

# Kompetenceniveauer i den lægelige videreuddannelse

## Indledning

Det er et delmål for revisionen af den lægelige videreuddannelse, at læger får en høj faglighed, og at de i uddannelsen udvikler kompetencer, der betyder, at behandlingskvaliteten er høj.

Der ønskes en drøftelse i arbejdsgruppe 1, der kan tydeliggøre forventninger til kompetenceniveauet i de forskellige dele af videreuddannelsen, herunder også forventninger til forudsætningerne ved lægernes start på videreuddannelsen.

I dette notat lægges op til drøftelsen ved følgende afsnit:

1. Kort gennemgang af baggrunden for nuværende struktur og niveauer for speciallæger
2. Forventning til funktionsniveauet for speciallæger og oplæg til drøftelse af aktuelle paradigme
3. Forslag til overordnet model, hvor funktioner er bestemmende for kompetenceniveauer for de enkelte dele af speciallægeuddannelsen

## 1: Baggrunden for nuværende struktur og specialniveau

I 1970'erne og -80'erne var der et misforhold mellem antal af uddannelsesstillinger og lægernes efterspørgsel på disse. Den stigning i antallet af studerende på grunduddannelsen blev ikke i samme grad modsvaret af uddannelsesstillinger i den lægelige videreuddannelse. Samtidig var et stort antal tidsbegrænsede 1. reservelægestillinger allerede besat af færdiguddannede speciallæger, der blokerede uddannelsessystemet, mens de ventede på at få fast stilling.

Flere af de centrale kendetegn ved den danske lægelige videreuddannelse: uddannelsesstillinger med blokansættelse, enkeltstillingsklassifikation og målbeskrivelser opstod dengang for at løse de kapacitets- og kvalitetsudfordringer, der var i den lægelige videreuddannelse. Faststillingsreformen fra 1989 medvirkede til at skabe et større arbejdsmarked med faste stillinger for færdiguddannede speciallæger.

I kraft af anerkendelse af specialet almen medicin som betingelse for virke under sygesikringsaftalen indtager Danmark en særstilling i international sammenhæng, som betyder at det store flertal af læger, som arbejder i sundhedssektoren, vil gennemføre en speciallægeuddannelse. Af kandidater fra danske universiteter med 15 til 25 års anciennitet har mellem 85-90 pct. opnået at få speciallægeanerkendelse<sup>1</sup>.

### **Fast stilling for færdiguddannede speciallæger**

Den nuværende stillingsstruktur afspejler, at speciallægeanerkendelsen er målet, da det alene er speciallæger, der kan få tidsubegrænset ansættelse, mens øvrige stillinger betragtes som midlertidige, tidsbegrænsede ansættelser.

For læger under uddannelse gælder de ansættelsesvarigheder, som er bestemt ift. de forskellige dele af videreuddannelsen, og for læger i ikke uddannelsesklassificerede stillinger (ikke godkendte uddannelsesforløb) er ansættelserne tidsbegrænset til 1 år (reservelæge) eller 5 år (1. reservelæge).

Der er **krav** for start på de forskellige dele af den lægelige videreuddannelse, hvor det forudsættes at de forudgående uddannelseselementer er gennemført. Således er fx autorisation og gennemført kandidatuddannelse i medicin et krav for at kunne påbegynde i den kliniske basisuddannelse (KBU).

### **Fra flere til ét specialniveau i 2003**

Frem til 2003 var der med opdelingen i grund- og grenspecialer to specialniveauer i den lægelige videreuddannelse. I 2003 blev der på baggrund af speciallægekommissionens anbefalinger implementeret den nuværende specialestruktur, der baserer sig på ét kompetenceniveau, som kvalificerer til fast ansættelse i sundhedsvæsenet.

### **Autorisation og selvstændigt virke**

En læge, der har gennemført den kliniske basisuddannelse og fået selvstændigt virke, må i juridisk forstand udføre næsten<sup>2</sup> alle lægefaglige opgaver, det betyder, at lægen vurderer egne kvalifikationer og selvstændigt tager ansvar for at arbejdet udøves fagligt forsvarligt. Lægen er forpligtiget til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed i sit arbejde og holde sig ajour med lovgivning og udviklingen inden for sit fagområde (jf. autorisationsloven §17).

I praksis er det ofte en forudsætning, at en behandling varetages af en relevant speciallæge eller med mulighed for assistance for at leve op til normen for almindelig anerkendt faglig standard.

## **2: Forventning til funktionsniveauet for speciallæger**

Speciallægekommissionen anbefalede i 2000, at "Speciallægen skal være i stand til at påtage sig ansvaret for undersøgelse, primær behandling og visitation af alle uselekterede patienter,

---

<sup>1</sup> Sundhedsstyrelsen 2000: "Fremtidens speciallæge, betænkning 1384".

Seneste data bekræfter, at det fortsat er på samme niveau. Af årgangen der fik autorisation i 2004 er det 92 pct. af personerne med bopæl i Danmark, der har fået speciallægeanerkendelse.

<sup>2</sup> En undtagelse er fx at ved tvangsbehandling af varigt inhabile varetages flere beslutninger af en overlæge. Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile, LBK nr 126 af 27/01/2019.

herunder alle akutte patienter inden for specialet, og lægen skal selvstændigt kunne varetage undersøgelse og/eller behandling af hovedparten (90 %) af de patienter, der inden for eget speciale henvises til afdelingen/den funktionsbærende enhed (hovedfunktionsniveau)<sup>3</sup>.

I forlængelse af den ændrede specialeplan i 2010 anbefaledes det i Status og Perspektiveringsrapporten (2012), at ”Den nyuddannede speciallæge skal kunne varetage diagnostik og behandling på hovedfunktionsniveau (inklusive akutte funktioner) og eventuelt tillige de største regionsfunktioner. Derudover skal speciallægen kunne visiterer til specialets øvrige regions- og højtspecialiserede funktioner.” Det var forventningen, at den omlægning for de fleste specialer ville føre til mindskede krav om uddannelse af alle i mange specialiserede funktioner, men at den til gengæld ville give mere plads til individuel profilering<sup>4</sup>.

Paradigmet (som er defineret i hhv. Speciallægekommissionens betænkning og fortsat i Status og perspektiveringsrapporten fra 2012) er således, at speciallægekompetence defineres ud fra specialet og de patienter, der kan siges at ”høre til” i specialet. Det stærke fokus på de specifikke kompetencer inden for det enkelte speciale ses også i specialeplanlægningen, hvor det er et krav, at sygehuse, der varetager en specialfunktion, skal have tilstrækkelig kapacitet og robusthed til at varetage funktionen. For at kunne varetage en specialfunktion hele døgnet, året rundt og for at kunne opbygge og udvikle erfaring og fagligt miljø, forudsættes det som udgangspunkt, at der er minimum tre speciallæger, der har specifikke kompetencer til at varetage en given specialfunktion på et sygehus inden for det pågældende speciale og på det pågældende niveau<sup>5</sup>. Derudover er der i specialevejledningerne for mange specialer et krav, at det bør være muligt at få assistance fra en speciallæge inden for specialet (fx kirurgi og klinisk onkologi). Nedenfor opridses problemerne ved den specialespecifikke afgrænsning af speciallægekompetence set ud fra patienternes behov.

Speciallægeanerkendelsen skaber en tryghed for, at en medarbejder har et bestemt og tilstrækkeligt kompetenceniveau inden for de kompetenceområder, der er defineret i specialets målbeskrivelse. Speciallægen har de formelle kompetencer til at varetage bestemte funktioner, hvor en læge uden en speciallægeuddannelsen uformelt kan have opnået de samme kompetencer på delområder. Der er ikke samme sikkerhed for, at lægen uden speciallægeanerkendelse har de tilstrækkelige kompetencer, og derfor vil der i praksis være behov for at afgrænsning af opgaveområdet og overvågning af opgaveudførelsen i relevant omfang. Det vil konkret fx betyde, at det kræver flere overvejelser at lade lægen uden speciallægeanerkendelse fungere som bagvagt.

### **Speciallægekompetencen**

Speciallægekompetencerne er i Speciallægekommissionens betænkning defineret som, at speciallæger ikke alene har en høj professionel standard og en stor medicinsk ekspertviden, men at de også har evnen til at mestre en flerhed af roller og egenskaber, hvori bl.a. indgår ledelse, pædagogik, kommunikation, samarbejde m.v.

For at nå dette mål blev der bl.a. etableret de obligatoriske tværfaglige kurser for alle uddannelsessøgende i kommunikation, ledelse og administration, samarbejde, pædagogik og forskningsmetodologi og i alle målbeskrivelser forholdes alle kompetencer til de syv lægeroller.

---

<sup>3</sup> Speciallægekommissionen 2000.

<sup>4</sup> Sundhedsstyrelsen 2012 ”Speciallægeuddannelsen - Status og perspektivering”, kapitel 11

<sup>5</sup> Sundhedsstyrelsen 2015: ”Specialeplanlægning. Begreber, principper og krav”.

I Status og perspektiveringsrapporten fra 2012, hvor der evalueres på implementeringen af speciallægekommisionens anbefalinger, fastslås det, at speciallægekompeterne fortsat ønskes defineret og evalueret ud fra de syv lægeroller.

### **Problemstilling: Patientgrupper på tværs af specialer og afdelinger**

Der er stadig flere og større grupper af patienter, hvis behandling varetages af læger fra ét speciale alene, hvorfor det er relevant at drøfte om speciallægekompeterne i højere grad bør defineres ud fra patientens behov og ikke specialet isoleret set. I behandlingen af de patienter, risikerer kvalitet, effektivitet og patienttilfredshed at blive lavere, hvis der ikke arbejdes på tværs af specialer, men udrednings- og behandlingsforløbene i stedet fragmenteres, trækkes ud i tid, og behandlingsmulighederne ikke sammenvejes og prioriteres.

I den kliniske praksis er der flere eksempler på organisering på tværs af specialer. Eksempelvis:

- Gastroenheden på Hvidovre Hospital, hvor kirurgi og intern medicin: gastroenterologi og hepatologi er samlet i en enhed og varetager behandling på alle funktionsniveauer af kirurgiske og medicinske mave-tarmsygdomme<sup>6</sup>.
- Afdeling for Rygkirurgi, Led- og Bindevævssygdomme på Rigshospitalet, der behandler patienter med sygdomme i knogler, muskler og bindevæv. På afdelingen er der et samarbejde mellem de kirurgiske specialer: neurokirurgi og ortopædkirurgi, og intern medicin: reumatologi samt arbejdsmedicin<sup>7</sup>.
- Rygcenter Syddanmark, hvor der er samarbejde mellem specialerne reumatologi og rygkirurgi (og i øvrigt også) om behandling af forskellige ryglidelser<sup>8</sup>.
- Rigshospitalets Hjertecenter, hvor for der behandles alle former for hjerte-, kar-, lunge- og infektionssygdomme. Her arbejder kardiologer, infektionsmedicinere, kirurger, karkirurger, thoraxkirurger og anæstesilæger i samme enhed<sup>9</sup>.
- Center for autoimmune sygdomme i Århus, som står for behandling af autoimmune sygdomme i både mave-tarm, hud, led- og bindevæv<sup>10</sup>.

Der er desuden flere teknikker, fx ultralydsundersøgelser, endoskopiske og endovaskular teknikker, som anvendes på tværs af flere specialer. Og det må forventes, at der over tid kommer flere teknikker som med fordel kan anvendes af flere specialer for at styrke behandling og kvalitet.

---

<sup>6</sup> <https://www.hvidovrehospital.dk/afdelinger-og-klinikker/gastroenheden/Til-sundhedsfaglige/Sider/Afdelings-specialeomraader.aspx>

<sup>7</sup> <https://www.rigshospitalet.dk/afdelinger-og-klinikker/hovedorto/rygkirurgi-led-og-bindevaevssygdomme/Sider/default.aspx>

<sup>8</sup> <https://sygehuslillebaelt.dk/afdelinger/middelfart-sygehus/rygcenter-syddanmark>

<sup>9</sup> <https://www.rigshospitalet.dk/afdelinger-og-klinikker/hjerte/job-og-uddannelse/uddannelse/Sider/laeger-og-uddannelse.aspx>

<sup>10</sup> <https://www.auh.dk/afdelinger/nationalt-center-for-autoimmune-sygdomme/>

### **Forslag:**

Alternativer til det nuværende paradigme for speciallægeanerkendelse - ”at lægen skal selvstændigt kunne varetage undersøgelse og/eller behandling af hovedparten (90 %) af de patienter, der inden for eget speciale på hovedfunktionsniveau” ønskes drøftet med henblik på at definere et anerkendelsesniveau for speciallæger som bedre favner balancen mellem bredde og specialisering, for at tilgodese patientens perspektiv i højere.

En mulighed er at reducere det specialespecifikke, så paradigmet bliver, at lægen selvstændigt skal kunne varetage behandling af hovedparten af alle henviste patienter, herunder også patienternes relaterede ukomplicerede problemstillinger inden for andre specialers område.

## **3: Funktioner som bestemmende for kompetenceniveau**

I dette afsnit skitseres forslag til model for kompetenceniveauer i den lægelige videreuddannelse. Formålet er at tydeliggøre, hvad der skal forventes i de enkelte dele af uddannelsen og skabe en fælles forståelse for det kompetenceniveau, en færdiguddannet speciallæge har.

### **Problemstilling: Sikre større klarhed over kompetenceniveauer i videreuddannelsen**

Kompetenceniveauet for den lægelige videreuddannelse er præciseret ift endemålet for uddannelsen. Derudover er det et krav, at der i målbeskrivelserne for de enkelte specialer er ”opstillet veldefinerede kompetencer, der angiver, hvad den uddannelsessøgende læge skal kunne ved afslutningen af speciallægeuddannelsen. I beskrivelsen af de enkelte kompetencer skal det fremgå, hvilke af de 7 lægeroller, der indgår i kompetencen”<sup>11</sup>

Der er flere udfordringer ved den nuværende definition af kompetenceniveauer i den lægelige videreuddannelse:

For det første kan savnes en tydelighed og fælles forståelse på tværs af specialer af hvilket kompetenceniveau en speciallæge skal kunne for at opnå speciallægeanerkendelse i et given speciale.

For det andet er det relevant at afgrænse, hvad vi betragter som nødvendigt at tilegne sig i videreuddannelsen, og hvad der mere optimalt kan opnås senere og ved behov. En væsentlig del af lægelivet er den løbende livslange læring for ”at kunne tilegne den indsigt, de kundskaber, færdigheder, holdninger og erfaringer som er nødvendige for at mestre de daglige arbejdsituationer, udfordringer og problemer”.<sup>12</sup> Det er givet, at der både er en hastig udvikling i medicinsk viden og behandlingsformer, som accelerer behovet for løbende udvikling af lægens kompetencer.

Endelig kan det problematiseres at der ikke er fælles standarder for hvad en uddannelseslæge skal kunne i praksis ved start på den postgraduate videreuddannelse.

### **Perspektivering – kvalifikationsrammen for livslang læring**

---

<sup>11</sup> VEJ nr 9005 af 01/01/2012 Sundhedsstyrelsens vejledning om udarbejdelse og revision af målbeskrivelser i speciallægeuddannelsen

<sup>12</sup> Sundhedsstyrelsen 2000: ”Fremtidens speciallæge, betænkning 1384”, s. 190

Kvalifikationsrammen for livslang læring er en samlet, systematisk og niveaudelt beskrivelse af kvalifikationer, der kan erhverves inden for det danske uddannelsessystem. Den bruges bl.a. til at vise uddannelsernes niveau og forventede læringsudbytte, og til at sammenligne og anerkende kvalifikationer i uddannelsessystemet på tværs af EU-landene.

Den danske kvalifikationsramme er fra 2009 og er implementeret efter krav fra EU og et ønske om at fremme international mobilitet og livslang læring. De enkelte medlemslandes kvalifikationsrammer og uddannelsesniveauer kan sammenlignes via den europæiske kvalifikationsramme (EQF).

I kvalifikationsrammen beskrives viden, færdigheder og kompetencer på 8 niveauer<sup>13</sup>. Kompetencer forstås her som at kunne anvende og omsætte viden og færdigheder i en arbejdsmæssig kontekst.

Niveaubeskrivelserne er formuleret, så de kan rumme meget forskellige grader og uddannelsesbeviser i det danske uddannelsessystem; fra de teoretiske til de praktisk orienterede. De er ikke målrettet sundhedsområdet men er en generel beskrivelse, der egner sig godt til at klassificere og skabe overblik over niveauer i et uddannelsessystem.

### Model til beskrivelse af kompetenceniveauer i uddannelsen af læger og speciallæger

I modellen foreslås kompetenceniveauer i den lægelige videreuddannelse operationaliseret ud fra de arbejdsopgaver og funktioner, som lægen/speciallægen forventes at kunne varetage. Der er i dette første udkast primært fokus på behandlerkompetencer (rollen som medicinsk ekspert). Øvrige lægeroller vil også stige i kompetenceniveau.

I modellen følges en progression af behandlerkompetencen ud fra to dimensioner: graden af selvstændighed i opgavevaretagelsen (følge, deltage selvstændigt, varetage) og omfanget af sygdomme og sværhedsgrad ved indgreb, hvor begge dimensioner vokser i takt med uddannelsesniveau. Således at speciallægen selvstændigt kan varetage undersøgelse, diagnosticering og/eller behandling af hovedparten, men ikke alle de patienter, der henvises til afdelingen, og at han/hun kan indgå i bagvagt.

Figur: Ide til kompetenceniveauer (generisk) for de forskellige uddannelsesniveauer i den pre- og postgraduate lægelige uddannelse

Funktion/opgaveniveau	Uddannelsesniveau
<b>Pregraduate lægelige uddannelse</b>	
<b>"Følge behandling af få sygdomme"</b> Har teoretisk viden om behandling af sygdomme Kan følge undersøgelse og/eller behandling af de hyppigste sygdomme og tilstande	Medicinstuderende
<b>"Deltage i behandling af almindelige sygdomme"</b>	Gennemført medicinsk kandidatuddannelse/autorisation

<sup>13</sup> Niveauer i Kvalifikationsrammen for Livslang Læring ([link](#))

Deltage i undersøgelse og behandling af hovedparten af de hyppigste sygdomme og tilstande

#### Postgraduate uddannelse

##### "Selvstændigt behandle almindelige sygdomme"

Selvstændigt varetage undersøgelse og behandling af hovedparten af de hyppigste sygdomme og tilstande. Kan arbejde selvstændigt som forvagt på hospitalsafdeling.

Gennemført KBU, dvs opnåelse af selvstændigt virke

##### "Selvstændigt behandle flere og store sygdomme"

Selvstændigt varetage undersøgelse og igangsætte behandling herunder udarbejdelse af behandlingsplan for patienter, der henvises til afdelingen, med de for afdelingen hyppigste tilstande. Kan arbejde selvstændigt som forvagt på hospitalsafdeling.

Gennemført introduktionsforløb

##### "Selvstændigt behandle mange typer sygdomme/indgreb"

Kan selvstændigt varetage undersøgelse og/eller behandling af hovedparten (men ikke alle) de patienter, der henvises til afdelingen. Kan indgå i bagvagt.

Kunne varetage udredning og behandling af patienter i relevant omfang inden for beslægtede arbejdsområder.

Speciallægeanerkendelse

#### Efteruddannelse (CME/CPD)

##### "Selvstændigt varetage højt specialiserede funktioner"

Kan selvstændigt varetage undersøgelse og/eller behandling af patienter inden for udvalgte højt specialiserede områder

Ekspertuddannelse

##### Opnået specifikke kompetencer inden for et givent lægefagligt område

Kan selvstændigt varetage undersøgelse og/eller behandling af patienter inden for udvalgte områder

Fagområde

Sundhedsstyrelsen har gennemgået målbeskrivelserne i de intern medicinske specialer, og kan se at der er flere specialer, hvor der indgår funktioner og kompetencemål på både regions- og højt specialiseret funktionsniveau. Kompetencemål, der alene understøtter højt specialiserede funktioner, bør (i udgangspunktet) ikke være relevant som en del af speciallægeuddannelserne, men kan være relevant som efteruddannelse – fagområde- eller ekspertuddannelse – for en mindre gruppe læger.

## EPA til at styrke niveaubeskrivelsen af kompetencer

I beskrivelsen af funktion/opgave vil det være hensigtsmæssigt, at der indgår en beskrivelse af kompetencer til at løse opgaver i de arbejdsmæssige situationer.

Anciennitet, patientvolumen eller en eksamen kan udelukkende give en indikation af hvorvidt kompetencen er erhvervet i den kliniske praksis.

Begrebet ”entrustable professional activities” (EPA) kan bruges til at styrke beskrivelsen af kompetencemål<sup>14</sup>. EPA bruges internationalt til at beskrive kliniske opgaver (aktiviteter) lægen forventes at kunne udføre på et givent kompetenceniveau, og at lægen efter supervision og vurdering får lov til at udføre dem på egen hånd (entrust). For at kunne udføre opgaverne er der behov for både at kunne mestre viden, færdigheder, holdninger og kompetencer<sup>15</sup>. Derfor egner EPA’er sig godt som milepæle for vurdering. Flere specialer har implementeret kompetencemål på denne måde i gældende målbeskrivelser fx anæstesiologi, kirurgi og dermato-venerologi..

### EPA intern medicin (eksempler)

1. Evaluate and manage a new medical condition in an ambulatory patient and co-ordinate care between healthcare providers across multiple care settings
2. Manage the care of patients with acute medical conditions across multiple care settings
3. Manage the care of patients with complex medical conditions and/or co-morbidities, across multiple care settings

Kilde: EBIM: 2016: “European Board of Internal Medicine 2016: “ Training Requirements for the Specialty of Internal Medicine European Standards of Postgraduate Medical Specialist Training”

## Variation i hvordan kompetenceniveauer kan konkretiseres

Det vil variere mellem specialerne, hvordan og hvor arbejdskrævende det er at konkretisere kompetenceniveauer.

I nogle specialer kan undersøgelse og behandling opdeles i deloperationer (fx procedurer) der kan håndteres af læger med forskelligt kompetenceniveau. Det kan være akutte tilstande, hvor den mindre erfarne læge igangsætter initiale behandling og fører primær journal, mens den mere erfarne læge superviserer eller beslutter yderligere plan for behandling.

I fx anæstesi er det patientens tilstand (fx ASA-score), som har betydning for i hvilken grad den mindre erfarne læge har behov for supervision og støtte.

I kirurgi kan det være procedurens sværhedsgrad og/eller opgavens kompleksitet, som er betydende for kompetenceniveauet.

I de intern medicinske specialer hænger kompleksiteten i udredningen og behandlingen sammen med bl.a. følgende faktorer, der derfor kan bruges som indikatorer for kompetenceniveau

- Komplexitet i sygdomsbillede: Flere og vanskeligt definerede symptomer samt samsygelighed øger kompleksiteten.

<sup>14</sup> Olle Ten Cate 2013: “Nuts and Bolts of Entrustable Professional Activities”, Journal of Graduate Medical Education.

<sup>15</sup> European Board of Internal Medicine 2016: “ Training Requirements for the Specialty of Internal Medicine European Standards of Postgraduate Medical Specialist Training”, p. 14



- Hyppighed af sygdom/tilstand: Sygdomme og tilstande hos borgeren, som ses hyppigt af den enkelte læge, og giver grundlag for stor erfaring i genkendelse af symptomer, gennemførelse af udredning og opstart og justering af behandling
- Komplexitet i udredning og behandling: Sygdomme og tilstande, hvor udredningen indeholder adskillige diagnostiske faldgrupper og/eller kræver brug af avanceret diagnostisk udstyr eller komplicerede diagnostiske metoder kræver flere kompetencer. Sygdomme og tilstande, hvor optimalt behandlingsvalg er vanskeligt og/eller hvor vurdering af behandlingsrespons er vanskeligt kræver flere kompetencer.
- Hastegrad: Situationer hvor valg af udredning og behandling skal træffes inden for kort tid medfører øget behov for kompetencer f.eks. i form af erfaring og rutine i beslutninger.

Som eksempel på ovennævnte kan bruges diabetes.

- Udredning og opstart af behandling af patient med type II diabetes uden eller med begrænset samsygelighed er på et lavt kompetenceniveau
- Justering af behandling af patient med type II diabetes med betydelige samsygelighed herunder alvorlig hjertesygdom og moderat/svært nedsat nyre funktion og evt. øvrige senfølger er på moderat kompetenceniveau
- Justering af behandling af non-compliant svagtseende patient med type II diabetes og senfølger i form af dialysekrævende nyresvigt, iskæmisk hjertesygdom, kronisk perifer iskæmi og kendt samsygelighed i form af skizotypisk personlighedsforstyrrelse. er på et højt kompetenceniveau

### **Specialer med ingen eller begrænset patientkontakt**

I den foreslåede model er fokus på funktioner og opgaver, der er relevante i specialer med patientkontakt. Det kan overvejes om der skal udarbejdes særskilte definitioner af kompetenceniveauer for fx de laboratoriemedicinske specialer, samfundsmedicin, retsmedicin mv.