfaringer fra Canada og Australia bør det vurderes om enkelte elementer av utdanningen i den reviderte spesialiteten kan settes sammen valgfritt. Dette for å sikre attraktivitet i utdanningen samt muligheten for å få relevant fordypning som kan tilpasses sykehusenes ulike behov.

7. Konsekvenser og implementering

Nullalternativet

Som sammenligningsgrunnlag for arbeidsgruppens anbefalinger vurderes konsekvensene av å videreføre utdannings- og spesialitetsstruktur uten vesentlig endringer. Nullalternativet innebærer at dagens læringsmål, utdanningsløp og spesialitetsstruktur videreføres. Dette vurderes å ha begrensede implementeringskostnader. Trolig vil de identifiserte utfordringer knyttet til breddekompetanse og helhetlig vurderingskompetanse samt samhandling mellom tjenestenivåer forverres på sikt. Ytterligere fragmentering av behandlingsforløp vil kunne medføre en overbelastning på helsetjenesten som både kan påvirke trygge prioriteringer,

pasientsikkerhet og rekruttering av helsepersonell. Til sist vil beredskap ved kriser være svekket ved manglende breddekompetanse.

Modell 1 – Felles faglig plattform og revidert spesialitet i indremedisin

Konsekvenser ved omlegging av del 2 til en mer definert felles faglig plattform.

Det har lenge vært etterlyst et behov for en klargjøring av hva nåværende del 2 i spesialistutdanningen representerer. Å endre læringsmålene til å bli mer målrettet mot useksjonert vaktkompetanse for medisinske spesialiteter, vil bidra til å utdanne leger med den riktige breddekompetansen til å sikre ivaretagelse av pasienter i vakt og daglig drift ved norske sykehus.

Konsekvenser av revidert spesialitet i indremedisin

En revidering av utdanningen innen spesialiteten indremedisin vil alene ikke medføre større konsekvenser for helsetjenesten i Norge i dag. Imidlertid vil en implementering forventes å inkludere tiltak for å redusere gjeldende drivere som begrenser rekrutteringen til faget. Det vil være et behov for både utdannings- og overlegestillinger slik at realistiske karrieremuligheter er ivare tatt. For organspesialister i øvrige medisinske fag vil dette kunne gi økt tid i eget fagfelt og mindre tid på problemstillinger som kan løses bedre av breddespesialister, men også at noen av de nåværende overlegestillingene innenfor de ulike organspesialitetene må overføres til indremedisin.

På seksjonerte sykehus vil organspesialistene sannsynligvis forbli spisset i sin kompetanse, ettersom de i mindre grad må ivareta forløp for multisyke og komplekse pasienter.

Ved sykehus hvor medisinske spesialister inngår i useksjonert vakt forventes man å kunne ivareta breddekompetansen man utviklet under sitt spesialiseringsløp.

Konsekvenser for øvrige breddespesialiteter i sykehus

Akutt og mottaksmedisin

Konsekvensene for spesialiteten Akutt- og mottaksmedisin (AMM) dersom det anbefalte alternativet blir fulgt burde i utgangspunktet vært minimale om AMM hadde vært veletablert som en breddespesialist i akuttmedisin.

AMM er i Norge innført som en indremedisinsk spesialitet tross at dette er en annen løsning enn hva som er etablert i flere andre nasjoner for tilsvarende spesialitet, emergency medicine (EM). Internasjonalt er EM en spesialist i akuttmedisin uten avhengighet til andre spesialiteter.

Bakgrunnen for den norske modellen var at man ønsket muligheten til at AMM også skulle kunne gå useksjonerte overlegevakter på sykehus hvor dette var hensiktsmessig. Erfaringer nå syv år etter at AMM ble innført som spesialitet i Norge tilsier at denne modellen har begrenset full utnyttelse av potensialet i spesialiteten for andre fagfelt enn indremedisin. Det er derfor besluttet å sette ned en arbeidsgruppe for å jobbe med revisjon av AMM sine læringsmål.

Dette medfører en større usikkerhet knyttet til konsekvensene for AMM. Utfallene kan grovt skisseres i fire forskjellige utfall:

1. Det anbefalte alternativet i denne rapporten implementeres og AMM forblir helt uendret fra i dag: Det er sannsynlig at AMM vil oppleves overflødige i mange sykehus som i dag bruker AMM hovedsakelig som indremedisinsk kompetanse i akuttmottaket på dagtid.
2. Det anbefalte alternativet i denne rapporten implementeres og AMM gjør en revisjon av sine læringsmål, men beholder felles faglig plattform som en del av sine læringsmål. Man vil sannsynligvis dra nok nytte av AMM sin kompetanse på alle pasienter i akuttmottaket til at det er hensiktsmessig å beholde AMM også.
3. Det anbefalte alternativet i denne rapporten implementeres og AMM endrer sine læringsmål så betydelig at man ikke lengre benytter felles faglig plattform. Potensielt vil en sånn styrking av breddekompetanse hos alle indremedisinere og indremedisinen som spesialist, gjøre det lettere å beslutte gå bort i fra den initiale argumentasjonen om å kunne ha AMM i useksjonerte indremedisinske overlegevakter. AMM sin rolle vil da være som døgntilstedeværende akuttmedisinsk kompetanse i henhold til anbefalinger i Nasjonal faglig retningslinje for somatiske akuttmottak.
4. Dersom man velger modell 0 og dermed beholder dagens ordning, vil man forvente et større behov for AMM som en medisinsk spesialitet. Dette kan være til hinder for utviklingen av AMM som en spesialist i akuttmedisin for alle pasienter i akuttmottaket på linje med internasjonal EM.

Geriatrici

Konsekvensene av modell 1 vil være at man må gjennomgå læringsmål i del 3 geriatri.

Det anbefales å gjennomgå læringsmålene i del 3 geriatri, da disse i dag ikke i tilstrekkelig grad gjenspeiler behovet for breddekompetanse innen faget. De siste årene har geriatrien fått en stadig viktigere rolle i håndteringen av skrøpelige eldre pasienter med sammensatte og komplekse sykdomsbilder, samt i vurdering og støtte til andre spesialiteter gjennom skrøpelighetsvurderinger og helhetlige kliniske vurderinger. Denne utviklingen er i begrenset grad reflektert i dagens læringsmål.

Geriatriciens kjerneområder omfatter utredning og behandling av skrøpelige eldre pasienter med akutt funksjonssvikt, kognitiv svikt og demens, skrøpelighetsvurderinger samt ortogeriatrici. Metoden som brukes er bred geriatricisk utredning. I tillegg har geriatere ved mange sykehus en sentral rolle innen slagmedisin.

Sammen med en robust indremedisinsk kompetanse vil en geriatricisk spesialitet være avgjørende for å møte fremtidens behov i norske sykehus.

8. Arbeidsgruppens samlede vurdering og anbefaling

Basert på det demografiske og medisinske utfordringsbildet er det nødvendig å utvikle og styrke breddekompetansen i norsk spesialisthelsetjeneste. Leger som kan håndtere pasienter med sykdom i flere organsystemer samtidig vil kunne gi bedre, mer helhetlig og effektiv pasientbehandling.

Den danske modellen vil beholde organspesialitetene og gi alle legene kompetanse og ansvar for å håndtere pasienter med sykdommer i ulike organsystemer. I en slik modell vil legene fortsatt ha mest fokus på sitt spesialområde, og pasientene risikerer å bli kasterboller mellom ulike leger og ulike avdelinger, og å gjennomgå fragmenterte forløp der ingen i spesialisthelsetjenesten tar et mer samlet ansvar for deres helse.

De canadiske og australske modellene ser ut til å ta på alvor behovet for reell breddekompetanse ved å styrke den generelle indremedisinske kompetansen og indremedisinske avdelinger. De har satset på en egen indremedisinsk spesialitet.

Arbeidsgruppen mener at dette er den riktige utviklingen for norsk helsetjeneste. Konsekvensene av å fortsette med dagnes ordning (modell 0) fremstår som et dårlige alternativ for fremtiden enn konsekvensene av implementering av vår anbefalte modell 1.

Ulike sykehus vil i noen grad fordre ulik organisering for best mulige ressursutnyttelse. En viss fleksibilitet i struktur for kompetansebygging kan imøtekomme dette innenfor rammen av den spesialistutdanningen vi ser for oss. Felles faglig plattform vil dekke den grunnleggende breddekompetansen som trengs i norske sykehus med hensyn til vaktfunksjoner og i beredskapssammenheng. Mulighet for fordypningsområder under spesialiseringen i indremedisin og eventuell etterutdanning, vil gi mulighet for ekstra kompetanse innen deler av fag som vurderes hensiktsmessig for lege og arbeidsgiver. Likedan vil det for organspesialister som jobber i mindre sykehus hvor behovet for breddekompetanse er særskilt stort, kunne være hensiktsmessig med fordypningsområde som ytterligere forsterker breddekompetansen. Utviklingen av fordypningsområder må det arbeids videre med.

Anbefalinger for del 2 – felles faglig plattform (FFP)

Arbeidsgruppen anbefaler å endre navn fra FIM til FFP.

Arbeidsgruppen mener at det er behov for å tydeliggjøre formålet med FFP og revidere læringsmålene slik at de i større grad understøtter og synliggjør utviklingen av den breddekompetansen som kreves for useksjonert overlegevakt.

Anbefalinger for del 3

De indremedisinske læringsmålene må utarbeides på nytt fra grunnen av med mål om å ivareta fagets egenart og samtidig innrette seg med tanke på fremtidens helsetjenester. Arbeidsgruppen anbefaler å prioritere en fullstendig gjennomgang av læringsmål og kurs for indremedisin. Det

anbefales at utredningen med mulighet for fordypningsområder sees i sammenheng med omleggingen av hvordan videre utdanning i spesialiteten indremedisin bygges opp.

9. Implementering og overgangsordninger

Arbeidsgruppen har i sitt arbeid ikke hatt tid til å vurdere implementering og overgangsordninger som må til dersom man velger å gå for det anbefalte alternativet. Det skisseres likevel kort et forslag over nødvendige tiltak.

Implementering av det anbefalte alternativet vil kreve en omlegging i drift av flere medisinske avdelinger i form av at det vil være behov for å opprette generelle indremedisinske sengeposter og poliklinikker der hvor dette ikke allerede finnes. Om man skal høste det fulle potensialet i å sette søkelys på breddespesialister så må en større andel av driften i medisinske avdelinger baseres på spesialister i indremedisin i fremtiden. Dette vil kreve en endring i fordeling av stillinger mellom de medisinske spesialitetene. Om det handles strategisk og raskt nok vil man sannsynligvis kunne benytte den eksisterende kompetansen til å få til en overgang over relativt sett kort tid. Alternativet til overnevnte "raske" implementering vil kreve mye mer tid, og må bygges rundt en gradvis omlegging av organisering, herav fordeling av stillingshjemler mellom spesialitetene, organisering av avdelinger og endringer i utdanningen. Det forventes at endring av daglig drift og kultur vil kunne innebære mer motstand og behov for tett oppfølging enn omlegging av utdanningen som trolig vil være det minst krevende punktet.

Som nevnt over mener arbeidsgruppen at ivaretagelsen av del 2/FFP bør tillegges spesialitetskomiteen i indremedisin. Selve revideringen av læringsmålene bør utføres av en arbeidsgruppe med kjennskap til arbeidet utført av denne arbeidsgruppen, tilsvarende internasjonalt arbeid og med deltagere som har erfaring fra klinisk arbeid som breddekompetent indremedisinere. Arbeidet bør utføres i samråd med spesialitetskomiteer/regionale utdanningsråd innenfor alle de ti medisinske spesialitetene.

Vedleggliste

Vedlegg 1 Oppdatert definisjon på breddekompetanse, Helsedirektoratets rådslag 2024

Vedlegg 2 Mandat for og sammensetning av arbeidsgruppe med eksterne deltakere -
indremedisinske spesialiteter – deloppdrag 2 og 3

Vedlegg 3 Deltakerliste

Vedlegg 1 Definisjon breddekompetanse fra Helsedirektoratets rådslag 2024

Oppdatert definisjon av spesialisert breddekompetanse: Indremedisin

Spesialisert breddekompetanse i indremedisin er å ha kunnskaper og ferdigheter på legespesialistnivå i spesialisthelsetjenesten. Dette omhandler spisskompetanse i helhetlig ivaretagelse av pasienter, utredning, diagnostisering, håndtering, behandling og forebygging av akutte og kroniske sykdommer, tilstander og symptomer hos et bredt spekter av pasienter på tvers av det indremedisinske fagfeltet og gjennom hele pasientforløp. Begrepet inkluderer kompetanse i vurdering av pasientens funksjonsnivå, både fysisk, psykisk og kognitivt, også før aktuell sykdom. Spesialisert breddekompetanse inkluderer også spisskompetanse innen prioritering og behandlingsbegrensning, samt spisskompetanse på samhandling internt i spesialisthelsetjenesten og eksternt med samarbeidspartnere i kommunale helse- og omsorgstjenester. Spesialisten på området er spesielt kompetent på helhetlig pasienttilnærming, klinisk resonnering og komplekse/sammensatte kliniske problemstillinger.

Vedlegg 2. Mandat for og sammensetning av arbeidsgruppe med eksterne deltakere - indremedisinske spesialiteter – deloppdrag 2 og 3

Mandat og oppgaver for arbeidsgruppen

Arbeidsgruppens mandat er å gi Helsedirektoratet råd og anbefalinger knyttet til oppdragene. Helsedirektoratet har det hele og fulle ansvaret for den endelige leveransen og konklusjonene i denne.

For arbeidet i indremedisin er det særskilt viktig å se til hvordan utdanningen og utdanningsløp i tillegg til å tilfredsstille behov i spesialisthelsetjenesten også kan støtte behov for samhandling og kompetansedeling med kommunale helse- og omsorgstjenester. Blant annet med læringsmål som kan oppnås på tvers av helsetjenestenivåene, slik at spesialistene er bedre rustet for "hus-/hyttestillinger" i tråd med [NOU 2023: 4 Tid for handling](#).

Med bakgrunn i oppdragsteksten, Helsedirektoratets mandat og føringer underveis i arbeidet, definisjonen av indremedisinsk breddekompetanse som ble laget på rådslaget, andre konklusjoner og forslag til tiltak fra rådslaget, samt rapport fra RHF - skal arbeidsgruppen i sin leveranse til Helsedirektoratet ved arbeidets slutt inkludere:

- Vurdering av hensiktsmessigheten med **bytte av tittel på spesialiteten** "Indremedisin" til "Generell indremedisin".
- **Forslag til revisjon av felles del 2 indremedisin:** Vurdering av formålet med fellesdelen og en begrunnelse for hvordan del 2 i ny drakt ivaretar behovet for breddekompetanse i fremtiden, eventuell anbefaling om endring i nivå og kompleksitet i kompetansen, endring i innhold (forslag til nye læringsmål), varighet, tidsnormering, rekkefølgekrav mellom del 2 og 3, forslag til endringer i nasjonalt anbefalte læringsaktiviteter (prosedyreliste, kursliste) og eventuelt råd om hvordan del 2 organiseres i foretakene mtp stillinger, læringsarenaer mv. Forslag til hvilket regionalt utdanningscenter som bør kunne ta ansvaret som spesialitetskontakt for del 2 indremedisin.
- I tillegg skal det for del 2 indremedisin **særskilt vurderes utvikling av læringsmål som kan oppnås ved læringsarenaer ved sykehus og i kommunale helse- og omsorgstjenester (sykehjem mv.)**.
- **Forslag til revisjon av del 3 indremedisin:** Vurdering av hva spesialiteten indremedisin skal være i fremtiden og hvordan forslaget til revisjon og formål med spesialiteten ivaretar behovet for breddekompetanse og helsetjenestenes behov, revisjon av innhold (læringsmål) og nasjonalt anbefalte læringsaktiviteter (kurs, prosedyrelister), forslag til endringer i utdanningsløp.
- **I tillegg skal det for del 3 indremedisin særskilt vurderes utvikling av læringsmål som kan oppnås ved læringsarenaer ved sykehus og i kommunale helse- og omsorgstjenester (sykehjem mv.)**.
- **Forslag til revisjon av del 3 geriatri:** I tråd med besvarelsen på oppdrag TB2024-60, deloppdrag 1, skal gruppen se på hvordan revisjon innholdet i spesialiteten og utdanningsløpet bedre kan styrke breddekompetansen og behov relatert til samhandlingen med kommunale helse- og omsorgstjenester.

- **Del 3 andre indremedisinske spesialiteter**, vurdere hvordan endringer i del 2 indremedisin og del 3 indremedisin påvirker de andre spesialitetene, foreslå endringer i innhold og nasjonalt anbefalte læringsaktiviteter.
- **Gjennomgang og vurdering av nasjonalt anbefalte prosedyrelister** med forslag om samme format for alle spesialitetene.
- **Forslag til endringer i spesialitetsstruktur for de indremedisinske spesialitetene**, i tråd med deloppdrag 2 sine føringer om spesialitetsstruktur.
- **Vurdering av om det er behov for differensiering i utdanningstid** mellom de indremedisinske spesialitetene, i tråd med deloppdrag 3 om utdanningstid.
- Arbeidsgruppen skal i sin leveranse legge frem en analyse av **personellbehov og personellkonsekvenser** ved innføringen av endringene som foreslås. Dette arbeidet gjøres med bistand fra Helsedirektoratet, inkludert personer som har analyse-/statistikkompetanse og arbeider med register mv.

Arbeidsgruppens leder

Arbeidsgruppens leder, overlege Synnøve Jorunn Espe ved Haukeland universitetssjukehus, leies inn i 20 pst. stilling i perioden 1.6.25-31.12.25, med mulighet for forlengelse i 2026.

Espe vil lede arbeidsgruppen innenfor de rammene som direktoratet bestemmer. Hun, og de andre medlemmene i arbeidsgruppen, må signere egenvurdering av habilitet før de starter arbeidet.

Viktige arbeidsoppgaver for leder er å planlegge arbeidsgruppemøter, følge opp arbeidsgruppens leveranser, delta på referanse- og styringsgruppemøter og til slutt levere arbeidsgruppens råd til Helsedirektoratet i rapportform. Helsedirektoratet vil videre lese igjennom rådene/rapporten, og vil så ta stilling til videre håndtering i prosjektet. Direktoratet bistår med praktisk bistand underveis.

Arbeidsgruppens arbeidsmåte

Arbeidsgruppen oppnevnes fra sine arbeidsgivere. Det er foreslått en blanding av fysiske arbeidsgruppemøter, digitale møter og egenarbeid. Arbeidsgruppens leder kan delegere arbeidsoppgaver til arbeidsgruppens medlemmer.

Arbeidsgruppemøter med fysisk oppmøte avholdes i Helsedirektoratets lokaler på Storo, i Oslo. Arbeidet starter opp i 2025.

Arbeidsgruppens sammensetning

De fire regionale helseforetakene forespørres om oppnevning av hver sin kandidat, se linje 2-5 under. Legeforeningen forespørres om oppnevning av 5 medlemmer. Både RHFene og Legeforeningen står fritt til å melde inn de de vil. Dette er kun et forslag fra Helsedirektoratet sin side, slik vi også gjorde i prosessen med opprettelse av arbeidsgruppe med eksterne medlemmer for prosjektet med palliativ medisin.

De som foreslås under fra Legeforeningen er aktive og kjente i fagmiljøene for dette med breddekompetanse, og var med på Helsedirektoratets rådslag.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin forespørres om å oppnevne sin leder, Anette Fosse, som deltaker i arbeidsgruppen.

Rolle	Hvem	Arbeidssted og oppnevnes fra
Leder	Synnøve Jorunn Espe	Overlege, mottaksklinikken, Haukeland universitetssjukehus

Medlem, Helse Vest	Borghild Aakra	Overlege, Helse Fonna HF
Medlem, Helse SØ	Anne Mette Njaastad	Overlege, OUS
Medlem, Helse Midt	Carl Platou	Avdelingssjef, Helse Nord-Trøndelag HF
Medlem, Helse Nord	Robert Hammer	Avdelingsoverlege, medisinsk avdeling, Nordlandssykehuset HF, Lofoten/Gravdel
Medlem, NSDM	Anette Fosse	Spesialist i allmennmedisin, PhD, leder Nasjonalt senter for distriktsmedisin
Medlemmer, Legeforeningen	Maria Seferowicz Trond Vartdal Bendik Løvberg Cindy Treland Astri Eri-Montsma	Ønskelig med representasjon fra akutt- og mottaksmedisin, geriatri og indremedisin. Maria og Trond er gode kandidater for to av plassene.

Oppdrag 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 fram kriterier som skal benyttes ved vurdering av nye spesialistgodkjenninger og -spesialiteter.

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 to 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.

Vedlegg 3 Deltagerliste

Oppnevnt fra	Navn	Rolle	Faglig bakgrunn
Nasjonalt senter for distriktsmedisin	Anette Fosse	Leder Nasjonalt senter for distriktsmedisin	Spesialist i allmenntmedisin, kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin
Helse Vest RHF	Borghild Aakra	Klinikkoverlege medisinsk klinikk, Haugesund sjukehus, Helse Fonna HF	Spesialist i indremedisin og endokrinologi
Helse Nord RHF	Robert Sparby Nordstrand Hammer	Avdelingsoverlege medisinsk avdeling, NLSH HF Lofoten	Spesialist i indremedisin og fordøyelsessykdommer
Helse Sør-Øst RHF	Maria Seferowicz	Overlege ved Lovisenberg SH, leder av RegUtRåd indremedisin i Helse Sør-Øst RHF, leder av Norsk indremedisinsk forening	Spesialist i indremedisin
Helse Midt RHF	Carl Platou	Klinikkisjef, klinikk for medisin og rehabilitering, Helse Nord-Trøndelag HF Levanger	Spesialist i indremedisin
Den norske legeforening	Anne Mette Njaastad	Spesialitetskomiteén i indremedisin, overlege OUS HF Ullevål	Spesialist i indremedisin
Den norske legeforening	Kristina Barbara Slåtve	Spesialitetskomiteén i indremedisin, overlege og utdanningskoordinerende overlege NLSH HF Bodø	Spesialist i indremedisin
Den norske legeforening	Bendik Løvberg	Spesialitetskomiteén i indremedisin, fagansvarlig overlege indremedisin Vestre Viken HF Bærum	Spesialist i indremedisin
Den norske legeforening	Astrid Eri-Montsma	Spesialitetskomiteén i geriatri, avdelingssjef for geriatrisk, endokrinologisk og nyremedisinsk avdeling Sykehuset Østfold HF Kalnes	Spesialist i indremedisin og geriatri
Den norske legeforening	Cindy Treland	Spesialitetskomiteén i akutt- og mottaksmedisin, overlege Vestre Viken HF Drammen	Spesialist i akutt- og mottaksmedisin
Den norske legeforening	Julia Spetz	Spesialitetskomiteén i allmenntmedisin, fastlege og sykehjemslege, Marker kommune	Spesialist i allmenntmedisin