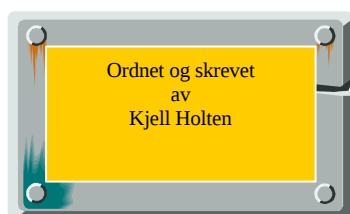


ARKIVSTOFF

fra

NORSK LUNGEMEDISIN



Innhold

[Historikk](#)

[Norsk forening for lungemedisin](#)

[Økonomi.](#)

[Foreningens alder](#)

[Forskningsrådet](#)

[Spesialistregler](#)

[Lover](#)

[Målbeskrivelse](#)

[Kurs](#)

[Æresmedlemmer](#)

[Foreningenes Styre](#)

[Utvalg](#)

[Tilbakeblikk](#)

[Britisk - Norsk samarbeid](#)

[Høstmøter](#)

[Vårmøter](#)

[Nordiske kongresser](#)

[Grenspesialitet](#)

[Utredninger](#)

Merkedager

Nordisk tuberkuloselægeforening stiftet i København 15 - 17. aug. 1919.

Den norske tuberkuloselægeforening stiftet august 1925.

Denne foreningen ble besluttet delt 2. nov. 1935.

Norske lungespesialisters forening stiftet 26. aug. 1936.

Norske lægers tuberkuloseselskap stiftet 26. aug. 1936. I 1960 endret foreningen navn til:

Norsk selskap for tuberkulose og lungesykdommer.

28. nov. 1969 enstemmig vedtatt å slå sammen de to foreningene til:

Norsk forening for lungemedisin med gyldige lover fra 4. mars 1971.

5. juni 1984 foreslo landsstyret i Lægeforeningen overfor Sosialdepartementet at

lungesykdommer omgjøres fra hovedspesialitet til grenspesialitet innen indremedisin.

Historikk

En historisk fremstilling av norsk lungemedisin vil bære preg av sparsom informasjon om virksomheten i de første tiårene av det 20. århundre. Fra 1945 finnes arkivmapper for Norske Lægers Tuberkuloseselskap og Norske lungespesialisters forening. Den førstnevnte foreningen stod for den vitenskapelige aktiviteten, mens Norske lungespesialisters forening fungerte som fagforening. Det var stort sett samme medlemsmasse i de to foreningene som i 1970 ble slått sammen til Norsk forening for lungemedisin. Omtalen av norsk lungemedisin frem til 1970 som ble skrevet av Odd Kahrs og Eilert Eilertsen til 50års Jubiléet for Norsk forening for lungemedisin i 1986, er gjengitt i sin helhet med en del suppleringer. I programheftet til den XXVI Nordiske lungelegekongress i Åbo i 1974 fantes også nyttig informasjon.

Under et møte av overleger ved de skandinaviske brystsanatorier ble Nordisk tuberkuloselægeforening stiftet i København 19. august 1919. Norske initiativtakere til dette møtet var overlege Albert Tillisch ved Grefsen folkesanatorium og overlege Willie Holmboe, Mesnalien kursted, som allerede under et studiebesøk i København fremhevet betydningen av en forening hvor sanatorielegene kunne komme sammen og utveksle kunnskap og erfaring om tuberkulosens behandling.

Ved å gjennomgå Holmboes korrespondanse i årene etter 1911, spesielt med overlege Strandgaard ved Bosrup sanatorium, Danmark, fremgår det at han må ha spilt en aktiv rolle.

I 1917 ble det slått fast at det var ønskelig med en nordisk tuberkuloselegeforening, men først etter 1. Verdenskrig lå forholdene til rette for et konstituerende møte.

Nordisk tuberkuloselitteraturring.

Det antas at de to norske legers besøk i København i 1911 kan ha hatt en annen positiv virkning, for det er meget som taler for at Nordisk tuberkuloselitteraturring ble stiftet det året. Den formidlet til sine medlemmer separattrykk av de i de nordiske land utkomne arbeider om tuberkulose. Såvel institusjoner som enkeltpersoner kunne være medlemmer av Ringen som i 1919 hadde 34 norske medlemmer, det samme som i 1934. Holmboe var koordinator og kasserer for de norske medlemmene, et arbeid som senere ble overtatt av Tillisch, som i mellomtiden var blitt overlege ved Vardåsen sanatorium. Ringen avsluttet av ukjent årsak sin virksomhet i 1935.

Nordisk tuberkuloselægeforening.

Under det konstituerende møte i 1919 ble lover for foreningens virksomhet vedtatt, og av dem fremgikk bl. a.: Enhver tuberkuloselæge i Danmark, Sverige, Finland, Norge og Island kan bli medlem av foreningen. Som tuberkuloselæge regnes enhver som i sitt land ved offisiell anerkjennelse eller videnskabelig eller praktisk arbeide ansees som saadan. Det ble bestemt at det skulle holdes et møte hvert år hvor de nordiske land etter tur var vertskap, en praksis som senere ble forandret til hvert annet år og som

eksisterer den dag i dag, sammenkomster som er til stor nytte og glede for de nordiske kolleger.

I programmet for den XXVII Nordiske lungelegekongress i Åbo juni 1974 er det inntatt endel historisk stoff som kan være av interesse:

Axplock ur de Nordiska Lungläkarkongressarnas historik.

På Svenska Nationalföreningen mot tuberkulos' initiativ samlades representanter i Stockholm den 15-17 mars 1919 runt tuberkulosfrågan. Konferansföredragen utgivna av Gustav Neander inleddes på följande sätt:

FÖRORD.

På inbjudan av Svenska Nationalföreningen mot tuberkulos sammanträdde i Stockholm den 15-17 mars 1919 representanter från Danmark, Finland, Norge och Sverige för att rådgöra angående möjligheten att anordna ett nordiskt samarbete i tuberkulosfrågan. Man beslöt därvid att bilda Nordiska föreningen mot tuberkulos, til vilken förutom ovan nämnda länder även Island skulle inbjudas til ansluta sig. Nordiska föreningen mot tuberkulos har til uppgift at befrämja samarbete mellan de nordiska länderna beträffande åtgärder av såväl medicinsk som social art til de tuberkulösa sjukdomarnas bekämpande. Denne uppgift söker föreningen företrädesvis fylla genom anordnande av tuberkuloskonferenser inom de till densamma anslutna länderna. Til representanter för olika länderna i Nordiska föreningens styrelse utsågos sedermera:

För Danmark:	Dir Chr. Jensen Professor Dr. med. Carl Lorentzen Professor Overläge Chr. Saugman
För Finland:	Generaldirektör Richard Sievers Generaldirektör Akseli Koskimies och Doktor Constantin Tennberg
För Island:	Landfysikus G. Björnson Sanatorieläge Sig. Magnusson och Bankdirektör Sighvatur Bjarnason
För Norge:	Overlägen for tuberkulosen N. Heitmann Nationalföreningens formand professor dr. med Fr. Harbitz, Nationalföreningens sekreterare Doktor B. Øverland
För Sverige:	Riksmarskalken O. Printzköld Generaldirektör B. Buhre och Doktor G. Neander.

Vid förenämnda tilfälle beslöts, att den Första Nordiska tuberkuloskonferensen skulle hållas i Stockholm sommaren 1920. Til organisationskommitt, för nämnda konferens utsågos jämte de svenska representanterna i styrelsen fru Ellen Tiselius f. Afzelius, ingenjör Per Nordenfelt samt professor O. Medin. Tidpunkten för konferensen bestämdes till 28-30 juni 1920.

H. K. H. Kronprinsen av Sverige åtog sig uppdraget at fungera såsom konferensens president. Det Nordiske Tuberkuloselægemøde i København 16.-17. August 1919 I Mødet deltog i alt 55 Tuberkuloselæger, 6 fra Finland, 1 fra Island, 7 fra Norge, 24 fra Sverige, 17 fra Danmark. Af Deltagerne ledsagedes 15 af Damer.

Strandgaard bød Velkommen og udtalte sin Glæde over, at dette Møde, som så længe havde været planlagt, nu endelig var kommet i Stand. Som første Sag optoges Diskussion om Dannelsen af en Forening af Overlæger ved de nordiske Brystsygesanatorier.

Strandgaard: Foreningen af Overlæger ved danske Brystsygesanatorier har siden Foraaret 1915 staaet i stadig skriftlig Forhandling om eventuel Dannelse af en Forening af Overlæger ved nordiske Sanatorier. Men det afgørende Møde desangaaende har stadig maattet opsættes paa Grund af Forholdene. Nu endelig er det kommet i Stand. Men i Mellemtiden er der jo sket det, at de nordiske Nationalforeninger til Tuberkulosens Bekæmpelse har planlagt Afholdelse af nordiske Konferenser; der maa derfor være en vis Betænkelighed ved at danne en Overlægeforening med delvis samme Maal, disse to Foreninger vil let komme i Vejen for hinanden, det vil derfor maaske være heldigst at søge et Samarbejde bragt i Stand.

Lindhagen udtalte, at den nordiske Tuberkuloseforening, som dannedes i Stockholm tidligere på Aaret, kun var lidet kendt i Sverige. Det kunde have sin Interesse at høre lidt nærmere om den. Det vilde ikke være nogen Grund til at lade dette være nogen Hindring for Dannelsen af Overlægeforeningen. Saugman: Den nævnte forening er dannet til Optagelse af de internationale Konferencers Opgaver. Holmboe: I Norge er Foreningen kun lidet kendt.

Permin: En nordisk Tuberkuloselægeforening bør omfatte alle Tuberkuloselæger, ikke alene Sanatorielæger. Intet lægefelt er saa udspecialiseret som Tuberkuloselægernes, en yderligere Udspecialisering bør undgaas. Det vil være heldigst at søge Forhandling med Nationalforeningerne, saaledes at der kun afholdes een slags nordisk Tuberkulosekongress. Gullbring sluttede sig til Permin's Udtalelse, om at Foreningen skulde staa aaben for alle Tuberkuloselæger. Flere andre Talere anbefalede Dannelsen af en forening omfattende alle Tuberkuloselæger og uden nærmere Forbindelse med Nationalforeningerne. Det vedtoges at danne: Forening af nordiske Tuberkuloselæger. Til bestyrelse valgtes:

Axel v. Bonsdorff (Finland), Suppleant: K. v. Krämer.

W. Holmboe (Norge), Suppleant: A. Tillisch.

Em. Lindhagen (Sverige), Suppleant: V. Malmström.

Chr. Saugman (Danmark), Suppleant: A. J. Strandgaard.

Det første tuberkuloselægemøde i Norge ble holdt i 1923 og fikk en noe uvanlig start: Forut for møtet var der av overlæge Heitmann arrangeret en 3 dagers Informasjonstur til endel av vore tuberkulosehjem og tuberkulosesanatorier. Turen gjordes pr.

Automobil og fik god tilslutning av de utenlandske læger med damer. Fra Sverige møtte der desværre blot et faatal, da de svenske sanatorielæger hadde møte i Gøteborg i de dage. Der besøktes følgende steder: Vinger tuberkulosehjem, Gjøsegården sanatorium, Elverum tuberkulosehjem, Løten sykehus, Finsal sykehus, Ringsaker sykehus, Mesnaliens Kursted og Lillehammer tuberkulosehjem. Veien lagdes desuten om de Sandvikske Samlinger paa Lillehammer. Av overlæge Heitmann, fylkeslæge Hille og dr. Ansteensen holdtes korte orienterende foredrag over tuberkulosehjemssaken i Norge, en institution, som jo er særegen for dette land. Paa turen var deltagerne inviterte til lunch eller middag hos dr. Jonassen, Gjøsegården, distriktslæge Petersson, Elverum, fylkeslæge Hille, Aaker gaard, og Mesnaliens Kursted.

Møtet aapnedes paa Vardaasen tuberkulosesanatorium, det av Kristiania Kommune oprettede og netop aapnede sanatorium. 19 svenske, 13 danske, 2 finske, 1 islandsk og

25 norske læger var tilstede. Til møtets præsident valgtes med akklamation dr. Andvord, Kristiania, og til vicepræsident dr. Holmboe, Mesnalien. Præsidenten holdt en mindetale over de siden sidste møte avdøde kolleger i følgende ordelag: «Mine damer og herrer! Før vi begynder paa vort egentlige arbeide, skal jeg fra denne plads tillade mig at mindes vore bortgagne kolleger. Siden foreningens forrige møde har nemlig døden berøvet os flere af vore beste kræfter, idet dr. med. Tennberg, dr. med. docenten Berglund, overlæge Sallin, overlæge Saugman, overlæge Sømme og overlæge Wiegaard ikke længere er iblandt os. Stort er det tab vor forening har lidt og dybt savnes de bortgagne af os alle. Her mere udførlig at gaa ind paa hver især af disse vore kollegers livsgjerning, det vilde føre altfor vidt; dertil havde de ydet altfor mange og store insatser i vort tuberkulosearbeide.

Jeg skal dog, omend kortelig, nævne enkelte karakteristiske og mere betydningsfulde træk af deres virksomhed; saaledes dr. Tennbergs bekjendte masseundersøgelser i Kronoby sogn; undersøgelser, der i sit slags maa ansees som helt enestaaende og som indebærer epidemiologiske resultater af megen stor betydning; videre vil vi mindes docenten Berglunds omfattende sociale oplysningsarbeide til tuberkulosens bekjæmpelse, endvidere overlæge Sømmes geniale planlæggelse og opførelse af Mesnaliens kursted og, baade sist og først professor Saugmans lysende livsbane og hans saa fremtrædende betydning baade som skaber og leder af Vejlefjord sanatorium. Hvilke goder har vi ikke her faaet at varetage, og hvad er der ikke her givet os at bygge videre paa!

Men, mine damer og herrer, ved siden heraf maa jeg med nogle faa ord berøre den alt overvindende indre kraft, der synes at have besjælet disse vore bortgagne kolleger under deres slitsomme og opofrende liv. Jeg tenker her paa den hos dem altid brændende trang efter videre udvikling; alt med det for øie at kunne faa glæde og gavne den lidende menneskeslægt mere og mere. Hvilken enorm betydning ligger der ikke til efterfølgelse! Og - er der i virkeligheden sat mennesket noget høiere maal end det uselvsk og sandhetssøgende at faa lov til at tage del i den evige udvikling! Mine damer og herrer! vi mindes med vemod vore afdøde kolleger, og vi vil mindes dem med tak for alt, hvad de har givet os. Og lad os saa haabe, at vi maa vise os værdige til at varetage den arv, som vi af dem har modtaget. Maatte saa ske!»

Ved banketten på «Fars Hatt» ved den XXV Nordiske lungelegekongress i Gøteborg i 1970 gav med. dr. Allan Beskow et tilbageblik over det nordiske samarbeidet mellom lungeleger. Dette er gjengitt i sin helhet annet sted.

Det første møtet ble holdt i Stockholm i juni 1920. Programmet var preget av lungetuberkulosens kollapsbehandling, og bl. a. med følgende norske foredragsholdere: Professor Peter Bull: «48 tilfeller av extrapleural thoracoplastik ved lungetuberkulose». W. Holmboe: «En del erfaringer om kirurgisk behandling av lungetuberkulose.» A. Tillisch: «Resultater av pneumothoraxbehandling ved Grefsen folkesanatorium», og fra Sverige selvfølgelig professor H. Chr. Jakobäus: «Om adhärensavbrinning vid pneumothorax.»

Den norske tuberkuloselægeforening

Under Nordiske tuberkuloselægeforenings møte i Stockholm i august 1925 ble de norske deltagere enig om at det var behov for en nasjonal tuberkuloseforening på lik linje med de øvrige nordiske land. I Tidsskrift for den norske lægeforening i 1926 fremgår følgende: Den norske tuberkuloselægeforening har tidligere væsentlig bestått av den fælles nordiske forening uten annet styre enn det ene på nordiske møter valgte medlem og varamann. På tuberkuloselagemøtet i Stockholm kom de mange

fremmødte norske medlemmer overens om at danne en fastere norsk tuberkuloselægeforening for at ivareta specialitetenes interesser og for at befordre det videnskabelige studium av tuberkulosen.

Foruten sammenkomster med felles nordiske møter, vil man holde et møte i forbindelse med de almindelige norske lægemøter. Styret oppfordrer herved interesserte kolleger som ikke allerede står i foreningen, at melde sig til formannen, adresse Asker.

Det første styret bestod av A. Tillisch, formann, W. Holmboe, praktiserende spesialist A. de Besche og sundhetsinspektør J. Jørgensen som styremedlem.



Albert Tillisch

Spesialiteten lungesykdommer og lungetuberkuloselag

Spesialistkompetanse og godkjenning debatteres generelt livlig i Tidsskrift for den norske lægeforening i årene fra 1915 og utover. Enkelte medlemmer av Kristiania bys amtslægeforening var av den oppfatning at det ikke lot seg gjøre å utdanne spesialister utenfor Kristiania og at det heller ikke var behov for det, en debatt som gjenspeilte den medisinske hverdag i og utenfor hovedstaden. Kristiania fikk da også sine spesialistregler før de ble vedtatt for hele landet.

På landsmøtet i 1915 forelaa to forslag til en ordning av specialitetsspørsmålet.

Sakens behandling ble utsatt, og det hendstilledes til Kristiania amtslægeforening inntil videre at træffe særegne bestemmelser for Kristianias vedkommende. Dette er senere gjort, saadanne bestemmelser er fastsat av Kristiania bys amtslægeforening i 1916. Lægeforeningens forretningsutvalg nedsatte i 1917 en komité som fikk i oppdrag å utarbeide retningslinjer for hele landet, og disse ble vedtatt under Lægeforeningens landsmøte i 1918: «Alle, som ønsker godkjenning som specialist, maa derom søge Den norske lægeforenings bestyrelse, hvis forretningsutvalg træffer avgjørelse efter at være forelagt indstilling fra de av Lægeforeningen valgte spesialistkomitéer. Disse komitéer velges på Lægeforeningens landsmøte for 4 aar av gangen og bestaar av 5 medlemmer.»

For å oppnå spesialiteten brystsykdomme, senere lungesykdommer og tuberkulose, forelå følgende krav: 1 års vanlig praksis, minst 4 måneders tjeneste ved kirurgisk og

indremedisinsk avdeling, og 2 års tjeneste ved tuberkulosesykehus. De to første spesialister i brystsykdomme ble godkjent av Lægeforeningen i 1919, Arnt de Besch i Kristiania og Johs. Th. Kahrs som hadde sin tjeneste som reservelege ved Vensmoen sanatorium, som ble åpnet i 1916. I 1926 var det ialt godkjent 12 spesialister, i 1934 var antallet økt til 45.

I 1932 ble spesialitetskravet utvidet til 1 års tjeneste ved indremedisinske avdelinger. Det er grunn til å merke seg at først i 1933 fikk Lægeforeningen en spesialistkomité for lungesykdommer og lungetuberkulose som i sin helhet besto av spesialister i denne gren.

Studentundervisningen

I 1920 fikk Skottland som første land i Europa eget professorat i lungetuberkulose, det skulle gå mer enn 30 år før Norge fikk sin lærestol, da ble det opprettet et dosentur tilknyttet overlegestillingen ved Rikshospitalets lungeavdeling. Før 1943, da Universitetet i Oslo ble stengt, fikk studentene undervisning i tuberkulose ved Medisinsk avdeling A, Rikshospitalet, som hadde egen tuberkuloseavdeling i Keyserløkken, men hovedundervisningen foregikk ved avdeling IX. Ullevål sykehus, hvor Olaf Scheel var overlege. Han var før 2. Verdenskrig en sentral skikkelse, også internasjonalt sett, når det gjaldt tuberkulosens profylakse. Kfr. hans banebrytende arbeide vedrørende BCG. vaksinasjon sammen med Johannes Heimbeck. Etter krigen, fra 1948 til 1954, fikk Oslo-studentene sin undervisning i tuberkulose ved Glittre og Vardåsen sanatorier, da Rikshospitalets lungeavdeling overtok.

Om tuberkulosearbeidet.

Den norske tuberkuloselægeforening synes å ha markert seg relativt beskjedent, det er grunn til å merke seg at Den norske Lægeforenings tuberkulosekomité, var i virksomhet helt frem til 1935. Lægeforeningens tuberkulosekomité ble opprettet i 1903 og var et ledd i legenes innsats i tuberkulosearbeidet.

Tuberkulosen var vårt største helseproblem, og i 1900 var dødeligheten av tuberkulose 30,1 pr 10.000.

Allerede i 1874 hevdet professor Ernst F. Lochmann at ptisen ble overført gjennom smitte, men fikk intet gehør for sine synspunkter. Det var da også 8 år før Robert Koch fant tuberkelbacillen.

Under Vestlandske lægemøte i 1885 reiste overlege Klaus Hansen kampen mot tuberkulosen. Under Lægeforeningens årsmøte i 1887 holdt han foredrag om «hvorvidt man bør søge udvidet lovbestemmelsene for at motarbeide ftisens utbredelse», med henvisning til Sundhetsloven av 1860. Han hevdet klart ftisens utbredelse ved smitte. Til tross for betydelig motstand, det ble bl. annet av hans motstandere hevdet at tuberkulosen var arvelig i 70% av tilfellene, fikk han gjennomslag for sine synspunkter. «Den norske lægeforenings tuberkuloseplakat» ble utarbeidet som det første

Klaus Hansen

forsøk på organisert tuberkulosearbeid i vårt land.

Etter at Klaus Hansen i 1900 hadde holdt foredrag i Stortinget om tuberkulosesmitasjonen, ble «Tuberkuloseloven av 1900» vedtatt.

Sentralt i denne lov står § 6, tvangsinnleggelse i anstalt for å isolere smitteførende tuberkulose, og § 13, hvorledes betalingen ved oppholdet skal ordnes.



I 1903 ble som nevnt Lægeforeningens tuberkulosekomité opprettet, men arbeidet synes å ha gått trått. Det ble klart at det var nødvendig med et mer slagkraftig organ enn Tuberkulosekomitéen, og Klaus Hansen samlet i 1910 en representativ gruppe leger og legmenn som stiftet «Nasjonalforeningen mot tuberkulosen», som i 1985 feiret sitt 75 års - jubileum under navnet «Nasjonalforeningen for folkehelsen». Klaus Hansen var formann i foreningen de første 4 årene. Men allerede i 1903 hadde den uavhengige kvinneorganisasjonen «Norske kvinners sanitetsforening» åpnet sitt første tuberkulosehjem. Det organiserte tuberkulosearbeid begynte

Figur 1 Klaus Hansen etterhvert å gi resultater, behandlingstilbudet ble bedret, sanatorier og kursteder for aktiv behandling av tuberkulose ble opprettet både i privat og offentlig regi, og det ble stadig flere pleieplasser i tuberkulosehjem for uhelbredelige og smitteførende tuberkulose, det siste ikke minst for å lette smittepresset for befolkningen. Men i 1926 var dødeligheten for tuberkulose bare redusert til 16,9 pr. 10.000, mens den i Danmark var 8,1.

I 1926 kom det et nytt moment inn i det profylaktiske tuberkulosearbeidet i Norge i og med BCG vaksinen. En foregangsmann ved siden av Olaf Scheel var Johannes Heimbeck, som ved Den norske lægeforenings landsmøte i 1928 holdt foredrag om «Tuberkuloseinfeksjon og tuberkulosevaksinasjon på bakgrunn av studier av Tolga- og Solliabefolkningen og sykepleierskene ved Ullevål sykehus». Han utdypet dette nærmere i et foredrag i Den norske tuberkuloselæge-



Johannes Heimbeck



Olaf Scheel

forening i 1934. «Tuberkulosearbeide, immunitet og Ullevålsøstrene», unikt materiale som dessverre ikke ble fulgt opp før det var for sent.



Den norske tuberkuloselægeforening oppløses.

I 1930 ble «Den VII. internasjonale tuberkulosekonferanse» holdt i Oslo i Nasjonalforeningens regi. De to hovedemner var vaksinasjoner mot tuberkulose hvor Calmette selv innledet, og thoracoplastisk behandling av lungetuberkulose med Peter Bull som innleder. Dette gjenspeiler også de problemer som opptok Tuberkuloselægeforeningen, profylakse, immunitet, lungetuberkuloses inndeling og utvikling, og ikke minst den aktive behandling av lungetuberkulose. Men samtidig med den medisinske virksomhet skulle foreningen også ivareta spesialistenes interesser. Den måten det ble gjort på syntes ikke å ha vært

tilfredsstillende sett fra spesialistenes synspunkt og som derfor følte at det var

Arne Petersen, Formann Norske lungespesialisters forening 1936 - 1951
behov for en egen spesialistforening.

På årsmøtet i Den norske tuberkuloselægeforening 2. november 1935 ble det besluttet dele foreningen i to adskilte foreninger, en hvis formål var å ivareta spesialistenes interesser tilknyttet Den norske lægeforening, og en uavhengig forening hvis formål var rent medisinsk vitenskapelig og åpen for alle interesserte leger. Det ble nedsatt interimstyrer i de to foreningene som fikk i oppdrag å utarbeide lover etc.

Norske lungespesialisters forening.

Norske lægers tuberkuloseselskap.

26. august 1936 ble det holdt årsmøte i begge foreninger, hvor navn og lover ble godkjent. Norske lungespesialisters forening må ansees for å være nyskapningen, mens Norske lægers tuberkuloseselskap overtok kontinuiteten etter Den norske tuberkuloselægeforening bl. annet i det nordiske samarbeidet. Fra første stund var samtlige medlemmer i Spesialistforeningen også medlemmer av Tuberkuloseselskapet og spesialistene var den drivende kraft bak Selskapets virksomhet.

Norsk selskap for tuberkulose og lungesykdommer

Utover i 50-årene begynte også andre lungesykdommer enn tuberkulose i stigende grad å interessere Tuberkuloseselskapets medlemmer.

I 1959 var ikke navnet Norske lægers tuberkuloseselskap dekkende for Selskapets virksomhet, og under årsmøtet i 1960 ble det besluttet å forandre navnet til Norsk selskap for tuberkulose og lungesykdommer. Som nevnt var den aktive medlemsmasse i Norske lægers tuberkuloseselskap for en stor del lungespesialister og leger under utdanning i lungesykdommer. Dette gjorde seg ytterligere gjeldende etter 1960 i Norsk selskap for tuberkulose og lungesykdommer, og til slutt ble dette forhold så utpreget at medlemmene i dette selskap og Norske lungespesialisters forening var identiske. Tiden var blitt moden for å slå de to foreninger sammen, og det ble gjort i 1970 under navnet Norsk forening for lungemedisin. Det hersket uklarhet omkring alderen for Norsk forening for lungemedisin. Norske lungelegers forening ble godkjent av Sentralstyret i Den norske lægeforening i februar 1936. Dette ble lagt til grunn for at man i 1986 feiret 50 års jubiléet for Norsk forening for lungemedisin.

Norske lungespesialisters forening

Foreningen ble besluttet opprettet i møte 2. november 1935 i Den norske tuberkuloselægeforening, og et arbeidsutvalg bestående av Chr. Moestue, Rolf Høyer Dahl, Arne Pettersen og Alexander Tuxen utarbeidet raskt retningslinjer for foreningen. Disse ble godkjent av Den norske lægeforening i Sentralstyrets møte 8. febr. 1936. Det første årsmøtet ble avholdt 26. august 1936. 29 legervar til stede. Lover ble vedtatt på dette møtet. Foreningens første Styre ble valgt med Arne Pettersen som formann, en funksjon han hadde helt frem til 1951. Foreningens kontingent var kr. 5,- per. år. På slutten av 1960-tallet var kontingenten øket til kr. 20,- per. år, og i 1970 til kr. 30,- per år.

Det var nær tilknytning til Norske lægers tuberkuloseselskap, og noen saker ble drøftet av begge, delvis i fellesmøter. Medlemstallet var de første årene etter 2. verdenskrig 100 - 150. I 1950 var 191 leger godkjent som spesialister i lungesykdommer og lungetuberkulose. Deltagelsen på årsmøter var dog beskjedne: 20 - 40 medlemmer. I 1954 var «lungetuberkulose» den spesialiteten her i landet som hadde flest godkjente spesialister, mange av dem i distriktslegefunksjon.

Fra foreningens saksfelter i årenes løp kan særlig nevnes: Takstene for spesialundersøkelser og behandling har stadig vært en av hovedsakene. Etter årsmøtet i 1938 ble det fremmet forslag overfor Den norske lægeforening om følgende normaltakster:

Senkningsreaksjon	kr 3
Expectoratus. på TB	kr 3
Røntgengjennomlysning	kr 5
Rtg. gj.lysning og foto	kr 16
Pneumothoraxbehandling	kr 15
Thorascopi	kr 30
Thorascopi m/ kaustikk	kr 75

Takstene for konsultasjon var for 1. gangs konsultasjon kr 10, for senere konsultasjoner kr 3.

For fastlønte diagnosestasjonsleger var forslag til avlønning pr år:

Daglig 4 timers arbeidstid 6 dager i uken: kr 7500

Daglig 2 timers arbeidstid 6 dager i uken: kr 3500

Daglig 2 timers arbeidstid 3 dager i uken: kr 2000

Detaljer omkring honorar for røntgengjennomlysning av thorax var hyppig tema når det gjaldt takstene, som naturlig var, så meget som denne undersøkelsen dominerte i lungelegenes arbeid på den tid.

Stillingstrukturen ved sykehus og sanatorier og spesielle stillinger, bl. annet ved diagnosestasjonene, har hele tiden vært blant foreningens hovedsaker. Avlønningen av stillingene ble tatt opp både med Den norske lægeforening, By- og Herredsforbundet (Nå Kommunenes Sentralforbund) og Staten gjennom Helsedirektoratet.

Forholdet mellom de privatpraktiserende spesialister og diagnosestasjonene var en sak som i lang tid var adskillig følelsesladet. Spørsmålet gjaldt bl. a. om stasjonene bare skulle motta ubemidlede pasienter og henvisninger fra helserådene, idet syketrygdde og bemidlede pasienter skulle tas hånd om av de privarpraktiserende. Foreningens arbeide ble avbrutt under 2. verdenskrig etter at Den norske lægeforening var overtatt av «politisk kommisær». Arbeidet kom i gang umiddelbart etter krigen, med stort fremmøte: 50 medlemmer på det første årsmøtet. Spesialistreglene ble påny endret i 1950.

I 1947 ble det innført fullmaktslover om tuberkulinprøving, BCG-vaksinasjon og skjermbildefotografering, og Statens Skjermbildefotografering fikk etter hvert en dominerende rolle i tuberkulosearbeidet på landsbasis. Dette skapte engagement fra foreningen, i det etterundersøkelsene etter skjermbildefotograferingen bød på problemer når det gjaldt økonomisk dekning og hvem som skulle foreta undersøkelsene.

I kystbyene frembød mønstringsundersøkelsene for sjømenn liknende spørsmål senere. Tuberkuloseavdelingen ved Oslo Helseråd kom i skuddlinjen med disse saker. Stadsfysikus i Oslo var i 1952 president i Den norske lægeforening, og kom derved i en vanskelig dobbeltsituasjon vedrørende funksjonene ved Helserådets tuberkuloseavdeling. I adskillige år ble disse kontroversielle spørsmål stadig diskutert, og kombinasjonen offentlig helsearbeid, diagnosestasjonsvirksomhet og spesialistarbeid innenfor lungefaget inneholdt stadig problemer overfor privatpraktiserende spesialister. På liknende grunnlag viste også poliklinisk virksomhet som ble drevet ved de lungeavdelinger som ble opprettet ved enkelte store sykehus, visse vanskeligheter. Noen endelig løsning i disse saker nådde man ikke frem til, men etter hvert som tallet på privatpraktiserende spesialister er blitt redusert, har problemet mistet sin tyngde. Den generelle situasjon innenfor arbeidslivet i vårt land med rettigheter til lønn under sykdom og ferie, permisjoner, pensjon m. m. har gitt løsning på saker som foreningen har arbeidet med i lengre tid. Dessuten har Den norske lægeforening og Yngre legers forening fått utbygget sin organisasjon og nådd frem til ordninger på felles basis, ordninger som også har kommet lungelegene til gode. Foreningens medlemmer har vært beskjeftiget på forskjellig grunnlag, og deres økonomiske og arbeidsmessige interesser har ikke alltid vært sammenfallende. Dette har gitt livlige diskusjoner på styremøter og årsmøter. Det har også gitt adskillig belastning på formann og sekretær med korrespondanse, forhandlingsmøter og annen form for kontakt, ikke minst med Den norske lægeforening. Utenom lønns- og honorarspørsmål stod pensjonssaken sentralt. I rundskriv fra Sosialdepartementet av 23. januar 1956 opplyste statsråd Gudmund Harlem at departementet vil søke Stortingets samtykke til at stillingen som lege ved offentlig diagnosestasjon blir innlemmet i Statens Pensjonskasse med virkning fra 1. oktober 1955, såfremt arbeidstiden er mer enn 20 ukentlige arbeidstimer. Enkelte hadde fått innarbeidet i sine avtaler pensjonsordninger selv med kortere arbeidstid, og det var forutsatt at disse ordninger skulle opprettholdes.

Pensjonsordningen hadde en lang forhistorie. Statens pensjonskasse tok som utgangspunkt for vurderingen hvor lang den daglige arbeidstid ved diagnosestasjonen var og om dette arbeidet var vedkommendes hoved beskjeftigelse. Når det ble opplyst at daglig arbeidstid var f. Eks. to timer daglig, mente man at det var altfor kort arbeidstid til å berettigede pensjon. Det ble fremmet forslag om en klasseinndeling av diagnosestasjonene. I 1953 var det totalt 63 diagnosestasjoner i landet. Det ble sendt et spørreskjema med spørsmål om ukentlig arbeidstid, årslønn og antall røntgenfotograferinger. Det kom inn 33 svar som viste nokså dårlig overensstemmelse mellom arbeidstid og lønn og enda dåligere mellom arbeidstid og røntgenundersøkelser. Arbeidstiden varierte mellom 2 og 40 timer ukentlig, årslønnen mellom kr 2.000 og 44.640 (Mest eksakte lønnsangivelse kr. 11688,72). For en angitt ukentlig arbeidstid på 18 timer varierte årslønnen fra 5.800 til 13.200. Det ble foreslått en inndeling av diagnosestasjonene i to klasser basert på befolkningsgrunnlag, instruksens omfang, antall røntgenundersøkelser, distriktets tuberkulosesituasjon. I 1970 ble Norske lungespesialisters forening slått sammen med Norsk selskap for tuberkulose og lungesykdommer til

Norsk forening for lungemedisin.

Dermed var man tilbake til forholdene før 1936. Norske lungespesialisters forening har i sin funksjonstid hatt en aktiv plass i det organisatoriske arbeide som den norske legestanden har utviklet - mer eller mindre i takt med samfunnsutviklingen forøvrig. De spesielle faglige forhold som tuberkulosen og lungesykdommer generelt har frembudt, har gitt spesialiteten et særlig preg - med nær tilknytning til generelle og sosialmedisinske arbeidsoppgaver. Det har vært en avveining av medisinske faktorer i forhold til dypt menneskelige, familiemessige og økonomiske omstendigheter hos pasienten. Dette har stillet krav til en holdning og en yrkesetikk som har virket inn på den enkelte spesialist, og har hatt betydning også for den mer utadrettede og fagforeningsmessige adferd.

Norske lungespesialisters forening hadde sitt virke i en rik tid faglig sett, og fylte sitt formål på en renhårig måte.

Norske lægers tuberkuloseselskap

Norsk selskap for tuberkulose og lungesykdommer 1936-1969.

2.november 1935 ble det besluttet å dele Den norske tuberkuloselægeforening i to foreninger, hvorav den ene med et rent medisinsk formål i sitt første møte 24. mars 1936 fikk navnet «Norske lægers tuberkuloseselskap». Det første styret besto av Johannes Heimbeck, formann, Alexander Tuxen, viseformann, Tobias Gedde-Dahl, sekretær og Thomas Schram som styremedlem. Under det første møtet 26. august 1936 ble lover vedtatt. Kontingenten ble fastsatt til kr 5 pr.år og steg etter krigen til kr.10, fulgte deretter inflasjonen og endte på kr. 50- der den har holdt seg i alle år frem til 1995, uavhengig av inflasjon. Selskapets økonomi var meget beskjeden.

Norske lægers tuberkuloseselskap må sees som den direkte etterfølger av Den norske tuberkuloselægeforening stiftet i 1925, som igjen hadde sitt utspring i Nordisk tuberkuloselægeforening stiftet i 1919. Da sekretæren i 1960 antydte at selskapet kunne feire 25-års jubileum året etter, utløste det en heftig debatt blant medlemmene, som ikke kunne bli enige om hvor gammelt selskapet egentlig var. Selskapet levet opp til sin formålsparagraf inntil slutten av 50-årene, det dreiet seg vesentlig om tuberkulose. Men etter hvert som tuberkulosen gikk tilbake, begynte selskapets interesser å konsentrere seg mer i retning av andre lungesykdommer. I 1959 var tiden inne for en navneforandring svarende til selskapets arbeidsområde. Det ble fremmet flere forslag, mange var innstilt på at tuberkulose kunne sløyfes helt i navnet, men tiden var ikke moden til det, og det endte opp med et kompromiss.

Selskapets navn fra 1. januar 1961 ble Norsk selskap for tuberkulose og lungesykdommer. Dett førte til en mindre endring i formålsparagrafen. I 1936 var medlemstallet 111 og steg jevnt til 200 i 1954. Rundt dette nivå holdt medlemstallet seg senere (Se diagram over utviklingen i medlemstall og medlemmer over 70 år senere). Gjennomsnittsalderen på medlemmene var stigende, og tilgangen på nye medlemmer litt beskjeden. Selskapet har hatt ett medlem som ikke var lege, Julie Backer, byråsjef i Statistisk Sentralbyrå, som i 1937 tok den filosofiske doktorgrad på

et arbeide om «Dødeligheten av tuberkulose». Norske lægers tuberkuloseselskap var i første rekke et forum for spesialister i tuberkulose og lungesykdommer, men hadde en god tilslutning av offentlige leger og thoraxkirurger, noe som gjenspeiler seg i møteprogrammene. Det dreiet seg om legenes tuberkulosearbeide, om BCG-vaksinasjon og immunitetsforhold, og om kollapsbehandling. Siste møte før nazistene overtok den offisielle medisinske virksomhet i Norge, 27. juni 1941, holdt Johan Holst og Carl Semb foredrag og viste film om «Erfaringer med selektive operasjoner ved lungetuberkulose».



Det første sanatoriet, Reknes ved Molde fra 1897. Bombet i 1940



Det nyeste sanatoriet, Ringvål utenfor Trondheim, tatt i bruk i 1935

Otto Galtung



Eyolf Dahl



De to kirurgene var fra første stund trofaste medlemmer av selskapet, og særlig etter krigen satte de sitt preg på debatten om den operative behandling av lungetuberkulose. Andre, som allerede før krigen viste betydelig aktivitet i selskapets liv og virksomhet, var Johannes Heimbeck, Tobias Gedde-Dahl, Otto Galtung (Hansen), Eyolf Dahl, Rolf Høyer Dahl, Thomas Schram og Alexander Tuxen.

Nevnes må også Olaf Scheel, vår fremste foregangsmann sammen med Johannes Heimbeck i utprøving og innføring av BCG vaksinasjon i Norge. Han var overlege ved Ullevål sykehus, avdeling IX, medisinerstudentenes lærer i tuberkulose. Han døde i 1943.

Møtevirksomhet.

I årene før krigen ble årsmøtene holdt i tilslutning til Den norske lægeforenings landsmøter, men øvrige møter ble holdt i Oslo. Etter krigen utviklet den praksis seg at årsmøtene ble holdt i Oslo om høsten, mens vårmøtene ble holdt utenfor Oslo, bortsett fra de år det ble holdt Nordiske kongresser. Første nordiske kongress etter den 2. Verdenskrig fant sted i Gøteborg i 1946. For de norske deltageres del kom dette for en stor del til å dreie seg om en kamp for å oppnå

nødvendig valuta for deltagelse. Det ble gjort en rekke henvendelser til Norges Bank for å få tildelt svensk valuta for dekning av togreise fra Riksgrensen til Gøteborg. Svenske kolleger påtok seg å «forpleie» de norske deltagerne under oppholdet i Gøteborg. Vår møtene har hatt sin spesielle

form med stor vekt på sosialt samvær og innføring i forhold utenfor hovedstadsområdet. De har vært meget populære både blant medlemmene og deres ledsagere og har hatt stor oppslutning. Konkurransen mellom de forskjellige møtestedene og deres lokale arrangører har vært avvekslende og stimulerende. Det nordiske samarbeidet fortsatte etter 1936, avbrutt av krigen, med kongresser hver annet år.

Umiddelbart etter krigen gjenopptok selskapet sin møtevirksomhet, det første årsmøtet ble holdt 3. september 1945. Møteprogrammene var preget av den samme faglige bredde og høye kompetanse som før krigen, og ble en inspirasjonskilde for medlemmene i sitt daglige arbeide. Frem til 1971 ble abstracts fra foredrag publisert i Nordisk Medicin.

Det faglig-vitenskaplige møteprogram

Innen det forebyggende tuberkulosearbeidet var møteprogrammene preget av BCG vaksinasjon og immunitet, resultater og nytten av skjermbildefotografering og diagnosestasjonenes stilling. Ellers preget utviklingen i tuberkulosebehandlingen selskapets forhandlinger. Det ble fremlagt omfattende dokumentasjon om de gode resultatene av kollapsbehandling. De forskjellige «skolers» syn på kirurgisk kollapsbehandling medførte livlig debatt, for og imot extrapleural pneumothorax, og om hvilken metode som var best egnet til å bevare kollapsen etter thoracoplastikk. Den medikamentelle behandling begynte fra først på 50-årene for alvor å sette sitt preg på debatten, først som et supplement til kollapsbehandlingen, senere som selvstendig terapeutikum. Overbevisende resultater av «trippelbehandlingen» utløste diskusjon om medikamentell behandling i ambulant praksis, blant annet med henblikk på komplikasjoner og resistensutvikling. Attføring av tidligere tuberkuløse representerte midt på 50-årene et nytt diskusjonstema i selskapet. På 1940-50 tallet kom der opp en sak som nok avslører visse interne kontroverser i foreningen. I 1948 mottok foreningen brev fra professor Johan Holst ved kirurgisk avdeling A, Rikshospitalet, med anmodning om støtte til en henvendelse til Nobelkomitéen i Stockholm for tildeling av Nobelprisen til dr. med. Johannes Heimbeck for hans innsats vedrørende BCG-vaksinasjon. Av foreningens redegjørelse fremgår det at Heimbeck ikke hadde spilt noen dominerende rolle i utvikling og anvendelse av BCG, og det ble til dels rettet skarp kritikk mot hans arbeidsmetodikk og presentasjoner. Etter dette trakk professor Holst forslaget tilbake, men fremmet det påny i 1955 med forslag om å tildele Nobelprisen til Jean Marie Camille Guérin og Johannes Heimbeck. (Calmette var da død). Denne gangen fikk forslaget selskapets fulle støtte. Men noen Nobelpris ble det ikke.

Interessen for ikke-tuberkuløse lungelidelser begynte å melde seg, og dette aksentueres i vesentlig grad utover i 60-årene. Asthma – bronkitt - emfysem, sarkoidose, generaliserte lidelser med lokalisasjon til lungene og meget annet. Samtidig ble «atypiske mykobakterier» bragt på bane med klinikk og epidemiologi. Tuberkuloseandelen i programmene er blitt mindre, mens obstruktive

lungesykdommer, yrkessykdommer, allergi, respirasjonsfysiologi, biokjemiske og spesielle undersøkelsesmetoder har fått større del. Epidemiologiske arbeider har stadig vært fremlagt, og ikke - tuberkuløse lungelidelser har inntatt plass i økende grad også her. Denne møtevirksomheten har stått helt sentralt i selskapets liv og virksomhet, ikke minst fordi medlemmene representerer det beste av medisinsk ekspertise innen tuberkulose og lungemedisin. Debatantene kunne stå steilt mot hverandre, ikke minst når faglige spørsmål ble diskutert i fellesmøte med Norske lungespesialisters forening. Men misstemningen varte aldri lenge, det hersket et godt og kameratslig forhold mellom medlemmene, noe som gjorde selskapet til et trivelig møtested. På grunn av faglig tyngde ble selskapet en initiativtaker og et korrektiv til den offentlige debatt. Det fremgår tydelig av det resultat som fremkom av tre resolusjoner, som ble vedtatt på årsmøtet i 1946. Resolusjon nr. 1 gjaldt tuberkuloseundervisningen Noen enhetlig undervisning av studentene forelå ikke, den eneste lærebok var utgitt av Hans Jakob Ustvedt i 1938: «Lungetuberkulosen og dens behandling». I resolusjonen til Stortinget ble det fremhevet at tuberkulosen var vårt største helseproblem, og at det var et krav at det ble opprettet et dosentur ved Universitetet i Oslo. Det er grunn til å tro at denne henvendelsen resulterte i opprettelse av Rikshospitalets lungeavdeling og et dosentur tilknyttet overlegestillingen. Sven Nissen-Meyer ble vår første dosent i tuberkulose og lungesykdommer i 1954, etterfulgt av Trygve Wessel-Aas i 1958. Senere var selskapet i flere år opptatt av at dosenturet burde omgjøres til et professorat i lungesykdommer på linje med situasjonen i de øvrige nordiske land. Etter en del overveielser bl. a. om fagområdet og dets



Trygve Wessel – Aas vårt lands første professor i lungemedisin. Professoratet opprettet i 1968. Wessel – Aas var formann i Norsk selskap for tuberkulose og lungesykdommer 1961 – 1964. President Nordisk lungelegekongress i Oslo 1976. Æresmedlem Nffl 1978.

benevnelse rettet selskapet i 1966 formell henvendelse til det

Jon Rasmus Vale etterfulgte Trygve Wessel – Aas som professor i lungemedisin ved Rikshospitalet da Wessel – Aas omkom i en tragisk bilulykke i 1981. Jon Rasmus Vale var formann i Nffl 1974 – 1977. Han var presiden ved Nordisk Lungelegekongress i Oslo i 1984. Æresmedlem Nffl 1987. Jon Rasmus Vale døde i 1988.



medisinske fakultet, Oslo Universitet, om å få omgjort dosenturet ved Lungeavdelingen, Rikshospitalet, til professorat i lungesykdommer. Samtidig ble det tatt kontakt med en del fakultetsmedlemmer direkte. Det lyktes å få gjennomslag i saken, og professoratet ble opprettet i 1968 med Trygve Wessel - Aas som den første professor, senere etterfulgt av Jon Rasmus Vale og Jacob Boe. Siden er det opprettet professorater også ved Universitetene i Bergen og Trondheim med Amund Gulsvik ved Universitetet i Bergen

og Arne Olav Jenssen ved Universitetet i Trondheim (Etterfulgt av Jakob Boe og Leif Bjermer).

Resolusjon nr. 2 gjaldt standardisering av norsk tuberkulin. Det ble gjort henvendelse til Veterinærdirektøren med krav om standardisering av det norske tuberkulin etter internasjonalt anerkjente prinsipp. Også Helsedirektøren og Den norske veterinærforening hadde gjort en tilsvarende henvendelse. Men det skjedde intet før selskapet i 1948 kunne dokumentere det norske tuberkulinets ustabilitet i relasjon til det standardiserte danske. Det tok sin tid før dette spørsmål var i orden, og tuberkulinet var en gjenganger under selskapets forhandlinger.

Den 3. resolusjon i 1946 var forslag om at BCG vaksinasjon måtte bli obligatorisk for visse særlig tuberkulosetruede grupper. I 1947 fikk selskapet til uttalelse utkast til «Lov om tuberkulinundersøkelse og BCG vaksinasjon», som ble anbefalt med små rettelser og som ble vedtatt samme år av Stortinget. Men det kom kritiske bemerkninger om at loven ville medføre betydelig mer arbeid for helseråd og diagnosestasjoner og at de økonomiske konsekvenser av dette ikke var vurdert.

Det er sannsynlig at selskapets anmerkning førte til at Regjeringen 17. oktober 1947 nedsatte en komité til revisjon av tuberkuloselovgivningen. Komitéen brukte 5 år på sitt arbeide, og det i en periode med voldsom utvikling i tuberkulosearbeidet såvel på det forebyggende som terapeutiske området. Da komitéen 2. november 1952 la frem sin innstilling nr. 1 i et fellesmøte mellom selskapet og Norske lungespesialisters forening, fikk den en fryktelig medfart. Komitéinnstillingen ble sendt tilbake med total avvisning med den begrunnelse at den var passé i relasjon til den foreliggende tuberkulosesituasjon. Møtet var stormfullt, hvilket er forståelig når komitéinnstillingen var enstemmig og 5 av komitéens 6 medlemmer også var medlemmer av Norske lægers tuberkuloseselskap.

Innstillingen ble etter dette lagt på is. Komitéinnstillingen gjaldt i stor grad diagnosestasjonenes stilling. Diagnosestasjoner i et antall på over 80 hadde i tiden etter 2. verdenskrig viktige funksjoner, og både personelldekningen og teknisk utstyr var forbedret. De foresto ganske vesentlige deler av tuberkulosearbeidet, bl. a. i samarbeide med Statens Skjermbildefotografering ettersom denne institusjon ble utviklet. Men stasjonenes forhold til privat spesialistvirksomhet, deres plass i spesialistutdannelsen, og deres organisasjon- og arbeidsform gav livlig diskusjon i selskapet. I de senere år har funksjonen i økende grad vært kombinert med de kliniske sykehusavdelingene. I de større byene med egen masseundersøkelse m. m. har stasjonenes rolle vært spesiell. En innstilling om diagnosestasjonene ble senest behandlet i Norsk forening for lungemedisin på årsmøtet i 1985. Når disse resolusjoner er omtalt så utførlig, er det for å vise at selskapets kompetanse var en maktfaktor i tuberkulosearbeidet. Men det var noen som ikke hadde «makt» og det var

Tuberkulosepasientene

Det lar seg ikke gjøre å omtale legenes forhold til tuberkulosearbeidet uten også å omtale dem det egentlig gjaldt, pasientene, også kalt «De tuberkuløse», som tålmodig fulgte lover og påbud og de råd legene gav. Et legeutsagn var «En gang tuberkuløs, alltid tuberkuløs», hyggelig å ta med seg ut i livet etter avsluttet behandling.

Tilsynelatende gjelder denne parole ennå, overvåket som man er av Statens Helseundersøkelser 40 år etter at man trodde seg helbredet for sin tuberkuløse affeksjon. De tuberkuløses sosiale situasjon var meget svak, dårlige - om noen rettigheter i sykekassene, ofte avhengig av Tuberkuloselovens § 13 for å få dekket

omkostningene ved et institusjonsopphold, men da måtte helserådene først bestemme tvangsinnleggelse i henhold til lovens § 6. Det forelå ingen trygdeordninger ved arbeidsuførhet, man var avhengig av familie og forsorgsvesen. Under krigen unnfanget tuberkuløse pasienter den idé at skulle de ha mulighet til å bedre sine kår, måtte initiativet komme fra dem selv. Høsten 1945 etablerte de sin egen interesseorganisasjon.

Tuberkuløses hjelpeorganisasjon

senere Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL), og med sitt eget tidsskrift «Trygd og Arbeid», et navn som gir klart uttrykk for hva det dreiet seg om. Hjelpeorganisasjonen ble en pressgruppe som ble hørt. Som resultat kan nevnes kommunale stønadsordninger for tuberkuløse før den statlige uføretrygd og attføringshjelp kom i 1961. Boligspørsmål for tuberkuløse sto sentralt, det ble stiftet egne boliglag, og det ble drevet pensjonatvirksomhet i byene for tuberkuløse under omskoling. Hjelpeorganisasjonen engasjerte seg sterkt i attføringsarbeidet ved opprettelse av sin egen yrkesskole Krokeide utenfor Bergen, og som initiativtaker til og medeier i vernede bedrifter. De senere år har organisasjonen også spilt en betydelig rolle som sykehuseier. Medlemmene i Norske lægers tuberkuloseselskap hadde gjennom sine pasienter bred kontaktflate mot Hjelpeorganisasjonen og det ble derfor funnet naturlig at jubileumsskriftet ved 50-års jubiléet i Norsk forening for lungemedisin ble trykket i en av de vernede bedriftene.

Norsk forening for lungemedisin - [Nffl](#)

Under årsmøtet i Norsk selskap for tuberkulose og lungesykdommer 29. november 1968 kom det forslag om sammenslutning mellom Selskapet og Norske lungespesialisters forening. Dette forslaget ble tatt opp til realitetsbehandling i felles årsmøte for de to foreningene 28. november 1969. Sammenslutningen ble enstemmig besluttet, og man samlet seg også enstemmig om at den nye foreningen skulle ha navnet Norsk forening for lungemedisin. (Ved behov for engelskspråklig navn på foreningen ble man enig om versjonen «The Norwegian Thoracic Society»).

Det forelå tre alternative forslag til lover, og et forslag som gav interesserte som ikke var medlem av Den norske lægeforening rett til å delta i foreningens vitenskapelige virksomhet mot å betale 2/3 kontingent, oppnådde flertall. Den siste passus ble, som ventet, ikke godtatt av Lægeforeningen, og det sittende styret ble av Lægeforeningen anmodet om å ivareta norske lungespesialisters interesser inntil saken kunne bli behandlet under årsmøte i 1970. De endelige lover, som Den norske lægeforening kunne godkjenne, ble gjort gjeldende fra 4. mars 1971

Lover:

§1 Foreningens navn er Norsk forening for lungemedisin. Dens formål er:

- a) Å være et medisinsk/vitenskapelig forum for leger og andre som arbeider med lungesykdommenes profylakse, klinikk og vitenskapelige utforskning.
- b) som spesialistforening under Den norske lægeforening å fremme lungefagets stilling i norsk medisin og arbeide for rimelige og rasjonelle arbeidsforhold for fagets utøvere.
- c) ivareta medlemmenes videre- og etterutdannelse ved å avholde kurs og på annen måte.

§2 Medlemskap kan innvilges alle som er medlemmer av Den norske lægeforening. Styret kan også innvilge ikke - leger medlemskap. Disse kan dog ikke velges til styremedlemmer, og har ikke stemmerett i faglige spørsmål. Ikke - leger betaler 2/3 kontingent.

§3 Foreningen ledes av et styre på 5 medlemmer med 2 varamenn. Styret velges for 2 år på ordinært årsmøte, og formannen velges ved særskilt valg. Styret velger sin nestformann og fordeler de øvrige oppgaver blant sine medlemmer. Det er adgang til gjenvalg. Det skal i styret sitte minst 2 godkjente spesialister i lungesykdommer og minst en lege i utdannelsesstilling. Styret har anledning til å nedsette utvalg til å overta ansvar for særlige, definerte arbeidsoppgaver. Oppnevning og sammensetning av slike utvalg skal godkjennes under årsmøtet.

§4 Årsmøte holdes hvert år i forbindelse med foreningens høstmøte. Det skal kunngjøres med minst en måneds varsel. Styret fremlegger årsberetning og revidert regnskap. Valgene foregår skriftlig dersom minst 5 medlemmer krever det. Formannen velges skriftlig hvis det er foreslått mer enn én kandidat. På årsmøtet velges

representanter til rådgivende utvalg for Helsedirektøren, spesialistkomité og andre utvalg som samarbeidet med Den norske lægeforening nødvendiggjør. Ethvert medlem kan på årsmøte reise saker som går inn under §1. Saker av vesentlig betydning bør innsendes styret på forhånd.

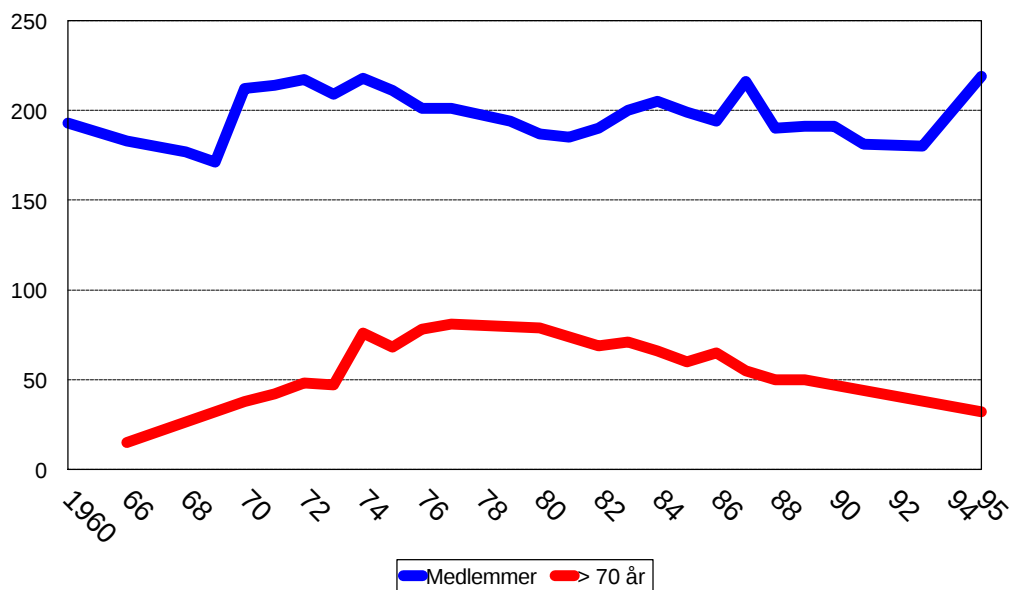
§5 Æresmedlemmer kan innvoteres etter at skriftlig og begrunnet forslag er sendt til styret minst en måned før årsmøte. Det kreves 2/3 flertall for gyldig vedtak.

§6 Lovendringer må i hovedtrekk foreslås på ett årsmøte for å komme til behandling på det neste, og for vedtak kreves 2/3 flertall.

Lovforslagenes detaljerte utforming må være sendt medlemmene minst én måned på forhånd. De samme regler gjelder for forslag om oppløsning av foreningen og for kollektivt medlemskap i andre organisasjoner

Samlet oversikt over opprinnelige lover og senere lovendringer kan finnes under «Lover».

Medlemstall totalt og medlemmer > 70 år



Foreningen hadde pr. 1. november 1970 170 betalende medlemmer, tillegg 38 medlemmer over 70 år og 4 æresmedlemmer. Figur ovenfor viser utviklingen i medlemstall fra 1960 til 1995. En oppgave fra Lægeforeningen fra 1954 viste at spesialiteten lungetuberkulose hadde flest godkjente spesialister blant alle spesialitetene på den tiden. Foreningens første formann etter sammenslutningen var Johan Lundar, som med sin posisjon i Lægeforeningen nedla et meget fortjenstfullt arbeid for vår forening.

Et av de første oppdrag Johan Lundar fikk som formann i NFFL var å følge opp



innstillingen om «Astmaomsorgen i Norge». Fra Helsedirektoratet ble innstillingen sendt til uttalelse til spesialitetene indremedisin, øre – nese – halssykdommer, barnesykdommer og offentlige legers forening. Det var ambisiøse mål som ble trukket opp; bl. a. ble det foreslått egne avdelinger for ungdomsastma ved

Johan Lundar

universitetsklinikkene og intensivt basisforskning i allergologi og biokjemi. I tilslutning til behandlingen av denne innstillingen ble det gitt uttalelse om bemanningen ved lungeavdelingen i Bodø ved overgang til sentralsykehus. Det ble foreslått 4 overordnede stillinger, 2 overleger, en spesiallege i respirasjonsfysiologi, en spesiallege i allergologi og 2 overleger, samt 4 underordnede leger. Norsk forening for lungemedisin fikk det

«ærefulle» verv å utarbeide for lægeforeningen den uttalelse som skulle avgis til myndighetene i den forbindelse. Omtrent samtidig kom det opp en sak som kan ha et visst kuriøst preg. Lungespesialist Hans Chr. Paulsen gjorde i brev av 30. september 1971 til Det Kongelige Sosialdepartement oppmerksom på at han hadde tenkt å avslutte sin praksis sommeren 1973. Han søkte hjelp på vegne av sine pasienter i gruppen obstruktive lungelidelser, pollenallergier og andre former for allergi. Han opplyste at han årlig behandlet vel 20.000 pasienter. I samråd med dosent dr. med. Kjell Aas var man blitt enig om å sette aldersgrensen for barnealderen til 8 år slik at han skulle ta de som var yngre og derved redusere ventetiden for nye pasienter slik at denne kunne holde «2 års grensen». Til sammenlikning ble det opplyst at poliklinikken for voksne ved Sahlgrenska sjukhuset i 1970 hadde ca. 14.000 pasienter og barneavdelingen 6.000. På ventelisten stod 360 pasienter, og det ble nødvendig å øke inntaket av nye for å få avvirket ventelisten i løpet av 2 år. Det ble anført at arbeidsmengden var meget stor med over 80 timers effektiv arbeidsuke. «Pasienter kommer fra hele landet, mens det i den siste tid er blitt noe bedring for Nord - Norges vedkommende».

På denne tid forelå også fristende tilbud fra Jahreline om avvikling av faglige møter på Kielfergen. Det kom det ikke noe ut av på den tiden, men derimot i mai 1979, riktignok med Danskebåtene og i samarbeide med Dansk pneumologisk forening.

Foreningens faglige virksomhet

I 1970 fremsatte Trygve Wessel - Aas og Eyolf Dahl et forslag til omlegging av tuberkulosepolitikken i retning av selektiv tuberkulinprøving og frivillig BCG vaksinasjon. Screening av luftstrømsobstruksjon ved måling i tilslutning til skjermbildefotografering ble foreslått, og Sosialdepartementet ble anmodet om å nedsette et utvalg i sakens anledning. Etter purring uttalte Departementet nærmere to år senere at man ikke fant det hensiktsmessig å nedsette et slikt utvalg. Slike målinger har imidlertid vært utført 20 år senere. Wessel - Aas foreslo at Norsk forening for lungemedisin burde oppnevne et utvalg til å utrede fremtidsperspektiver for spesialiteten. I januar 1973 oppnevnte styret et utvalg bestående av Harald E. Hauge, Johan Lundar, Tom Unneberg og Jon Rasmus Vale. 1. oktober 1974 fremla dette

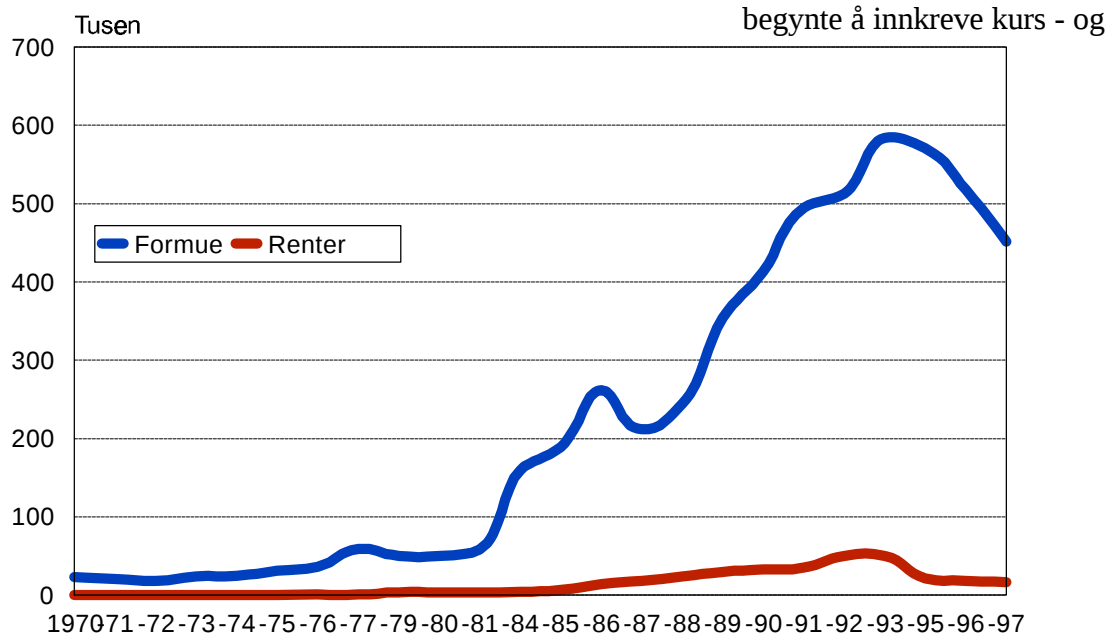
utvalget innstillingen: «Lungemedisinens oppgaver og organisering i Norge». Innstillingen gav informasjon om det brede spekter av lungemedisinske arbeidsoppgaver av diagnostisk, terapeutisk og prognostisk art. Det ble fremsatt forslag til struktur og omfang av den lungemedisinske virksomhet i de enkelte fylker med en samlet legebemannning på 57 overordnede og 35 underordnede leger på landsbasis. I begynnelsen av 1970-årene forelå også innstillingen om «Plan for astmaomsorg i Norge», som i 1979 ble fulgt opp av et utvalg som skulle vurdere den senere utvikling innen dette området. I likhet med andre spesialforeninger utarbeidet Norsk forening for lungemedisin sin «Generalplan for spesialiteten lungesykdommer» som ble fremlagt i 1980, etter at det hadde vært innhentet omfattende bakgrunnsmateriale fra samtlige lungeavdelinger, lungesykehus og diagnosestasjoner. Dette bakgrunns materialet gav også tallmessig informasjon om utviklingen av lungemedisinsk virksomhet fra første del av 1960 - tallet til 1979.

Lungesykdommer som Grenspesialitet under indremedisin.

I 1974 dukket for første gang den saken opp som skulle bli av dominerende interesse det følgende 10 - år: Spørsmålet om å omgjøre lungesykdommer fra en hovedspesialitet til grenspesialitet innen indremedisin. Saken fikk sin endelige avklaring i 1984 da lungesykdommer opphørte som hovedspesialitet. En mer omfattende gjennomgang av saken er presentert separat.«Grenspesialitet» Det kom etter hvert økende krav til obligatorisk kursvirksomhet som ledd i spesialistutdannelsen, og også annen kursvirksomhet har økt i betydelig grad, for en vesentlig del som ledd i Universitetenes kursopplegg. Men stadig har foreningens Høstmøter og Vårmøter vært vesentlige fora for lungemedisinske presentasjoner. I de senere år har norske lungemedisinere i økende grad presentert faglig stoff ved internasjonale møter utenom de nordiske land. En betydelig møtevirksomhet har også foregått i regi av den farmasøytiske industri med utstrakt bruk av norske lungemedisinere som foredragsholdere. En del av denne møtevirksomheten har vært betinget av klinisk medikamentutprøving og andre faglige aktiviteter som industrien har iverksatt.

Økonomi.

Norsk forening for lungemedisin overtok en trang økonomi fra sine to forgjengere. Først på 1970 - tallet var foreningens formue vel 20.000 kroner, men det var standard over kontrollvirksomheten, i det man benyttet statsautorisert revisor. Den svake økonomien gav begrensede muligheter for aktivitet. Foreningens sekretær, som vanligvis var i utdannelsesstilling, fikk dekket reiseutgifter til de obligatoriske møtene. Øvrige tillitsvalgte måtte selv bære sine utgifter. Det eneste «frynsegode» var en gratis lunch under høstmøtet for de tillitsvalgte. Senere bedret økonomien seg da man



møteavgifter, utstillingsavgifter fra firmaer, og takket være generøs sponning fra farmasøytisk industri og produsenter av lungemedisinsk utstyr i form av støttemedlemskap og annen støtte. Utover 1980 -årene har formuen økt til den først på 1990 - tallet kom over ½ million kroner. Den faglige virksomhet innen lungemedisin har også hatt stor nytte av de årlige stipendmidler som er blitt stilt til rådighet fra Glaxo A/S, Astra Norge AS og 3M Pharma. Medlemskontingenten har i mer enn 20 år vært kr. 50,- per år. På årsmøtet 8. november 1995 ble kontingenten hevet til kr 150,- per år. Utviklingen i foreningens økonomi er presentert grafisk og i tabell med angivelse av formue og renteinntekter

	Formue	Renter
1970	22907	437
1971	20613	369
1972	17888	326
1973	23652	336
1974	24771	346
1975	30871	391
1976	36277	460
1977	58543	547
1979	50157	3580
1980	49878	3467
1981	58389	3238
1984	159674	4035
1085	189356	6350
1986	261754	13588
1987	211728	18424
1988	244351	23438
1989	353872	29774
1990	413379	32561
1991	494573	34865
1992	512914	49956
1993	583961	50033
1995	570800	21520
1996	517566	18334
1997	451732	16825

Foreningenes alder. V/ Arne Petersen

10. februar 1961 skrev tidligere mangeårig formann i Norske lungespesialisters forening, Arne Petersen, dette brevet til Norske lægers tuberkuloseselskap:

På årsmøtet i selskapet 25. Nov. 1960 lovet jeg at tilstille selskapet det materiale jeg har samlet i forbindelse med spørsmålet om selskapets "fødselsdag", og som jeg refererte en del av på møtet.

Jeg skal nedenfor anføre et sammendrag av materialet som i det vesentlige refererer sig til Tidsskrift for den norske lægeforening, idet jeg angir årstal, nr. og side. Det anførte kan således dokumenteres og noget fyldigere opplysninger skaffes, om det skulde ønskes. Først litt om Nordisk tuberkulose-lægeforening. Denne nevnes første gang i T for 1919 nr. 20 s. 825. Det skrives her redaksjonelt under titelen "Nordiske medicinske foreninger. Differencierings lov." Og berettes at det for tiden eksisterer 7 nordiske sammenslutninger av medicinsk art. Av disse nevnes som nr. 4 Nordisk tuberkuloseforening stiftet 1919, (skal være Nordisk tuberkuloselægeforening). I T. For 1920 nr. 2, s. 81, meddeles at under møte i København sommeren 1919 av overlæger ved skandinaviske brystsykeanstalter besluttet stiftet en forening med navn Nordisk tuberkulose-lægeforening. Herpå følger de vedtagne statutter i 5 punkter, hvorav det første lyder: Enhver tuberkuloselæge i Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige kan bli medlem av foreningen. Som tuberkuloselæge regnes enhver som i sit land ved officiel anerkjendelse eller ved videnskapelig eller praktisk arbeide er anset som sådan. Det anføres videre at optagelse skjer gjennom vedkommende lands representant i styret, og alle nordiske tuberkuloselæger oppfordres til at indtræde i foreningen. Meddelelsen er undertegnet: Det ved møtet i København valgte styre, Chr Saugman, A. V. Bonsdorf, W. Holmboe, E. Lindhagen. Det blir holdt møter i 1921 i Finland (T. For 1921 nr. 10 s. 471), i 1923 i Kristiania (T. For 1923 nr. 6, s. 337) og i 1925 den 24. – 25. August i Stockholm (T. For 1925 nr. 11 s. 599).

Den norske tuberkuloselægeforening ble stiftet på sistnevnte møte. I T for 1925 nr. 21, s. 1095 er indtatt følgende angående stiftelsen: Den norske tuberkuloselægeforening har tidligere væsentlig kun bestått av en afdeling av den fælles nordiske forening uten andet styre end det ene på de nordiske møter valgte medlem med varamand.

På tuberkuloselægemøtet i Stockholm i år kom de mange fremmøtte norske medlemmer overens om at danne en fastere norsk tuberkuloselægeforening for at varetta specialitetens interesser og for at befordre det videnskapelige studium av tuberkulosen.

Foruten sammenkomster ved de fælles nordiske møter vil man holde et møte i forbindelse med de almindelige norske lægemøter. Til styre for den norske tuberkuloselægeforening valgtes overlæge Tillisch som formand og til styremedlemmer dr. med. De Besche, overlæge W. Holmboe og sundhetsinspektør Jørgensen. Holmboe representerer den norske afdeling i den fælles nordiske forening. "Ved gjennomgåelse av de følgende årganger av Tidsskriftet finder jeg at det i T for 1926 nr. 12, s. 608, kundgjøres at indmeldelse av nye medlemmer får særskilt tilsigelse, og anføres at indmeldelse av nye medlemmer sker til styrets formand, overlæge Tillisch, Asker. I T. For 1928 nr. 8 s. 394, og nr. 15, s. 708, kundgjøres møte i foreningen på Vardåsen sanatorium 28. August 1928.

Det kan ikke sees at det er annoncert eller meddelt holdt møter i foreningen – slik forutsetningen var – i 1930, -32 og -34. Men i T for 1935 nr. 20, s. 1157, meddeles at det vil bli holdt møte 1. og 2. Nov. 1935 i Medicinsk selskaps lokaler og på Vardåsen

sanatorium. Og det er som program opført, foruten de faglige emner, Valg og Indre anliggender

Jeg går nu over til min egen beretning fra omkring sistnevnte møte. I T. For 1936 nr. 22, s. 1273, er indtatt referat fra møtet, men dette er dessverre fullstendig feilaktig. Jeg var allerede den gang opmerksom herpå, men fandt det da ikke så betydningsfullt at jeg foranlediget at det blev korrigeret.

I referatet står det: Norske lægers tuberkuloseselskap blev konstituert på møte i den tidligere Norske tuberkuloselægeforening 2. November 1935, idet denne forening da deltes i to, en Norske lungespesialisters forening, hvis formål er å vareta lungespesialistenes særlige interesser, og Norske lægers tuberkuloseselskap, hvis formål er rent medisinsk.-Til styre i tuberkuloseselskapet valgtes osv.

Forholdet er at det 2. November 1935 blev holdt møte i Den norske tuberkuloselægeforening og at det blev valgt nyt styre i denne forening. Foreningen blev ingenlunde delt i to. Så langt fra er dette tilfelde at da jeg umiddelbart før formanden, overlæge Tillisch, skulde heve møtet, bad om at få gi en meddelelse til de tilstedeværende lungespesialister, nektet formanden mig dette. Han sa at mine planer var tuberkuloselægeforeningen uvedkomne og for øvrig, sa han, hadde denne forening leiet lokalet, så der hadde vi ikke ret til at holde møte. Dette syntes møtedeltagerne gik for vidt, og formanden blev desaveuert så jeg fik gi min meddelelse og lungespesialistene fik bli i lokalet efter møtets slut.

Hvad der videre skede efter dette intermesso, har jeg berettet om i mit brev av 18/11 1960 til foreningens sekretær. Likeså hvilke slutninger man må trekke av hvad der i det hele er foregått.

Jeg vil føie til: Det kan da umulig hevdes at det er stiftet en ny forening når styret, samtlige medlemmer, arkiv samt aktiva og passiva uten videre beholdes av foreningen med det nye navn. Bemerkes må at Den norske tuberkuloselægeforening aldrig er blitt oppløst.

Det må fastholdes at foreningen ikke skiftet karakter da den blev omdøpt. Selv uten omdøpning, vilde det nye styre sikkert ha fremmet forslag om nye lover, da det, så vidt jeg vet, ikke tidligere var vedtatt nogen lover for foreningen. Dette henger sammen med at den blev anset som ” – den norske avdeling i den fælles nordiske forening.” (Cfr. T. For 1925 nr. 21, s. 1095). Og forutsattes at ha samme, rent medisinske formål som denne. – Riktig nok blev foreningen stiftet ” – for at vareta spesialitetens interesser og for at befordre det videnskabelige studium av tuberkulosen.” Men det med ”spesialitetens interesser” tar vistnok kun sikte på det rent medisinske. Foreningen foretok sig i al fald intet for at vareta spesialitetens interesser på anden måte. Da således Den norske lægeforening en gang først i 1930 årene hadde en sak til behandling som berørte lungespesialistenes interesser, oversendte sekretariatet saken til Den norske tuberkuloselægeforening ved formanden, overlæge Tillisch, med anmodning om en uttalelse. Formanden returnerte saken idet han uttalte at han intet mandat hadde til at avgi uttalelser da dette lå utenfor foreningens kompetance og formål.

Det var som daværende medlem av Lægeforeningens landsstyre jeg blev kjendt med dette. Dette forhold og den erfaring jeg gjorde som medlem av Nasjonalforeningens diagnosestasjonskomite av 1931, at der ikke var nogen som kunde vareta lungespesialistenes interesser, gav støtet til at jeg tok initiativet til stiftelse av en lungespesialistforening. Efter et par års forberedende arbeide fører dette frem til at jeg ved første anledning et større antal lungespesialister er samlet, ber dem bli tilbake efter møtet for at drøfte dannelsen av en spesialistforening. At dette skede ved slutten av et

møte i Den norske tuberkuloselægeforening, er den beskjedne berøring foreningen har med stiftelsen av Norske lungespesialisters forening.

På årsmøtet i høst etterlyste formanden fakta vedkommende tuberkuloselitteraturringen. Jeg skal derfor, og fordi jeg da kun fikk et par opplysninger, her anføre litt om denne institusjon, idet jeg henviser til T. Nr. 21 for 1925, s. 1096 og T nr. 11 for 1930, s. 664. Nordisk tuberkuloselitteraturring som dens rette navn var, men som vanligvis i de interesserte kredser ble kaldt Ringen, var en selvstendig sammenslutning. Men den var opprettet inden Den nordiske tuberkuloselægeforening, og Ringens styre ble valgt av denne forening. Ringen hadde til formål at distribuere separattrykk av de i de nordiske land utkomne tuberkulosearbeider til sine medlemmer. Årskontingenten var kr 10.00 Fra 1. Januar 1930 ble Ringen sammensluttet med Nordisk tuberkuloselægeforening, og ophørte for så vidt at bestå nevnte datum.

Med venlig hilsen

Arne Petersen

(sign)

P. S. Jeg er opmerksom på at foreningen igjen skiftet navn 25. Nov 1960, men da jeg ikke er sikker på hvorledes navnet nøiaktig lyder, har jeg stilet ovenstående til foreningen under dens forrige navn.

Forskningsrådet – Forskning1 [Tilbake](#)

Sammenliknet med mange andre spesialiteter stod lungemedisin lenge svakt i akademisk og forskningsmessig sammenheng. Under årsmøtet 20. november 1981 foreslo Amund Gulsvik opprettelse av et eget forskningsråd. Det ble nedsatt et utvalg bestående av Amund Gulsvik, Erik Florvaag, Kjell Holten og Ole Chr. Haanæs til å utrede saken. Til høstmøtet i 1982 ble det fremlagt en fyldig innstilling om «Forskningsråd i Norsk forening for lungemedisin». Innstillingen gir en bred fremstilling av personellsituasjon, rekruttering til forskningsaktivitet og forskningsmessig samarbeid for lungemedisinske institusjoner i Norge. Det gis en oversikt over finansieringsmuligheter for norsk lungemedisin og en oversikt over erfaringer med forskningsråd innen lungemedisin i andre land. Forskningsrådet ble foreslått sammensatt av en representant blant de fast ansatte legene ved hvert av de fire universitetsklinikkenes lungeavdelinger. Videre skulle Norsk forening for lungemedisins vitenskapelige sekretær og to andre representanter valgt av foreningen inngå i forskningsrådet. Det ble videre foreslått at Forskningsrådet skulle ha mulighet til å foreslå for styret i Norsk forening for lungemedisin at enkeltpersoner med spesielle kvalifikasjoner, som f.eks. statistikere, kunne oppnevnes til Forskningsrådet uten nødvendigvis å være medlem av foreningen. Som for spesialitetskomitéen ble det foreslått at rådet skulle velges for 4 år. Det ble foreslått 4 faste møter per år - fortrinnsvis lagt til faste møter vår og høst eller til Nordiske lungelegekongresser.

Arbeidsinstruks er referert annet steds («Forskningsråd»)

Fremstøtet vakte ikke den helt store begeistring i foreningen, men det ble forsøksvis oppnevnt et forskningsråd for 4 år med 9 medlemmer og med Amund Gulsvik som formann.

Forskningsrådets sammensetning i årenes løp er listet opp under «Forskningsråd».

Under Amund Gulsviks entusiastiske ledelse har det vært gjort iherdige anstrengelser for å høyne forskningsaktiviteten. Det har vært opplegg for et britisk - norsk fellesprosjekt om røykeavvenning. En underkomité av Forskningsrådet bestående av CG. Schaanning, O. Aalen, T. Aasen, EL. Berglund, A. Haukenes, J. Schaanning og OP. Foss hadde utarbeidet planer for en multisenterundersøkelse, men opplegget strandet på at det på norsk side ikke var mulig å oppnå nødvendig økonomiske støtte fra Landsforeningen mot Kreft. I regi av Forskningsrådet ble det høsten 1985 holdt kurs i «Forskning i klinisk lungemedisin». Et utvalg bestående av Amund Gulsvik, Gunnar Hansen, Arne Olav Jenssen og Bjørn Johansen sendte i oktober 1985 et forslag om «Støtteprogram for forskning i klinisk lungemedisin» til Norges Almenvitenskapelige forskningsråd. NAVF innså situasjonen og lovet å stille seg villig til søknader om stipendmidler, men ville ikke påta seg mer forpliktende oppgaver. Det fremgikk av oppstilling fra Rådet for Medisinsk Forskning at det i tiden 1974 til 1980 hadde vært bevilget midler til lungemedisinsk forskning til 11 forskere, men ingen av disse var lungemedisinere. På anmodning fra Forskningsrådet ble det foretatt en undersøkelse av oksygenbehandling utenfor institusjon (K. Holten: Oksygenbehandling utenfor institusjon. Kostbar terapi ned mangelfull pasientcompliance. Tidsskr Nor lægeforen 1985;105:1886 - 7.) Et utvalg bestående av Tor B. Aasen, Per Røyset og Kjell Holten fra NFFL og Ann Kristin Stapnes fra Landsforeningen for Hjerter- og Lungesyke fremla i 1987 en rapport om Langtids oksygenbehandling i Norge.

I 1989 fremla en arbeidsgruppe nedsatt av Helsedirektoratet en innstilling om «Lungehelse i Norge». Det ble presentert fylkesvis oppstilling av forekomst av lungecancer, obstruktiv lungesykdommer, sykehusinnleggelser og lungemedisinsk tilbud.

På dette grunnlag ble det gitt anbefalinger om antall legeårsverk og spesielt presisert behov for øket sengekapasitet for langtidspleie. Forskningsrådet har vært engasjert i opplegg for klinisk medikamentutprøving i samarbeide med den farmasøytiske industri. En undersøkelse initiert av Forskningsrådet: «Smoking and giving of patient information by chest physicians» ble publisert i European Journal of Respiratory Disease. 1986;69:215 - 18.

Forskningsrådet initierte en undersøkelse vedrørende pulmonale atypiske mykobakterioser i Oslo og Hordaland for presentasjon ved Nordisk lungelegekongress i Åbo i 1990. Etter vårmøte i Norsk forening for lungemedisin på Beitostølen i mars 1989 ble det planlagt en multisenterstudie med superhøydose inhalasjonssteroider (J. Boe) I 1990 ble det tatt initiativ til å stimulere molekylærbiologisk forskning relatert til lungemedisin, og senere har det vært presentert en rekke foredrag på foreningens møter og kurser fra dette fagområdet. Ulf Aasebø utførte etter anmodning fra Forskningsrådet en enquete blant norske lungeleger vedrørende langtids oksygenbehandling. Resultatet av denne ble presentert på vårmøtet i Molde i 1990. Et utvalg bestående av Olav Kåre Refvem (leder), Lars Morland (sekretær), Hans Fr. Jentoft, Anne Naalsund, Nils Ringdal, Inger Johanne Skarpaas og Knut Øvreberg fremla i 1994 en innstilling om «TUBERKULOSE- oppfølging, utredning og behandling i Norge frem mot år 2000». Innstillingen har fått en smakfull utforming og poengterer spesielt at omfang og kvalitet av det forebyggende arbeide, spesielt knyttet til lungepoliklinikkene, må styrkes. [Mer om Forskningsrådet](#)

Det nordiske samarbeidet.

Tradisjonen med Nordiske kongresser har vært holdt ved like siden tidlig i det 20. århundre. Kongressene har fulgt en turnusplan for de nordiske land, bare avbrutt av 2. Verdenskrig og var for første gang henlagt til Island i 1993. De senere år har kongressene i regi av European Respiratory Society representert en spesiell utfordring for det nordiske samarbeidet. For å styrke dette samarbeidet har styret de senere år hatt en egen representant til å ivareta dette samarbeidet. Annet sted finnes en oversikt over Nordiske lungelegekongresser med angivelse av tid og sted, kongressledelse og norske faglige bidragsyttere.



Professor Johan Holst ved Rikshospitalets Kir. Avd. A. var engasjert i britisk – norsk samarbeid. Han bidrog sammen med Carl Semb ved Ullevål sykehus til utviklingen av mer selektive og skånsomme thorakoplastikker, noe som skaffet norsk thoraxkirurgi internasjonalt ry.

Britisk - Norsk samarbeid

Norsk lungemedisin har i lang tid hatt et nært samarbeid med britisk lungemedisin, særlig gjennom den utstrakte kursvirksomheten ved Brompton Ho spital. Helt fra etableringen av Norsk forening for lungemedisin hadde høstmøtene nesten årvisst toneangivende britiske foredragsholdere.

I 1948 var muligheten for å få i stand et felles britisk - norsk møte ventilert. Professor Ustvedt meddelte imidlertid noe senere at dette måtte utstå da det ikke var mulig å bevilget nødvendig valuta. I 1949 synes det som om The Thoracic Society avholdt et møte i Oslo 16-18. august 1949. Kontaktperson ved professor Johan Holst ved kirurgisk avdeling A, Rikshospitalet. I et brev fra The Thoracic Society v/ dr. P. R. Allison er det skissert program med følgende tema: 16. august: «Mass Radiography», «Carcinoma of the Cardia», 17. august: «Mortality Rates from Cancer of the respiratory Tract and Tuberculosis in Norway and England», 18. august: «Pulmonary abscess from dr Semb's clinic?» Norske Lægers Tuberkuloseselskap var involvert i planleggingen av dette møtet, men det finnes ikke nærmere informasjon om hvordan møtet ble avviklet. Overlege Jan Krohn ved Lungeavdelingen Haukeland sykehus tok først på 1970-tallet initiativ til en felles Britisk - Norsk konferanse. Denne fant sted ved Solstrand Fjordhotel i mai 1973. Det møtte 50 aktive deltagere og 31 ledsagere fra U. K., mens de tilsvarende tall på norsk side var 49 og 28. Møtet, med omfattende sosialt program, var meget vellykket. Et nytt fellesmøte fant sted i Bournemouth i mars 1977, og det siste fellesmøtet av denne type fant sted på Lillehammer i september 1980, også denne gang med solid oppslutning fra begge land. The British Thoracic Association (senere British Thoracic Society) feiret sitt 50-års jubileum i 1978. Representant fra Norsk forening for lungemedisin var i likhet med andre søsterforeninger invitert til denne pompøse begivenhet. Norske faglige bidrag ved de Britisk - Norske møtene er listet annet sted.

Spesialistregler

I 1918 forelå følgende krav for å bli godkjent som spesialist i brystsykdomme, senere lungesykdommer og lungetuberkulose:

1 års vanlig praksis.

Minst 4 mndr. tjeneste ved kirurgisk og indremedisinsk avdeling.

2 års tjeneste ved tuberkulosesykehus.

I 1932 ble spesialistkravet utvidet til: 1 års tjeneste ved indremedisinsk avdeling.

I 1933 fikk Lægeforeningen den første spesialitetskomité for lungesykdommer og lungetuberkulose som i sin helhet bestod av spesialister på området.

I 1948 skrev «Spesialistkomiteen i lungesykdommer slik til Lægeforeningen:

Dnlf. jnr. 1295 - 22113.1948.

Sak 2636 IV.

Fra

Spesialistkomiteen i lungesykdommer.

Den norske lægeforening.

På møte i spesialistkomiteen 6/3-48, hvori deltok Schram, Harboe, Svaar og Tuxen (Hegbom var forhindret) ble man enig om vedlagte forslag til nye Regler for vurdering av tjeneste ved utdanning i lungesykdommer og lungetuberkulose til avløsning av de gamle tilsvarende fra 1938. De nye regler er nødvendiggjort av endringen i regler for godkjenning av lungespesialister som blev vedtatt på landsmøtet i 1947, og som trer i kraft 11/7-1948. Komiteen ber om at der må bli tilstillet hver av komiteens medlemmer gjenpart av sentralstyrets vedtak når saken har vært behandlet der.

7/3 - 1948.

Tuxen (sign .)

Forslag til regler for vurdering av tjenesten ved utdanning i lungesykdommer og lungetuberkulose.

Røntgentjenesten:

Tjeneste ved alle røntgeninstitutter som er knyttet til offentlige åpne sykehus med også internmedisinsk avdeling godkjennes, forutsatt der gjøres full dags tjeneste.

Dinosestasjonstjenesten:

Tjenesten ved alle diagnosestasjoner godkjenne som av Helsedirektoratet (statens overlæge for tuberkulosen) anbefales til sådan tjeneste . Forutsetningen er full

dagstjeneste . Hvor tjenesten er kombinert med mindre tuberkulosehjem vil den kun godkjennes som diagnosestasjonstjeneste.

Tjenesten på tuberkuloseanstalter:

I. 2 års tjeneste ved følgende tuberkuloseanstalter godkjennes.

Vensmoen sanatorium		Landeskogen sanatorium	
Ringvål	" "	Vardåsen	" "
Reknes	""	Glittre	" "
Lyster	""	Grefsen	" "
Lungegården	""		

II. Tjeneste ved følgende tuberkuloseanstalter godkjennes delvis:

Mesnalien Kursted	Rove sanatorium.
Granheim sanatorium	

Reservelægetjeneste godkjennes inntil ett år. Den resterende tjeneste må utføres ved en av de under I l oppførte sanatorier

III Tjeneste ved tuberkulosehjem med 75 senger og derover kombinert med større diagnosestasjon kan for den over 8 mndr. overskytende tids vedkommende etter ansøking godkjennes som halvtid av klinisk utdanning inntil maksimum et halvt år.

Fra de under II og III nevnte anstalter må der foreligge årlige beretninger om den medisinske drift som sendes spesialistkomiteen

Ansettelse ved disse anstalter skal foregå etter konkurranse og stillingen være kunngjort i Tidsskriftet.

1950: 1 års almenpraksis

12 mndr. tjeneste ved blandet sykehus eller ved indremedisinsk og kirurgisk avdeling, minimum 4 mndr. ved hver

2 års tjeneste ved tuberkulosesanatorium eller ved indremedisinsk avdeling med minst 50 senger og med egen tuberkulosepost hvor det ble drevet moderne tuberkulosebehandling.

12 måneders tjeneste ved røntgenavdeling og diagnosestasjon, hvorav minst 6 måneder ved diagnosestasjon.

26. juni 1965 vedtok landsstyret nye spesialistregler "Bodøreglene" med senere endringer i

1967 og 1969.

A Hovedutdanning:

- 1) 2 års tjeneste ved indremedisinsk avdeling
- 2) 2 års tjeneste ved lungeavdeling

B. Sideutdanning:

- ½ års tjeneste ved røntgendiagnostikkavdeling eller diagnosestasjon
- 1 års tjeneste ved annen klinisk avdeling enn nevnt under A eller ved medisinsk - teoretisk institusjon.

Professor Trygve Wessel - Aas hadde vært formann i den komité som utarbeidet nye spesialistregler. Disse ble godtatt av landsstyret 15. juni 1963 og tatt inn i Årboken 1964/65. I brev til formannen i Norske lungespesialisters forening av 20. 9.

66 uttrykker Wessel - Aas sin forundring over at de spesialistreglene som er vedtatt på landsmøtet i Bodø har en annen formulering. Det kreves 1 års tjeneste ved annen avdeling enn nevnt under A. Det vil si at ytterligere tjeneste ved lungeavdeling, røntgenavdeling eller diagnosestasjon ikke vil komme til å telle som spesialistutdanning - bare annen klinisk tjeneste eller tjeneste ved medisinsk teoretisk institusjon.

Det er bemerket at saken hadde vært forelagt daværende styre i Norske lungespesialisters forening som ikke hadde vært oppmerksom på den forandring som forelå.

Lægeforeningen opplyste at de endrede reglene var fremkommet som følge av ønske om nordisk samordning.

I 1975 forelå et forslag fra Spesialitetsrådet om endring av reglene for spesialiteten lungesykdommer som ville medføre omgjøring av lungemedisin til grenspesialitet innen indremedisin med følgende spesialitetsregler:

1. Tjeneste som for spesialiteten indremedisin
2. Inkludert i, eller i tillegg til, tjenesten under pkt. 1 skal være 2 års tjeneste ved lungeavdeling
2. ½ års tjeneste ved røntgenavdeling som kan inngå i sideutdanning i indremedisin.

Forslaget ble behandlet av Lægeforeningens landsstyre som, i samsvar med sentralstyrets innstilling, besluttet å utsette forslaget for eventuell ny behandling i 1977. I 1977 foreslo Norsk forening for lungemedisin og spesialitetskomitéen for lungesykdommer å endre spesialitetsreglene for lungesykdommer sålydende:

A. *Hovedutdanning:*

1. 3 års tjeneste ved lungeavdeling
2. 2 års tjeneste ved indremedisinsk avdeling

B. *Sideutdanning:*

½ års tjeneste ved røntgendiagnostikkavdeling eller
½ års tjeneste ved egen røntgenseksjon ved lungeavdeling.

Forslaget om økt hovedutdanning ved lungeavdeling begrunnes med de siste års raske utvikling innen lungemedisinsk diagnostikk og terapi samt med underordnede legers stadig kortere arbeidstid. For at ikke utdanningstiden skulle økes, er sideutdannelsens siste år foreslått sløyfet. Norsk indremedisinsk forening hadde intet å bemerke til forslaget, men spesialitetskomitéen i indremedisin gikk imot det fremsatte endringsforslag, og foreslo at lungesykdommer omgjøres til grenspesialitet innen indremedisin og gis endrede regler i samsvar med dette.

I 1984 ble lungesykdommer omgjort til grenspesialitet innen indremedisin med følgende spesialistregler:

1. Tjeneste som for spesialiteten indremedisin
2. Inkludert i eller i tillegg til tjeneste under punkt 1.
 - a) 21/2 års tjeneste ved avdeling/seksjon for lungesykdommer hvorav minimum 6 måneder ved avdeling/seksjon for lungesykdommer med spesiell tilknytning til respirasjonsfysiologisk laboratorium.
 - b) 6 måneders tjeneste ved røntgenavdeling/røntgenseksjon ved lungeavdeling

Reglene ble gjort gjeldende umiddelbart, men med anledning til å bli godkjent som spesialist i lungesykdommer etter tidligere regler frem til 31. 12. 1986

I 1995 gjelder følgende regler for godkjenning som spesialist i lungesykdommer:

1. Spesialistgodkjenning i indremedisin
2. 3 års tjeneste ved utdanningsinstitusjon i lungesykdommer Inkludert i utdannelsen må være 6 mndr. tjeneste med spesiell tilknytning til respirasjonsfysiologisk laboratorium, samt 6 måneder ved røntgenseksjon ved lungeavdeling eller røntgenavdeling
Inntil 1 år av tjenesten kan inkluderes i spesialistutdanningen i indremedisin

Kurskrav: 90 timer i lungemedisinske emner, herunder:

klinisk allergologi og immunologi,
klinisk respirasjonsfysiologi,
røntgendiagnostikk og strålehygiene,
infeksjonssykdommer i lungene, inkludert tuberkulose,
obstruktive lungesykdommer,
kreftsykdom i respirasjonsorganene.
I tillegg kreves gjennomført obligatorisk kurs i administrasjon og ledelse.

Lover

2. november 1935 ble Den norske tuberkuloselægeforening delt i to foreninger:

Norske lungespesialisters forening

Norske lægers tuberkuloseselskap

I møte 26. august 1936 fikk foreningene sine egne lover.

Norske lungespesialisters forening:

- §1 Foreningen opptar som medlemmer spesialister i lungesykdommer og lungetuberkulose godkjente av og medlemmer av Den norske lægeforening. Den fører navnet Norske lungespesialisters forening.
- §2 Dens formål er å ivareta medlemmenes særlige interesser.
- §3 Foreningen ledes av et styre som består av 5 medlemmer med 3 varamenn. Av styret bør 2 være sanatorie - eventuelt sykehusleger, 2 privatpraktiserende lungespesialister og 1 offentlig lege. Styret velges på ordinært årsmøte for 2 år. 3 av styrets medlemmer utgår hvert år, første gang ved loddtrekning. Formann, viseformann og sekretær velges ved særskilt valg. Ordinært fattes beslutninger av hele styret, i nødsfall av minst 3 medlemmer. Om mulig bør 3 av styrets medlemmer, hvor iblant formann og sekretær, bor i eller ved Oslo. Styret skal føre protokoll over forhandlingene.
- §4 Årsmøte holdes hvert år, helst i forbindelse med et møte i Norske lægers tuberkuloseselskap eller Den norske lægeforenings landsmøter. Ekstra ordinært møte holdes når styret anser det nødvendig eller når 10 medlemmer forlanger det. På møte foretas valg og fastsettes kontingent. Ikke møtende medlemmer kan før møte innsende stemmeseddel til formannen. Styret avgir beretning og regnskap. Foreslåtte saker behandles i den oppsatte orden og skal ordinært være offentliggjort i Den norske lægeforenings tidsskrift 2 mndr. før møte holdes. Beslutninger fattes med simpelt flertall- lovforandringer med 2/3 flertall.

Norske lægers tuberkuloseselskap vedtok samme dag følgende lover:

- §1 Selskapets formål er å samle tuberkuloseinteresserte læger til arbeide om tuberkulosens profylakse, klinikk og vitenskabelig utforskning. Veterinærer, statistikere og andre som arbeider vitenskabelig med tuberkulosen, kan innvortes som medlemmer.
- §2 Selskapet ledes av et styre bestående av fire medlemmer. Formann og varaformann velges ved særskilt valg. Styret velger selv sin sekretær, som også er kasserer. Valget foregår på årsmøtet og gjelder for to år.
- §3 Selskapet er tilsluttet «Nordisk tuberkuloselægeforening», og formannen og varaformannen er selvskrevne som medlem og varamedlem i denne forenings styre.
- §4 Selskapets forretningsår er kalenderåret. Det holdes et årsmøte,

hvis tid og sted bestemmes på foregående møte. Dessuten holdes møter etter styrets initiativ.

§5 Kun medlemmer har stemmerett, valgbarhet og forslagsrett. Styret kan innby ikke - medlemmer til å delta i selskapets forhandlinger.

§ 6 Referat fra møtene bør offentliggjøres og tilstilles medlemmene.

28. november 1969 ble det besluttet å slå sammen Norske lunge-spesialisters forening og Norsk selskap for tuberkulose og lunge-sykdommer til Norsk forening for lungemedisin. Av tre alternative lovforslag, ble et forslag som ga interesserte som ikke var medlem av Den norske lægeforening rett til å delta i foreningens vitenskapelige virksomhet, vedtatt. Dette ble ikke godtatt av lægeforeningen, og endelige lover ble gjort gjeldende fra 4. mars 1971:

§1 Foreningens navn er Norsk forening for lungemedisin. Dens formål er:

a) å være et medisinsk/vitenskapelig forum for leger og andre som arbeider med lungesykdommenes profylakse, klinikk og vitenskapelig utforskning.

b) som spesialistforening under Den norske lægeforening å fremme lungefagets stilling i norsk medisin og arbeide for rimelige og rasjonelle arbeidsforhold for fagets utøvere.

c) å ivareta medlemmenes videre- og etterutdanning ved å avholde kurs og på annen måte.

§2 Medlemskap kan innvilges alle som er medlemmer av Den norske lægeforening. Styret kan også innvilge ikke - leger medlemskap. Disse kan dog ikke velges til styremedlemmer, og har ikke stemmerett i faglige spørsmål. Ikke - leger betaler 2/3 kontingent.

§3 Foreningen ledes av et styre på 5 medlemmer med 2 varamenn. Styret velges for 2 år på ordinært årsmøte, og formannen velges ved særskilt valg. Styret velger selv sin nestformann og fordeler de øvrige oppgaver blant sine medlemmer. Det er adgang til gjenvalg. Det skal i styret sitte minst 2 godkjente spesialister i lungesykdommer og minst en lege i utdannelsesstilling. Styret har anledning til å nedsette utvalg til å overta ansvar for særlige, definerte arbeidsoppgaver. Oppnevning og sammensetning av slike utvalg skal godkjennes under årsmøtet.

§4 Årsmøte holdes hvert år i forbindelse med foreningens høstmøte. Det skal kunngjøres med minst en måneds varsel. Styret framlegger årsberetningen og revidert regnskap. Valgene foregår skriftlig dersom minst 5 medlemmer krever det. Formannen velges skriftlig hvis det er foreslått mer enn en kandidat. På årsmøte velges representanter til rådgivende utvalg for Helsedirektøren, spesialistkomité og andre utvalg som samarbeidet med Den norske lægeforening nødvendigjør. Ethvert medlem kan på årsmøte reise saker som går inn under §1. Saker av vesentlig betydning bør innsendes styret på forhånd.

§5 Æresmedlemmer kan innvoteres etter at skriftlig og begrunnet forslag er sendt styret minst en måned før årsmøte. Det kreves

2/3 flertall for gyldig vedtak.

- §6 Lovendringer må i hovedtrekk foreslåes på årsmøte for å komme til behandling på det neste, og for vedtak kreves 2/3 flertall. Lovforslagenes detaljerte utforming må være sendt medlemmene minst en måned på forhånd. De samme regler gjelder for forslag om oppløsning av foreningen og for kollektiv medlemskap i andre organisasjoner.

Til behandling på høstmøtet i 1991 forelå følgende forslag til lovendringer:

- §1 Norsk forening for lungemedisin er en spesialforening av Dnlf (jfr. Lover for Dnlf § 13).

- §2 Foreningens formål:

- a) å være et medisinsk/vitenskapelig forum for leger og andre som arbeider med lungesykdommenes profylakse, klinikk og vitenskapelig utforskning.
- b) å fremme lungefagets stilling i norsk medisin og arbeide for rimelige og rasjonelle arbeidsforhold for fagets utøvere.
- c) å ivareta medlemmenes videre- og etterutdanning ved å avholde kurs og på annen måte.

- §3 Alle leger som er medlemmer av Den norske lægeforening kan bli medlemmer. Styret kan også innvilge ikke - leger medlemskap. Disse kan dog ikke velges til styremedlemmer, og har ikke stemmerett i faglige spørsmål.

Et medlem, som tross skriftlig varsel, ikke har betalt kontingent på 2 år, kan strykes av medlemslisten.

- §4 Æresmedlemmer kan utnevnes etter at skriftlig og begrunnet forslag er sendt styret minst én måned før årsmøtet. Det kreves 2/3 flertall for gyldig vedtak.

- §5 Foreningen ledes av et styre som består av leder og 6 medlemmer. Styret velges for 2 år på ordinært årsmøte etter innstilling fra valgkomité, og lederen velges ved særskilt valg. Styret velger selv sin nestleder og fordeler de øvrige oppgaver blant sine medlemmer. Det er adgang til gjenvalg, men ingen skal være leder i mer enn 2 perioder sammenhengende.

Til styret skal alltid velges minst 3 godkjente spesialister i lungesykdommer og minst 2 leger i utdannelsesstilling innen lungemedisin.

- §6 Styremøte innkalles av lederen eller når 2 styremedlemmer krever det. Styret kan fatte vedtak når 4 styremedlemmer er tilstede. Styrevedtak fattes med enkelt flertall. I tilfelle av stemmelikhet, er lederens stemme avgjørende. Styret fører protokoll over sine forhandlinger.

- §7 Styret ivaretar foreningens interesser og avgjør vanlige løpende saker. Særlig viktige saker av prinsipiell interesse kan bare avgjøres på ordinært eller ekstraordinært årsmøte.

- §8 Årsmøte holdes hvert år i forbindelse med foreningens høstmøte. Det kunngjøres med minst 4 ukers skriftlig varsel til medlemmene

Styret fremlegger åreberetning og revidert regnskap. Valgene foregår skriftlig hvis minst 5 medlemmer krever det. Lederen velges skriftlig hvis det er foreslått mer enn én kandidat.

Årsmøtet innstiller ovenfor Den norske lægeforenings sentralstyre representanter til rådgivende utvalg for Helsedirektøren og spesialitetskomité. Valg av styre og av spesielle utvalg skal foregå samme år som det blir holdt ordinært landsmøte i Dnlf.

Ethvert medlem kan på årsmøtet reise saker som går inn under §2. Saker av vesentlig betydning bør innsendes styret på forhånd

§9 Ekstraordinært årsmøte kan innkalles med minst 4 ukers varsel når styret krever det eller når minst 1/3 av medlemmene krever det. Ekstraordinært årsmøte kan ikke fatte vedtak om andre saker enn dem som er oppført på dagsorden.

§10 Lovendringer må i hovedtrekk foreslås på et årsmøte for å komme til behandling på det neste, og for vedtak kreves 2/3 flertall.

Lovforslagenes detaljerte utforming må være sendt medlemmene minst 4 uker på forhånd. Styret eller minst 1/3 av medlemmene kan kreve uravstemning.

De samme regler gjelder for forslag om oppløsning av foreningen og for kollektivt medlemskap i andre organisasjoner.

I 1987 ble Målbeskrivelse og gjennomføringsplan for lungesykdommer

lansert. Den gjengis her i sin helhet:

A. Målsetting.

Spesialistutdanning i lungesykdommer skal gi en opplæring som gjør spesialistene i stand til å ta ansvaret for utredning, behandling, rehabilitering og forebyggende tiltak av alle former for sykdommer i lunger, pleura og mediastinum. Målsettingen for spesialistreglene er å sikre at godkjente spesialister er kvalifisert:

1. for overordnede stillinger i institusjonshelsetjenesten ved indremedisinske sykehusavdelinger inkludert lungeavdelinger.
2. for å drive privat lungespesialistpraksis, og
3. for stillinger i den forebyggende helsetjeneste mot lungesykdommer (diagnosestasjoner med tuberkulose og yrkesrelaterte lungesykdommer).

De faglige krav til utdanningen er anført nedenunder, men dessuten vil spesialitetskomitéen anbefale at spesialisten får erfaring fra undervisning og administrasjon, spesielt innen områdene budsjettering, økonomisk styring og offentlig forvaltning. Et overordnet siktemål er at kandidaten erfarer bredden i fagområdet under utdanningen.

B. Generelle krav

1. Tjeneste som for spesialiteten indremedisin. Den generelle målsetting for spesialistutdanningen i indremedisin ved den nye stillingsstrukturen foreligger i en innstilling fra Norsk indremedisinsk forenings utvalg av 15. mai 1985.
2. Inkludert i eller i tillegg til tjenesten under punkt 1
 - a) 21/2 års tjeneste ved avdeling/seksjon for lungesykdommer, hvorav minimum 6 måneder ved avdeling/seksjon for lungesykdommer med spesiell tilknytning til respirasjonsfysiologisk laboratorium.
 - b) 6 måneders tjeneste ved røntgenavdeling eller røntgenseksjon ved lungeavdeling/lungeseksjon.
3. Søkeren må ha gjennomgått godkjent kurs av minst 90 timers varighet i lungemedisinske emner, herunder:
 - a) Klinisk allergologi og immunologi
 - b) Klinisk respirasjonsfysiologi
 - c) Infeksjonssykdommer i lungene inkludert tuberkulose
 - d) Røntgendiagnostikk og strålehygiene
 - e) Yrkesbetingede lungesykdommer
 - f) Obstruktive lungesykdommer
 - g) Kreftsykdommer i respirasjonsorganene
4. Søkeren bør dokumentere at hun/han har holdt innlegg på faglige møter på nasjonalt eller internasjonalt nivå innen fagfeltet, eller har utarbeidet minst ett skriftlig vitenskapelig arbeid innen dette.

C. Krav til sykehustjeneste

- a) Tjeneste ved lungeseksjon/lungeavdeling.

Sykehustjenesten må omfatte intensivovervåking og intensiv behandling av alle typer pasienter med sykdommer i respirasjonsorganene inkludert respiratorbehandling. Dette omfatter pasienter med akutte astmaanfall, pneumonier, akutte nedre luftveisinfeksjoner og akutte forværrelse

av kronisk respirasjonssvikt.

Under tjenesten må utdanningsenheten påse at kandidaten får praktisk opplæring i diagnostikk og behandling av alle vanlige former for tuberkulose, sarcoidose, fibroserende alveolitt, allergisk alveolitt, lungemanifestasjoner ved systemsykdommer, pneumokonioser, astma, kronisk obstruktiv bronkitt, emfysem, svulster i åndedretsorganene, pleuritter og empyem. Han bør også ha kjennskap til diagnostikk og behandling av hypogammaglobulinemi, luftveisinfeksjoner hos pasienter med nedsatt infeksjonsforsvar, postoperativt tilsyn med lungeoperert pasient, atypiske mykobakterioser og miljøundersøkelser ved lungesykdom. Kandidatene må lære å gi forsvarlig konsulentbistand og annen assistanse til andre avdelinger/seksjoner innenfor institusjonen., Utdannelsesinstitusjonene bør ha et strukturert samarbeid med patolog, radiolog, anestesilog, thoraxkirurg, onkolog og yrkesmedisiner, og de må ha et strukturert utdanningsprogram som inkluderer minst 2 timers teoretisk undervisning per uke.

b) Tjeneste ved respirasjonsfysiologisk laboratorium

Tjeneste i 6 måneder ved avdeling/seksjon for lungesykdommer med spesiell tilknytning til respirasjonsfysiologisk laboratorium, kan benyttes for sideutdanning i indremedisin dersom det foreligger attestasjon på tilfredsstillende utført tjeneste og attestasjon på at det dreier seg om tjeneste med særlig tilknytning til respirasjonsfysiologisk laboratorium i et definert tidsrom. Slik tjeneste kan knyttes til respirasjonsfysiologisk laboratorium ved følgende sykehus:

Ullevål sykehus, Rikshospitalet, Vest-Agder Sentralsykehus, Haukeland sykehus, Regionsykehuset i Trondheim og Regionsykehuset i Tromsø.

Avdelingsoverlegen skal attestere at søkeren under laboratorietjenesten har:

1. Ajourførte kunnskaper om og forståelse av den normale respirasjonsfysiologi tilsvarende kravene fysiologieksamen ved medisinerstudiets første avdeling.
2. Kjennskap til prinsippene for vanlig respirasjonsfysiologiske undersøkelsesmetoder som er i klinisk bruk (statisk og dynamiske undersøkelser av lungenes mekanikk, spirometri, bestemmelse av ventilasjons - og perfusjonsfordelingen i lungene, kvantitative gassanalyser inklusiv blodgassbestemmelser og noninvasive metoder for vurdering av lungenes gassutveksling f. eks. ved hjelp av CO).
3. Praktisk erfaring i å tolke resultater av dynamisk spirometri, konstellasjoner av statisk lungevolum, single breath undersøkelser av typen nitrogentest og karbonmonoksydtest samt arterielle blodgasser til klinisk bruk.
4. Tilstrekkelig orientering om aktuell apparatur til å gi råd ved anskaffelse av respirasjonsfysiologisk undersøkelsesutstyr til mindre differensiert klinisk enhet f. eks. sentralsykehus uten lungeavdeling/seksjon.
5. Tilstrekkelig erfaring i klinisk utførelse av spirometri, minst en type single breath undersøkelser samt arterielle blodgassanalyser til å gi adekvat opplæring av teknikere i disse undersøkelsesprosedyrer inklusiv påvisning av feilkilder.

- c) Tjeneste ved røntgenseksjon eller røntgenavdeling.
For at tjeneste ved røntgenseksjon ved lungeavdeling/lungeseksjon skal sidestilles med 6 måneders tjeneste ved røntgendiagnostikk-avdeling så må legen under utdanningen ha tjenestegjort under supervisjon ved røntgenseksjon i minst 6 måneder og i denne tiden ha tilegnet seg kompetanse til betjening av vanlig thoraxdiagnostisk utstyr. (Thoraxfotografering og gjennomlysning), samt tydning og beskrivelse av thoraxrøntgenologiske funn.
- D. Ferdigheter som skal beherskes av spesialist i lungesykdommer.

Søkere må føre protokoll over de undersøkelser han/hun har utført i utdanningstiden som må

attesteres av overordnet lege og fremleggs for spesialitetskomitéen. I løpet av utdanningstiden bør

søkeren ha vist at han/hun behersker nedenfor nevnte prosedyrer, og spesialitetskomitéen vil som

rettesnor anbefale at følgende antall undersøkelser blir utført:

- a) Fiberbronkoskopi: 100, inkludert prøvetaking med transbronkial biopsiteknikk: 20.
- b) Perkutan finnålsaspirasjon og/eller biopsi av lungevev under rettleiding av røntgenstråler eller ultralyd: 20.
- c) Pleurabiopsi uten gjennomlysningsteknikk (Abrams nål eller thorakoskopi): 10.
- d) Innleggelse av thoraxdren: 10.

Respirasjonsfysiologiske målemetoder:

- a) Enkle spirometriske undersøkelser: 50
- b) Belastningsspirometri med måling av oksygenopptak: 15
- c) Single breath undersøkelse av typen karbonmonoksyd eller nitrogentest: 20

Allergologi:

- a) Perkutan allergiprøver (prikk, rispeprøver) eller intracutane allergiprøver: 25.
- b) Bronkial provokasjonstest med histamin, metakolin, metakolin - lignende substanser, allergener eller arbeidsbelastning: 15

Utdannelseskandidaten bør tilegne seg kunnskaper om forebygging av tuberkulose, røykeavvenning, allergisanering og hindre eksposisjon for støv, gass og damper på arbeidsplassen. Han eller hun må få kjennskap til bruk av tekniske hjelpemidler som for eksempel inhalasjonsapparat, oksygenkonsentrator og hjemmerespirator.

E. Organisasjon og gjennomføring av spesialistutdanningen i lungesykdommer.

Det formelle ansvar for undervisning påhviler sykehusene i henhold til § 8 i sykehusloven.

Sykehuset har dessuten påtatt seg ytterligere medansvar ved inngåelse av stillingsstrukturavtalen.

a. Ledelse

Spesialistutdanningen organiseres av et utdanningsutvalg ved avdelingen/seksjonen.

Dette oppnevnes av avdelingens ledelse, og utvalget bør bestå av minst en overordnet

lege, en lege i utdanningsstilling og enhetens ledelse. Utdanningsutvalget har ansvar for: utarbeidelse av undervisningsprogram, organisasjon av den kliniske tjeneste for den utdanningssøkende slik at rimelige hensyn til utdanning blir tatt, at instruksen vedrørende veiledningsfunksjonen for den utdannings - søkende følges, dokumentasjon av den utdanningssøkende som har utført tjenesten, utarbeidelse av litteraturliste.

b. Veileder

En eller flere av de faste leger ved utdanningsinstitusjonene i lungesykdommer bør ha veiledning av leger under spesialistutdanning som spesialarbeidsområde. Dette er en oppgave på lik linje med de øvrige oppgaver og det ansvar avdelingene/seksjonene har, og det må inkorporeres i tjenesteplanen. Veilederen skal være kandidatens kontaktstøtte, rådgiver, koordinator og kontrollør av sjekklisten og loggboken. Han kan være utdanningsutvalgets sekretær.

c. Spesialitetskomitéen i lungesykdommer.

Spesialitetskomitéen skal regelmessig justere målbeskrivelse og gjennomføringsplan for utdanningen. Den godkjenner avdelingens utdanningsplan. Spesialitetskomitéen bør arrangere fellesmøter for medlemmene av utdanningsutvalgene og veilederne ved utdanningsinstitusjonene. Møtet kan legges i tilslutning til høstmøtet for Norsk forening for lungemedisin. Her bør en diskutere innhold og gjennomføring av de lokale utdanningsprogram.

d. Utdannelsesprogram

Enhetens utdanningsprogram skal over en 3-årsperiode gi emnefordelinger for den teoretiske undervisningen, rotasjonen ved eventuelle subspesialiserte poster eller deler av sengepost, tjeneste ved poliklinikk og diagnosestasjon, laboratorietjeneste, pasientrettet møtevirksomhet som morgenmøte, røntgenmøte o. l. Innhold og omfang av disse komponentene vil være avhengig av pasienttilgang, personalressurser, medisinsk - teknisk utstyr, antall og størrelse av sykehusets øvrige avdelinger, samt litteratur og tilgang på andre pedagogiske ressurser. Undervisningen kan organiseres som forskjellige former for avdelingsmøter, klinisk teoretisk konferanser, konferanser med andre avdelinger, vitenskapelige møter. Programmet kan også fungere som en kontinuerlig etterutdanning/undervisning for avdelingens øvrige leger. Hver enkelt utdanningskandidat må ha en plan som sikrer progresjon.

e. Dokumentasjon av kompetanse

Etter at tjenesten er avsluttet skal det gis attestasjon fra avdelingens/seksjonens leder (avd. overlege) hvor det gjøres rede for tjenestens art, hvilke subseksjoner hvor tjenesten er utført, om deltagelse i vaktordning, poliklinisk arbeid og intern undervisning. Det skal foreligge en liste over utførte prosedyrer og en vurdering av om kandidaten behersker disse.

Attestasjonen skal inneholde opplysning om at tjenesten er utført på tilfredsstillende måte og at kandidaten er skikket som spesialist i lungesykdommer.

f. Eksamen

Spesialitetskomitéen i lungesykdommer finner på nåværende tidspunkt (1987) det ikke riktig å fremme krav til eksamen for spesialistgodkjennelse i lungesykdommer.

Komitéen vil nøye følge eventuelle erfaringer fra det anestesilogiske og kirurgiske fagfelt i Norge som synes å ønske og er modne til eksamener og likeledes utviklingen i Norden og Europa for øvrig.

Her følger skjema for evaluering, sjekkliste og vurdering av kandidatens tjeneste.

20. okt. 1993 er det fremlagt ny:

Fra 1. januar 1999 gjøres følgende krav til kursdeltakelse på minimum 150 timer gjeldende:

1. Tuberkulose og andre infeksjonssykdommer i lungene
 2. Røntgendiagnostikk og strålehygiene
 3. Yrkesbetingede lungesykdommer
 4. Intensiv lungemedisin inkludert respiratorbehandling
 5. Klinisk respirasjonsfysiologi og obstruktive lungesykdommer
 6. Klinisk allergologi og immunologi
 7. Kreftsykdommer i respirasjonsorganene
- Minst 5 av 7 kurs må gjennomføres. I tillegg kreves gjennomført obligatorisk kurs i administrasjon og ledelse.

25. 10. 1993 er det fremlagt en ny

Målbeskrivelse og gjennomføringsplan for spesialiteten lungesykdommer

Beskrivelse av det lungemedisinske fagområdet

1. a. Definisjon

Spesialiteten lungesykdommer er den eldste grenspesialiteten innenfor det indremedisinske fagområdet. i Spesialiteten omfatter utredning, behandling, rehabilitering forebygging av alle former for sykdommer i lunger, pleura og mediastinum og andre respirasjonsrelaterte sykdommer

Kvalitetssikring av den medisinske virksomhet skjer i den daglige rutine ved kollegialt samarbeid. Faget sikres dessuten ved deltakelse i videre- og etterutdanningskurs ved universitetene og i Norsk forening for lungemedisin, foruten ved deltakelse på internasjonale møter. Standarder utarbeides av bl. a. Norsk forening for lungemedisin for sentrale nye behandlingsområder.

Den nasjonale standard for utdanningskandidateene sikres gjennom minstekrav for spesialiteten.

Det vises til Årboka for Den norske lægeforening.

b. Spesialitetens funksjon og virkeområde

Hovedfunksjonen for spesialiteten er å overvåke og behandle alle typer pasienter med sykdommer i respirasjonsorganene inkludert intensivmedisin med respiratorbehandling. Det forebyggende arbeid har lange tradisjoner innen lungemedisin.

Spesialister i lungesykdommer samarbeider med de øvrige grenspesialitetene i indremedisin og med legene i primærhelsetjenesten. De arbeider også nært med spesialister innen patologi, radiologi, anesthesiologi, thoraxkirurgi, onkologi, arbeidsmedisin, øre – nese - halssykdommer og barnesykdommer.

c. Fagets plass i helsetjenesten

Spesialistens tjenesteytende funksjon er i hovedsak annenlinjetjeneste. Storparten av stillingene i faget er fylkeskommunale og noen få er statlige. En del spesialister arbeider i privatpraksis.

Målsettingen for spesialistutdanningen er å gjøre utdanningskandidatene kvalifisert for overordnede stillinger i institusjonshelsetjenesten ved indremedisinske sykehusavdelinger inkludert lungeavdelinger/seksjoner, for stillinger i den forebyggende helsetjenesten mot lungesykdommer (diagnosestasjoner mot tuberkulose) og for å drive privat lungespesialistpraksis.

Sentralt står tuberkuloseforebyggende arbeid og bekjempelse av røykerelaterte og andre miljøbetingede lungesykdommer inkludert allergiske lunge/luftveissykdommer.

2. Læringsmål for spesialistutdanningen i lungesykdommer

Generelle læringsmål:

Spesialistutdanningen i lungesykdommer skal gi en opplæring som sikrer at utdanningskandidaten erverver seg bred teoretisk kunnskap om det lungemedisinske sykdomsspektrum, praktisk klinisk erfaring og nødvendige ferdigheter, slik at han/hun er kvalifisert til å ta ansvar for utredning, behandling, rehabilitering og forebyggende tiltak

Spesifikke læringsmål

a. Krav til kunnskaper

Det er naturlig at kandidaten først skaffer seg grunnleggende kunnskaper om de store sykdomsgruppene - obstruktive lungesykdommer, infektiose lungesykdommer, svulster i åndedretsorganene, samt viten innen klinisk respirasjonsfysiologi og allergologi/immunologi. Ulike aspekter ved disse sykdomsgrupper og fagfelt utdypes etter hvert. Bred kunnskap innen akutt og intensiv lungemedisin, inklusive respiratorbehandling, må gradvis opparbeides. I løpet av utdanningstiden må kandidaten tilegne seg kjennskap til det øvrige lungemedisinske fagfelt. Kunnskap om thoraxradiologi tilegnes parallelt med erfaring i tolkning av røntgenbilder.

Kandidaten skal i løpet av utdanningstiden erverve seg grunnleggende viten om:

- ** sykdommer i lunger og luftveier, pleura og mediastinum og andre respirasjonsrelaterte sykdommer
- ** klinisk respirasjonsfysiologi
- ** klinisk allergologi og immunologi
- ** thoraxradiologi
- ** relevant mikrobiologi, patologi, farmakologi og epidemiologi

Kandidaten skal erverve seg inngående kunnskap om:

- obstruktive lungesykdommer - bronkial astma, kronisk obstruktiv bronkitt og lungeemfysem

- infektiose lungesykdommer hos pasienter med normal og nedsatt i immunforsvar
- svulster i åndedrettsorganene - primære og sekundære
- allergiske og immunologiske sykdommer i luftveier og lunger
- tuberkulose i enhver form, samt andre mykobakterioser
- yrkesrelaterte lungesykdommer
- lungeemboli
- respirasjonsinsuffisiens betinget av akutt og kronisk lungesykdom
- systemsykdommer med respiratoriske manifestasjoner
- interstitielle lungesykdommer
- pneumothorax
- pleurasykdommer
- sykdommer i mediastinum
- kongenitte og arvelig betingede lungesykdommer, herunder cystisk fibrose, alfa-1-antitrypsinmangel og sekvester
- respirasjonsinsuffisiens ved thoraxdeformiteter og nevromuskulære sykdommer
- søvnapnesyndrom
- pre- og postoperativ behandling av lungepasienter

Kandidaten må erverve seg kjennskap til: indikasjoner for lungetransplantasjon stråleterapi og intrabronkial laserbehandling, magnetisk resonans-undersøkelse av thorax

Den ferdige spesialist må:

kunne ta hånd om miljøundersøkelse ved nyoppdaget tuberkulose være vel fortrolig med allergisanering av bolig og arbeidsplass, kunne gi råd i røykeavvenningsspørsmål kunne bistå i spørsmål om hjelpemidler til lungepasienter ved oppdagelse av arvelige sykdommer kunne initiere/lede familieundersøkelse og gi nødvendig informasjon

b. Krav til ferdigheter

Gjennom utdanningstiden må det være en jevn progresjon, når det gjelder tilegnelse av de praktiske ferdigheter. Kandidaten så etter endt utdanningstid beherske de nedenfor nevnte diagnostiske og terapeutiske ferdigheter/prosedyrer, så at han/hun er fortrolig med indikasjoner, utførelse, feilkilder og evt. komplikasjoner.

Diagnostiske prosedyrer:

Kandidaten skal oppnå rutine i:

- fiberbronkoskopi, herunder transbronkial biopsitaking og bronkoalveolær skylning
- perkutan nålebiopsi fra lunge og pleura selvstendig vurdering og utførelse av lungefunksjonsundersøkelser
- spirometri/flow - volum, diffusjonsmåing,
- arbeidsbelastning,
- bronkialprovokasjon, arteriepunksjon og blodgassanalyser,
- pulsoksymetri
- beskrivelse av røntgenbilder av thorax

- allergologisk og immunologisk utredning

Kandidaten må erverve seg kjennskap til indikasjon for og utførelse/bedømmelse av.

- thorakoskopi
- tuberkulin-/sensitintesting
- BCG-vaksinasjon
- lungescintigrafi
- computerundersøkelse
- ultralydundersøkelse

Terapeutiske prosedvrer

Kandidaten skal oppnå rutine i:

- thorakosentese
- innleggelse av thoraxdren
- pleurodesebehandling
- medikamentell behandling av obstruktive lungesykdommer
- rasjonell behandling av infektiose lungesykdommer, inkl. tuberkulose
- cytostatika- og immunosuppresiv behandling av sykdommer som
- affiserer respirasjonsorganene
- oksygenbehandling, så vel akutt som langtidsbehandling i hjemmet

Kandidaten må erverve seg nødvendig kunnskap for:

Å kunne ha ansvar for lungepasienter før, under og etter respiratorbehandling

Å kunne starte behandling med hjemmerespirator, inkl. CPAP/BiPAP

Å utrede og behandle pasienter med søvnapne

Krav til holdninger og etikk

Kandidaten må i løpet av utdanningstiden erverve holdninger som respekt og forståelse overfor pasienter, pårørende, kolleger og annet helsepersonell. Det bør under utdanningen være en fortløpende diskusjon om etiske tema knyttet til arbeidet.

Informasjon til, og oppfølging av, pasienter med kreft og andre alvorlige sykdommer, samt forholdet til deres pårørende, krever betydelig psykologisk innsikt. Kandidaten bør få veiledning og oppfølging av erfaren kollega i dette arbeidet. Det er viktig at kandidaten erverver kunnskap om forhold ved sluttfasen av livet, slik at han/hun kan møte pasienter og pårørende i denne vanskelige livssituasjon med respekt, innsikt og forståelse.

Forhold knyttet til respiratorbehandling - indikasjonsstilling, oppfølging og evt. avslutning av slik behandling - er et komplekst område, hvor ikke minst etiske aspekter kommer inn. Kandidaten må i løpet av utdanningstiden få veiledning og erfaring i slike problemstillinger.

Behandlingen av pasienter med uttalt pustebesvær og betydelige smerter stiller

spesielle krav til lege og annet helsepersonell. Kandidaten må tilegne seg kunnskap om og forståelse for den situasjon slike pasienter befinner seg i.

3. Gjennomføringsplan for utdanningen

a. Hovedutdanning

Utdanningen skal foregå ved godkjent avdeling eller sekjon.

Avdelingsoverlegen/sekjonsoverlegen er ansvarlig for at utdanningsinstitusjonen har et funksjonsdyktig utdanningsutvalg. Ved gruppe II-sykehus kan det aksepteres felles utdanningsutvalg med medisinsk avdeling, men det må være en representant for grenspesialiteten i utdanningsutvalget. Denne representanten må ha ansvaret for det spesifikke utdanningsprogrammet i grenspesialiteten på minimum 1 time pr uke.

Avdelings/sekjonens utdanningsutvalg har ansvaret for utdanningsplanen som til enhver tid skal være i overensstemmelse med spesialitetens målbeskrivelse.

Utdanningsutvalget skal utarbeide et løpende undervisningsprogram og sørge for at det utnevnes veileder for den enkelte utdanningskandidat.

Utdanningsutvalget skal påse at veileder og utdanningskandidat sammen utarbeider individuell utdanningsplan for kandidaten.

Det er utarbeidet sjekklister/ferdighetskav som også tjener som attestasjonsskjema for at utdanningskandidaten innehar de praktiske og "praktisk teoretiske" kunnskaper som kreves for å kunne godkjennes som spesialist i lungesykdommer. Skjemaet skal vedlegges søknad om spesialistgodkjenning

Under utdanningen er skjemaet til nytte for såvel utdanningskandidat som veileder etter som det gir oversikt over mangler og progresjon i utdanningen.

Det er nødvendig at kandidaten gjør seg kjent med skjemaet allerede i starten på spesialistutdanningen og umiddelbart starter samling av de data som skal registreres i skjemaet.

Tjeneste .

Det vises til Årbok for Den norske lægeforening.

Under tjenesten må avdelingsoverlegen/seksjonsoverlegen eller den som er delegert oppgaven, påse at kandidaten tilegner seg alle krav til kunnskaper og ferdigheter som er nevnt under avsnittet om læringsmål.

Kandidaten må tilegne seg nødvendige kunnskaper i respirasjonsfysiologi og røntgen (det vises til sjekklister) samt respiratorbehandling og miljøundersøkelser i forbindelse med lungesykdommer.

Kandidaten må lære å gi forsvarlig konsulentbistand til andre avdelinger innen institusjonen.

For at utdanningsinstitusjonen skal kunne gjennomføre dette programmet, er det nødvendig at det etableres et samarbeid mellom institusjonen og thoraxkirurg, onkolog, radiolog og patolog og om mulig også med yrkesmedisiner.

Veiledning

Kandidaten skal tildeles veileder når utdanningen ved institusjonen påbegynnes. Veileder skal bistå kandidaten under hele utdanningstiden i avdelingen/seksjonen. Veileder arbeider etter instruks fra utdanningsutvalget og som er godkjent av avdelingsoverlege/seksjonsoverlege. Utdanningskandidaten skal også få tildelt denne instruks. Veileder og kandidat utarbeider snarest en utdanningsplan for kandidaten som skal godkjennes av utdanningsutvalget.

Veileder skal forvisse seg om at kandidaten følger utdanningsplanen og opparbeider seg nødvendige kunnskaper og ferdigheter og viser seg egnet for spesialiteten.

Mangler eller problemer knyttet til utdanningen skal kandidaten ta opp med veileder. Veileder skal være behjelpelig med å legge forholdene til rette slik at kandidaten får erfaring med alle fasetter i spesialiteten og får mulighet til å ta del i nødvendig teoretisk utdanning i og utenfor institusjonen.

Veileder skal påvirke kandidaten til å delta i aktiviteter som undervisning og foredragsvirksomhet i og utenfor institusjonen, samt å påvirke kandidaten til å delta i egne forskningsprosjek.

Møter mellom kandidat og veileder bør være regelmessige.

Internundervisning :

Det forutsettes minimum 2 timers undervisning pr. uke.

Utdanningssinstitusjonene kan være relativt små og som regel vil det dreie seg om seksjoner i en medisinsk avdeling. Man må derfor anta at en del av undervisningen vil være felles med andre seksjoner. Det forutsettes derfor at den teoretiske undervisningen består av minimum 1 time lungemedisin pr. uke og at den resterende delen av undervisningstiden omhandler delvis lungemedisin, delvis andre indremedisinske emner. I tillegg kommer den lungemedisinske undervisning som bedrives i form av felles møter med thoraxkirurg, onkolog, røntgenolog, patolog og yrkesmedisiner.

Undervisningen i lungemedisinske emner bør systemiseres og gjerne gjentas med ca. 2 års mellomrom. Det må omtales sentrale lungemedisinske emner som: Tuberkulose, atypisk mycobakteriose, lungeinfeksjoner, problemer med immunsupprimerte pasienter, lungefibrose, allergisk alveolitt, kronisk obstruktiv bronkitt, emfysem med og uten alfa-1 - antitrypsin mangel, astma, allergiutredning, behandlingstiltak ved allergi, sarcoidose, kreft i luftveiene og pleura, yrkesrelaterte lungesykdommer, pneumothorax,

empyembehandling, pleurodese, søvnapne, respirasjonsfysiologi, arbeidsbelastning, provokasjonstester, blodgasser, sykdommer i lungekar, lunge/ hjerterelaterte sykdommer, medfødte lungesykdommer, intensivmedisin og respiratorbehandling.

En bør forsøke å gjennomføre systematisert undervisning i diagnostiske og terapeutiske prosedyrer. Terapeutiske inngrep og undersøkelser som gjennomføres sjelden, kan f. eks. demonstreres via video. Det vil også være ønskelig at kasuistikker brukes som ledd i undervisningen, likeledes referat fra kurs, møter og kongresser.

Tidsskriftmøter bør arrangeres og kan være en del av den systematiske undervisningen. Det bør også finnes rutiner for sirkulasjon av tidsskrift.

Undervisningen fordeles mellom overordnet og underordnet lege. Det er møteplikt for utdanningskandidaten, og det skal føres møteprotokoll.

Progresjon i utdanningen

Det er veileders oppgave å påse at de individuelle utdanningsplaner følges og å kontrollere at det er forventet progresjon hos utdanningskandidaten. Utdanningskandidaten bør delta i avdelingens polikliniske virksomhet så snart det er medisinsk faglig forsvarlig.

b. Kursutdanning

For en oversikt over obligatoriske kurs vises til Årbok for Den norske lægeforening.

Enkelte obligatoriske kurs organiseres kun med 3 års mellomrom, og utdanningskandidaten må gis anledning til å delta ved disse.

Kursene har til hensikt å gi utdanningskandidaten en bred innsikt i sentrale emner innen den lungemedisinske spesialitet. Det anses å være en fordel at kandidaten starter med kurs som omhandler tema som har særdeles sentral plass innen faget, og som må anses vesentlig for forståelsen av det lungemedisinske sykdomsspekter, f.ek. klinisk respirasjonsfysiologi, obstruktive lungesykdommer, klinisk allergologi og immunologi.

Kurs i røntgendiagnostikk, strålehygiene, yrkesbetingede lungesykdommer og intensivmedisin, anses som vesentlig for å styrke denne delen av utdanningen.

Anbefalte lærebøker for utdanningskandidatene

1. Brewis RAL, Gibson GJ, Geddes DM (1990):
Respiratory Medicine, London, Baillière Tindal.

Murray JF og Nadel (1989):
Textbook of Respiratory Medicine, Philadelphia, Saunders.

Seaton A, Seaton D og Laitch AG (1989): Crofton & Douglas:
Respiratory Disease, 4. utgave Oxford, Blackwell Scientific

Publication.

Cotes JE (1979): Lung Function. 4. ugave Oxford, Blackwell Scientific Publication.

Bates DV. Respiratory Function in Disease 3. ugave. Philadelphia, Saunders Company 1989.

Evaluering

Utdanningsinstitusjonene er vanligvis små og dermed oversiktlige. Imidlertid bør avdelingsoverlegen/sekjonsoverlegen ha jevnlig møter med kandidat, veileder og kandidatens nærmeste overordnede. En vil på den måten få en regelmessig formell vurdering av kandidatens progresjon og skikkethet.

Det vil ved en slik vurdering bli lagt vekt på kandidatens evne til kommunikasjon med kronisk syke pasienter som utgjør en stor del av det lungemedisinske klientell. Videre vil det vurderes om kandidaten har egenskaper som gjør han/hun skikket til, på egen hånd, å utføre de nødvendige diagnostiske og terapeutiske prosedyrer og at det er progresjon i kandidatens kunnskapsnivå.

Det forutsettes også at legene ved avdelingen/seksjonen deltar i en kontinuerlig evaluering av utdanningsinstitusjonens utdanningsplan.

Kurs

I 1960 - årene var det stor aktivitet fra Lægeforeningens side for å få i gang strukturert etterutdannelse på de forskjellige fagområdene. Spesialforeningene ble anmodet om å lage lister over spesialister som ville være villige til å holde foredrag med oppgaver over aktuelle tema.

I et brev av 8. 7. 1967 skriver Birger Lærum, Voss, til Styret for Norske lungespesialisters forening i sakens anledning. Det fremgår av korrespondanse at Helsedirektoratet tidligere har holdt årlige kurs for offentlige tuberkuloseleger og diagnosestasjonsleger. Disse kursene hadde vært holdt for et begrenset antall leger som hadde fått stønad til reise og opphold. I brev av 31. 8. 1967 uttrykker Eilert Eilertsen bekymring for at det vil bli de samme foredragsholdere og de samme tema som man er vant med fra høstmøtene, som vil gå igjen i kursprogrammene, og han anbefaler at man tilgodeser basalfagene.

19. okt - 16. nov 1965 ble det i regi av Universitetet i Oslo holdt et kurs i

Lungesykdommenes patologi og klinikk Del 1:

Anatomi, fysiologi, patologisk anatomi og røntgenologi. Ingen lungelege var involvert i denne undervisningen som gikk over så vidt lang tid at den vel bare var av interesse for leger bosatt i Oslo og nærmeste omegn. Den kliniske del finner man ikke omtalt i arkivet.

1965, 24 - 25. nov er det arrangert en konferanse for leger ved lungeavdelinger og sanatorier i Oslo.

O. Galtung Hansen Innledning

HTh Waaler Kort orientering om hullkortteknikk og sykehusstatistikk

K. Bjartveit Orientering om anstaltmaterialet fra 1964

Omvisning Statens Skjermbildefotografering

K. Bjartveit Presentasjon av forslag til nye skjemaer for melding om innleggelser og utskrivning av tuberkulosepasienter

Orientering om Det sentrale tuberkuloseregister (for dem som ikke deltok i vårmøtet i 1965 i Norsk Selskap for tuberkulose og lungesykdommer

HTh Waaler Det Sentrale Tuberkuloseregisters plass i det fremtidige tuberkulosearbeid

Omvisning i Statens Skjermbildefotografering Tydeavdelingen - Sentralregistret

Diskusjon om de nye meldeskjemaer

1967, 23. nov.

Kurs i Lungesykdommer

K. Øvreberg. Behandling med sekundære tuberkulostatika.

J. Krohn, L. Efskind, J. Haugseth, JR. Vale: Rundebordskonferanse: Status presens for operativ behandling av lungetuberkulose.

B. Lindholm. Prinsipper og komplikasjoner ved langtidsbehandling med corticosteroider.

N. Helsing, T. Wessel - Aas. Mediastinoskopi.

T. Wessel - Aas. Emfysem

JR. Vale, J. Kofstad, A. Aarsæther, J. Schaanning. Rundebordskonferanse:

Lungefunksjonsundersøkelser utenom spesialavdeling – behov – utstyr - utførelse.

1968, 28. nov.

Asthma bronchiale

K. Aas. Basale immunologiske mekanismer ved asthma bronchiale.

T. Aamodt. Allergologisk diagnostikk og terapi.

HE. Hauge. Lungens belgfunksjon ved asthma bronchiale.
 H. Formgren. Rubbningar i hämodynamiken vid status asthmaticus.
 JR. Vale. Gassveksel og blodgassforhold ved asthma bronchiale. Medikamentell terapi ved asthma bronchiale:
 K. Øvreberg. Innledning, ekspektorantia, antibiotika, steroider.
 HE. Hauge. Bronchodilaterende midler. Behandling av alvorlig status asthmaticus.
 Rundebordskonferanse: T. Wessel - Aas, H. Formgren, JR Vale, ATh Østerud, K. Øvreberg, K. Aas.

1969, 27. nov.

Diffuse sykdommer i lungeparenchymet

T. Wessel - Aas. Bilaterale lungeparenchymfortetninger som differensialdiagnostisk problem. Oversikt over diagnoser og aktuell undersøkelsesmetodikk.
 HE Hauge, EM Askevold. Diffuse sykdommer i lungeparenchymet unntatt sarcoidose belyst ved et materiale.
 M. Turner-Warwick. Immunological aspects on pulmonary fibrosis and related conditions.
 JR. Vale. Respirasjonsfysiologi ved diffuse lungeparenchym-sykdommer.
 J. Lundar. Intrathoracal sarcoidose.
 P. Amli. Prognose ved fersk intrathoracal sarcoidose, belyst ved et materiale.
 JM. Glømme. Aktuelle synspunkter på pneumokonioses spørsmålet i Norge.

1970, 26. nov.

Lungekarsengens patologi og klinikk.

L. Reid. The pulmonary circulation in the adult lung and its foetal and childhood development.
 Undersøkelse av lunge - karsengen:
 IP. Enge. Røntgenologiske undersøkelsesmetoder.
 K. Rootwelt. Undersøkelse med isotoper.
 JR. Vale. Respirasjonsfysiologiske undersøkelsesmetoder.
 J. Georg. Kroniske sykdommer som affiserer lungekarsengen.
 L. Reid. Pulmonary infarct or embolus?-experimental considerations.
 Lungeemboli - patogenese og behandling. Symposium.
 E. Amundsen, H. Arnesen, H. Eide, J. Georg,
 HChr Godal, KV. Hall, G. Semb.

1971, 25. nov.

Pneumoni

T. Wessel - Aas. Hva forstår vi i dag med «Pneumoni»?
 KA. Larsen. Pneumoniens patologiske anatomi.
 T. Aakhus. Pneumoniens røntgeologiske bilde.
 I. Helle. Bakterielle pneumonier.
 J. Ulstrup. Virale pneumonier.
 J. Tveit. Mykoplasmapneumonier.
 E. Eilertsen. Epidemiologiske aspekter ved pneumonier.
 T. Aamodt. Differensialdiagnostikk.
 K. Øvreberg. Medikamentell behandling av pneumoni.

1972, 23. nov.

Arbeidskapasitet og invaliditetsvurdering ved lungesvikt.

T. Wessel - Aas. Innledning.
 JR. Vale. Nyere funksjonsundersøkelser.

- B. Nexmand Hauge. Invaliditetsvurdering fra Rikstrygdeverkets synspunkt.
 J. Syse. Sosiale og administrative problemer.
 E. Thiis - Evensen. Problemene belyst fra bedriftslegesynspunkt.
 S. Kvinnsland. Trygdekontorenes erfaring.
 O. Kahrs. Attførings- og sosialproblemer.

1975, 20. nov.

Yrkesbetingede lungesykdommer.

- T. Wessel - Aas. Orientering og innledning.
 A. Brusgaard. Yrkesbetingede lungesykdommer fra Arbeidstilsynets synspunkt.
 J. Jahr. Støvproblemer i norsk industri.
 T. Norseth. Lungene som opptaksorgan. Toksikologi. Lokale og generelle effekter.
 T. Norseth. Yrkesbetinget kreft i luftveiene.
 B. Johansen, E. Melbostad. Pneumokonioser, spesielt asbestose, i et klinisk materiale.
 G. Mowé: Lungeirriterende gasser i arbeidslivet.
 G. Mowé: Yrkesbetingede allergiske lungesykdommer.
 B. Nexmand Hauge. Rikstrygdeverkets vurdering av yrkesbetingede lungesykdommer.
 E. Pedersen. Yrkesepidemiologiske undersøkelser.

1982, 18. nov.

Lungeemboli og pulmonale vaskulitter.

- H. Arnesen. Forekomst, patofysiologi og kliniske manifestasjoner.
 Å. Havig. Patologisk anatomi.
 AN. Kolbenstvedt. Røntgendiagnostikk.
 K. Rootwelt. Scintigrafi.
 H. Arnesen. Koagulasjon.
 B. Johansen. Lungefunksjon.
 R. Dahle. Transbronkial biopsi.
 K. Holten. Differensialdiagnoser.
 B. Ly. Behandling og profylakse.
 Pulmonale vaskulitter.
 A. Gulsvik. Nomenklatur og diagnostiske kriterier.
 SS. Frøland. Patogenese, kliniske manifestasjoner og behandling.
 K. Landmark. Primær pulmonal hypertensjon.

1986, 4. nov.

Obstruktive lungesykdommer.

- R. Dahle. Klinisk nytte av mediator-kunnskap.
 A. Naalsund. Bronkial hyperreaktivitet.
 J. Kongerud. Yrkesbetinget astma.
 O. Langaker. Hvordan utrede pasienter med OLD.
 A. Gulsvik. Corticosteroidenes plass i astmabehandlingen.
 JS. Vilsvik. Behandling av akutt alvorlig astma.
 B. Johansen. Vedlikeholdsterapi hos obstruktive lungepasienter.
 K. Holten. Oksygenbehandling ved kronisk lungesvikt.
Lungeinfeksjoner hos pasienter med cellulær immunsvikt.
 J. Bruun. Lungeinfeksjoner ved AIDS.
 T. Talseth. Lungeinfeksjoner hos nyretransplanterte pasienter.
 NP. Boye. Utredning av lungeinfeksjoner hos immun - komprimerte pasienter.
 I. Ørstavik. Diagnostikk av viruspneumonier.
 M. Degré. Antivirale midler i dag og i morgen.

1988, 3. nov.

Pulmonal hypertensjon/Pulmonale vaskulitter.

- A. Naalsund. Pulmonal hypertensjon - etiologi, patofysiologi, klinikk.
 R. Harket. Morfologiske forandringer ved primær pulmonal hypertensjon.
 H. Ihlen. Diagnostisk utredning av pasienter med mistenkt primær hypertensjon.
 E. Bjørnstad. Behandling av pulmonal hypertensjon.
 K. Holten. Oksygenbehandling ved pulmonal hypertensjon - Hva vet vi? Hva tror vi?
 O. Geiran. Hjerne – lungetransplantasjon - et reelt behandlingstilbud eller eksperimentell kirurgi?
 P.B. Lexow- Histopatologiske forandringer.
 E. Gløersen. Diagnostikk.
 F. Borchsenius. Wegener's granulomatose.
 Ø. Bjørtuft. Andre pulmonale vaskulitter.

1989, 8. nov.

Pneumoni. Diagnostikk og behandling.

1990, 8. nov.

Emfysem i dag og i morgen.

- S. Eriksson. Protease - antiproteasebalansen.
 S. Eriksson. Alfa1-antitrypsinmangel.
 B. Johansen. Fysiologi og klinikk.
 OK. Refvem. Medikamentell behandling - nytter det?
 S. Eriksson. Substitusjonsbehandling ved Alfa1-antitrypsinmangel.
 J. Boe. Langtidsbehandling med oksygen i hjemmet.
 O. Geiran. Lungetransplantasjon.
 R. Dahle. Avslutning.

1991, 7. nov.

Søvnapnoesyndrom.

- I. Ellingsen. Åpning av kurset.
 T. Gislason. SAS: Definisjon, inndeling, forekomst. Patogenese og sykdomsbilde ved OSAS.
 K. Kayed. Polysomnografi.
 M. Tvinnerheim. SAS/OSAS. Utredning. Opplegg ved sykehus.
 H. Schrader. OSAS. Prognose og komplikasjoner.
 P. Monstad. SAS/OSAS. Differensialdiagnoser.
 J. Grebstad. Sykdommen i klinisk hverdag. Panel: Sykdomsbilde og utredning.
 Gislason, Tvinnerheim, Schrader, Monstad.
 T. Gislason. Behandlingsindikasjoner ved OSAS.
 M. Tvinnerheim. Kirurgisk behandling. Metoder.
 G. Djupesland. Kirurgisk behandling. Effekt, komplikasjoner.
 B. Bergholtz. CPAP/BiPAP - behandling: Prinsipp.
 J. Grebstad. CPAP/BiPAP - behandling. Effekt.
 I. Ellingsen. Andre behandlingsalternativer.
 Panel: Valg av behandling. (Gislason, Djupesland, Grebstad).
 I. Ellingsen. Oppsummering og avslutning.

1995 9. nov.

Tuberkulosedagnostikk.

- E. Heldal. Tuberkulosesituasjonen i Norge og globalt.
 A. Naalsund. Den diagnostiske virkelighet i dagens sykehusvesen.
 D. Berild. Tuberkulose og AIDS.

- C. Schaanning. Diagnosestasjonen og skjermbildet som diagnostisk verktøy.
 L. Morland. Prøvetaking og forsendelse.
 A. Kok-Jensen. Thoraxrøntgenforandringer og indikasjon for expectoratusundersøkelser for mykobakterier.
 A. Eskild. BCG: Kostnad - nytte - effekt og vaksinenes innvirkning på diagnostikken av Tbc.
 HF. Jentoft. Tuberkulins plass i dagens diagnostikk.
 HF. Jentoft. Sensitin - undersøkelser.
 R. Åhmann. Serologisk typing av mykobakterier.
 M. Steinbakk. Direkte mikroskopi og hurtigdyrking av mykobakterier.
 Resistensbestemmelser.
 T. Tønjum. Direkte påvisning av mykobakterier. Genteknologisk diagnostikk.

1996, 15. nov

Akutt alvorlig luftstrømsobstruksjon

- A. Gulsvik. Hva er akutt alvorlig luftstrømsobstruksjon?
 P. Bakke. Akutt astma - epidemiologiske aspekter.
 T. Naustdal. Akutt astma - klinikk.
 C. Janson. Akut exacerbationer av kronisk obstruktiv lungsjukdom.
 G. Hansen. Syre - base - balanse og elektrolyttbalanse ved lungesvikt.
 L. Bjerner. β_2 -agonist behandling med akutt astma.
 J. Boe. Theophyllinets plass i behandlingen av akutt astma.
 C. Janson. Steroider ved akut astma.
 C. Janson. Øvrige bronkodilatorer ved akut astma.
 I. Ottersen, V. Graver, NP. Boye. Lungeskole, hva er det?. Trenger kronisk lungesyke å gå på skole?

1997, 22. 11.

Yrke og astma. Møteleder Johny Kongerud

- H. Nordman Diagnostikk av yrkesastma
 T. Aasen Astma forårsaket av småmolekylære stoffer
 KI. Myhre Lateksallergi
 E. Molbostad Allergi og astma i landbruket
 Paneldiskusjon

Yrke og kronisk luftveisobstruksjon

- Møteleder KI. Myhre
 A. Gulsvik Årsaker og risikofaktorer for kronisk luftveisobstruksjon
 H. Nordman Yrke og kronisk luftveisobstruksjon
 B. Ulvestad Kronisk luftveisobstruksjon i bygg- og anleggsbransjen
 J. Kongerud Kronisk luftveisobstruksjon i aluminiumsindustrien
 E. Melbostad Kronisk luftveisobstruksjon hos bønder
 Diskusjon

Æresmedlemmer

Albert Tillisch	1956	Død 1958
Alexander Tuxen.	1966	Død 1980
Otto Galtung	1966	Død 1981
Carl Semb	1968	Død 1971
Leif Eskind	1968	Død 1987
Johannes Heimbeck	1970	Død 1976
Johan Lundar	1976	Død 1978
Trygve Wessel-Aas	1978	Død 1981
Jon Rasmus Vale	1987	Død 1988
Kjell Holten	1987	
Amund Gulsvik	1993	

I 1970 ble man klar over at Johannes Heimbeck, som hadde gjort seg internasjonalt bemerket ved sine undersøkelser av BCG vaksinens betydning, ikke var blant foreningens æresmedlemmer. Det avstedkom følgende brev fra Styrets formann:

«Dr. Med. Johannes Heimbech Oslo 12. mars 1970.

Universitetsgt 14

Oslo 1

Ved gransking av våre arkiver så langt som de lar seg fremskaffe og ved konsultasjon av bl. a. Tuxen, berømt for sin hukommelse, synes det å være et pinlig faktum at De ikke er æresmedlem av vår forening. Dette er uforklarlig for oss som har «styringa» i dag og også for andre. Tuxen antyder at krigen måtte være forklaringen. Imidlertid gjentar jeg mitt løfte fra siste årsmøte om at skaden, så langt det er mulig, skal bli gjort god igjen på årsmøte i 1970, og herved inviterer jeg Dem til festen 27. november.

Med vennlig hilsen, for styret

Johan Lundar».

Foreningenes [Styre](#)

Den norske tuberkuloselægeforening

1925	A. Tillisch - W. Holmboe A. de Besche J. Jørgensen	formann
------	---	---------

2. nov. 1935 todeling av foreningen:
Norske lungespesialisters forening

1936-1941	Arne Petersen- J. Jørgensen- Chr. Moestue- Rolf Høyer Dahl Margrethe Folkestad	formann viseformann sekretær
1945-1949	Arne Petersen- Theodor Olsen-	formann sekretær
1950-1951	Arne Petersen- Johan Eriksen-	formann sekretær
1952-1957	Morten Harboe- Storm Herseth-	formann sekretær
1958-1959	Heinrik Engelsgaard- Storm Herseth-	formann sekretær
1960-1961	Gustav Amlie- Storm Herseth-	formann sekretær
1962-1963	Olav Skovsrud- John Haugseth-	formann sekretær
1964-1965	Johan Lundar- John Haugseth-	formann sekretær
1966-1967	Birger Lærum- John Haugseth-	formann sekretær
1968-1969	John Haugseth- Kjetil Strand- Jon Moseng- Eilert Eilertsen Arne Aarsæther	formann viseformann sekretær

Norske Lægers tuberkuloseselskap

1936-1938	Johannes Heimbeck- Tobias Gedde-Dahl-	formann sekretær
1939-1945	Alexander Tuxen- Otto Galtung Hansen-	formann sekretær
1945-1946	Thomas Schram- Gerhard Hertzberg-	formann sekretær
1947-1948	Eyolf Dahl- Frithjof Lund- Johansen	formann viseformann

	Rolf Høyer Dahl	
	Engelsgaard, Sundgaard	varam.
	Sylver Garegg-	sekretær
1949-1950	Gerhard Hertzberg-	formann
	Morten Harboe	viseformann
	Alexander Tuxen	.
	Å. Haagenrud,	varamann
	H.Henriksen	varamann.
	Trygve Wessel - Aas-	sekretær
1951-1952	Rolf Høyer Dahl-	formann
	Erling Refsum	viseformann
	Simon Frostad	
	T. Wessel Aas,	varamann
	K. Kjell Rogstad	varamann
	Einar Berle-	sekretær
1953-1954	Erling Refsum-	formann
	Simon Frostad	viseformann
	Kjell Rogstad	
	Leif Riddervold-	sekretær
1955-1956	Simon Frostad-	formann
	Kjell Rogstad	viseformann
	Paul Vaksvik	
	S. v.der Lippe,	varamann
	Eilert Eilertsen	varamann
	Leif Riddervold-	sekretær
1957-1958	Kjell Rogstad-	formann
	Fridtjof Koren-	sekretær
1959-1960	Hans Jakob Ustvedt-	formann
	Sven Nissen Meyer	viseformann
	Sven von der Lippe	
	T. Wessel Aas,	varamann
	John Eikås	varam
	Odd Kahrs-	sekretær
1961-1964	Trygve Wessel - Aas-	formann
	Eilert Eilertsen	viseformann
	Jon Rasmus Vale-	sekretær
	Leif Riddervold	
1965-1968	Eilert Eilertsen-	formann
	Ragnvald Jahr-	viseformann
	Kjell Bjartveit-	sekretær (1965-1966)
	Harald E. Hauge-	sekretær (1967-1968)
	Jan Krohn	
Norsk forening for lungemedisin		
1969-1971	Johan Lundar-	formann
	Terje Aamodt-	viseformann
	Harald E. Hauge-	sekretær
	John Haugseth-	varam. Kjell Bjartveit

1972-1973	Vidar Jensen-	varam. Kjetil Strand
	Jan Krohn-	formann
1974-1975	Jon Rasmus Vale-	viseformann
	Emil Aspevik-	sekretær
	Kjell Bjartveit-	varam. Kjetil Strand
	Carl Gustav Schaanning-	varam. Terje Aamodt
1975-1977	Jon Rasmus Vale-	formann
	Kjell Bjartveit-	viseformann
	Amund Gulsvik-	sekretær (Bjørn Johansen fra 1975)
	Carl Gustav Schaanning-	varam. Terje Aamodt
1978-1979	Kjell Holten-	varam. Kjetil Strand
	Jon Rasmus Vale-	formann
	Kjell Bjartveit-	viseformann
	Bjørn Johansen-	sekretær
1980-1981	Terje Aamodt-	varam. Carl G. Schaanning
	Kjell Holten-	varam. Kjetil Strand
	Kjell Holten-	formann
	Terje Aamodt-	viseformann
1982-1983	Bjørn Johansen-	sekretær
	Jan S. Vilsvik-	varam. Carl G. Schaanning
	Ragnar Dahle-	varam. Harald Roksvaag
	Kjell Holten-	formann
1984-1985	Arild Ruud-	sekretær
	Arne Eivindson-	kasserer
	Ragnar Dahle-	varam. Gunnar Hansen
	Inger Johanne K. Skarpaas-	varam. Johannes Tveit
1986-1987	Gunnar Hansen	formann
	Olav Kåre Refvem-	sekretær
	Ole Chr. Haanæs-	vitenskapelig sekretær
	Arild Ruud	varam. Olav Langaker
1988-1989	Gunnar Hansen-	formann
	Olav Kåre Refvem-	sekretær
	Tor Aasen-	vitenskapelig sekretær
	Nils Petter Boye-	nordisk kontaktperson
1990-1991	Arild Ruud-	varam. Erik Florvaag
	Nils Petter Boye-	varar. Anne Naalsund
	Olav Kåre Refvem-	formann
	Tor Aasen-	sekretær
1992-1993	Anne Naalsund-	vitenskapelig sekretær
	Olav Langaker-	nordisk kontaktperson
	Nils Petter Boye-	varam. Bjørn Jakobsen
	Olav Kåre Refvem-	varar. Ragnar Dahle
1994-1995	Ragnar Dahle	formann
	Olav Langaker	sekretær
	Ole Henning Skjønberg-	varar. Anne Naalsund
	Olav Kåre Refvem-	YLF.
1996-1997	Olav Kåre Refvem-	varam. Øystein Bjørtuft
		formann

	Ernst Omenaas- Nils Ringdal- Jacob Boe-	sekretær, nestformann kasserer kurs/nordisk kontakt varar. Ole H. Skjønberg varar. Regine Kibsgaard
1992-1993	Ragnar Dahle- Olav Kåre Refvem- Ernst Omenaas- Nils Ringdal- Jacob Boe- Ole Henning Skjønberg-	leder sekretær, nestleder kasserer kontaktperson kursorganisator
1994-1995	Ragnar Dahle- Marit Eskeland- Nils Ringdal- Ernst Omenaas- Anne Marie Gabrielsen Ole Chr. Haanæs Marit Eskeland Arne Eivindson Arve Sundset	kursorganisator medlem forskningsrådet leder nestleder, sekretær YLF-valgt medlem forskningsrådet Lungeforum, kvalitetssikring kasserer kursorganisator
1996-1997	Nils Ringdal- Ernst Omenaas- Arne Eivindson- Cecilie Svanes- Ole Chr Haanæs Arve Sundset	leder Nestleder, sekretær Kasserer YLF-kontakt Forskningsråd, kursorganisator Kursorganisator
1998-1999	Anne Marie Gabrielsen Ernst Omenaas Nils Ringdal Arne Eivindson Øystein Bjørtuft Alf Henrik Andreassen Cecilie Svanes Malcolm Sue-Chu	Utdanning, rekruttering leder

Utvalg**Utdannelsesutvalg**

1968-1969 Trygve Wessel - Aas
Jan Krohn
Eilert Eilertsen
Harald E. Hauge-

varar. Terje Aamodt
varar. Jon Rasmus Vale
varar. Johan Lundar
sekretær

Spesialitetskomité

1966-1970 Arne Petersen
Olav Skovsrud
Trygve Wessel-Aas
Heinrich Engelsgaard

varar. Eyolf Dahl
varar. Olaf K. Thomassen
varar. Storm Herseth

1970-1974 Trygve Wessel - Aas
Kjell Bjartveit
Harald. E. Hauge
Eilert Eilertsen
Johan Lundar

varar. Jan Krohn
varar. Jon Rasmus Vale
varar. Vidar Jensen
varar. Knut Øvreberg
varar. Terje aamodt Terje Aamodt

1975-1978 Trygve Wessel-Aas
Harald E. Hauge
Kjell Bjartveit
Johan Lundar

varar. Terje Aamodt
varar. Knut Øvreberg

1979-1981 Trygve Wessel Aas
Harald E. Hauge
Emil Aspevik
Amund Gulsvik

1977-78 Erik Florvaag
varar. Terje Aamodt
varar. Kjell Holten
varar. Inger Johanne K. Skarpaas

1982-1985 Amund Gulsvik
Emil Aspevik
Terje Aamodt
Gunnar Hansen
Ole Chr. Haanæs

varar. Jon Rasmus Vale
varar. Nils Petter Boye
varar. Inge Eskeland

1986-1989 Amund Gulsvik
Gunnar Hansen
Ole Chr. Haanæs
Jon Rasmus Vale

varar. Nils Petter Boye
varar. Terje Aamodt
varar. Harald Mellem

1994-1997 Jan Sverre Vilsvik leder
Jacob Boe
Bjørn Jakobsen
Olav Kåre Refvem
Ole Gunnar Rysstad YLF-valgt
Øystein Fluge

varar. Nils Petter Boye
varar. Odd Mørkve
varar. Hans Henrik Strøm
til juni 1994

Rådgivende utvalg

1966-1967 Trygve Wessel-Aas
Per Isachsen

varar. Lars Ulven
varar. John Haugseth
varar. Fr. Koren
varar. Jon Rasmus Vale

1968-1969	Trygve Wessel-Aas Fridtjof Koren Harald Hauge	varar. Lars Ulven varar. John Haugseth varar. Jon Rasmus Vale varar. Kjetil Strand varar. Henrik Lødrup varar. Jan Vilsvik varar. Kjetil Strand
1970-1973	Trygve Wessel - Aas John Haugseth Harald E. Hauge	varar. Jon Rasmus Vale varar. Arne UlvåenArne Ulvåen varar. Jon Moseng varar. Kjetil Strand varar. Jon Rasmus Vale varar. Arne Ulvåen Varar.Ellen-Margrethe Askevold
1974-1975	Trygve Wessel-Aas Jan Helgaker Nils Petter Boye	varar. Kjetil Strand varar. Jon Rasmus Vale varar. Arne Ulvåen Varar.Ellen-Margrethe Askevold
1976-1977	Trygve Wessel-Aas Nils Ringdal Nils Petter Boye	varar. Kjetil Strand varar. Jon Rasmus Vale varar. Arne Ulvåen varar.Ellen-Margrethe Askevold
1978-1979	Terje Aamodt Ragnar Dahle Inger Johanne Kjørven Skarpaas	varar. Trygve Wessel - Aas varar. Jon Rasmus Vale varar. Ellen Margrethe Askevold varar. Nils Petter Boye varar. Ørnulf Horgen varar. Terje Wessel-Aas
1980-1981		
1982-1983	Nils Petter Boye Carl G. Schaanning Ole Chr. Haanæs	varar.Ellen Margrethe Askevold varar.Olav Kåre Refvem varar.Kjell Erik Langaker varar.Erik Melbostad varar.Nils Petter Boye varar. Tor Vigander varar. Carl G. Schaanning
1984-1985	Kjell Holten Olav Kåre Refvem Ole Chr. Haanæs	varar. Bjørn Bergholtz varar. Erling D. Udjus varar. Erling D. Udjus varar. Anne Naalsund varar. Signe Sende-Osen varar.Per Røyset varar. Carl G. Schaanning
1986-1987	Kjell Holten Ole Chr. Haanæs Olav Kåre Refvem	varar. Bjørn Jakobsen varar. Olav Kåre Refvem varar. Erling D. Udjus varar. Per Røyset varar. Mai Britt Lund varar. O. Bjørland
1988-1989	Gunnar Hansen Anne Naalsund Øystein Bjørtuft	varar. Olav Kåre Refvem varar. Erling D. Udjus varar. Per Røyset varar. Mai Britt Lund varar. O. Bjørland
1994-1997	Gunnar Hansen Erling D. Udjus	varar. Olav Kåre Refvem varar.Per Magne Røyset

[Tilbakeblikk](#)

Ved den XXV. Nordiske lungelegekongress i Gøteborg i 1970 ble følgende tale holdt under banketten på «Fars Hatt» den 6. juni.

«Samarbete mellom Nordens lunglækare. En återblick. Av med. dr. Allan Beskow

År 1969 kunde Nordiska Lunglækarföreningen eller Nordiska Tuberkuloslækarföreningen, som den hette före 1958, fira sitt 50-årsjubileum. Men 1969 var ett mellanår utan kongress och därför blev intet sagt. För «vän av ordning» ligger det något stötande i att begå ett jubileum post festum. Problemet löstes med hjälp av Kolumbi ägg. Det föll på min lott att bringa i erinran att dagens kongress bär ordningsnumret XXV. Enklast vore att ge en översikt av de ämnen, som diskuterats vid kongresserna. Det skulle bli en tabell i saklighetens tecken. En enda gång har, så vitt jag kunnat finna, titeln varit underfundig-men därför ei osaklig. Det var då Carl Löwenhjelm 1929 skulle tala om komplikationer vid kvävegasbehandling och därvid med den stillsamma humor, som hörde honom till, betitlade sitt anförande «Luft på avvägar». Det skulle bli en facinerande tabell, som angav de vägar på vilka tuberkulosen berövades sin rang av folksjukdom, men alltför mäktig för ett ögonblick som detta. Vi gör istället en snabbpromenad genom decennierna med en vilpaus här och varför att plocka en blomma. Så snart det första världskrigets orosmoln förbleknat kunde en av de danska sanatorieläkarna med N. J. Strandgaard som primus motor länge närd plan förverkligas. Densamma innebar att som ytterligare led i tuberkulokampen bilda en förening av i Norden verksamma sanatorieläkare. I augusti 1919 möttes 55 tuberkuloslækare och 15 ledsagande damer i Köpenhamn. Kongressens första beslut bär vittnesbörd om förutseende klokhet. Den ursprungliga tanken att grunda en förening av sanatorielækare fullföljdes ei. Det blev istället en förening av nordiska tuberkuloslækare.

Kongress nummer II ägde rum på Nummela sanatorium 1921. I sitt öppningsanförande framhöll Axel v. Bonsdorff betydelsen av att det var första gongen som finländska lækare hälsade sina skandinaviska kolleger välkomna til möte i det fria, självständiga Finland. På programmet stod ett förslag om gemensamt nordiskt beteckningssätt för det grafiska återgivandet av fynden vid den fysikaliska lungundersökningen. Den livfulla och engagerade diskussionen om raka och vågiga linjer, om punkter, cirklar och trianglar, vittnar om att man levde i en tid, då den fysikaliska lungundersökningen inte endast uppfattades som den viktigaste diagnosmetoden vid fastställande av lungtuberkulos utan også som skön konst. Kombattanterna kunde inte enas, men frågan föll framåt och ett omarbetat förslag antogs vid nästföljande sammankomst på Vardåsen sanatorium i Kristiania 1923. Man tog det grundigt den gången och startade med en tre dagars «Informasjonstur pr Automobil» till en rad «tuberkulosehjem og tuberkulosesanatorier». Genom Alf Westergren informerades de nordiska tuberkuloslækarna vid detta möte om stabilitetsreaktionen, för en bred allmänhet senare känd och välkänd under benämningen «sänkan». Sextio lækare och ett ej angivet antal damer deltog, dock ej fler än att kongressdeltagarna kunde inbjudas som gäster i »Överlækaren Albert Tillisch's hem.

Vid den fjärde kongressen, i Stockholm 1925, ägnades mycken tid åt de tuberkuloslækmedel, som just lanserats. Inte mindre än tio föredrag avhandlade sanocrysin. Intresset för dessa preparat ebbade snabbt ut. En för länge sedan

bortgången kollega, som deltog i dessa de första sammankomsterna, har berättat att det över de samma vilade en stämning av pionjärglädje, nästan korstogstämmning. Tuberkuloskampen befann sig ännu i ett nydanings- och expansionsstadium och bars i stor utsträckning fram av enskilda föregångsmäns optimism och glada entusiasm.- Kongresserna kom i fortsättningen slag i slag, som regel vartannat år sommartid i rotation mellan de fyra grannländerna. För pionjäreerna i tuberkuloskampen var lösenordet sanatorievård. Småningom stod dock klart att effekten av denna vårdform ei motsvarade de högt ställda förväntningarna. Det gick som nestorn bland Sveriges sanatorieläkare, Carl Erik Waller, en gong vemodig yttrade: «---tiden klippte vingen». Redan vid sammankomsten i Finland 1921 pekade Severi Savonen på betydelsen av det förebyggande tuberkulosarbetet. Härom blev under en lång följd av år inte så mycket sagt, men i programmet vid den XI kongressen i Trondheim i midsommartid 1939 med J. Heimbeck som president ingick en rapport av Gustav Neander om den kommande nya svenska dispensärorganisationen. Tidsschemat vid förhandlingarna blev hårdt belastat. Neander bidrog till att lösa svårigheterna på ett för honom typiskt, okonventionellt sätt. De svenska tuberkulosläkarna fick sin första information om den nya given ute i det fria på en avskild plats intill Nidarosdomen, sedan de med de övriga kongressdeltagarna tillbringat en stund därinne i stillhet och skönhet lysnande til den vida berömda gosskören.»

Britisk - norske møter Britisk2

I et brev av 23. mai 1949 opplyser professor Johan Holst ved kirurgisk avdeling A, Rikshospitalet, at The Thoracic Society, som tidligere meddelt, vil holde møte i Oslo

i august. Det er opplyst at de britiske medlemmer i et antall av 30, hvorav en del medbringer sine fruer, ankommer Oslo 15. august og at møtene vil finne sted 16-18. august. «Resten av oppholdet i Oslo vil medlemmene av The Thoracic Society gjerne benytte til å se arbeidet i de klinikker og institutter som beskjeftiger seg særlig med thoraxsykdommer». Jeg tillater meg å foreslå at man nedsetter en arrangementskomité, bestående av en representant for Norske Lægers Tuberkuloseselskap, en representant for Medisinsk Selskap, en representant for Ullevål avdeling III og en for Rikshospitalets kirurgiske avdeling A. Dessuten har jeg tenkt å anmode Dr. Sven Hjort om å være arrangementskomitéens sekretær. Jeg tillater meg å anmode Dem å oppnevne representant til arrangementskomitéen, og videre om at disse representanter velvilligst vil møte til konferanse på mitt kontor på Rikshospitalet lørdag 28. mai kl. 10.00
Prof dr. med. J. Holst

sign

I arkivmappen for 1949 fins ikke ytterligere omtale av dette møtet, heller ikke nevnt i årsberetningen. Derimot foreligger et brev fra The Tuberculosis Association, Manson House, 26 Portland Place, London W1 av 23. januar 1950 der The Secretary.

Tuberculosis Association, Norway anmodes om at to medlemmer møter som gjester ved The British Associations Annual Conference i Oxford 22-25. mars 1950. I svar av 8. mars 1950 skriver formannen Gerh. Hertzberg bl. a. «We are very grateful to you and extremely interested in a closer relationship between your association and our brother association in Norway. Unfortunately none of us has succeeded in making arrangements for going to the Oxford conference this year, but we sincerely hope that you will take the trouble to give us a chance to attend to your conference next year».

Senere kan man ikke finne nevnt noe om britisk-norsk samarbeid før overlege Jan Krohn ved Lungeavdelingen, Haukeland sykehus tok initiativ til: Det første fellesmøtet mellom The British Thoracic Association og Norsk forening for lungemedisin som fant sted ved Solstrand Fjordhotell utenfor Bergen.

1973, 20-23 mai Sosialt: 20. may: Reception at Håkonshallen. 21. May: Sightseeing on the fiord. Fana Folklore. 22. May: Sightseeing tour to Bergen. Banquet at Solstrand.

President: Jan Krohn

Generalsekretær: DJ. Girling.

Emil Aspevik Symposium: Chemotherapy of Tuberculosis M. Turner-Warwick, A. Jindani, D. Singh,

Norske bidrag:

K. Øvreberg. Treatment of therapy-resistant tuberculosis in Norway.

H. Waaler. The risk of tuberculous infection in Norway.

K. Bjartveit. Case finding in tuberculosis.

E. Eilertsen. Non - specific tuberculin reactions.

G. Bjerkestrand, H. Johannessen. Lung abscess. A material from Haukeland sykehus, Lung.Dept.

J. Schaanning, S. Sparr. Venesection and Rheomacrodex infusion in polycythemia in chronic obstructive lung disease.

AO. Jenssen. A. simple method for measuring of sputum viscosity.
 J. Krohn, H. Johannessen. Aspergilloma and ankylosing spondylitis
 K.Egenberg. Lung perfusion in emphysema.
 JR. Vale, H. Høst. Lung function after mantlefield irradiation in Hodkin's disease.

1977, 17-19. mars Bournemouth Sosialt: 17. March: A Fashion Show & Afternoon Tea. Winter Garden Theatre, Bournemouth Symphony Orchestra or Pavillion Theatre. Rock Musical «Godspell». 18. March: Tour of New Forest or Tour of Dorset Villages. Visit Christchurch and Cliff Drive or Poole Pottery. Champagne reception. Dinner.
 President:

British Dewi Davies

Norwegian Jon R. Vale

Norske bidrag:

RE. Borthwick. Nosocomial infection in a chest unit.

EM. Askevold. Bronchial carcinoma, a long follow-up of a small number of cases.

A. Gulsvik. Some problems in estimating prevalence of obstructive lung diseases

S. Sende-Osen. Electrocardiograph findings in patients with pulmonary sarcoidosis.

J. Schaanning, JS. Vilsvik. Immediate effect of forced expiration on arterial blood pressure and heart rate.

E. Florvaag. Mepacrine in the treatment of recurrent pneumothorax complicating chronic obstructive pulmonary disease.

1980, 3-6 sept. Lillehammer Sosialt: 3. Sept. Museum Maihaugen. Reception by Lord Mayor of Lillehammer. 4. Sept: Coach to Gausdal Mountain Hotel. Coach trip via 'Peer Gynt Road'. 5. Sept. Visit to Aulestad or Visit to Lillehammer Art Gallery.

Banquet

Lillehammer Hotel

President:

British Norman Horne Norwegian Kjell Holten



AO. Jenssen. Influence of high viscosity sputum on lung function in chronic bronchitis.
 B. Johansen. Distribution of flow resistance in patients with airflow limitations
 J. Schaanning. Cardio-respiratory adjustments near maximal exercise in patients with obstructive lung disease.
 A. Gulsvik. Lung function in healthy adults in the City of Oslo.
 PM. Johannessen, H. Haugland. CEA/complement and lung cancer. A prospective study.
 J. R. Vale. Prognosis of lung cancer treated by surgery.
 K. Bjartveit. The norwegian governmental program on smoking and health.

Høstmøter

1945, 1. nov.

F. Lund - Johansen. To tilfelle med retrograde bronchiectasier med rikelig pussekresjon, hos 1 pasient som dessuten hadde residivcaverne, og hos 1 pas med tub. pulm. invet.
 E. Murstad. Extrapleural pneumothorax.
 BC. Brynjulfsen. Etterundersøkelse av plomberte pasienter ved Haukeland sykehus' kir.avd. i årene 1932 -1943.

1946, 9-10. nov. Sosialt: Seksa m/ damer

Bøe J. Aktuelle BCG - problemer i Norge.
 F. Lund - Johansen. Omkring skjermbildefotograferingen i Strinda.
 E. Berle. Om tuberkelbasilledyrkning på objektglass. Demonstrasjon.
 F. Lund - Johansen. Kavernepunksjon ved rupturfare av pneumothoraxbehandlet lunge. (Dem)

1949, 13. nov.

E. Törnell. Tröskdammlungan (jämte några differentialdiagnostiska synspunkter).
 J. Heimbeck. Tuberkulinreaksjon og immunitet.
 G. Hertzberg. Opptreer røntgenologisk typisk primæraffeksjon alltid samtidig med omslag i tuberkulinprøven?

- R. Christoffersen, F. Lund-Johansen,
 A. Spilling. Komplikasjoner ved thorakoplastikk og deres betydning for spørsmålet om såkalt primærplastikk.
 P. Vaksvik. «Primær» thorakoplastikkkomplikasjoner.
 T. Wessel-Aas. Luftemboli.
 O. Kahrs. Bronkialglandelperforasjon.

1950, 12. nov.

- J. Holst, C. Semb. Om reseksjoner og dekortikasjon ved lungetuberkulose.
 E. Berle, O. Kahrs. Lungetumores ved skjermbildeundersøkelsen i Oslo.
 OW. Huseby. Betydningen av det tilfeldige funn av røntgenologisk «benign» lungetumor.
 F. Lund-Johansen. Dobbelsidige thorakoplastikker
 E. Blegen. Funn av hjertesykdom ved skjermbildeundersøkelsen i Oslo.
 T. Kahrs. Agranulocytose etter Thebalon.
 R. Høyér Dahl. Om tuberkulinsituasjonen.
 G.Hertzberg, L. Riddervold. Alder og miljøets innflytelse på omslageres tuberkuloseskjebne.
 T. Kahrs. Tuberkuløse peritonitter. En undersøkelse fra avd. IX.
 S. Garegg. Skjermbildeundersøkelsen i Oslo 1940-49. En del observasjoner.
 AS. Johannessen. Erythema nodosum og senere lungetuberkulose.

1951, 8. des.

- E. Berle. Tuberkulinallergi og lokalreaksjon etter BCG.
 A. Evjen. Tuberkulinallergi etter BCG-vaksinasjon.
 T. Denstad. Planigrafi ved lungetuberkulose.
 R. Holmboe. Apicolyseplastikk med supplerende oljefylling - oleoplastikk.
 T. Wessel - Aas. Bronkiektasier.
 P. Vaksvik. Om etterbehandling av extrapleural pneumothorax.
 S. Garegg. Er røntgenkontroll av lungene nødvendig hos tidligere tuberkulinpositive?
 T. Dramsdal. Urticaria etter Mantoux' prøve.
 E. Dahl. Tuberkulosekontroll av skolebarn.
 K. Smedsrud. Om larynxprøvers pålitelighet.

1952, 6. des. Fellesmøte med Norske Lungespesialisters forening for å diskutere:

- Innstilling I fra Komitéen til revisjon av Tuberkuloselovgivningen m.m.
 Det ble besluttet å ikke anbefale innstillingen.
 J. Heimbeck. Om BCG - allergiens varighet.
 F. Lund - Johansen. Røntgenologisk funn av utfylt h. hjerte - diafragmavinkel.
 T. Stokke. Uheldige virkninger av corticotropin - cortison påvist i seksjonsmateriale.
 J. Lundar. Selektiv topppneumothorax.
 P. Vaksvik. Behandling av tuberkuløst empyem med bronchopleural fistel.

1953, 5. des.

- HC. Paulsen. Spondylittabscesser i thoracalcolumna.
 S. Nissen Meyer. Tuberkuloseimmunitet og tuberkulinallergi.
 J. Heimbeck. Tuberkulose og kjønns hormoner.
 E. Berle. Tuberkulinallergi etter BCG - vaksinasjon.
 G. Hertzberg. Tuberkulose, basillepåvisning, smittefare.

HK. Sandberg. I hvilken grad må vi opprettholde det nuværende tuberkulosearbeid. Refleksjoner fra en fjellbygd.

J. Heimbeck. Fortsatte observasjoner over infeksjonsintensitetens betydning.

P. Vaksvik. Indikasjoner for den operative behandling av lungetuberkulose, spesielt reseksjonsbehandling.

Høiholt. Erfaringer med enkle lungefunksjonsprøver (maximum breathing capacity, walking ventilation).

E. Eilertsen. Underlappskaverner og pneumothoraxbehandling.

1954, 27. sept. Ca. 130 deltagere

H. Natvig. Tuberkuløses arbeidsdugelighet.

L. Kreyberg. Lungecancerproblemer.

C. Cappelen. Bronchiolarcellecarcinom.

S. Svenneby. Samtidig bronchialcancer og lungetuberkulose.

G. Birath. Pneumothorax i dagens behandling av lungetuberkulosen (Film).

T. Wessel - Aas. Kliniske lungefunksjonsprøver.

F. Bergan. Betydningen av den relative lungefunksjonsundersøkelse.

K. Smedsrud. Lungefunksjonsundersøkelser.

1955, 26. nov. Sosialt: Teateraften m/ damer: Nationalteatret fremfører «Peer Gynt». C 120 deltagere.

J. Eikås. Glandelperforasjon

L. Efskind. Bronchiectasisykdommen-klinikk og behandling.

Nissen Meyer. Bronchiectasier som komplikasjon ved lungetuberkulose

L. Nitter. Lungeforandringer ved Boecks sarcoid.

O. Refvem. Trekk av sarcoidosens klinikk og patologi.

I. Hesselberg. Enkelte problemer ved fremstilling og anvendelse av BCG-vaksinen.

J. Moseng, JH. Vogt. Tuberkulosen sett fra pasientens synspunkt.

1956, 10. nov. Bankett sløyfet pga Sovjets invasjon i Ungarn.

K. Strand. Behandlet tilfelle av tuberkuløs meningitt.

K. Tørning. Ambulant kjemoterapi.

K. Rogstad. Agranulocytose under streptomycinbehandling.

T. Wessel - Aas. Echinococc-cyster.

O. Skovsrud. Echinococc-cyster i lungene.

S. Nissen Meyer, AM. Holmboe. Ulcus pepticum og lungetuberkulose.

Omvisning på lungeavdelingen. RH.

T. Wessel - Aas, J. Krohn. Kroniske, uspesifikke lungeinfiltrater.

E. Eilertsen. Lokal opptreden av stort antall primærtuberkulosestilfeller.

E. Berle. Nyoppdaget tuberkulose ved gruppeundersøkelser.

To filmer fra «Pfizer»: Lungesegmentene og bronchialtreet og Tuberkulosens utvikling

1957, 23. nov.

S. Frostad. Et nytt tuberkuloseskjema. Et forsøk på rasjonalisering.

S. Frostad. Segmental atelektase ved primærtuberkulose hos barn.

Falsen Krohn. Hudprøver med antigener fremstillet av forskjellige syrefaste staver.

E. Berle. Lokale allergiforandringer ved gjentatte tuberkulinprøver.

T. Omland. Resultater av tuberkulinprøvemethoder.

- JH. Vogt. Na PAS og hjerteinsuffisiens.
 S. von der Lippe. Et kirurgisk behandlet tilfelle av lungetuberkulose.
 K. Birkeland, S. Nissen Meyer. Behandling av lungetuberkulose med Pyrazinamid og Cycloserin.
 JR. Vale. Verdien av gjentatte dyrkningsprøver på tuberkelbaciller i lungediagnostikken.

1958, 29. nov.

- K. Birkeland. Pasient med Cushing syndrom og cavernøs lungetuberkulose.
 AM. Holmboe. Om diagnose av Boecks sarcoid.
 K. Larsen. Diffus progressiv lungefibrose.
 J. Krohn. Diffus lungefibrose.
 T. Aamodt. Allergisk reaksjon overfor streptomycin, isoniazid og PAS.
 G.Hertzberg. Ambulant kjemoterapi av vanskelige tuberkuløse som ledd i smittekampen.
 P. Horveid. Serøst pleuraexsudat som diagnostisk problem.
 E. Berle. Tidligere skjermbilder hos pasienter med lungecancer.
 P. Våge. Foreløbige resultater av medikamentell tuberkulosebehandling.
 G. Nesse. Konsentrasjon av streptomycin i tuberkuløst lungevev.
 O. Kahrs. Sosialarbeide blant tuberkuløse i Oslo.

1959, 27. nov.

- H. Arnoldsson. Diagnose og behandling av asthma bronchiale.
 JR. Vale. Betragtninger vedrørende lungefunksjonsprøver ved asthma bronchiale.
 N. Retterstøl, F. Lange - Nielsen. Gruppebehandling ved asthma bronchiale
 S. Frostad. Enkel metode til påvisning av PAS i urinen.
 A. Tuxen. Utvikling av såkalt aktiv behandling av lungetuberkulose.
 O. Galtung Hansen. Tuberkulosemorbiditetens forløp etter innføringen av alminnelig BCG vaksinerings
 E. Evenstad. Et tilfelle av pneumothorax forårsaket av bronchialadenom.
 S. Garegg. Et forsøk på registrering av tuberkuløse syke med tilpasningsvansker.
 E. Arisholm. Corticosteroidbehandling av tuberkuløs eksudativ pleurit.
 E. Eilertsen. Steroidbehandling ved Primærtuberkulose.
 J. Eikås. Fra Korea.

1960, 25-26. nov. «Frysetørret BCG-vaksine»

- I. Hesselberg. Fremstilling og bakteriologisk kontroll.
 O. G. Hansen, K. Mordal, L. Riddervold. Resultater av intracutan vaksinerings.
 E. Eilertsen. Resultater av percutan vaksinerings.
 E. Dahl. Behov for tuberkuloseplasser i Oslo.
 E. Dahl. Hva dør de tuberkuløse av?
 T. Aamodt. Extrapleural pneumolyse i et 6-års materiale fra Glittre sanatorium.
 G.Hertzberg. Omvurdering av tuberkulosens smittefarlighet.
 A. Sanderud. Sequestering av lungen.
 J. Helgaker. Svikt i den ambulante medikamentelle behandling.
 JR. Vale. Nytt av Daniels biopsi i lungediagnostikken.
 A. Frøili. Litt om bacillejakt.

1960, 27-28. nov.

H. Arnoldsson. Asthma bronchiale
 N. Retterstøl, F. Lange - Nilsen. Asthma bronchiale

1962, 16-17. nov.

A. Frøili. Spontanpneumothorax
 S. Frostad, E. Frostad. Campbell & Howells metode til vurdering av det arterielle og blandede venøse blods CO₂-tensjon.
 JR. Vale. Maksimal ekspirasjonshastighet.
 CD. Jakobsen. Den bronchoscopiske undersøkelse i lungediagnostikken.
 EM. Askevold. Lungetumores i et 6-årsmateriale fra Rikshospitalets lungeavdeling.
 E. Evenstad. Stafylokokkpneumonier hos barn.
 J. Helgaker. Operativ behandling av lungetuberkulose etter oppstått medikamentell resistens.
 O. Galtung Hansen. Standardisering av tuberkulin på mennesker og marsvin.

1963, 15-16. nov.

G. Birath. Akut respiratorisk insuffisiens vid kroniske lungsjukdomar.
 S. Frostad, I. Egeland. Ekspirasjonsluftens maksimale strømningshastighet bedømt ved Wright's peak flow meter.
 H. Waaler. Oversykkelighetsgrupper.
 J. Lundar. Lungekreft i praksis.
 W. Lindberg. Luftforurensningen i norske byer og industristrøk.
 J. Schaanning. Kliniske og respirasjonsfysiologiske synspunkter på asbestose.

1964 , 20-21 nov

C. Semb Et tilbakeblikk over lungekirurgiens utvikling i Norge.
 K. Magnus Forekomsten av lungekreft i Norge
 H. Hauge Percutan pleurabiopsi
 J. Krohn Tre hæmoptysekasus
 S. Frostad Nyere PAS-undersøkelser
 E. Aspevik Klinisk prøving av et nytt tuberkulostatikum
 H. Hauge Intracutan allergitesting under pågående behandling med corticosteroider
 K. Larsen Mucoviscidose
 JR. Vale Sammenligning mellom to bronkolytika i aerosolform

1965, 26-27 nov.

T. Aamodt. Provokasjonsprøver ved asthma bronchiale.
 J. Krohn. Intratracheal provokasjon som ledd i allergiutredning ved astma.
 J. Lundar. Steroidbehandling av Boecks sarcoid i lungene.
 K. Holten. Noen biokjemiske pleuravæskeundersøkelser.
 EM. Askevold. Lungetumores - et 6-års-materiale fra Rikshospitalets lungeavdeling
 Thomassen. Herniering av lungen langs karskjeden i øvre thoraxapertur.
 E. Aspevik. Kliniske erfaringer med sekundære tuberkulostatika (Pyrazinamid, Cycloserin, Ethionamid).
 J. Haugseth. Et tilfelle av lungesykdom forårsaket av atypiske mykobakterier.
 K. Strand. Atypiske mykobakterier i et diagnosestasjonsmateriale.
 T. Aaneland. Femårs materiale av uklassifiserte mykobakterier.
 T. Wessel - Aas. Tuberkulosearbeidet i utviklingsland.

H. Waaler. Overgang til selektiv skjermbildeundersøkelser i Oslo. G.Hertzberg. Tuberkulosekontroll av lærere i Oslo 1938-1965.

1966, 25-26 nov.

HE. Hauge. Asthma bronchiale i et sykehusmateriale.
 O. Midttun. Asthma bronchiale i Møre og Romsdal
 T. Wessel-Aas, HE. Hauge, OA. Jenssen. Bronchitis chronica i et sykehusmateriale.
 A. Sanderud. Kirurgisk behandling av spontanpneumothorax og lungeemfysem.
 HE. Hauge. Sammenliknende undersøkelser av visse theophyllinderivater.
 A. Tuxen. Tuberkulose og tuberkulosebehandling i min tid.
 S. Frostad. Perforasjon av tuberkuløse bronchialglandler hos barn.
 J. Krohn. Utvikling av tuberkulostatikaresistens under sykehusbehandling.
 H. Henriksen. B12- og folinsyrebestemmelse hos pasienter under langvarig behandling med aminosalyl.
 E. Berle. Skjermbildeundersøkelsen i Oslo 1962. Dens innflytelse på tuberkulosemorbidityten.
 E. Eilertsen. Tuberkulose og sosial klasse.

1967, 24-25. nov.

J. Schaanning. Differensial - diagnostikk ved akutt lungesvikt.
 JR. Vale. Nyere synspunkter på respirasjonens regulering.
 F. Askevold. En psykiater ser på asthma.
 E. Aspevik. Akutt livstruende sarcoidose.
 E. Dahl. Svenska Rädda Barnens tuberkulosearbeid i Pusan.
 J. Krohn. Bør tuberkuloseovervåkingen i Norge sentraliseres noe?
 E. Eilertsen. En årsak til positiv tuberkulinreaksjon uten tuberkulose.
 HE. Hauge. Synspunkter på diagnosestasjonsvirksomheten.

1968, 29-30 nov.

J. Lundar. Kombinasjon av lungecancer-lungetuberkulose.
 K. Bjartveit. Bakteriell resistensutvikling overfor tuberkulostatika. Prognose etter 8 år.
 K. Øvreberg. Felles behandlingsopplegg for terapieresistent tuberkulose. Preliminær rapport.
 J. Helgaker. Agammaglobulinemi. Et tilfelle med residiverende bronkopneumonier.
 T. Wessel-Aas. Bronchomalasia - Asthma bronchiale.
 J. Tveit. Spontan pneumothorax. Et materiale fra Lungeavdelingen i Bergen.
 NP. Boye. Multiple disseminerte lungefortetninger. Preliminær rapport.
 HE. Hauge. Astmasykdommens forekomst og invalidiserende effekt.
 AO. Jenssen. Tumorceller i ekspektorat ved lungetumores.

1969, 28-29. nov.

CM. Müller. Pulmonal hypertensjon.
 G. Mowé, P. Lexow. Asbestose og lungecancer.
 MD. Harboe. Primær tuberkuløs genitalinfeksjon hos en sarcoidosepasient.
 PA. Amlie. Alfa1-antitrypsinopati og obstruktiv lungesykdom.
 EJ. Berle. Selektiv skjermbildeundersøkelse i Oslo-erfaringer fra en innkjøringsperiode.
 E. Dahl. Er tiden inne til å rasjonalisere tuberkulosearbeidet i skolen?
 Panel: K. Bjartveit, E. Dahl, E. Eilertsen, OK. Thomassen, HTh. Waaler, T. Wessel-Aas. Vår tuberkulin- og BCG-politikk i dag og i fremtiden

1970, 27-28. nov.

- J. Krohn. Lungeavdelingenes virksomhet og oppgaver i dag.
 A. Storaas. Doseringsforsøk med ampicillin.
 V. Jensen. Broncholytisk effekt av isoetharin per os og isoprenalininhalasjon.
 JR. Vale. Broncholytisk effekt av salbutamol oralt og ved inhalasjon.
 CHH. Haglund. Klinisk sammenligning mellom terbutalin og proxiphyllin ved oral administrasjon
 R. Espinoza. Klinisk komparativt forsøk mellom terbutalin og isoprenalinaerosol.
 S. Sparr. Ekg - registreringer ved bronchoscopi.
 NP. Boye, A. Østerud. Enkelt ventilasjonsprinsipp ved bronchoscopi.
 S. Sparr. Diazepam ved bronchoscopi.
 J. Schaanning. Flow - volum - registrering hos pasienter med obstruktiv lungesykdom.
 L.Nitter. Palliativ behandling av pasienter med lungekreft.
 K. Holten. Opptrening av pasienter med ventilasjonsinnskrenkning.
 O. Midttun. Forekomst av asthma bronchiale.

1971, 26-27. nov.

- SJ. Eek. Medfødte lobære emfysem.
 J. Pepys. Recent experiences with lomudal.
 NP. Boye. Arbeidsutløst bronchial obstruksjon. Effekt av lomudal.
 AO. Jenssen. Effekt av bronkolytisk aerosol i relasjon til doseringstidspunkt i inspiriet.
 R. Dahle, IJ. Våla. Spesifikk hyposensibilisering av asthma bronchiale.
 Etterundersøkelse av et sykehusmateriale.
 JTH. Lien. Fibrinolytisk behandling av lungeemboli.
 S. Frostad. Beregning av dead - space ved kontinuerlig analyse av CO₂ i
 ekspirasjonsluften.
 J. Pepys. The Type III allergic reaction in pulmonary diseases
 OK. Thomassen. Aspergillom i lungen.
 JR. Vale, K. Rootwelt. Injiserte makroaggregaters innflytelse på den pulmonale gassutveksling.
 J. Schaanning, S. Sparr. Venesection og rheomacrodexinfusjon og gassutveksling.
 J. Helgaker. Undersøkelse av røkevaner hos noen tidligere innlagte astma -
 bronkittpasienter.
 JR. Vale, H. Høst. Lungefunksjon etter såkalt kappebestråling ved
 lymfogranulomatose.

1972, 24-25. nov.

- CG. Schaanning, A. Gulsvik. To metoder til bestemmelse av lungevolum.
 KS. Andersen. Foreløpige erfaringer med transfer factorbestemmelse.
 J. Schaanning. Sirkulatoriske parametre under arbeidsbelastning ved obstruktive lungesykdommer.
 G.Bjerkestrand, H. Johannessen. Lungeabscesser. Et 5 - års materiale fra Lungeavdelingen i Bergen.
 T. Unneberg. Multiple lungeforkalkninger etter varicelle pneumoni. 3 kasus.
 NP. Boye, O. Djøseland, H. Haugen. Utskillelseshastighet og binding av hydrocortison hos astmatikere.
 K. Bjartveit. Informasjonsmateriell om røyking og helse.
 T. Unneberg. Procainindusert LE med lunge manifestasjoner.

H.Johannessen. Pleural aspergillose. Demonstrasjon av kasus.
 OK. Thomassen. Forstørret vena azygos som årsak til tumorsuspekt skygge i høyre hilus.
 P. Amlie. IgE - bestemmelse som diagnostisk hjelpemiddel ved obstruktive lungesykdommer.
 NP. Boye og medarb. Doege - Potter syndrom.
 AO. Jenssen. Måling av nasal resistence før og etter Lomudal ved allergenprovosert nasalstenose.

1973, 30.nov-1. des.

J. Schaanning, J. Vilsvik. Betablokker (Practlol) ved obstruktiv lungesykdom
 JTh. Lien. Interstitiell lymfocytær pneumoni.
 J. Vilsvik. Percutan lungebiopsi. Resultater av 122 biopsier utført med «Vim-nål» (Tru - cut).
 A. Gulsvik, DM. Solheim. Lungenes lukningsvolum (closing volume).
 JR. Vale. Diskusjonsinnlegg angående «closing volume».
 CG. Schaanning, A. Gulsvik, P. Brandtzæg, S.Frøland, HM. Høyeraal, KB. Hellum. Immundefekter - en årsak til residiverende luftveisinfeksjoner.
 Harald Johannessen. Effekten av hyposensibilisering og dinatriumkromoglykat ved asthma bronchiale.
 P. Amlie. Steroidenes virkningsmekanisme ved asthma.
 J.Vilsvik, J. Schaanning. Beclomethasone spray. Et alternativ til perorale steroider ved obstruktive lungelidelser. (Foreløpige erfaringer med 37 pasienter).
 NP. Boye, O. Djøseland, A. Gulsvik. Beclomethasone dopropionate aerosol ved behandling av asthma bronchiale.
 P. Amlie. Beclomethasone behandling. Referrat av behandlingsresultater fra AllergiInstituttet Voksntoppen.
 P. Amlie. Allergisk reaksjon på Synacten depot.
 H. Johannessen. Pulmonal eosinofili.
 CW. Janssen, T. Bjerkeset, JTh. Lien, A. Myking. Tumor mediastini (sine struma).(Et pasientmateriale fra Haukeland sykehus).

1974, 22-23. nov.

AO. Jenssen, O. Smidsrød. En viscometrisk studie av macromolekyl-aggregering i expectorat.
 AO. Jenssen, O. Smidsrød. Fremstilling av foreløpig karakterisering av en glykoproteinfraksjon av expectorat.
 NP. Boye, P. Brandtzæg. Undersøkelser av immunglobuliner i bronchialslimhinnen.
 R. Walstad. Inaktivering av medikamenter ved acetylering.
 T.Wessel - Aas. Eksponeringssymptomer etter langvarig corticosteroidbehandling.
 KE. Langaker. Ett års erfaring med beclomethason.
 JS. Vilsvik, AO. Jenssen, R. Walstad. Effekten av intranasal beclomethason.
 S. Frostad. Øsofagustrykket i forskjellige kroppsstillinger hos unge, voksne mennesker.
 A.Gulsvik, V. Hansteen, E. Sivertsen. Rytmeforstyrrelser ved lungesykdommer i en overvåkingsavdeling.
 JR. Vale, NP. Boye. Beta - blokkere ved obstruktiv lungesykdom.
 T. Vigander. Massiv bilateral pneumoni utløst av salazopyrin.
 P. Røyset. Lungeabscess med uvanlig bakteriologi.

- G. Bjerkestrand. Transtracheal aspirasjon (TTA) ved bakteriologisk diagnostikk av akutte og kroniske nedre luftveisinfeksjoner.
 IJ. Skarpaas, NP. Boye, O. Fausa. Mukoviscidose hos voksne.
 J. Eikås. Katamenial pneumothorax.
 B. Johansen, A. Gulsvik, MK. Fagerhol. Emfysem og alfa1 - antitrypsinmangel.

1975, 21-22 nov.

- IL. Hansteen. Kromosomanalyse av eksudater for påvisning av malignitet.
 E. Florvaag. Mepakrinklorid ved behandling av pleura effusjoner.
 AO. Jenssen. Scanning av viskositet i sputum.
 JS. Vilsvik, J. Schaanning. En sammenlignende undersøkelse mellom practolol og en ny, antatt kardioselektiv beta-blokker.
 O. Langaker. Hvordan tar pasienten sin spray?
 J. Lundar. Rapport fra Seventh International Conference on Sarcoidosis.
 O. Langaker. Systemiske bindevevssykdommer i lungene. Et 10 - års materiale fra lungeavdelingen, Rikshospitalet.
 J. Schaanning, S. Rørvik. Ekspiratoriske luftstrømskurver ved økende lufttrykk.
 B. Johansen. Residualvolumet ved fibroserende alveolitt.
 T. Wessel-Aas, J. Schaanning. Lungefunksjonsundersøkelser hos feiere.
 JS. Vilsvik, J. Schaanning. Blodgassforandringer ved fiberoptisk og konvensjonell bronkoskopi.
 KE. Langaker. Intrakutantesting - kontrollert forsøk med blandingsallergener kontra enkelt allergener.
 T. Vigander. En uvanlig Pirquet - komplikasjon

1976, 19-20. nov.

- G. Mowé. Lungefibrose på grunn av hårdmetallstøv.
 EJ. Berle. Tuberkulosen i dag og i fremtiden.
 HE. Hauge. Miliartuberkulose som diagnostisk problem.
 A. Ose. «Røntgen negativ» hemoptyse.
 RC. Borthwick. Radiographic Patterns of Acute Mycoplasma Pneumonitis.
 OM. Langaker. Carcinoembryonalt antigen (CEA) i bronkialsekret.
 A. Gulsvik. Observatørvariasjon ved «Astma-undersøkelsen i Oslo».
 RC. Borthwick. An Automatic pulmonary function analyser-preliminary experience with the Hewlett - Packard model 4702A.
 T. Unneberg. Hjerteraffeksjon ved sarcoidose.
 K. Holten, PB. Lexow. Alveolær proteinose.

1977, 26-26. nov.

- NB. Pride. Progression of chronic airflow obstruction.
 A. Gulsvik. Symptomer fra respirasjonsorganene og røykevaner i Oslo.
 G. Bjerkestrand. Pneumocystis carinii-pneumoni. Diagnostikk og behandling.
 J. Asmervik. Lobær tensjonscyste.
 OK. Thomassen. Mekanismen for den nedsatte PaO₂ ved lungeemboli.
 CG. Schaanning. Høydesyke.
 G. Hansen. Ublodig bestemmelse av oksygenmetningen.
 S. Bøyum. Cellulær immunitet ved tuberkulose og lungecancer.
 NB. Pride. Role of autonomic nervous system in asthma

- C.Christensen, H. Erikson, NP. Boye, G. Hansen. Virkningen av pindolol (Viskén) på lungenes belgfunksjon hos pasienter med asthma bronchiale.
- BS. Nilsson. Har mukolytika någon plats i behandlingen av obstruktiv lungsjukdom?
- AO. Jenssen. Carbocystein ved kronisk obstruktiv bronkitt.
- RC. Borthwick. Hydatid Disease of the Lung.
- K. Holten. Dynamisk ergospirometri.
- A. Gulsvik, B. Johansen, JR. Vale. Referanseverdier ved spirometri.
- A.Gulsvik, B. Johansen, JR. Vale. En sammenlignende undersøkelse av 6 spirometre.

1978, 17-18. nov.

- G. Cumming. A new look at pulmonary function tests.
- B. Johansen, JR. Vale. Digital analyse av flowvolum kurver.
- MB. Ugstad. The quiet zone (film).
- A. Gulsvik. Evaluering av oksygentilførselssystemer på overvåkingspost.
- IJ. K. Skarpaas. SIAD - et paraendokrint cancersyndrom. Et behandlingstilbud.
- P. Lund-Larsen. Ambulant larynx – avstryk - et alternativ til etterundersøkelse etter skjermbildefotografering.
- OH. Iversen. IPALS - audiovisuelle læremidler i patologi. Pathology of the Respiratory System Demonstrasjon og gjennomgang.
- A. Naalsund. En etiologisk overraskelse ved midtlappsatelaktase.
- RC. Borthwick. A Cancer family.
- R. Dahle. Transbronkial lungebiopsi.
- A. Eivindson. En uvanlig pneumoni.
- G. Cumming. The application of the new concepts in obstructive lung disease.
- K. Holten. Effekt av aerosol bronchodilatorer hos pasienter med kronisk luftstrømsobstruksjon.
- RC. Borthwick. Acute and chronic treatment with beclomethasone dipropionate and its effect on exercise-induced asthma.
- PM. Johannessen. Alternativ empyembehandling. En kasuistikk.
- J. Pesonen. The mucociliary escalator (film)
- K. Alanko. Yrkesastma och arbetsmiljö.
- A. Gulsvik. Tobakksrøyk og arv: årsaker til obstruktiv lungesykdom?
- G. Hansen, E. Gløersen. Allergitredning hos voksne astmatikere.

1979, 23-24. nov.

- P. Cole. The Pathogenesis and Treatment of Recurrent and chronic Respiratory Infection.
- AO. Jenssen. Makrofager i bronkialsekret ved kronisk bronkitt.
- S. Bøyum. Astmatisk pulmonal eosinofili.
- OC. Haanæs. Allergisk bronko - pulmonal aspergillose.
- H. Finsen, J. Schaanning. Ulike kuldenivåer innvirkning på lungefunksjonsparametre under arbeidsbelastning.
- JR. Vale. Den forserte ekspirasjon - et tidsfenomen?
- P. Cole. Studies on Pathogenetic Mechanisms of Fibrogenesis.
- B. Johansen. Smelteverksarbeide og lungesykdom.
- EJ. Berle. Mini – BCG - et alternativ til revaksinering.
- H. Roksvaag. Faktorer som influerer Rimactankonsentrasjonen.
- KE. Langaker. Tre ukers terbutalinspraybehandling med rør (inhalett) og ballong

B.Johansen. Effekt av terbutalin ved inhalasjon fra kolbe.

1980, 21-22. nov.

D. Denison. New Ways of Looking at the Lung.

JR. Vale. Kan klinisk spirometri forbedres via matematikk?

A. Gulsvik. Kalibrering av spirometre.

J. Kongerud, A. Gulsvik. Praktisk bruk av metakolin for påvisning av bronchial hyperreaktivitet.

B. Johansen. Lungecyster og nyresvulster: to sider av samme sak?

S.Kornstad, T. Talseth, NP. Boye, J. Bredesen. Plasmaprofilen av to «slow - release» teofyllin preparat og et mikrokrySTALLinsk teofyllin preparat.

KE. Langaker. Sammenliknende klinisk forsøk med et nytt «slow-release» teofyllin preparat og et mikrokrySTALLinsk teofyllin.

NP. Boye, E. Udjus, J. Kongerud, S. Kornstad, J. Bredesen. Innvirkning av «Ketotifen» på histamin bronkial provokasjonsforsøk og prikktesting hos pollen allergiske astmatikere.

H. Finsen, J. Schaanning. Ulike kuldenivåers innvirkning på lunge/hjertefunksjonen under arbeidsbelastning hos 30 yngre skiløpere.

D. Denison. Pressures on the Lung.

E.Gløersen, K. Rootwelt, A. Kolbeinstvedt,

HA.Rogstad, A. Gulsvik. Computertomografi og scintigrafi med 67 Ga ved hilusnære lungefortetninger.

E.Melbostad, NP. Boye, A. Serck-Hansen. Fiberbronkoskopi i en medisinsk avdeling.Diagnostisk verdi.

G. Mowé. Malignt mesoteliom i Norge. Epidemiologiske, yrkes- og trygdemedisinske aspekter.

J. Tveit, O. Overå. «Tuberkuloseepiemi» anno 1980.

OC. Haanæs. Glukokortikoider og reaktivering av tuberkuløs sykdom. Et niårsmateriale.

G. Hansen. Lungeinfeksjoner med atypiske mykobakterier.

F. Kjeldsberg. Et kasus med osteomyelitt forårsaket av atypiske mykobakterier

T. Vigander. Et enkelt diagnostikum ved sarcoidose.

S. Habberstad. Sentral nervøs affeksjon ved sarcoidose. Et kasus.

1981, 20-21. nov.

H. Poppius. Anstrengelsesutløst astma.

B. Johansen. Fordeling av luftveismotstand hos pasienter med bronkial astma før - og etter behandling med systemiske steroider.

SØ. Jørstad, E. Omenaas. Kliniske erfaringer med teofyllin i slow-release form (Theo - dur).

J.Tausjø, M. Calmeyer, H. Høst, P. Lexow, A. Gulsvik. Resultater av behandling av småcellete anaplastiske lungetumores.

G. Hansen, S. Birkeland. Lungetuberkulosekirurgisk behandling

K. Holten. En sammenlikning mellom røntgenologiske, perfusjonsscintigrafiske og fysiologiske funn ved antatt lungeemfysem.

H. Poppius. Antikolinergisk behandling ved obstruktiv lungesykdom.

J.Kongerud, K. Kramer, A. Bergan, B. Johansen Når trangt spiserør gir trangt luftrør.

SØ. Jørstad, IH. Nygaard. Unilateralt lungeødem ved spontan pneumothorax.

L. Rosenhall. Aerosol kortikosteroider i behandling av asthma bronchiale.

H. Roksvaag, OK. Refvem. Serumkonsentrasjoner av rifampicin under tuberkulosebehandling. Prospektiv undersøkelse.

R. Dahle. Trakeal børste. En ny metode til isolering av mikroorganismer fra nedre luftveier.

1982, 19-20. nov.

ST. Holgate. Mediator release from human mast cells in its pharmacological modulation.

K. Holten. Asthma bronchiale - én sykdom?

ED. Udjus, A. Gulsvik. Penicillamin-induert oblitererende bronkiolitt?

H. Roksvaag, L. Skalleberg, C. Nordberg. Lukning av bronkialfistel med vevs slim via fiberbronkoskop.

R. Dahle. Wegeners granulomatose.

T. Vigander, H. Haugland, PM. Johannessen. Ca. bronchiale- et Vestlandsmateriale.

G. Hansen. Robert Koch-et hundreårsminne.

G. Hansen, OC. Haanæs, K. Bjartveit. Sene residiver av tuberkulose etter gjennomgått medikamentell behandling.

S. Riis, I. Eggen. BCG-komplikasjon: Disseminert ikke - fatal utsæd av BCG-bakterier hos 14 år gammel gutt.

PF. Ekholdt, R. Dahle. Tuberkulose hos pasient med redusert cellulær immunitet.

OC. Haanæs, A. Gulsvik. Kjemoprofylakse mot tuberkulose.

IJ. K. Skarpaas. Bronkial hyperreaktivitet og kliniske erfaringer med metakolin - test.

JR. Vale, A. Gulsvik, J. Kongerud. Matakolintest i klinikken - foreløbige erfaringer.

ST. Holgate. The role of the mast cell in the pathophysiology of bronchial asthma.

J. Schaanning. Gir målinger av lungens elastiske retraksjonstrykk (Pstat) mer informasjon enn måling av lungens transfer factor (TLCO single breath) ved mistanke om generalisert lungesykdom? En sammenligning av de to metoder hos 70 pasienter.

Dodkin, NP. Boye. Behandling av status asthmaticus med narkose.

T. Aamodt, KB. Johansen. Bronko - alveolært skyllevann og angiotensinkonverterende enzym ved sarkoidose.

A. Bergmann, A. Gulsvik. Bronko - alveolær skylling - en foreløbig erfaring.

KI. Myhre, RA. Walstad. Antacidas innflytelse på absorpsjonen av Theo - Dur og Nuelin Depot.

T. Aamodt, JTh. Lien, O. Haaversen, K. Osmundsen. Effekten av teofyllin i slow release form og vanlig form på kronisk obstruktiv lungesykdom.

T. Tofte. Kirurgisk behandling av bulløs lungesykdom. Ett kasus.

SØ. Jørstad. Muggsopp og allergi.

1983, 18-19. nov.

I. Campbell. Multicenter clinical trial in the British Thoracic Society.

EM. Askevold, K. Arnesen. En uventet lungediagnose.

A. Bergmann, E. Gløersen. Tuberkulose i en indremedisinsk avdeling. Kasuistikk.

OK. Refvem, IJ. K. Skarpaas. Nye synspunkter på BCG - Referat fra en kongress i Budapest.

PF. Ekholdt. Goodpastures disease/Primær pulmonal hemosiderose. Kasuistikk.

N. Walde. Lymfomatosis granulomatosa.

NP. Boye, E. Melbostad. En sammenlignende undersøkelse mellom

Budesonide, «Becotide» og placebo spray hos pasienter med asthma.

NP. Boye, E. Melbostad. Sammenlignende undersøkelse av Budesonide med og uten inhalet, samt beta-ll-stimulator med og uten inhalet ved asthma.
 RA.Walstad, KI. Myhre, E. Wirum, Te Wessel – Aas «Sustained release» teofyllin og serumkonsentrasjon av frie fettsyrer.
 SØ. Jørstad, G. Rognved. Støyende pneumothorax.
 G. Hansen. Bruk av laser - stråler i behandlingen av bronchialcancer.
 B. Bergholtz, NP. Boye. Transbronchial nåleaspirasjon.
 T. Aasen, OM. Pedersen. Ultralyddiagnostikk ved sykdommer i lunge og pleura.
 R. Smith Meyer. Spredningsmønster og prognose ved pleuralt mesotheliom.
 I. Campbell. Smoking withdrawel in patients with smoking related diseases.
 OK. Refvem. Rifampicin og medikament - interaksjoner.
 H.Vik.Mo, N. Walde, HF. Jentoft, FJ. Halvorsen. Prazosinbehandling av pasienter med cor pulmonale. Effekter på hemodynamikk og arteriell PO2.
 J. Schaanning. Kriterier for datamaskinens (Appell) vurdering av lungefunksjonsdata.

1984, 16-17. nov.

A. Naalsund, JR. Vale. Øreoximetri med Biox II A.
 JR. Vale. Non - invasiv lungefunksjonsmåling ved arbeidsbelastning.
 O. Overå. Tine - test. Sammenligning med Pirquet.
 A. Gulsvik, HF. Jentoft, E. Risan, A.Tverdal, AM. Holm. Tuberkulose på Vestlandet. «Diagnosestasjonene - er de liv laga, - og tilfelle hva slags».
 G. Hansen. Kort innledning.
 K. Bjartveit. Rolle i tuberkuloseovervåkingen.
 G. Bjerkestrand. Slik grasrota ser det.
 N.Walde, J. Reinholdtsen. Planimetrisk bestemmelse av total lungekapasitet.
 J.Kongerud, B. Johansen. Normal nitrogentest ved obstruksjon i luftveiene.
 PF.Ekholdt, B. Opedal, B. Bergholtz. Diffus forbening i lungene.
 NP. Boye. Betydning av «hjelpstoff» i Salbuvent spray m.h.t. effekt og bivirkninger.
 K. Holten. Anticholinergika ved kronisk luftveisobstruksjon.
 T.Aamodt, Ø. Horgen, R. Dahle, K.Osmundsen. Toleranseutvikling ved langtids teofyllinbehandling?
 KB.Svenes, A. Borgersen, O.Haaversen, K.Holten. Pleuraplaques i et obduksjonsmateriale sammenholdt med røntgenfunn.
 TB. Aasen. Røykeavvenningsrutiner blant norske lungeleger.

1985, 22-23 nov.

S. Langård, E. Melbostad. «Er det fortsatt behov for lungemedisinsk screening?»
 NB. Fjeld. Nyheter innen thoraxkirurgien
 C. Müller. Nukleærmedisinske lungeundersøkelser.
 A. Naalsund, E. Gløersen. TBB - lite og dårlig?
 A.Gulsvik, F. Kjeldsberg, A. Bergmann, SF. Frøland, K. Rootwelt, JR. Vale. Høy dose metylprednisolon ved fibroserende alveolitt. En pilotstudie.
 R. Arnkværn. Hjemmerespiratorbehandling.
 A. Naalsund. ICD - 9 og obstruktive lungesykdommer.
 K. Holten. Mc Ardle's syndrom.
 O.Langaker. Grain handler's disease (kliniske, lungefysiologiske og immunologiske parametre hos kornsilo/møllearbeidere).

B.Johansen, J. Kongerud. Sammenlignende undersøkelser av maskinelt målt helningsvinkel av fase 3 på nitrogenutvaskingskurven.
 O.Mørkve, A. Myking, L. Segadal. Angiofollikulært lymfadenopati.
 SØ. Jørstad. En uvanlig lungeinfeksjon.
 E. Udjus. Gruppebehandling i astmabehandlingen.Tanker - erfaringer.
 TB. Aasen. Produksjon av oksygenradikaler hos alveolære makrofager og monocytter måling med kjemiluminsenseteknikk.
 E. Thorsen, H. Ørnhaugen. Lungefunksjon og arbeidskapasitet etter metningsdykk.

1986, 5.- 6. nov.50-års jubileum for Norsk forening for lungemedisin. 5. nov. Åpning av jubileumsmøte på Hotel Bristol - El Toro. Det Norske Teater: «Pantaglieze». 6. nov. Bankett Rokokkosalen, Grand Hotel.
 Grebstad, L. Svendsen, A. Gulsvik. Presisjon og normalverdiar for blodgassar og cutan oksygenmetning medisin. hos friske aldri - røykjarar
 J. Schaanning. Spirometrisk respons på bronkodilatator. Ulike typer?
 O. Mørkve, E. Skaarland, A. Myking, L. Stangeland, A. Gulsvik. Transthoracic needle aspiration biopsy guided by fluoroscopy: validity and complications.
 E. Omenaas, A. Gulsvik, T. Fagerli. Hjemme behandling med oksygenkonsentrator
 J. Vilsvik, J. Schaanning. En sammenlignende undersøkelse av effekten av tre forskjellige doser med Nedocromil natrium og placebo gitt som aerosol- ved anstrengelses astma.
 ED. Udjus, NP. Boye. Inhalasjonsallergener. Typer og forekomst.Presentasjon av resultat av 446 fortløpende allergitester.
 B. Bergholtz, SO. Mollestad. Respirasjonssvikt hos polioskadde, et undervurdert problem.
 CH. Hagelund et al. Erfaring av Lomudal (SCG) som tillegg til langtidsbehandling av astma.
 K. Skaug, E. Skaarland, A. Gulsvik. Transbronchial needle aspiration of peripheral pulmonary nodules.
 G.Hansen, OC. Lunde, K. Kvernebo. Endobronkial laserbehandling - erfaringer hittil.
 J. Vilsvik. ACCULEVEL - en metode for teofyllinbestemmelse.
 IJ. K. Skarpaas. Får funn av Hemofilus influenzae i ekspektorat konsekvenser for valg av antibiotikum.
 A. Naalsund. «Where did I see that article?» Forslag til utvikling av systematisert kartotek over artikler vedrørende lungemedisinske emner.
 H.Mellem, B. Johansen. Cervical osteochondrose somårsak til diafragmaparese.
 P.Bakke, A.Gulsvik. Spontan pneumothorax ved alvorlig astmaanfall.
 A.Bergmann, I.Ellingsen. A case report of obstructive sleep apnea.
 J.Rostrup, G.Hansen. Bronchial betennelsespolypp. En kasuistikk.
 OC. Haanæs. Astma ved Churg - Strauss vasculitt.
 N. Ringdal. Enprofyllin hos pasienter med kronisk obstruktiv |lungesykdom.
 1987 Mangler

1988, 2. nov.

E. Omenaas, O. Mørkve, A. Gulsvik. Cerebral luftemboli etter perkutan lungepunksjon.
 H. Veia. Erfaringer med lungesyke på flyreiser.
 S.Humerfelt. Presisjon og nøyaktighet av to forskjellige spirometertyper.

MB. Lund, KI. Myhre, H. Melsem, B. Johansen. Lungefunksjon etter tangentialfelt bestråling for ca. mammae.

R.Kibsgaard. Sammenheng mellom preoperativ lungefunksjon og postoperative komplikasjoner.

U.Aasebø. Hormonelle forandringer ved cyclisk kjemoterapi.

S.Kaasa, R. Hatlevold, E. Lund, H.Høst. Behandling av pasienter med ikke-småcellet lungecarcinom. Utbredt sykdom. Symptomrettet eller tumorrettet behandling?

P.Bakke, L.Svendsen, A.Gulsvik. Repeterbarhet av bronkial rovakasjonstest med metacholin.

L.Morland. Vekst og henfall av tuberkuløse lymfeknuter under tuberkulosebehandling. en kasuistikk.

B.Mella. Tuberkulose og AIDS, - et nytt kors for det internasjonale helsevesen.

P.Giæver. IADH-Komplikasjon til lungesykdom.

P.Bakke, L.Svendsen, A.Gulsvik. Intraindividuell variasjon av vanlige lungefunksjonsmålinger.

IJ.K. Skarpaas. Tbc. pulm. invet. Kontroller etter behandling

H.Mellem, Ø.Horgen, S.Emhjellen. Barotraume ved dykking pga solitær emfysebullula.

1989, 8. nov.

H.Mellem, NP.Boye, A.Gulsvik, L.Morland, OK.Refvem, L.Laxmyr, G.Hansen, B. Bergholtz. Intravenøs enprofyllin eller terbutalin ved akutt alvorlig astma.

N. Ringdal. En sammenlikning av Ventolin MDI og Bricanyl Turbuhaler.

T.Albrektsen. Er vi lykkelige med p - verdier? Klinisk og statistisk signifikans belyst med resultater fra en sammenliknende studie.

S.Humerfelt, I.Stensvold, G.Kvåle, P.Lund-Larsen, K.Bjartveit, A.Gulsvik.

Prevalence rates of asbestos and uartz exposure, respiratory illnesses, smoking habit and FEV1 in a male population of Norway.

E.Melbostad. Allergisk alveolitt og toksisk febersyndrom rapportert av norske lungeleger.

P.Bakke, V.Baste, R.Hanao, A.Gulsvik. Forekomst av obstruktiv lungesykdom i Bergen i 1988 sammenliknet med Oslo i 1972, og yrkestittel som risikofaktor for obstruktiv lungesykdom.

K.Holten. Klinisk betydning av luftstrømsmotstand versus FEV1.

JØ.Grebstad, I.Ellingsen. Behandling av obstruktiv søvnapné syndrom med nasalt kontinuerlig positivt luftvegstrykk.

K.Nicolaysen, B.Johansen. Bronchodilaterende effekt av acetylsalicylsyre.

G.Bjerke. Pleurasklerosering med Bleomycin ved maligne pleuraeffusjoner.

OC. Haanæs, T. Andersson, T. Erikstad. Cimetidin, hypogammaglobulinemi og cystisk fibrose.

BO.Bergholtz. Hypoxi og førerkort - Hvor går grensen?

N.Ringdal. Organisering av kliniske utprøvinger av legemidler i en sjukehusavdeling.

1990, 7. nov.

O. Mørkve. Lungkreft: Ny viten fra gammelt materiale. A.Sundset, G.Hansen,

OC.Haanæs, PD. Line, K.Kvernebo. Human bronchial mucosal perfusion evaluated with endoscopic laser Doppler flowmetry.

B.Johansen, O.Mellbye, KH.Carlsen, A.Danielsen, AB.Solheim. Fordeling av IgG subklasser hos pasienter med residiverende nedre luftveisinfeksjoner.

E. Melbostad, W. Eduard. Luftveissymptomer og toksisk feber hos norske bønder. Resultater fra en forundersøkelse i Ringsaker.

U.Aasebø, K.Kjær. Oksygenkonsentratorer - flytende oksygenkostnader.

B.Bergholtz, B.Johansen. Intravenøs prolactinbehandling i Norge - En statusrapport.

T.Røtnes, K.Kvernebo, D.Kollerøs, G.Hansen. Lungelaser behandling ved Aker sykehus.

A.Naalsund, F. Borchsenius. Lymfhangioleiomyomatose - en viktig årsak til residiverende episoder med pneumothorax hos unge kvinner.

A.Mellem, OH.Skjønsberg, T.Kristiansen. Bindevevssykdom med livstruende lungeaffeksjon - behandling med Cyclosporin A.

MB.Lund, B.Johansen. Overlevelse ved operabel lungecancer.

L.Fjellbirkeland. Sammenlikning av salmeterol doseaerosol og teofyllin depottabletter hos pasienter med moderat astma.

POSTERS

K.Nicolaysen, B.Johansen. Presisjon og nøyaktighet av Pocket Microspirometer.

K.Holten. Spesifikk diagnostikk ved arbeidsbelastning.

I.Ødegaard, N. Zafran, M. Oldervoll, A.Gulsvik. Livskvalitetsindekser: Dyspnoe og gangdistanse.

T.Røtnes, K.Kvernebo, R.Myklebust. Endobronchial stenting for stenose forårsaket av ekstern kompresjon.

U.Aasebø. En randomisert prospektiv protokoll for pleurasklerosering ved recidiverende maligne pleuraeffusjoner: En sammenlikning mellom mepakrinklorid og mitoxantrone.

1991, 6. nov.

E.Melbostad, BF.Rud. Bronchial reaktivitet, luftveissymptomer og lungefunksjon hos sveisere og maskinarbeidere.

V.Søyseth, J.Kongerud, J.Boe. Bronchial reaktivitet hos elektrolysehallarbeidere. En oppfølgingsstudie.

E.Bach-Gansmo, OH.Skjønsberg, NP.Boye. Kuldeprovokasjon - en metode for påvisning av bronchial hyperreaktivitet?

N.Ringdal. Inhalasjon av BDP via Autohaler og MDI.

S.Hummerfelt, O.Sulheim, S.Nilsen, G.Kvale R.Skjærven, A.Gulsvik. Smoking habits and decline in FEV1 of a general population of men aged 22 - 54 years at entry with up to 25 years follow - up.

J.Kramer Johansen, T.Flatebø, MN.Melsom, PO.Iversen, C.Müller, G.Nicolaysen. Regional distribusjon av ventilasjons - perfusjons - forhold (V/Q-forhold) hos geit.

T.Bøhmer. Magnesiummangel og mulige følger for lungesykdom.

A.Naalsund, E.Heldal, J.Kongerud, J.Boe. Miliær tuberkulose - en autopsidiagnose.

OC.Haanæs, L.Staxrud, KE.Langaker. Empyema, necessitatis tuberkulosa.

JO.Sundhagen, O.Lauen, O.Urnes, PK. Ekholt Thoracoscopi, verdi som diagnostisk hjelpemiddel.

E.Heldal, A.Naalsund, J.Kongerud, J.Boe. Dødelighet av aktiv tuberkulose i Oslo og Akershus 1977-1989.

E.Omenaas, P.Bakke, G.Haukenes, V.Baste, A.Gulsvik. Forekomst av virus antistoff i en generell befolkning. Assosiasjoner til kjønn, alder, røykevaner, bosted og yrkeseksponering for støv og gass.

JK.Stanghelle, CC.Christensen, OC.Haanæs. Direkte og indirekte måling av blodgasser under arbeid hos pasienter med cystisk fibrose.

MN.Melsom, PO.Iversen, ØV.Sjaastad. A. Aulie, T.Flatabø, G.Nicolaysen. Blod - strømfordeling i lunger hos normalfysiologiske geiter.

A.Sundset, OC.Haanæs, G.Hansen, PV Line, K.Vernebo. Metodiske aspekter ved endoskopiske målinger av bronchial mikrosirkulasjon med laser doppler flow-metri.

N.Ringdal. Teofylliner - fortsatt i bruk i astmabehandlingen?

RA.Walstad. Måling av antibiotika i nedre luftveier: Et tema med (for mange?) variabler.

JH.Holmboe. Oljebranner. Luftforurensning og helseskader i Kuwait.

1992, 4. nov.

V.Søyseth, J.Kongerud, J.Boe. Bronkial reaktivitet og fall i FEv1 hos elektrolyseoperatører i aluminiumsindustrien.

A.Øyri. Spesiell behandling av alvorlig astma.

J.Schaanning. Opprettelse av register for lungesyke pasienter som behandles med flytende oksygen.

N.Ringdal, CA.Stendal, G.Vaa, V.Søyseth, A.Gulsvik. Kan lokale steroider redusere lungefunksjonsfallet hos COPD pas?

OC.Haanæs, J.Kongerud, G.Hansen. Cystisk fibrose hos voksne - kliniske erfaringer fra 51 pasienter.

PF.Ekholdt. Nordisk multisenterstudie for behandling av malignt mesoteliom. Metotrexat og alfa/gamma interferon.

E.Bach-Gansmo, OH.Skjønsberg. Polymerisering av granulocytprotease - påvirket fibrinogen.

LB.Nesje, J.Asmervik, S.Ødegaard. Framstilling av tumor i fremre mediastinum ved endosonografi fra oesofagus og høyre hovedbronkus.

A.Sundset. Sentral luftveisperfusjon etter bronkial revaskularisering ved «en bloc» dobbel lungetransplantasjon.

B.Johansen, Ø.Bjørtnuft, J.Boe. Volumet av en lunge påvirker den andre lungens alveolære volum og derved diffusjonskapasiteten.

HS.Johansen, P.Giæver, F.Aspestrand, A.Kolbenstvedt. Effekt av unilateral bronkial okklusjon på brystveggenes dimensjon.

A.Naalsund, E.Heldal, J.Boe. Kan forsinket tuberkulosedagnostikk være årsak til økt forekomst av sykdommen i enkelte lavincidens land?

POSTERS

J. Vilsvik. Oxyimizer Pendent. Et oksygen sparende nesekateter.

G.Hansen, OC.Haanæs, J.Kongerud, S.Sander. Alvorlige komplikasjoner til BCG - installasjoner ved . ca. vesica.

P.Nafstad, KC.Lødrup Carlsen, L.Øie, G.Botten, KH.Carlsen, SO.Hansen,

J.Kongerud, B.Moe, SO.Samuelsen, L.Bratteteig. Miljø og barneastma - en presentasjon av et studiedesign.

J.Kongerud, OC.Haanæs, G.Hansen. Tracheal stenose som følge av autoimmun tyreoiditt?

O.Mørkve, OJ.Halvorsen, R.Skjærven,

L.Stangeland, OD.Lærum, A.Gulsvik. Molekylærbiologi og lungekreft: Gammelt materiale- Ny metodikk.

J.Moseng. Parietal fistel etter thoracoplastikk.

Ø.Fluge, N.Larsen, H.Botnen, A.Gulsvik. Nøyaktighet og målefeil ved moderne blodgassanalysatorer.
 E.Bach-Gansmo, OH.Skjønsberg. Effekten av granulocytprotease på fibrinolytisk aktivitet

1993, nov.

E.Melbostad, W.Eduard. Er kronisk bronkitt en arbeidsrelatert sykdom blandt bønder?
 M.Walenius, R.Henriksson, L.Bjermer. En sammenlignende studie mellom mitoxantron og mepakrin ved behandling av malign pleuritt.
 E.Bach-Gansmo, S.Halvorsen, HC.Godal, OH.Skjønsberg. Metoder for monitorering av elastaseaktivitet.
 K.Holten. Er spirometriske verdier homoscedastisk fordelt?
 A.Naalsund, B.Johansen. Lymfangioleiomyomatose - er det en sjelden sykdom?
 J.Kongerud, V.Søyseth, J.Ekstrand, J.Boe. Bronkial reaktivitet samvarierer med plasma - fluorider hos elektrolysehallarbeidere i aluminiumsindustrien.
 JS.Vilsvik, N.Ringdal, O.Bjørland, I.Eskeland, NP.Boye, S.Sende-Osen, S.Holthe. En sammenligning av effekt og akseptanse av Pulmicort/Bricanyl Turbuhaler og Becotide/Ventolin inhalasjonsaerosol hos voksne pasienter med astma.
 MB.Lund, J.Kongerud, J.Boe, O.Nome, AF.Abrahamson. Lungefunksjon etter strålebehandling og kjemoterapi for Hodkins sykdom.
 J. Schaanning, AH.Henriksen, JS.Vilsvik. Salmeterol og «exercise» asthma.
 T. Haugen, B. Nakstad, OH. Skjønsberg, T. Lysberg. Antigenekspresjon og cytokinproduksjon i lungemakrofager

1995. november

U. Aasebø. Streptokinase i behandling av kronisk empyem.
 I.N.Ly Tuberkulose i Oslo og Akershus - et 2 års - materiale.
 A. Naalsund, E. Heldal, Ø. Tverdal, J. Boe, P. Fauchald, T. Leivestad, B. Johansen. Bør alle resipienter infisert med M. tuberculosis få kjemoprofylakse i forbindelse med nyretransplantasjon?
 N. Ringdal, E. Derom, R. Pauwels. Onset and duration of single doses of formoterol turbuhaler in mild to moderate asthma.
 A. Bergmann et. al. Formoterol turbuhaler 12 mcg bid improves lung function in asthmatic patients compared with placebo and terbutaline.
 A. Eivindson, N. Ringdal, T. Rødølen. Formoterol 6 mcg bid administered via turbuhaler for 3 months compared with terbutaline and placebo in patients with asthma.
 F. Gallefoss. Astmapoliklinikk i Kristiansand.
 T. Tofte. Dagsenter for kronisk lungesyke.
 K. Lund, P. Sørstrand, J. Boe, J. Kongerud. Luftveissymptomer ved eksperimentell inhalasjon av hydrogenfluorid.
 Ø. Bjørtuft, S. Simonsen, O. Geiran, J. Fjeld, J. Boe. Lungenes hemodynamikk etter ensidig lunge-transplantasjon for parenkymatøs lungesykdom.
 F. Finnsnes og medarbeidere. Endothelin øker betydelig i bronkoalveolær skyllevæske ved eksperimentell inflammasjon i luftveiene.
 F. Finnsnes og medarbeidere. Påvirker blokkering av endothelinreseptorer en inflammasjonsprosess i luftveiene.
 K. Holten. Trender ved en lungeavdeling gjennom 20 år.
 R. Walstad. Forslag til utredning og behandling av lungeinfeksjoner/Pneumonier.

POSTERE

- K. Stavem. Asthma quality of life questionnaire ved kronisk obstruktiv lungesykdom.
 A. Bergmann, N. Ringdal, K. Wetteland, A. Eivindson, SØ. Jørstad, NP. Boye, E. Gløersen, KE. Viken, P. Gottschalk, P. Amlie. Formeterol turbuhaler 12 mcg bid improves lung function in asthmatic patients compared with placebo and terbutaline.
 MB. Lund, J. Kongerud, O. Nome, AF. Abrahamsen, J. Boe. Pulmonale senfølger etter kurativ behandling for Hodgkin's lymfom.
 N. Ringdal. Cross-over comparison of asthma control with new CFC-free formulation HFA - 134a Beclomethasone dipropionate (CFC-BDP) and CFC-Beclomethasone dipropionate.
 N. Ringdal. Efficacy and safety of salmeterol 50 µg bid via a pressurised inhaler formulated with GR106642X.

1996, 15 - 16. nov.

- O. Kahrs. Om registreringssentralen for omskolering av 1946.
 L. Bjermer. Diskus futide 800 µg x 2 gir en større påvirkning av HPA aksene enn turbuhaler pulmicort 800µg x 2.
 N. Ringdal. Efficacy and safety of fluticasone propionate 800 µg/d via diskhaler and budesonide 1600 µg/d via turbuhaler.
 V. Søyseth, J. Boe, J. Kongerud. Fall i FEV1 og eksponering for støv og tobakk hos elektrolyseoperatører i aluminiumsindustrien.



60-års jubileum Nffl Grand Hotel, Oslo.
 Vertskapet Anne Berit og Nils Ringdal
 ønsker velkommen til bankett

- M. Sue-Chu, I. Bjermer. Nitrogen oksyd (NO) - konsentrasjon i ekshalert og nasal luft.
 TS. Haugen, OH. Skjøsberg, H. Opdahl, B. Nakstad, T. Lysberg
 Nitrogenoksydbehandling ved ARDS – effekt på celler i blod og lunger.
 F. Finsnes, OH Skjøsberg, T. Tønnessen, O. Næss, T. Lysberg, G. Christensen.
 Produksjon og proinflammatorisk effekt av endothelin ved inflammasjon i luftveiene.
 F. Finsnes, G. Christensen, T. Lysberg, OM Sejersted OH. Skjøsberg. Hvilken rolle spiller endothelin i inflammasjonsprosessen?
 A. Kolbentvedt, A. Naalsund, B. Smevik, K. Vatne. Emoblisering av medfødte arteriovenøse malformasjoner i lungene.
 OC. Haanæs, G. Fluge, O-T. Storrøsten. Overdiagnostisering av cystisk fibrose.
 B. Johansen. Måling av transfer factor for CO og ujevn ventilasjonsfordeling i en og samme seanse.

K. Lund, C. Dunster, M. Refsnes, P. Schwarze, P. Sørstrand, J. Kongerud, J. Boe, FJ. Kelly Antioksydant respons i bronkoalveolær - væske hos ikke røykende menn eksponert for hydrogen fluorid.

R. Opdahl, HH. Strøm, U. Aasebø. Desentralisert utdanning i lungesykdommer ved bruk av telemedisin.

C. Svanes, E. Omenaas, A. Gulsvik. Astmasymptomer hos voksne er relatert til fødselsvekt.

J. Kongerud, P. Magnus. Dødelighet av OLS - er det farligere for kvinner enn for menn røyke?

1997, 21. November

E. Heldal, H. Döcker, A. Tverdal. Previous tuberculosis disease or infection in Norwegian

born patients with pulmonary tuberculosis, 1975, 1985, 1995

E. Heldal, H. Döcker, A. Tverdal. Resultat av tuberkulosebehandling i Norge 1995.

IJK. Skarpaas. Systemiske immunologiske reaksjoner ved tuberkulintesting forekommer de?

IJK. Skarpaas. BCG – mykobakterien – hvor lenge kan den leve i kroppen?

F. Gallefoss, P. Bakke. Prosjekt «Astma- poliklinikk i Kristiansand».

Sue-Chu, E-M. Karjalainen, A. Altraja, A. Laitinen, L. Bjermer, A. A. L. Larson, A. Laitinen,

L. Bjermer, L. Larson, LA. Laitinen. BALT-like lymphoid aggregates in endobronchial biopsies from young cross country skiers.

F. Finsnes, G. Christensen, L. Lyberg, OM. Sejersted, OH, Skjøsberg. Endothelin syntese og frigjøring under den initiale fasen av en eosinofil luftveisinflammasjon.

T. Haugen, H. Opdahl, H. Kåler, T. Lyberg. Inhalasjon av nitrogenoksyd hos friske: effekter på leucocyters adhesjonsmolekyler og produksjon av reaktive oksygenforbindelser.

O. Rysstad. Retrospektiv pneumonistudie ved Vest-Agder Sentralsykehus.

V. Strøm, JK. Stanghelle, J. Thorbjørnsen, OC. Haanæs. 6 minutters gangtest versus ergometersykkeltest hos kronisk lungesyke pasienter med anstrengelsesutløst hypoksi.

JK. Stanghelle, V. Strøm, J. Thorbjørnsen, OC. Haanæs. Oksygenbehandling av pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom og anstrengelsesutløst hypoksi. En randomisert, kontrollert studie over ett år.

JH. Holmboe. Lungekomplikasjoner ved benmargstransplantasjon.

MB. Lund, Ø. Bjørtuft, J. Kongerud, O. Geiran. Lungevolumreduserende kirurgi ved Rikshospitalet (I).

MB. Lund, Ø. Bjørtuft, J. Kongerud, O. Geiran. Lungevolumreduserende kirurgi ved Rikshospitalet (II)

B. Bergholtz, J. Boe, J. Kongerud, E. Jellum, G. Birkeland, K. Aas. Helseskade på grunn av avdunsting av vanntynnbar interiørmaling.

B. Bergholtz, J. Boe, B. Bratsberg, J. Kongerud, E. Jellum, B. Malvik. En ny metode for provokasjonstesting med flyktige organiske stoffer i vannrynnbar maling.

Vårmøter

1948, 11. Mai Oslo.

G. Hertzberg. Diagnosestasjonslegens lungedifferensialdiagnostiske problemer og deres terapeutiske konsekvenser.

C.Semb. Lungeabscesser og andre purulente lungelidelser.

C.Sinding-Larsen. Spesifikke og uspesifikke lungelidelser.

J. Holst. Bronkialkanser.

N. Danbolt. Kveims reaksjon ved diagnosen av den pulmonale form for Boecks sarcoid.

A. Bruusgaard. Silikosen i Norge.

F. Marstrander. Planigrafiens betydning ved spesiell lungediagnostikk.

T. Leegård. Bronchoscopiens betydning

G. Amlie. Et mulig tilfelle av lungesyfilis.

1948, 7-8. mai Lillehammer

Sosialt. 8. mai: Fest m/ damer. Viktoria Hotell. Utflukt til Aulestad

HC. Dedichen. Klinisk demonstrasjon.

Hovedemne: Om tuberkulinmatrikkel.

Innledningsforedrag: T. Gedde – Dahl Fylkeslege Grimsgaard.

S. Nissen Meyer. Relasjonen mellom tuberkuløs infeksjon og morbiditet.

Murstad. Om extrapleural pneumothorax.

C.Semb, A. Tuxen, HF.Harbitz. Om behandling av det tuberkuløse empyem.

1949, 7-8. juni Trondheim

Sosialt: 7. juni: Om aftenen privat selskapelighet. Omvisning i Stiftsgården.

Kunstforeningen

Felleslunsj i Frimurerlosjen. 8. juni: Busstur til Orkdal med lunsj hos distriktslege

Holm. Festbankett. Antrekk kjole event. smoking

Senresultater ved pneumothorax-

B. Sand Adrenalinpirquet til daglig praksis

K. Johnsen, F. Lund-Johansen. Pneumothoraxkomplikasjoner belyst gjennom et 5 - års materiale fra Lyster Sanatorium.

P. Vaksvik. Pneumothoraxmateriale fra Glitre sanatorium. Varighetsresultater

CMF. Sinding-Larsen. Varighetsresultater ved behandling med pneumothorax sammenlignet med plastikk.

G. Hertzberg. Varighetsresultater ved pneumothoraxbehandling av lungetuberkulose.

G. Pihl Resultater fra Reknes sanatorium m.h.t. pneumothoraxmateriale

P. Hanssen. Tuberkuløs meningitt. Tidlig diagnose og resultat av behandling.

K. Rogstad Pneumothoraxbehandlingen. En del anatomiske og patofysiologiske betraktninger.

D. Frimannslund, K. Rambøl. Pneumothoraxbehandling ved primærtuberkulose

OK. Thomassen. Pneumothoraxbehandling av store caverner.

T. Wessel-Aas. Postoperativ anoxemi.

.E. Arisholm. Pneumoperitoneum ved lungetuberkulose.

K. Johannessen. Streptomycin ved kollapskomplikasjoner.

O. Andenæs. Primær plastikk.

G. Sundgaard. Geotrichose i lungene.

G. Harlem. Registreringssentralen og dens attføring av tuberkuløse.
 O. Wold. Fra det praktiske tuberkulosearbeide i Trondheim.
 På tilbakevei fra Ringvoll sanatorium eventuelt omvisning på Haukåsen sykeh.

1950, 26-27. juni Bodø. Sosialt mangler

E. Arisholm, WH. Øverland. Om indikasjoner for PAS-behandling og kombinert kjemoterapi ved lungetuberkulose
 T. Kahrs. PAS-behandling av tuberkulose. Enkelte erfaringer fra Ullevål sykehus.
 J. Lundar. Larynxavstryk og ventrikkelskylling. En sammenlikning mellom de to metoder til påvisning av tuberkelbaciller.
 T. Gedde-Dahl. BCG-allergiens varighet.
 G. Moe. Tuberkuløs toppfibrose.
 T. Wessel-Aas. Tuberkuløs toppfibrose
 OK. Thomassen. Pneumoperitoneum.
 A. Gilje. Dyrkning av tuberkelbasiller. Sammenlikning mellom dyrkning fra larynxavstryk og fra ventrikkelskyllevann.
 K. Rambøl. Svikt i påvisningen av tuberkelbasiller i ventrikkelskyllevann
 E. Berle. Forsøk med frysetørret BCG-vaksine. Den fakultativt basillære topptuberkulose som terapeutisk og sosialt problem.
 S. Garegg. En undersøkelse av Oslo Helseråds materiale fra tidsrommet 1936-1955
 F. Marstrander. Selektiv bronchografi
 S. Frostad. Decortatio.
 B. Husebø. PAS - behandling ved Sandträsk sanatorium.
 J. Solem. Na - PASbehandling av tuberkuløse empyemer.

1951, 25. mai Oslo

K. Rogstad. Bronchialtuberkulose hos barn.

1951, 25-26. mai Åsgårdsstrand

Sosialt: 25. mai Felleslunch. Selakapelig samvær Havna Hotell. 26. mai: Sightseeing.
 Avslutningsfest. Værelsepris kr 8,- til 20, - Tillegg kr 5,- for bad

F. Lund-Johansen. Torakoplastikk - operasjon under graviditet.
 K. Rogstad. Bronchialtuberkulose hos barn
 P. Vaksvik. Om bronkialglandel - perforasjon
 L. Borgen, S. Nissen Meyer, E. Refsum Skjermbildefotografering,
 tuberkulinundersøkelse og BCG - vaksinasjon ved folkeundersøkelsen i Aker
 1947-1949.
 T. Wessel Aas. Kapillær surstoffmetning under arbeide ved lungetuberkulose.
 B. Werenskiold. Traumatisk bronkialruptur.
 G. Widstrøm. Om forsøk med Calmette - basiller merket med radioaktiv fosforisotop.
 R. Høyer Dahl. Tidsavstand mellom infeksjon og første caverne.

1953, 6-7. juni. Molde

Sosialt: 6. juni: Omvisning i Konfektionsfabrikken med lunsj. Omvisning barnehjemmet Symra. Festbankett Alexandra Hotell. 7. Juni: Biltur Varden.
 Omvisning på Romsdalsmuséet.
 E. Fredhjem. Det path. anatomiske bilde ved kjemoterapeutisk og antibiotisk behandlet lungetuberkulose.

C. Sinding-Larsen. Resistensundersøkelser og dosering av antibiotika.
 E. Eilertsen. Specifik medikamentell terapi ved primærtuberkulose.
 S. Eggen, A. Klingenberg, E. Refsum, A. Tuxen. Behandling av kronisk lungetuberkulose med Isonikotinsyrehydrazid med kontrollmateriale.
 J. Eikås. Erfaringer med isonikotinsyrehydrazid i behandlingen av lungetuberkulose.
 O. Kahrs (v/ P. Vaksvik). Isonikotinsyrehydrazid-behandling i sanatorimateriale
 E. Fredhjem. Et tilfelle av medfødt tuberkulose.
 G. Hertzberg. Tuberkulosen i Trivandrum og Oslo.
 E. Eilertsen. Primærtuberkulose i høy alder.
 S. Frostad. Thoracoplastikk på pasienter over 40 år

1954, 8. mai Oslo Hovedtema: Det forebyggende tuberku-losearbeid

O. Galtung Hansen Tuberkulosesituasjonen idag.
 T. Gedde-Dahl. Smittekamp og tuberkulinmatrikkel.
 HJ. Ustvedt. BCG-vaksinasjon i dagens tuberkulosearbeid.
 S. Nissen Meyer, S. Garberg, E. Refsum. Skjermbildefotograferingen i det forebyggende tuberkulosearbeid.

1955, 26-28. mai Kristiansand

Sosialt: 27. mai: Busstur til Mandal. Festbankett. 28. mai: Utflukt til Kristiansands omegn. Ravnedalen, Fylkesmuséet. Felleslunsj restaurant «Vindmøllen».
 Skjærgårdstur. T. Wessel Aas. Lungeinfiltrater med eosinofili.
 L. Efskind. Om lungecancer - Lysbilleder
 J. Hoel. Et tumormateriale fra Aker sykehus.
 T. Gedde - Dahl. Røntgenkontroll av omslagere
 P. Vaksvik Takplastikk- Film
 J. Lundar. Medikamentell behandling av lungetuberkulose i ambulant praksis.
 S. Garegg. Fortsatte studier over lungetuberkulosen i Oslo de siste 10 år.
 S. Frostad. Bronchoskopiske funn ved primærtuberkulose hos barn.
 K. Rogstad. Malign bronchialtuberkulose.

1957, 14-15. juni Bergen Sosialt program ikke nevnt.

T. Wessel - Aas. Meigs syndrom
 Ingeniør Maudal. Røntgenstrålenes art og virkning på genene.
 J. Haugseth. Et tilfelle av residiverende interlobært pleuratrassudat som tegn på svikt etter gjennomgått hjerteinfarkt.
 O. Kahrs. Etterbehandling og attføring av tuberkuløse.
 L. Riddervold. Skjermbildefotografering av utvalgte grupper.
 AM. Holmboe. Lungeinfiltrat som komplikasjon etter PAS.
 OK. Thomassen. Flyktige lungeinfiltrater på allergisk basis etter behandling med antibiotika.

1959, 29-30. mai Stavanger

Sosialt: 29. mai: Omvisning for ledsagere i Stavanger og omegn - lunch Mortepumpen. Bankett Hotell Atlantic. 30. mai: Skjærgårdstur med «Clipper» inn Lysefjorden til «Prekestolen»
 E. Eilertsen Inntrykk fra tuberkulosearbeidet i U. S. A.
 K. Westlund. Prognosen ved tuberkuløs pleuritt

K. Strand. Behandling og plasseringsproblem av gamle med destruktiv lungetuberkulose.
 K. Strand. Røntgenologisk undersøkelse av små og lite mettede lungefortetninger, spesielt ved emfysem.
 E. G. Aksnes. Emfysem og lungefibrose Sammenlikning mellom røntgenologiske, kliniske og respirasjonsfysiologiske funn
 H. Henriksen. Microlithiasis alveolaris pulmonum.
 T. Wessel - Aas. Et tilfelle av sannsynlig ornitose.
 K. Bjartveit. En oversikt over belegget ved en lungeavdeling.
 H. Engelsgaard. Forslag til nye krav for godkjenning av lungespesialiteten Langvarig diskusjon.

1961, 19-20. mai Sosialt: Mangler

S. Frostad. Fortsatte studier over aminosalkonsentrasjonen i blod.
 O. Aunan. Etterundersøkelse av et thoracoplastikkmateriale.
 T. Wessel - Aas. Resistensundersøkelser hos tuberkulosepasienter med ukontrollert medikamentell behandling
 Symposium om emfysem:
 T. Wessel - Aas. Innledning og kliniske betraktninger.
 K. Larsen. Patologi.
 OW. Husebye. Røntgenologiske betraktninger.
 JR. Vale. Respirasjonsfysiologiske betraktninger.
 C. Müller. Kardiale komplikasjoner.
 A. Sanderud. Kirurgiske synspunkter.
 G. Gleditsch, K. Bjartveit. En oversikt over belegget av tuberkulosepasienter ved medisinske anstalter per 1. XII. 1960.
 E. Berle. Såkalte atypiske tuberkelbasiller.
 NG. Mowé. Et tilfelle av asbestose.
 A. Sanderud. Mesoteliom i pleura.
 A. Marthinsen. Aktuelle sosialmedisinske tuberkuloseproblemer. Inntrykk fra seminar for læger og sosialarbeidere.
 O. Galtung Hansen. Inntrykk fra 14. hovedforsamling av WHO i New Dehli februar 1961.

1963, 24-25. mai Molde. Sosialt: 24. mai: Lunch m/ damer Bankett Alexandra Hotell.

25. mai: Omvisning Romsdalsmuséet, Mittet Iskremfabrikk
 J. Lehmann PAS - historik och senaste rön över metabolism i relation til dosering
 OK. Thomassen Prognosen ved tungetuberkulose etter senere års erfaring.
 O. Storstein Lungeaffeksjon ved hjertesvikt
 Å. Hanngren Jämförande distributionsstudier av några antibiotika och kemoterapeutika. Djureksperimentella undersökningar.
 EM. Askevold. Rundskygger i lungene, diagnose og behandlingsindikasjoner.
 N. Helsing, F. Lange - Nielsen, H. Lødrup. Reseksjon av glomus caroticum ved asthma bronchiale. Foreløpig meddelelse.
 A. Tuxen Inntrykk fra arbeidet ved Det Skandinaviske Undervisningssykehuset i Korea.
 E. Dahl Inntrykk fra diagnosestasjonsarbeidet i Seoul.
 JR. Vale Broncholytica ved spirometriske undersøkelser av pasienter med obstruktive luftveislidelser.

J. Krohn Bronchitis plastica. Demonstrasjon
 J. Lundar Demonstrasjon
 K. Bjartveit Tuberkuloseanstalter i støpeskjeen

1965 4-5. juni Voss. Sosialt: Tur til Stalheim med buss. Besøk i Voss kirke.
 Folkloreprogram på Haugur restauranten. Marta Norheim og Sigbjørn Bernhoft Osa..
 Tur til Mølster Folkemuséum. Lunch hos Lærum.
 JR. Myhre. Pulmonal hypertensjon.
 HE.Hauge. Klinisk anvendelse av CO₂ - bestemmelse i ekspirasjonsluften.
 HC. Paulsen. Desensibiliserende behandling og dens effekt på asthma bronchiale ved provokasjons - forsøk.
 J. Hetland Halvorsen, J. Krohn. Hæmoptysemekanismen velyst ved to kasus.
 A. Ulvåen. Bronchial endometriose.
 JR. Vale. En differentialdiagnose til Hamman - Rich syndrom.
 K. Birkeland, G. Hertzberg Lærere og tuberkuloseovens § 10 Kasus til diskusjon
 HE. Hauge Verdien av flere larynxprøver pr. dag.

1967, 26-27 mai Trondheim

R. Rokseth Cardial og pulmonal dyspné. Differensialdiagnostiske problemer
 Omvisning i den nyelungeavdelingen.
 J. Tveit. Klinisk betydning av for - høye kuldebindings- og ornitoseititre i et
 lungeavdelingsmateriale.
 J. Haugseth. Nok et tilfelle av destruktiv lungesykdom forårsaket av atypiske
 mykobakterier.
 T. Aamodt. Pulmonale soppsykdommer.
 K. Øvreberg. Antibiotikabehandling ved pneumoni.
 KE. Egenberg, J. Krohn. Lungescanning metodikk og klinisk anvendelighet.
 AO. Jenssen. Kalkpleura og kronisk empyem.
 HE. Hauge. To sjeldne bronchopulmonale tilstander.
 K. Holten. En sammenlikning av blodgassverdier i arterieblod og arterialisert
 kapillærblod.
 J. Krohn. Foreløbig ergaring med et nytt tuberkulostatikum.
 HT. Waaler. Selektiv skjermbilde - fotografering i Oslo. En foreløbig rapport.S.
 Svenneby. Isoniazidintoksikasjon.
 E. Eilertsen. En årsak til positiv tuberkulinreaksjon uten tuberkulose.

1969, 13-14.juni. Kristiansand. Sosialt: 13. juni: Sightseeing Agder Muséum,
 Oddernes kirke, Ravnedalen, Randesund durepark. Skjærgårdstur med ilandstigning på
 Dvergøya. 14. juni: Sightseeing. Bankett Hotell Caledonien.
 P. Wexels, O. Haaversen. Mediastinoskopi.
 V. Jensen, I. Enge, P. Lexow. Perkutan lungepunksjonscytologi og dens betydning ved
 diffuse lungeaffeksjoner.
 K. Holten. Kateterbiopsi ved perifere lungeaffeksjoner.
 HE. Hauge, JR. Vale. Åpen lungebiopsi ved diffuse lungeaffeksjoner.
 J. Schaanning. Sirkulatorisk funksjon ved lett og maksimal arbeidsbelastning hos
 pasienter med kronisk lungesykdom.
 E. Eilertsen. Isolert fraktur av 1. ribben

J. Schaanning. Lunge- og hjerterfunksjon ved lett og submaksimal arbeidsbelastning ved kroniske lungesykdommer.

JR. Vale. Mekanismer ved hypoksemi.

E.Eilertsen. Medisinske skadevirkninger av luftforurensninger.

KA. Larsen. Røyking og lungesykdommer.

H. Waaler, O. Galtung, K. Mordal. Tuberkulinreaktorer blant norske skolebarn.

T. Aamodt. Leverfunksjon under behandling med tuberkulostatika.

1971, 20-23. juni Bodø. Sosialt: 20. juni: Sammenkomst Rønvik Turisthytte. 21. juni: Busstur til Saltstraumen. Båttur til Kjerringøy. 22. juni: Felleslunch lungeavdelingen. Bankett Hotell SAS Royal.

I. Sandstrand. Pulmonal aspergillose

R. Røde, K. Holten. Ruptura cordae tendinae

E. Aspevik. Lungeinfeksjoner forårsaket av atypiske mykobakterier

S. Sparr. Bronchoscope ved hæmoptyser med ukjent årsak.

CG. Schaanning. Prinsipper ved kroppspletysmografi.

AO. Jenssen. Bronkolytisk effekt av salbutamol og isoprenalin aerosol gitt til astmatiske pasienter før og etter arbeidsbelastning.

K. Holten. Bronkolytisk effekt og effekt på blodgassverdier av terbutalin gitt subcutant og som aerosol.

1973, 20-23. mai. Britisk-norsk konferanse Solstrand Fjordhotell, omtalt annet sted ..

1975, 6-8. juni Gjøvik Sosialt: Felleslunch Strand Hotell. Utflukt på Toten til Balke kirke og Toten museum. Båttur på Mjøsa med Skibladner. Besøk på barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. Felleslunch Strand Hotell. Bankett Strand Hotell.

RC. Borthwick. The investigation and treatment of exercise induced asthma

K. Holten. Bronchodilaterende effekt av terbutalin aerosol ved kronisk luftveisobstruksjon.

NP. Boye, JR. Vale. Ibuprofen ved astma

A. Gulsvik. Astmaundersøkelsen i Oslo - målsetting og gjennomføring.

G. Hansen. Nitrofurantoin-hypersensitivitet

B. Johansen, PK Nakstad. Radiologisk bestemmelse av lungevolum.

AB. Aubert. Cor pulmonale.

E. Aspevik. Kronisk lungesvikt. (Respiratorbehandling av akutte eksacerbasjoner).

J. Schaanning, J. Frey. Virkning av benzocetamin (Tacetin) på lungeventilasjon hos pasienter med respirasjonssvikt.

K. Holten. En sammenlikning mellom gas transfer factor og perfusjons scintigrafi av lungene.

JR. Vale. Minicomputer i lungemedisin

I. Sandstrand. Et spesielt tilfelle av dyspné.

F. Larsen, IJ. Skarpaas. Yrkesmessig eksponering for flyktige stoffer.

1977, 17-19. mars Britisk-norsk konferanse i Bournemouth, omtalt annet sted

1978, 25.-27. mai Trondheim Sosialt: 25.mai: Konsert og omvisning Ringve. 26. mai: Heltagsstur til Østråt Buss/ Ferge. Bankett Esso Motor Hotel. 27. mai: Busstur. Omvisning Erkebispegården og Domkirken.

O. Harbitz, AO. Jenssen. IgA i sputum

AO. Jenssen, O. Harbitz. Elektronmikroskopi av mucin

H. Schartum-Hansen. Ultralyd i lungediagnostikken

JR. Vale. PEF, hva og når.

T. Vigander. Refleksjoner omkring et fiberbronkoskop.

NP. Boye, J. Bredesen. Lidokainlokalanestesi ved bronkoskopi.

Ø. Horgen. Tuberkulose og jejuno-ileal bypass operasjon.

S. Oseid. Prinsipper ved hyposensibilisering.

J. Schaanning. Åndningsmønsteret under arbeidsbelastning hos normale og hos pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom.

NP. Boye, T. Talseth, J. Bredesen. Et nytt mikrokrySTALLINSK teofyllinpreparat ved asthma bronchiale.

RC. Borthwick. Fenoterol (Berotec) and exerciseinduced asthma.

1979, 24-27. mai. Danskebåtene og fellesmøte med dansk pneumologisk selskab i København. 24. mai: Middag Prinsesse Margrete. Koldtbord Tivoli III og Colombine.

25. mai Hotell Sheraton Lunch. Sightseeing Nationalmuseum Fredriksund. J. F.

Willumsen museum. Middag Grand Ball East and West. 26. mai: Festmiddag M/S

Kong Olav. 27. mai: Frokost Kong Olav.

G. Hansen. Antibiotikabehandling ved kronisk bronkitt.

A. Eivindson. Bivirkninger ved antibiotikabehandling

K. Holten. «Kan du se hva jeg sier?»

CG. Schaanning. Lysbilder fra en fottur i Himalaya

T. Wessel - Aas. BCG - vaksinasjon for og imot

OM. Langaker. Fibroserende alveolitt. En retrospektiv undersøkelse.

R. Dahle. Farmer's lung. Påvisning av presipiterende antistoffer i lungevev

PM. Johannessen. Overfølsomhets - reaksjoner ved hypogammaglobulinemi og residiverende luftveisinfeksjoner. Et problemkassus.

OC. Haanæs. Pivampicillin ved nedre luftveisinfeksjoner.

E. Gløersen, JR. Vale. Reproduserbarhet av noen spirometriske variabler.

K. Holten. Pirbuterol. Et nytt bronkodilaterende middel.

1981, 21-24. mai Kristiansand. Sosialt: 21. mai: Sammenkomst hos kolleger i Kristiansand. 22. mai: Besøk i Grete Nash' keramikkverksted i Randesund og i dyreparken. Felleslunch i Klubben. Båttur til Lillesand gjennom blindleia. Deretter rekeaftern i Peters Kjøkken, Bertesbukta. 23. mai: Felleslunch i Klubben. Bankett Klubben.

S. Eidsvik. Lungesprengning. Oksygentoksisitet og lungeskader.

T. Tofte. Nærdrukning.

S. Eidsvik. Helsemessige krav til dykkere.

W. Torjussen. Prekankrøse forandringer i øvre luftveier-mulig sammenheng med utvikling av bronkialkanser.

J. Kongerud, A. Gulsvik, T. Hovik. Luftstrømobstruksjon ved immotil ciliesyndrom.

Ø. Horgen, K. Selvik, JR. Vale, A. Gulsvik, Bjerne, HE. Rugstad. Bivirkninger og serumkonsentrasjoner ved bruk av mikrokrySTALLINSK og «slow-release» teofyllin.

- A. Gulsvik, OK. Refvem. En ny metode for registrering av symptomer fra lunger og luftveier.
 H.Roksvaag, OK. Refvem. Serum - konsentrasjon av rifampicin. En prospektiv undersøkelse.
 A. Gilje. Forbigående diafragmaparese
 T. Unneberg. Hypersensitivitetspneumonitt.
 KE.. Langaker. A comparison between «Bricanyl inhalet» and «Bricanyl supplied with a balloon spacer».
 O. Langaker. His-registrering ved sarcoidose med hjerteaffeksjon.

1983, 12-14. mai Stavanger. Sosialt: 12. mai: Sammenkomst Hotel Atlantic. 13. mai: Felleslunch Skagen Sjøhus. Tur til Statoil og Gamle Stavanger. Bankett Hotel Atlantic. 14. mai: Felleslunch Mortepumpen, Hotel Atlantic.

- J. Morley. Antiallergic drugs.
 K. Vatne, A. Gulsvik. Digital subtraksjonsangiografi av lungekar.
 S. Harboe, A. Foerster, A. Gulsvik. Øsofagobronchial fistel hos voksne.
 NP. Boye, S. Kornstad. En sammen ligning mellom fenoterol spray og fenoterol pulver hos astmatikere
 NP. Boye, S. Kornstad. Hva foretrekker pasientene - spray eller pulver?
 J.Morley. Phospholipid metabolites in asthma.
 O. Langaker. Dobbel blind hyposensibiliserings studie av Spektralgen Midd - Dermatophagoides farinae. 1 års erfaring.
 G. Hansen, K. Larsen. Aktinomykose.En kasuistikk.
 IJ. K. Skarpaas, A. Gulsvik. Asthma og atopiassosierte sykdommer hos skolebarn i Oslo.
 H.Seim, J. Tausjø, A. Gulsvik. Etopside CCNU i fase – II - studium av småcellet carcinom.

1985, 23-25. mai Bergen. Sosialt: 23. mai: Mottagelse grand Selskapslokaler, Ole Bulls plass. Hilsning v/ Prorektor Ole D. Lærum. Musikk stud. med. Einar Davidsen. Grieghallen. Et Händel- program ved The Bach Choir, England. 24. mai: Lunch Haukeland sykehus. Busstur til Gamlehaugen. Trollhaugen. Konsert. Videre til Solstrand. Bankett Bellevue restaurant. 25. mai: Rusletur langs Bryggen. Avslutningslunch Bryggen Tracteursted.

- A. Schreiner. Samarbeid mellom spesialist i infeksjonssykdommer og lungesykdommer ved pulmonale infeksjoner.
 G. Haukenes. Virusinfeksjoner i respirasjonsorganene
 FJ. Halvorsen. Prøvetaking ved lungeinfeksjoner.
 A. Digranes. Mikrobiologiske undersøkelser ved pulmonale infeksjoner.
 A. Gulsvik. Lungeinfeksjoner hos den immunkomprimerte pasient.
 K. Holten. Diagnostikk og behandling av lungeabscess og empyem.
 H. F. Jentoft. Tuberkulose i 1985. Nye synspunkter
 A. Schreiner. Antibiotikapolitikk ved nedre luftveisinfeksjoner.
 K.Holten. Non-invasiv vurdering av blodgasser.
 E. Thorsen, H. Vik-Mo, A. Gulsvik. Trykket i arteria pulmonalis vurdert røntgenologisk.
 B. Johansen. Delta flow-volum kurven som mål for «densitydependence»
 J. Kongerud, B. Johansen. Nitrogentest ved luftstrømobstruksjon.

- T. Wisborg. Bestemmelse av arterielle blodgasser. En sammenligning av to typer prehepariniserte arteriesprøyter.
- E. Thorsen, N. Walde, O. Overå. Goulds spirometer. Nøyaktighet og presisjon.
- O. Langaker. Utdrag fra 10. internasjonale sarcoidose-konferanse i Baltimore, USA. 17-22. sept. 1984.
- A. Naalsund. Kurert småcellet anaplastisk carcinom-fra asken til ilden?
- R. Hanao. Grafitt-pneumokoniose.
- T. Aasen, B. Gylseth, V. Skaug, A. Gulsvik, E. Skaarland. Mineraler i bronkioalveolært skyllevann og transbronkial biopsi.
- O. Overå. Kaffeindusert astma.
- PF. Ekholdt. Pulmonal aktinomykose. Diagnostikk og behandling belyst ved to kasuistikker.
- R. Fanebust, M. Følling. Galliumscintigrafi. Metoder og erfaringer ved interstitielle lungesykdommer.
- DC. Flenley. Disordered breathing during sleep.
- H. Mellem, NP. Boye, R. Arnkværn, NB. Fjeld. Tuberkuløs tacheobronkitt, klinikk, komplikasjoner, behandling.
- J. Høstmark. Væskestrømcytometri.
- J. Høstmark, T. Vigander, E. Skaarland. Vækestørcytometriske målinger av pleuraeksudater.
- F.Kjelsberg, JR.Vale. Prognose vedinoperabel ikke – små - cellet lungecancer
- G. Hansen, IJ. K. Skarpaas, U. Abildsgaard. Alvorlige bivirkninger av methysergid.
- T. Aasen, A. Schreiner. Kjemotaksis hos mononukleære fagocytter.

1987, 1-3. mai Bergsjø Høyfjellshotell

- OH. Skjønberg. Utredning og behandling av lungeemboli og dyp venetrombose.
- SB. Sulavik. Pulmonal fibrose og vaskulitt.
- AO. Jenssen. Ny metode for analyse av mucin i bronkialsekret.
- J. Boe. En ny metode for behandling av pneumothorax.
- F. Borchsenius. Wegeners granulomatose.
- H.Mellem. Luftveisobstruksjon forårsaket av bilateral recurrensparese etter influenza, behandling med laterofiksasjon av stemme båndene.
- K. Bjartveit. Tuberkuloseepidemiologi anno 1987.
- J. Boe. Oksygenbehandling/Oksygen - studien i Sverige.
- SB. Sulavik. Behandling av sarcoidose.
- E.Thorsen, O. Mørkve, A. Gulsvik Lungefunksjon og fysisk arbeidskapasitet etter dypdykk.
- K. Bjartveit. Røyke-epidemiologi anno 1987.

Fra 1988 årlige vårmøter. Ikke konsekvent gjennomført pga kollisjon med Nordiske kongresser.

- ### **1988, 3-5. juni** Tønsberg. Sosialt: 3. juni: Buss til Th. Martinsens Sølvvarefabrikk, videre til Olsen Nauen Klokkestøperi. Skjærgårdstur med veteranskipet D/S «Kysten 1» med servering og dans. 4. juni: Buss til Oseberghaugen og Borrehaugene. Omvisning Munchs hus i Åsgårdsstrand. Lunch Åsgårdsstrand Hotell. Historiske Tønsberg med Slottsfjellet som utgangspunkt. Bankett Ballsalen Hotel Klubben
- I. Ellingsen, B. Bergholtz, P. Blom. Metotrexatindusert lungeskade.
- U. Aasebø. Thoracoscopisk lukking av bronkopleural fistel.

K. Holten. Litt om 40 - åringers lungehelse
 N. Ringdal. Euprofyllin og Theofyllin ved astma bronchiale.
 P. Gottschalk. Bronchoskopimateriale fra et tredelt sykehus
 T. Engan. Blodprøver som prognostisk faktor ved ikke-småcellet lungekreft.
 A. Naalsund, MB. Lund, H. Rostad. Operativ behandling av pasienter med coronal sykdom og lungekreft.
 U. Aasebø. Kvalmebehandling under cisplatinbehandling. Høydose primperan.
 R. Dahle. Dataregistrering på diagnosestasjonen.
 B. Nakstad. Lokal aktivering av koagulasjon - og fibrinolysesystemet ved lungesykdommer.
 Symposium Lungekreft:
 NP. Boye. Preoperativ behandling og evaluering.
 NB. Fjeld. Kirurgisk behandling og oppfølging.
 S. Kaasa. Inoperable ikke - småcellede lungecancere. Begrenset sykdom. Behandling.
 S. Kaasa. Utbredt sykdom. Behandling.
 U. Aasebø. Hvem skal behandle, når og hvordan?
 S. Aamdal. Småcellet lungecancer. Ny behandlingsprotokoll.
 NB. Fjeld. Pre- og postoperativ stråleterapi ved plateepitelcancer.
 L. Rustad. Smertebehandling ved langtkommen lungekreft + Videofilm.
 S. Aamdal. Tumormarkører.
 B. Johansen Yrkesbetinget lungekreft og trygdeytelser.
 PF. Ekholdt. Forslag til strukturert oppfølging av lungekreftpasienter.

1989, 3-4. mars Beito Høyfjells - hotell.
 Fellesmøte med pediatrik lungeinteresserte gruppe.

1990, 7-10. juni Molde Sosialt: 7. juni: Gildehallen, Romsdalsmuséet. Norsk mat. Kåseri med lokalt og medisinsk tilsnitt. Museumslektor Bjørn Austigard. 8. juni: Busstur for ledsagere Utflukt til fiskeværet Ona . 9. juni: Utflukt til Varden. Båttur. Besøk Fiskerimuséet Hjertøya. Bankett Alexandra Hotel
 Minisymposium. Mild astma.
 O. Selroos. Patofysiologi. Diagnostik och allmänna behandlingsprinciper
 T. Haahtela. First line treatment for newly detected asthma.
 J. Boe. Kliniske studier ved mild astma
 J. Schaanning. Anstrengelsesutløst astma
 B. Pedersen. Natlig astma.
 Ø. Bjørtuft, A. Naalsund, O. Geiran H. Lindberg, T. Frøysaker, B. Johansen. Seleksjonskriterier og utredning av lungetransplantasjons kandidater.
 O. Geiran, H. Lindberg, S. Simonsen, Ø. Bjørtuft, A. Naalsund, B. Johansen
 T. Frøysaker. Lungetransplantasjon: Metoder, indikasjoner, teknikk og preliminare resultater.
 B. Johansen, Ø. Bjørtuft, A. Naalsund, O. Geiran, H. Lindberg, T. Frøysaker
 Lungefunksjon etter enkel lungetransplantasjon.
 NP. Boye, T. Haugen, G. Semb, E. Sivertsen, R. Slaastad. Antatt behov for lungetransplantasjon.
 H. Mellem, F. Borchsenium. Utbredt glandeltuberkulose som differensialdiagnose ved mistanke om malignt lymfom pga. generell glandelsvulst.
 F. Kjeldsberg, A. Kjellevatn. Ikke - asbestrelaterte pleuraplaques.

IL. Hansteen, JT. Lien. Kromosomanalyse som diagnostisk hjelpemiddel ved malignt mesoteliom.
 F. Fjellbirkeland, A. Gulsvik. Svømmeindusert astma. En kasuistikk.
 J. Schaanning. Antikolinerg bronkodilatasjon sammenliknet med beta – 2 - agonisteffekt i selekterte undergrupper av reversibel obstruktiv lungesykdom.
 U. Aasebø. En enquete om oksygenbehandling i Norge.
 U. Aasebø. Å reise med surstoff.
 KI. Myhre, A. Olsson. Den elektroniske pasientjournal.
 G. Hansen, N. Ringdal. Felles diagnose/prosedyreregister for lungefaget tilpasset for PC.
 S. Hustad, E. Omenaas, A. Gulsvik. Cerebralluftemboli etter perkutan lungepunksjon- en kasuistikk.
 Invitert foreleser: TJH. Clark. Recent trends in asthma treatment.

1991, 30. mai-1. juni Fredrikstad. Sosialt: 30.5: Middag i «Grunnmurede». 31.5: Rundreise til Stordal kultursenter via oldtidsveien, helleristninger. Lunch Refsnes Gods. Galleri F 15. Båttur i Skjærgården. Bankett Hotel City.
 Kan vi standardisere våre målemetoder ved bronchial hyperreaktivitet?
 Møteleder: Amund Gulsvik.
 Naalsund A. Bronkial hyperreaktivitet og klinisk relevans.
 Kongerud J. Metoder for testing av den uspesifikke bronkiale hyperreaktivitet. Klinisk indikasjonsstilling for BHR.
 Bach Gansmo E. Metoder for testing av den spesifikke bronkiale hyperreaktivitet.
 Ringdal N. Bruk av dosimeterteknikk. En foreløpig vurdering. Oppsummerende diskusjon.
 Carlsen KH. Pato-fysiologi ved anstrengelsesutløst astma.
 Oseid S. Anstrengelsesutløst astma hos toppidrettsutøvere.
 Schaanning J. Treningsprinsipper hos voksne.
 Bisgaard H. Behandlingsprinsipper ved anstrengelsesutløst astma.
 Engel T. Inhalasjonsterapi med inhalasjonsaerosol eller pulverinhalator. Problemer og muligheter.
 Skarpaas IJ. Astma og graviditet.
 Sundset A, Haanæs OC, Enge I. Embolisering av lungearterier hos pasienter med cystisk fibrose og residiverende alvorlige hemopytyser.
 Gyltnes A. Bronkiale karsinoid. En studie av 7 pasienter.
 Ekholdt PF., Melberg F. Ultrasoundguided pig – tail catheter drainage of pulmonary diseases.
 Bjørtuft Ø, Johansen B., Boe J. Lungetransplantasjoner. ett års erfaring.
 Eskeland M., Omenaas E. Akutte inhalasjonsskader av damp og gass i lungene.
 Eikeland T. Næss O., Bryn B., Alm CB. Røykevaner blant elever i den videregående skolen på Voss.
 Chapman K. Antikolinerg behandling av obstruktive lungesykdommer.
 Oseid S. Fysisk trening av astmapasienter. Hvordan påvirker det sykkelighet og arbeidsevne?
 Emtner M. Fysisk trening av astmapasienter. Tilrettelegging av og individuelt.
 Mittjas P. Rehabilitering i institusjon. Hvordan innvirker det på sykkelighet og medikamentforbruk?
 Øvreberg K. Klimareiser.
 Dahle R. Klimareiser og rehabilitering,

Paneldebatt. Helsedirektoratet, Rikstrygdeverket, LHL, Astma- og allergiforeningen, Glittreklinikken, Granheim og Norsk forening for lungemedisin.

M. Burns. Travelling with oxygen.

M.Burns. Outpatient rehabilitation.

U. Aasebø. Behandling med bærbart oxygenutstyr. Indikasjoner for behandling.

OC. Haanæs. Langtidsoxygenbehandling Hemodynamiske effekter.

SØ. Jørstad. Praktisk gjennomføring av hjemmebehandling med oxygen.

J. Grebstad. Hjemmerespiratorbehandling. Demonstrasjon av utstyr til oxygenbehandling.

Gyltnes A. Rehabilitering av obstruktive lungepasienter.

Aasebø U. Distribusjon og bruk av flytende surstoff i perifere strøk; en modell for utbygging.

Amlie PA., Ringdal N., Jørstad SØ., Røyset P. Inhalasjonsutløst spray, et aktuelt behandlingsalternativ.

Ringdal N. Vurdering av 24 timers effekten av Bambuterol.

Johansen S. Dødelighet i et norsk PIZ - register.

1992?

1993, 3-6. juni Bodø. Sosialt;

I. Eggen. Borebiopsi av lokale og diffuse lungefortetninger.

O. Alexandersen. Lungekreft. Et 5 - års materiale fra Nordland Sentralsykehus

U. Aasebø, J. Norum. Intrapleural Mitoxantrone ved metastatiske maligne pleuraeffusjoner.

U. Aasebø, A. Gyltnes, R. Bremnes, A. Aakvaag, L. Slørdal. Reversering av sexuell impotens hos mannlige KOLS-pasienter ved langtids surstoffbehandling.

G. Hansen. Norske retningslinjer for behandling av kronisk obstruktiv lungesykdom.

T. Erikstad, OC. Haanæs, G. Hansen. Søvnapnoesyndrom-en kasuistikk.

1994 Intet vårmøte pga Nordisk kongress i Bergen.

1995, Trondheim

1996, 6. - 8. juni Lillehammer Sosialt: 6. juni: Festmiddag Lillehammer Hotell. 7.

juni: Busstur OL- anlegget, Aulestad, Granheim Lungesenter.

IJK. Skarpaas. DOT: Et gjennomførbart prinsipp i tuberkulosebehandlingen i Norge?

E. Heldal. Multiresistent tuberkulose i Norge

J. Høie, R. Dahle. Obstruktiv lungesykdom - en prospektiv registrering av øyeblikkelig hjelp innleggelser.

OC. Haanæs, T. Sjøheim. Dnase (Pulmozym) hos voksne pasienter med cystisk fibrose.

A. Eivindson. Transtracheal oksygentilførsel.

T. Sjøheim, OC. Haanæs. Amyloidose i sentrale luftveier.

G. Bjerke, J. Boe, P. Due-Tønnesen, HJ. Smith, B. Mohr, T.

Haugen. Volumreducerende lungekirurgipreliminære erfaringer med en ny behandlingsmetode.

G. Hansen, OC. Haanæs, M. Lund. Stenose/okklusjon i nedre luftveier ved Wegeners granulomatose.

P.Giæver. Forslag til prosedyre ved bronkoskopi.

N. Ringdal. Retningslinjer for utredning av pleuravæske.

CC. Christensen. Funksjonstesting.

A. Hjalmarson. Resultater fra lunge rehabiliteringsteamet ved RITØ.

- E. Haave. Psykologisk score før og etter rehabilitering.
 H. Folgering. Aspekter ved lungemedisinsk rehabilitering.
 A. Hjalmarson. Hvordan selekterer vi pasienter til lungerehabilitering.
 Diskusjon av seleksjonskriterier.
 I. Welle, PS. Bakke, A. Gulsvik. Transfer faktor for karbon monoksyd ved bronkial astma og kronisk obstruktiv lungesykdom i en generell befolkning.
 T. Naustdal, JM. Bjørkli, M. Lund. Poliklinisk rehabilitering av lungepasienter i Nord-Trøndelag.
 P. Giæver. Cancerassosiert hemolytisk uremisk syndrom

Nordiske kongresser

Her omtales bare norske bidragsytere til faglige program.

President

- | | | |
|------------------|-------------|--------------------|
| 1919 | København | |
| 1921 | Nummela | A. v. Bonsdorff |
| 1923 | Christiania | K. F. Andvord |
| 1925 | Stockholm | E. Waldstein |
| 1927 | København | K. Faber |
| 1929 | Helsingfors | A. v. Bonsdorff |
| 1931 | Oslo | H. Heitmann |
| 1933 | Stockholm | H. C. Jacobaeus |
| 1935 | Aarhus | Th. Begtrup-Hansen |
| 1937 | Helsingfors | S. Savonen |
| 1939 | Trondheim | J. Heimbech |
| 1941 | Stockholm | A. Westergren |
| 1946,26-27. juni | Gøteborg | A. Kristenson |
- Sosialt: 26. mai: Åpning i Gøteborgs Högskola. Felleslunch i Trädgårdsföreningen Restaurant. Bankett i Lisebergs Hovudrestaurant. 27. mai: Rundtur med «Paddan». Felleslunch i Lorensberg Restaurant.
 J. Holst. Aktuelle problemer i den kirurgiske behandling av lungetuberkulose
 E. Murstad. Extrapleural pneumothorax
 E. Refsum. Senresultater ved extrapleural pneumothorax.
 K. Smedsrud. Undersøkelse av thoracoplastikkens innflytelse på arbeidsevne og respiratorisk funksjon.
 F. Lund-Johansen. Tracheo - bronchitis tuberkulosa
 G. Hertzberg. Demonstrasjon av et tilfelle av Boecks sarcoid.

- | | | |
|------|-------------|-----------|
| 1948 | København | S. Bang |
| 1949 | Helsingfors | H. Haahti |

1952, 29-31. mai Oslo Sosialt: 29. mai: Felleslunch KNA - Hotellet. Sightseeing. Mottagelse Oslo Rådhus. 30. mai: Utflukt med buss til Sundøya. Nasjonalforeningen gir lunch. Bankett på «Dronningen». 103 norske deltagere.

President R. Høyer Dahl

Gen. sekretær: T. Wessel Aas.

R. Høyer Dahl Bronkialtuberkulose.

R. Høyer Dahl. Den lymfoglandulære bronkialtuberkulosens plass innen tuberkuloseinfeksjonen

P. Vaksvik. Primær» bronchialtuberkulose i et sanatoriummateriale.
 K. Rogstad. Lobær-segmentær lungefortetning hos primærtuberkuløse barn fra Vardåsen 1927 - 1950.
 L. Bækkevold. Bronchialtuberkuloseglandelperforasjoner.
 E. Berle. Lokalreaksjon og Mantouxreaksjon etter BCG hos skolebarn i Oslo.
 HJ. Ustvedt. Tuberkuløs sykdom hos BCG-vaksinerte.
 S. Frostad. Om påliteligheten av negative dyrkninger fra larynxavstryk og ventrikkelskyllevann.
 JH. Vogt. Senresultater ved behandling av tuberkuløs meningitt.

1954, 9-12. sept. Stockholm President A. Westergren Sosialt ikke kjent.
 P. Vaksvik. Indikasjoner for reseksjon resp. kollapsbehandling ved lungetuberkulose.

E. Refsum. Senresultat ved behandling av kavernøs lungetuberkulose med ekstraplevral pneumotoraks.
 E. Eilertsen. Underlappcaverner og pneumothoraxterapi.
 J. Heimbeck. Kliniske og eksperimentelle observasjoner over sexualhormoner og tuberkulose.
 E. Refsum. Resultater fra to masseundersøkelser med skjermbildefotografering utført med 3 års interval i den samme befolkning.
 S. Nissen Meyer. Resultater fra to tuberkulinundersøkelser, utført med 3 års interval i den samme befolkning.
 S. Frostad. En revisjon av et fylkes kroniske tuberkuløse.
 G. Hertzberg. Gradering av tuberkuløses smittefarlighet.

1956, 19-22. juni Aalborg. Sosialt: 19. juni: Aalborg Amt og By vert ved mottagelse i aalborghallen. 20. juni: Felleslunch i restaurant «Kilden». Busstur i Aalborg, Skørping Sanatorium og Rebild Nationalpark. Nationalforeningen vert ved smørrebrød i restaurant «Rebildhus» 21. juni: Tur til Vesterhavet. Bankett i Aalborghallen. 51 norske deltagere.

President: Th. Bergstrup Hansen

Sekretær: Axel V. Møller.

Th. Bergstrup-Hansen (?) Varighetsresultater av kombinert kjemoterapi av lungetuberkulose- spesielt henblikk på betydningen av inførelsen av Isoniazid.

S. Nissen Meyer. Konsekvensene av den endrede epidemiologiske situasjon i tuberkulosearbeidet

O. Galtung Hansen.T. Gedde-Dahl.

HK. Sandberg. Tuberkulose i en norsk bygd fra 1930 - 56.

K. Rogstad. Destruktiv bronchialtuberkulose.

S. Frostad. Bronchoscopiske funn ved primærtuberkulose hos barn.

OK. Thomassen. 5 års kontroll av sanatoriepasienter fra årene 1947 - 50.

1958 Åbo

President: E. Larmola

1960, 27-29. juni Oslo Sosialt: 27. juni: Felleslunch KNA. Båttur. Bankett Restaurant «Dronningen». 28. juni: Sightseeing i Oslo, avsluttes i Nyegaard & Co. Mottagelse i Oslo Rådhus. 29. juni: Akershus slott. Regjeringen gir mottagelse av deltagerne og deltagere i Nordisk Internist forbund.

President: H-J. Ustvedt

Generalsekretær: Odd Kahrs

De resistente tuberkelbesillers betydning i de nordiske land idag.

Ingen norske bidrag.

T. Dale, EM. Askevold. Røntgenundersøkelse og fiksering av makroskopiske lungepreparater i undertrykkskammer.

Bronchialcancerens diagnose og prognose. Norsk bidrag. L. Kreyberg.

A. Sanderud. Samtidig opptreden av tuberkulose og cancer i lungene.

C. Cappelen, L. Efskind, E. Poppe. Tema?

Rundebordskonferanse: Lungespesialistenes stilling idag og i fremtiden Norsk deltager: E. Dahl.

1962 Lund President: E. Hedvall

1964, 11-13. juni København President K. Tørning. Sosialt ukjent

K. Bjartveit, HT. Waaler. Tuberkuloseinsidens og BCG - program i Skandinavia.

E. Eilertsen. BCG-vaksinasjonens betydning i en komplett aldersgruppe i Bergen - en longitudinalstudie.

E. Eilertsen. Profylaktisk medikamentell terapi ved minimal lungetuberkulose.

EM. Askevold, T. Wessel Aas. Diagnose og behandling av solitære rundskygger i lungene.

JR. Vale. Daniels' biopsi ved ensidig malign lungetumor.

1966, 6-8. juni Helsingfors Sosialt: 6. juni: Buss til Fazers søtsakfabrik. Buss til

Marimekko fabrik. Lunch restaurant «Arkadia». Helsingfors stads mottagning i

Æmbetshuset. 7. juni: Lunch restaurant «Kestikartano». Buss til Fälisä. 8. juni: Buss til Tarvaspää museum. Sightseeing. Bankett på «Fiskartorpet».

President: J. Pätiälä



Nordisk kongress Helsingfors 1966. Til venstre Finn Døhl, ass. overlege Bergen Helseråd, til høyre Emil Aspevik, lungeavd. Haukeland sykehus., sekretær Nffl 1972-3

Gen. sekr. H. Poppius

OK. Thomassen. Den bacillære lungetuberkuloses prognose ved moderne behandling.

T. Aaneland. 5 - års materiale av uklassifiserte mykobakterier.

T. Bjerkedal. Atypiske mykobakteriers epidemiologi.

E. Berle. Atypiske mykobakteriers epidemiologi.

J. Haugseth. Ett tilfelle av lungesykdom forårsaket av atypiske mykobakterier.

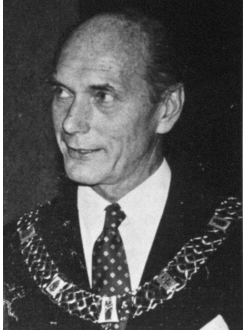
T. Wessel-Aas. Yrkessykdom i lunger og luftveier

K. Holten. Diagnostisk verdi av noen biokjemiske pleuravæskeundersøkelser

T. Wessel-Aas. Kollagene sykdommer i lungene.

J. Krohn, J. H. Halvorsen. Lungeaspergillose og Bechterews sykdom.

1968, 1-4. juni Bergen Sosialt: 1. juni: Åpning i Grand Café's festsal. Sightseeing Fantoft stavkirke, Håkonshallen. Mottagelse. Vertskap Bergen kommune. Bankett. 2. juni: Busstur til akvariet, Edvard Griega hjem «Troidhaugen»-konsert. Buss gjennom



byen til Mariakirken-Pinseandakt v/ domprost Per Lønning. Fløibanen til Fløien. Felleslunch i Fløirestauranten. Festspillkonsert Konsertpaléet Moskva Filharmoniske Orkester. 3. juni. Sightseeing m/ lunsj. Fana Folklore. 4. juni: Omvisning m/ manequinoppvisning Hagbarth Schjøtt's konfeksjonsfabrikk. Avslutningslunsj Hotel Norge. President Eilert Eilertsen
Gen. sekretær: Johs. Tveit.
L. Kreyberg. Aetiology of the lung cancer.

E. Pedersen. An epidemiological study of lung cancer in Finland and Norway.

L. Holbæk-Hansen. Problems and possibilities in modifying smoking habits.

E. Aspevik. Coexisting carcinoma of the lung and tuberculosis.

T. Wessel Aas, JR. Vale, HE. Hauge. Artificial ventilation in chronic pulmonary insufficiency.

I. Hesselberg. Standardization of freeze-dried BCG vaccine by means of vaccination tests.

K. Magnus. The significance of bovine tuberculosis infection for human tuberculosis of today.

HT. Waaler. The definition of highrisk groups.

J. Lundar. Small-celled anaplastic lung carcinoma.

GK. Thorsrud. Pulmonary arteriovenous aneurysm.

1970 4-7. juni Göteborg. Sosialt: 4. juni: Åpning og byens mottagelse. Konstmuséet, Götaplatsen. 5. juni: Besök Bröderna Högbergs silversmedja el. Besök å Gamlestads Konsthantverk AB. Stora Teatern: Musical Zorba. 6. juni: Sightseeing Lunch Lorentsbergh Restaurant. Bankett på «Fars Hatt», Kungälv. Avslutningslunch restaurant «Kaskad». Vert: Svenska Nationalföreningen mot Hjärt- och Lungsjukdomar.

President: Gösta Birath

Gen. sekretær: Rolf Malmberg.

H. Waaler, O. Galtung. a) Den fremtidige aldersfordeling av nye tilfeller av lungeruberkulose i Norge. b) Oppdagelsesmåte for smitteførende lungetuberkulose etter alder og kjønn i Norge.

T. Sindre. Tuberkuløst pleuraempyem med bronkialfistel.

T. Tveit. Forandringer i tuberkulosens sykdomsbilde de siste 10 år.

K. Bjartveit. EDB og forebyggende tuberkulosearbeid.

K. Larsen. Lungekarforandringer ved de viktigste patologiske tilstander.

1972, 28-31. mai Nyborg Strand. Sosialt: 28. mai: Mottagelse på Nyborg Strand. Vert Fyns Amtsråd. 29. mai: Heltagstur til Egeskov Slot og Park. Teaterforestilling Odense Teater: «Vetsera blomstrer ikke for enhver» av Kjeld Abell. 30. mai: Besök Odense glasværk. Frokost restaurant «Skoven». Bankett Hotel Nyborg Strand.

President: Ole Christensen.

Gen. sekretær: Axel Kok-Jensen.

T. Tofte. Kollagene lungesykdommer. En retrospektiv analyse av 68 hospitaliserte pasienter.
 JR. Vale. Den perkutane biopsi plass i klinikken.
 K. Holten. Drill biopsi ved lokalisert og diffuse lungeprosesser.
 V. Jensen, I. Enge, P. Lexow. The value of percutaneous lung puncture cytology in clinical work
 K. Holten. Kateterbiopsi ved perifere lungefortetninger.
 CW. Jansen, T. Sindre. Et mediastinoskopimateriale fra Haukeland sykehus
 J. Digranes, OK. Thomassen. Angiographic findings in pulmonary aspergilloma.

1974, 6-8. juni Åbo. Sosialt: 6. juni: Åpning på Turun Kaupungin - Hilty teatteri (Åbo Stadsteater). 7. juni: Besøk Wälsiläs skeppsdockor. Hantverkermuseum. Lunch Hotell Marina's grillbar. Besøk Huhtamäkis fabriker. Presentation av Sibeliusmuséet eller Utflukt til Paimio sjukhus, Lungkliniken eller Fritt program. 8. juni: Felleslunch i Tutun Ylioppilastalo. Bankett på Åbo Slott

President: Eero Tala

Gen. sekretær: Ritva Tammivaara-

K. Bjartveit, G. Gleditsch. Oversikt over kronikerproblemet i Norge.

H. Johannessen, FJ. Halvorsen, TM. Kommedal. Vurdering av luftveisobstruksjon etter inhalasjon av allergener hos pasienter med asthma bronchiale.

T. Wessel-Aas. Orientering og forslag om følgende. Hovedtema på neste kongress i Oslo: «De obstruktive lungesykdommers epidemiologi».

1976, 13-15. juni Oslo. Sosialt: 13. juni: Åpning Hotell Scandinavia. 14. juni: Utflukt til Sundvollen, Ringerike. Bankett «Najaden», Norsk Sjøfartsmuseum. 15. juni: Båttur Indre Oslofjord med besøk Henie-Onstad Kunstsenter.. Avslutningslunch.

President. Trygve Wessel-Aas.

Gen. sekretær: Jon Rasmus Vale.

Symposium: «Obstruktive lungesykdommers epidemiologi» Norsk deltager: Amund Gulsvik.

B. Johansen, PH. Nakstad. Radiologisk bestemmelse av total lungekapasitet.

JS. Vilsvik, J. Schaanning. Effekt av atenolol, en ny cardioselektiv betablokker, på ventilasjon og kardiovaskulær funksjon hos astmapasienter.

EM. Askevold. Lungecancer- et lite materiale med lang observasjonstid.

T. Vigander Bronchiectasier.

B. Johansen. Diagnostiske problemer ved pleuraaffeksjoner.

HF. Jentoft. Mesotelioma pleurae 1967 - 1975

E. Florvaag. Kjemisk pleurodese med mepakrin - klorid ved pneumothorax.

1977, 7-9. sept. Uppsala. Sosialt: 7. sept. Jubileumsutställning er öppen (500 års jubileum Uppsala Universitet) Åpning ved Rector Magnificus Torgny Segerstedt. Supé på Göteborg Nation. 8. sept. Gimoturen. Besök Tensta medeltidskyrka, Østerbybruk, lunch Medborgarskolen. Skoklosterturen, besök Härkeberga kyrka. Nordisk konsert.

9. sept. Rundtur i Uppsala. Bankett i Rikssalen, Uppsala Slott-

President: Gunnar Dahlström.

Gen. sekretær: Olle Hillerdal.

A. Gulsvik. Observatørvariasjon ved registrering av respirasjonssymptomer.

B. Johansen. Fysiologiske og kliniske effekter av inhalerte partikler. Diagnostikk.

J. Lundar. Sarcoidosens epidemiologi i Norge.

O. Langaker. Carcinoembryonalt antigen i bronchialsekret.

RC. Borthwick, DC. Cameron. Radiographic patterns of acute mycoplasma pneumoniae.

JR. Vale, H. Rostad. Prognose ved kirurgisk behandlet bronkial karsinom

.

1980, 1-4. juni Aalborg. Sosialt: 1. juni: Reception Nordjyllands Kunstmuseum. 2. juni: Aalborg rundtur. Festmiddag Hotel Hvide Hus. 3. juni: Skagen tur.

President: Johan Georg.

Gen. sekretær: J. Thuesen Pedersen.

K. Holten. Bestemmelse av anaerob grense ved gradvis økende belastning

JR. Vale, B. Johansen, E. Gløersen, A. Gulsvik. Transit time analysis of the forced expiration in a clinical series.

RC. Borthwick. Exercise-induced asthma and bronchial hyperreactivity during treatment with ketotifen and with disodium cromoglycate.

1982, 29.8-1.9 Helsingfors

President:

Generalsekretær: Henrik Riska

A. Gulsvik, OC. Haanæs, G. Mowé. Diffuse pleural mesothelioma. Clinical features and survival in Norway.

E. Gløersen, S. Bakke, K. Rootwelt, H. Rostad, A. Kolbenstvedt, A. Gulsvik.

Computed tomography and ⁶⁷Ga - citrate scintigraphy of the mediastinum in the staging of bronchogenic carcinoma.

SV. Jørstad, I. Holm Nygaard. Unilateral pulmonary edema following spontaneous pneumothorax.

R. Smith-Meyer. Attempts at treatment of mesothelioma pleurae.

1984, 26-29. aug. Oslo. Sosialt: 26. aug. Åpning Soria Moria med varm aftens.

Kunstnerisk Tone Hulbækmo. 27. aug. Utflukt til Hadeland. Besøk Hadeland

Glassverk og Søsterkirkene, Gran. Lunch. Hadelands Turisthotell. Mottagelse i Oslo

Rådhus med omvisning.. 28. aug. Freia-tur eller Bysightseeing / Akerselva eller

Akershus Festning. Bankett Speilsalen, Grand Hotell. 29. aug. Avslutningslunch.

Presidert: Jon Rasmus Vale.

Komité: Gunnar Hansen, Olav Kåre Refvem, Inger Johanne Kjørven Skarpaas, Nils Petter Boye, Arne Olav Jenssen, Ole Chr. Haanæs

H. Michalsen. Cystisk fibrose-generell omtale.

H. Michalsen. Infeksjoner og infeksjonsbehandling ved cystisk fibrose

L. Hanssen. Tarmsymptomer ved cystisk fibrose.

S. Follerås. Sosialmedisinske forhold ved CF - omsorgen i Norge.

HF. Jentoft, G. Fluge, A. Gulsvik. Cystic fibrosis in the western region of Norway.

T. Rødølen, JR. Vale, A. Gulsvik. Cystisk fibrose i en norsk helseregion

IJ. Skarpaas, NP. Boye. Cystisk fibrose og graviditet.

KB. Svenes. Pleurale plaques i et obduksjonsmateriale.

NP. Boye, G. Djupesland, B. Ingvaldsen. Bronchoscopy av små barn, kombinert bruk av stivt og fleksibelt bronchoskop.

B. Johansen. MTT-«Mean transit time».

K. Myhre, NP. Boye, CC. Christensen Transport med rutefly. Fysiologiske reaksjoner hos friske personer og lungepasienter.

CC.Christensen, K. Myhre, NP.Boye.Transport med rutefly. Konsekvenser for forskjellige kategorier lungepasienter.

K. Holten. Oksygenterapi utenfor institusjon. Forbruk og omkostninger.

K. Holten. Vurdering av vevsoxygenering ved hjelp av rebreathingmetode.

H. Vik-Mo, FJ. Halvorsen, E. Thorsen, N. Walde. Hemodynamic effects of salbutamol infusion with chronic obstructive lung disease.

T. Røtnes, JR. Vale, A. Gulsvik. Predictiv verdi av bronchial reaktivitetstest.

J. Schaanning. En sammenligning av lungenes elastiske retraksjonstrykk (F - stst) og lungenes transfer factor (TLCO.Single breath) ved mistanke om generalisert lungesykdom hos 143 pasienter.

POSTERS.

KB. Svenes, A. Borgersen, O. Haaversen, K. Holten. Pleura-plaque i et obduksjonsmateriale sammenholdt med røntgenfunn.

E. Florvaag. Tree pollen allergens.

PF. Ekholdt, R. Dahle, S. Jørstad, L.Wille. Plasma theofyllin concentration measurements in patients with acute, severe asthma.

B. Mella, JR. Vale, A. Gulsvik. Anvendeligheten av N2 - testen i klinikken.

G. Hansen. Transthoracal lungebiopsi under CT-veiledning.

T. Naustdal. Hypoxisk ventilasjonsrespons.

B. Bergholtz. Teknisk utførelse av BAL.

P. Lexow. Cytologi

T. Aasen. Referat fra BAL-Symposium ved NIH, Washington, mai 1984.

1986, 29-30. aug. Stockholm. Sosialt: 29. aug. Buffé i Stockholm Stadshus. 30. aug. Kongressmiddag i Vinterträdgården, Grand Hotel.

President: Åke Hanngren

Gen. sekretær: Gunnar Unge. Gjest. Magdi Yacoub.

Hjerte-lungetransplantasjon.Moderator Professor Bjarne Semb. Innbudene Behandlingsprinsipper ved obstruktiv lungesykdom i de nordiske landene.

Moderator: Docent Göran Boethius. Atypiske mykobakterier i lungene. Moderator: Docent Ingela Sjögren.

HF. Jentoft, Bøe, A. Gulsvik. Bakteriologisk påvisning og klinisk betydning av atypiske mykobakterier i en helseregion i Norge.

B. Johansen, J. Kongerud, JR. Vale. Computer - analyse av nitrogenutvaskningskurven.

1988, 18-20. aug. Århus. sosialt: 17. aug: Velkomstbuffet i haven hos Inge og Ronald Dahl. 18. aug. Åpning i Århus Rådhus. Vert: Århus By. 19. aug. Busstur i Djursland for ledsagere. Grillaften på Restaurant «Varna».

President: Niels Knudsen

Gen. sekretær: Ronald Dahl.

Prekongressmøte: Obstruktive lungesykdommer. A. Gulsvik. Epidemiologisk forskning. J. Kongerud. Restriktive lungesykdommer. K Holten, Tumorer. B.

Johansen., Preoperativ vurdering. J. Schaanning. Senere utgitt i bokform.

P. Bakke, V. Baste, GE. Eide, R. Hanaa, A. Gulsvik. Smoking habits and occupational exposure to asbestos and quartz in a general population of Norway.

G. Hansen, OC. Haanæs, T. Røtnes. Laser - behandling av endobronchiale tumores.

E. Omenaas, S. Humerfelt, A. Gulsvik. A smoking cessation program in a regional department of thoracic medicine.

1990, 16-17. aug Turku-Åbo.

President:

Generalsekretær

S. Humerfelt, E. Grieg, LE. Aaro, G. Kvaale, A. Gulsvik. Early response to doctor's postal advise to quit smoking in men with asbestos exposure and low FEV1 after a population survey

S. Humerfelt, I. Stensvold, G. Kvaale, K. Bjartveit, A. Gulsvik. Smoking habits and quartz exposure in relation to airflow limitation in a young male adult population of Norway.

H Melbye, U. Aasebø, B. Straume. The effect of inhaled fenoterol in acute bronchitis. A placebo - controlled double - blind trial.

HF. Jentoft, T. Hofstad. Isolation of atypical pulmonary mycobacteriosis in a population on the west coast of Norway in a three-year period 1986-88

IJK. Skarpaas, J. Eng. Isolation of atypical pulmonary mycobacteriosis in a population in the eastern part of Norway - Oslo & Akershus.

J. Grebstad, P. Bakke, V. Baste, A. Gulsvik. The prevalence of snoring and daytime hypersomnolence by sex and age in a general population on the south-west coast of Norway.

I. Ellingsen, G. Nicolaysen. Breathing pattern in man during moderate levels of continuous positive pressure (CPAP) during air breathing and CO₂-inhalation.

Ø. Bjørtuft, A. Naalsund, B. Johansen O. Geiran, H. Lindberg, T. Frøysaker. Selection and assessment of the lung transplantation candidates.

B. Johansen, Ø. Bjørtuft, A. Naalsund, O. Geiran, H. Lindberg, T. Frøysaker. Lung function after single lung transplantation.

OC. Haanæs. Immunological disorders in adult patients with cystic fibrosis lung disease.

1992 3-6. juni Reykjavik Sosialt: Opening address The president of Iceland Vigdis Finnbogadóttir. 3. juni: City Hall. Get together party. 4. juni: City tour for accompanying subjects. Evening at the Icelandic Opera. 5. juni: Bankett Hotel Saga. 6. juni: A guided tour to Nesjavellir, Gullfoss, Geysir and Thingvellir.

President Thorstein Blöndal

Sekretær: Thorarinn Gislason .

Ø. Bjørtuft, O. Geiran, B. Johansen, J. Boe. Lung transplantation established in treatment for end - stage pulmonary disease in Norway.

PF. Ekholdt. Treatment of acute anaphylaxis. A new approach.

E. Omenaas, P. Bakke, G. Haukenes V. Baste, A. Gulsvik. Association between respiratory virus antibodies and respiratory symptoms, airflow limitation, bronchial responsiveness and a physician's diagnosis of obstructive lung disease in a general adult population.

O. Mørkve, OJ. Halvorsen, L. Stangeland, OD Lærum, A. Gulsvik. C-MYC and P53 protein expression in non-small cell lung carcinoma.

I. Eggen. Trephine biopsy for localized and diffuse lung lesions.

U. Aasebø, H. Veia. Commercial airline travel and hypoxic disease.

SØ. Jørstad. Practical accomplishment of liquid oxygen treatment.

U. Aasebø, K. Kjær. Two years of liquid oxygen in arctic Norway: A distribution problem in remote areas solved: Commercial travel made possible in patients using liquid oxygen .

A. Gyltnes, U.Aasebø. Lung function before and after pulmonary resection.
 E. Thorsen, K. Segadal, BK. Kambestad. Mechanism for reduced pulmonary function after saturation dives.
 OD. Lærum. Invasiveness: A primary determinant for malignant behaviour of lung tumores.

1994, 8-12. juni Bergen Sosialt: 8. juni: Get together i Schiøtstuene. 9. juni: Mottagelse Håkonshallen, Vertskap Bergen kommune. og Universitetet i Bergen. Bergens-aften på Fløirestauranten. 10. juni: Fest i Grieghallens foajé-byens storstue. Vandring på Bryggen. Hanseatisk museum, Mariakirken. 11. juni: Tur til Gamle Bergen og Rosegrend. Bankett Hotel Norge.

President: Amund Gulsvik

Gen. sekretær: Ernst Omenaas.

R. Walstad. (Norway) Standard of care of obstructive lung disease in the Nordic countries

OH. Skjønberg, J. Clench-Aas, J. Leegaard, IJ. K. Skarpaas, P. Giæver, A.

Bartonova, J. Moseng. Forekomst av astma bronkiale blant skolebarn i Oslo

E. Omenaas, P. Bakke, GE. Eide, S. Elayed, A. Gulsvik. Husstøvmiddelallergi hos voksne er assosiert med redusert FEV1

L. Bjermer. Fibroserende alveolitt. Diagnostikk og behandling. State of the Art.

L. Bjermer, E. Grønlund, B. Moberg, A. Magnusson. Flow cytometri analysis of bronchoalveolar lavage lymphocyte subsets. Storage for several days before analysis is no problem.

T. Haugen, B. Nakstad, OH. Skjønberg, T. Lysberg. Lungemakrofagers ekspresjon av adhesjonsmolekyler.

SØ. Jørstad, J. Høie, A. Ødegård. Pulmonal lymfangioleiomyomatose- en mulig underdiagnostisert tilstand hos kvinner -presentasjon av 4 kasus.

NB. Fjeld. Thorakoskopisk lungekirurgi. State of the Art.

KS. Andersen, H. Kørmer, I Stangeland, I. Ellingsen. Kirurgisk behandling av spontanpneumothorax med lungereseksjon uten pleurarubbing.

U. Aasebø, J. Norum. Intrapleural instillasjon av Mitoxanthrone ved maligne metastatiske pleuraaffeksjoner

S. Humerfelt, GE. Eide, G. Kvåle, A. Gulsvik. Prediktorer på utilfredsstillend spirometrimålinger: En sammenligning mellom 1983 og 1993 kriteriene fra Europeiske Kull og Stål Union.

P. Bakke, M. Taule, E. Lillo, G. Melgren, IJ. Magnussen. Bruk av transkutan abdominal ultralyd i utredning av bronkial cancer.

Ø. Fluge, KS. Gilje, E. Sletten, OM. Kvalheim, E. Skaarland, JF. Halvorsen, M. Farstad,

O. Søreide. Multivariat analyse av proton nukleær magnetisk resonans spektra av serum fra pasienter med lungekreft og colorectal neoplasme.

L. Fjellbirkeland, OD. Lærum, R. Bjerkvig. Etablering av en kontinuerlig cellelinje fra human lungekreft.

CC. Christensen, M. Ryg, OH. Skjønberg, HE. Refsum. Effekt av kroppsstilling og arbeidsmåte på ungefunksjon og aerob kapasitet hos KOLS - pasienter.

M. Tvinnereim, RK. Hansen, V. Hoffstein. The apnograph-a home monetoring system for diagnosing OSAS and the site of obstruction.

Rostrup, T. Wegener. Sammenlig-ning av formeterol inhalasjonspulver 12 mcg 2 ganger daglig med salbutamol inhalasjonspulver 400 mcg 4 ganger daglig hos pasienter med reversibel obstruktiv lungesykdom.

T. Rødølen, J. Boe, P. Bakke, E. Skovlund, A. Gulsvik. Moderat terapeutisk tilleggsgevinst av høydose inhalasjonssteroider hos astmatikere.

E. Heldal, A. Naalsund, J. Kongerud J. Boe. Dødsmeldinger og dødelighetsstatistikk - gode mål på dødelighet på grunn av tuberkulose?

A. Naalsund, E. Heldal, J. Kongerud B. Johansen, J. Boe. Underdiagnostikk av lungetuberkulose i lavincidensland - en konsekvens av endring i røntgenologiske presentasjonsformer?

F. Gallefoss. De helseøkonomiskem, konsekvenser av et undervisningsprogram i en kontrollert, randomisert studie av astma - og KOLS-pasienter.

IJ. Wang. ME. Gilja, B. Dalseide, S. Flaten, K. Knudsen, P. Bakke, A. Gulsvik. Astmatikere som vil OG ikke vil delta på astmaskole.

R. Dahle, I. Lønvik. Astmaskole. Resultater fra et 3 års prøveprosjekt.

S, Humerfelt, G. Kvåle, LE. Aarø, A. Gulsvik. Røykestopp etter randomisert intervensjon med personlig brev og brosjyre hos menn med asbesteksposisjon og redusert FEV1 fra en masseundersøkelse.

HF. Jentoft, T. Hofstad. «Atypiske» mykobakterier ved sykdom hos mennesker.

PA. Lier, M. Holberg-Petersen, OH. Skjønberg, M. Steinbakk. Polymerase chain reaction (PCR) i tuberkulosedagnostikken.

N. Zafran, JH. Holmboe, K. Øvreberg Effektiv kirurgisk behandling av lungefortetninger forårsaket av Mycobacterium aviumintracellulare.

Ø. Bjørtuft. Lungetransplantasjon. State of the Art.

Ø. Bjørtuft, J. Boe, A. Foerster, O. Geiran. Sarcoidose med alvorlig respirasjonssvikt behandlet med ensidig lungetransplantasjon. Residiv av sarcoidose i to ulike lungetransplantater hos samme pasient.

JH. Holmboe, N. Zafran. Kardiopulmonal uførhetsgrad relatert til lungefunksjonsmålinger og dyspnoe ved pneumokoniose.

E. Melbostad, W. Eduard. Slimhinne symptomer i relasjon til arbeidet, astma og atopi hos bønder.

E. Bach-Gansmo, S. Halvorsen, HC. Godal, OH. Skjønberg. Human nøytrofil elastase degradering av ensymaktivitet.

A. Gyltnes, M. Risberg, A. Laukli. En sammenlignende studie av rehabiliteringskurs og behandlingsreise.

ME. Gilja, IJ. Wang, B. Dalseide, S. Flaten, K. Knudsen, P. Bakke,

A. Gulsvik, J. Schaanning, J. Boe. Et landsomfattende register for lungesyke pasienter som behandles med flytende oksygen.

M. Skogstad, E. Melbostad, I. Rønnestad, E. Thorsen. Undetected cooling and respiratory effects of cold and dry breathing gas in deep diving .

POSTERS

G. Hansen. Tracheale tumores, symotomer, diagnose, spesielt diagnose – forsinkelse og behandling.

A. Haugen, D. Rydberg, V. Skaug, EH. Kure, I. Stangeland,

AL. Børresen, S. Lystad. Lungekreft mutasjon av P53 genet og genetisk predisposisjon.

O. Mørkve, OD. Lærum. Vekstmarkører ved ikkesmålcellet lungekreft.

- L. Fjellbirkeland, R. Bjerkvig, A. Gulsvik, OD. Lærum. Seleksjon av primærsfæroider fra human lungekreft in vitro.
- SK. Steinsvåg. Human luftveisslimhinne i et ikke - adherent, stasjonært vevskultursystem.
- HF. Jentoft, A. Sletteberg. Hudtesting med ikke – tuberkulose mykobakterieantigen (sensitiner) hos barn med cervicofacial infeksjon.
- T. Hoel, JB. Casal, J. Eng. Resistensbestemmelse av hurtigvoksende mykobakterier, antimikrobielt resistens mønster hos norske isolater av *Mycobacterium fortuitum* og *Mycobacterium chelonae*.
- RA. Walstad, J. Vilsvik, E. Thurmann-Nielsen, T. Rolstad. Farmakokinetikk og distribusjon av ofloxacin i de nedre luftveier.
- L. Fjellbirkeland, A. Gulsvik. Salmeterol eller teofyllin ved moderat astma? En sammenligning blant tidligere teofyllin - og ikke - teofyllin behandlede pasienter.
- K. Holten. Er spirometriske verdier homoscedastisk fordelt?
- S. Humerfelt, GE. Eide, G. Kvåle, A. Gulsvik. Intra- og intersubjekt variabilitet av FEV1 og FVC - målinger hos friske aldri - røkere fra en generell mannlig befolkning.
- B. Johansen, P. Giæver, J. Langørgen, A. Gulsvik. Årlig fall i lungefunksjonen under substitusjonsbehandling med alfa1 - anti - trypsin.
- E. Melbostad, W. Eduard. Is chronic bronchitis a work-related disease among farmers?
- E. Omenaas, P. Bakke, GE. Eide, S. Elsayed, A. Gulsvik. Total serum IgE hos voksne er assosiert med redusert FEV1.
- PF. Ekholdt. 6 min. walking test for the evaluation of supplementary portable oxygen.
- G. Gran, MEP. Gilja, E. Omenaas, A. Gulsvik. Service og følelsesmessige opplevelser hos pasienter med lungesykdommer ved et universitetssykehus.
- AH. Andreassen, T. Langøy, NP. Boye, P. Røyset, A. Gulsvik. Kostnads-sammenligning av diagnose relaterte grupper (DRG) for lungesykdommer ved tre norske universitetssykehus

Forskningsrådet - fortsatt fra side 24

Til Innhold

Innstillingen om «Forskningsråd i Norsk forening for lungemedisin».

Arbeidsinstruks:

- 1.1, Forskningsrådet skal være et rådgivende organ for Styret i Norsk forening for lungemedisin.
- 1.2. Forskningsrådet skal vurdere forskningsprosjekter innsendt av foreningens medlemmer, representanter for farmasøytisk industri eller andre. Denne virksomheten skal foregå på frivillig basis ved at den som ønsker rådets assistanse og uttalelse fritt kan anmode om rådets skriftlige kommentar. Utvalget er formelt ikke noe kontrollorgan. En sentral oppgave for rådet vil være å vinne pålitelige og relevante kunnskaper ved multisenterundersøkelser. Foreningens medlemmer kan på anmodning få informasjon om rådets uttalelser angående multisenterstudier, men for øvrig er rådets medlemmer pålagt taushetsplikt angående forespørsler fra forskere. Veiledende i forskningsrådets arbeid vil være å kontrollere at forskningsprotokoller er i overensstemmelse med Sosialdepartementets forskrifter av 21. august 1981: Om klinisk utprøving av legemidler.
- 1.3. Forskningsrådet skal fremme mer målrettet forskning omkring sentrale sider av norsk lungemedisin. Medlemmer av forskningsrådet kan selv ta initiativet til forskningsprosjekter. Hvis rådet finner at de vil gjennomføre eller støtte en undersøkelse, oppnevner de en mindre komité med interesserte medlemmer av rådet, medlemmer av Norsk forening for lungemedisin og eventuelt andre. Komitéen utarbeider en detaljert forskningsprotokoll som gjennomdrøftes av forskningsrådet. Komitéen rådfører seg om nødvendig med profesjonell statistiker og Statens Legemiddelkontroll. Innsamling av data skal gjennomføres i pasientklientelet til interesserte medlemmer av foreningen. Ved studiets avslutning informerer komitéen om sine funn og utarbeider en rapport for publikasjon. Denne rapporten skal forelegges forskningsrådet for kommentarer.
- 1.4 Forskningsrådet skal rettlede og skolere medlemmer av Norsk forening for lungemedisin i vitenskapelig metodikk med relasjon til lungemedisin. I samarbeid med andre institusjoner bør forskningsrådet eventuelt arrangere forskerkurs på nasjonalt og internasjonalt nivå.
- 1.5 Forskningsrådet bør holde seg orientert om basal og anvendt forskning i Norge med tilknytning til praktisk lungemedisin. Forskningsrådet bør føre en fortegnelse over norske lungemedisinske publikasjoner.
- 1.6 Forskningsrådet skal ha faste møtetidspunkt. Møtene skal holdes i tilslutning til høst- og vårmøtet i Norsk forening for lungemedisin og ved eventuell nordisk kongress i lungesykdommer. En bør arrangere minst 2 ytterligere møter, f. eks. i februar/mars og i august/september.
- 1.7 Forskningsrådets driftsutgifter dekkes av foreningen. Medlemmene av forskningsrådet fra universitetsklinikkene får sine reiseutgifter dekket av avdelingens anuum. Alle finansieringsplaner av forskningsprosjekter må godkjennes av styret i Norsk forening for lungemedisin v/ kassereren.
- 1.8 Det skal føres protokoll over forskningsrådets møter. Rådet utarbeider en årsberetning som sendes Norsk forening for lungemedisin.

Bergen, Kristiansand, Oslo, 15. august 1982.

Erik Florvaag Amund Gulsvik Kjell Holten Ole Chr. Haanæs

Kurs Forskning i klinisk lungemedisin 19-21. sept. 1995

Dette kurset ble initiert av Forskningsrådet og fant sted i Auditoriet, Rikshospitalets lungeavdeling med kursleder

Jon Rasmus Vale.

19. september. Epidemiologi.

K. Holten. Hva er vitenskap?

A. Gulsvik. Forskning i klinisk lungemedisin i Norge i dag

K. Westlund. Epidemiologiske metoder.

A. Gulsvik. Symptomregistrering ved sykdommer i respirasjonsorganene

JR. Vale. Standardisert registrering av lungefunksjonsvariabler.

Standardisert røntgenundersøkelse ved kliniske studier i lungemedisin.

B. Johansen. Evaluering av diagnostiske metoder i lungemedisin.

OO. Aalen. Planlegging og utarbeidelse av protokoll for kliniske forsøk i lungemedisin.

E. Buntz. Litteratursøking og referanselister.

JR. Vale. Utforming av vitenskapelig publikasjon i lungemedisin.

20. september Statistikk.

OO. Aalen. Enkel beskrivende statistikk. Histogram, spredningsdiagram, middeltall, median, standardavvik.

OO. Aalen. Litt om hypotesetesting og konfidensintervaller i tilknytning til normalfordeling.

OO. Aalen. Test for sammenligning av relative hyppigheter (prosentverdier).

OO. Aalen. Hvor stort må et klinisk forsøk være?

Gruppearbeid. (planlegging av et klinisk forsøk fra statistisk synsvinkel. Dessuten en enkel statistikkoppgave.

Diskusjon av gruppearbeid i plenum.

21. september Multisenterundersøkelser innen det lungemedisinske fagområdet.

R. Dahle. Samarbeide med forskningsrådet for Norsk forening for lungemedisin.

K. Sveen. Samarbeide med legemiddelprodusenter.

HE. Rugstad. Statens legemiddelkontrollers vurdering av søknader om klinisk utprøving av legemidler.

NP. Boye. Erfaringer fra legemiddelutprøvinger av antastmatika.

K. Bjartveit. Det sentrale tuberkuloseregister-datamateriale og muligheter for samarbeide.

KE. Langaker. Forskningssamarbeid med Rikstrygdeverket.

Presentasjon og kritisk gjennomgåelse av aktuelle forskningsprosjekter:

JT. Lien. Fra asbestundersøkelsen i Telemark 1982-83.

E. Florvaag. En 2 års dobbel blind hyposensibiliseringsstudie med d. farinae og placebo hos voksne astmatikere.

Forskningsrådets sammensetning.

1983-1986

Amund Gulsvik

Arne Olav Jenssen

Odd Aalen

Erik Florvaag

Ragnar Dahle

1987-1989	Kjell Holten
	Ole Chr. Haans Fra 1994 Tor Aasen
	Jon Rasmus Vale Fra 1985
	Amund Gulsvik
	O. Aalen
	Arne Olav Jenssen
	Jon Rasmus Vale Del av 1987 Bjørn Johansen
	Per Røyset
	Kjell Holten
	Ragnar Dahle
	Tor Aasen
	Ole Skjønberg Fra 1988
	Jan Vilsvik, fra 1989, senere Jacob Boe
1990-1993	Amund Gulsvik
	Jacob Boe
	Bjørn Johansen
	Ulf Aasebø
	Ragnar Dahle
	Bjørn Bergholtz
	Ole H. Skjønberg
1994-1997	Leif Bjermer leder
	Jacob Boe
	Amund Gulsvik
	Nils Petter Boye
	Ulf Aasebø.
	Ole Christen Haanæs styrets representant
	Ole Henning Skjønberg
	Bjørn Bergholtz
	Johnny Kongerud vararepresentant

Grenspesialitet

Spørsmålet om å omgjøre hovedspesialiteten lungesykdommer til grenspesialitet innen indremedisin synes første gang å være brakt på bane ved en henvendelse fra professor dr. med. Arne Nordøy, medisinsk avdeling, Sentralsykehuset i Tromsø, i et brev til Lægeforeningen av 7. mars 1974.

På grunn av den vanskelige bemanningssituasjonen ved lungeavdelingen som var beliggende i egen bygning et godt stykke fra det øvrige sykehus, og med ønske om nærmere kontakt med lungemedisin, ble det fremmet følgende forslag:

1. Heretter vil ledige assistentlegestillinger ved henholdsvis medisinsk avdeling og Lungeavdelingen avverteres under ett. Dvs. at de 8 assistentleger går inn i en samlet pool med rotasjon såvel innenfor medisinsk avdeling som på Lungeavdelingen.
2. Den samlede ansettelsestid på medisinsk avdeling blir som tidligere: 2+1+1år og den samlede tjenestetid på Lungeavdelingen settes til $\frac{1}{2} + \frac{1}{2}$ år. Dette fører til at den som ansettes maksimalt kan tjenestegjøre i 5år innenfor de to avdelingene.
3. Vaktberedskapen etableres slik at 7 assistentleger går inn i primær vakt med lokalisasjon på medisinsk avdeling mens 5 reserveleger pluss eldste assistentlege (i ansiennitet samlet ved de to avdelinger) går inn i bakvaktturnus.
4. Det etableres felles morgenmøter for de to avdelinger. De to ukentlige problem- og undervisningsmøter som nå er etablert ved medisinsk avdeling utvides også til å omfatte Lungeavdelingen.
5. For de assistentleger som allerede er ansatt ved de to avdelinger blir det en frivillig sak om de vil gå inn i en slik ordning. For de assistentleger som heretter ansettes blir ordningen bindende.

Konklusjon:

Etter inngående diskusjoner med Lungeavdelingens og medisinsk avdelings leger, samt adm. overlege ved SST er dette forslag fremkommet. Vi er av den formening at den nåværende ordning med lungemedisin helt separat fra den generelle indremedisin på mange måter representerer en ulykkelig utdannessituasjon og et faglig kunstig skille. For å forsøke å gjøre en forandring på denne situasjon og samtidig sørge for at legebemanningen ved begge avdel-

inger er tilfredsstillende til en hver tid er ovenfor nevnte forslag fremsatt.

Det ble håpet på en snarlig behandling av ovenfor nevnte forslag med henblikk på at de som ansettes fra sommeren/høsten 1974 kommer inn under denne ordning. Forslaget ble sendt Norsk forening for lungemedisin til uttalelse. Foreningens formann JR. Vale fant at forslaget hadde prinsipielle sider idet det bryter med det hittil gjeldende prinsipp at lungeavdelinger skal være selvstendige enheter.

«Etter mitt skjønn fører den påtenkte ordning til at lungemedisinsk spesialitet meget snart vil bli en subspesialitet til generell indremedisin. Ordningen innebærer utvilsomt fordeler for sykehus-eieren. Den vil antagelig også innebære fordeler for de underordnede leger ved medisinsk avdeling...»

2. okt. 1974 Sendte Lægeforeningen brev til Norsk internistforbund og Norsk forening for lungemedisin sålydende:

Spesialistreglene i lungesykdommer i relasjon til Eldjarnkomitéens innstilling. I forbindelse med spørsmålet om en integrering av lungeavdelingen og medisinsk avdeling ved Sentralsykehuset i Tromsø, drøftet spesialitetsrådet i møte 12. september d. å. spørsmålet om spesialisreglene i lungesykdommer sett i relasjon til «Retningslinjer for opprettelse av nye spesialiteter og grenspesialiteter» (Eldjarnkomitéens betenkning).

Nevnte betenkning, som fikk sin tilslutning av landsstyret i 1973, har under V-C listet grenspesialitetene i kirurgi og indremedisin, og lungesykdommer er her ført opp som en grenspesialitet under indremedisin.

Under rådets drøftelser den 12. september d. å. kom det frem et ønske om å se nærmere på gjeldende krav til utdanning for spesialiteten lungesykdommer - og man anmoder hermed de berørte spesialforeninger om å uttale seg om dette spørsmål.

Uttalelse bes avgitt innen 31.

oktober d. å.

Med hilsen

Dagfinn Gedde - Dahl
formann

I forbindelse med utsendelse av denne sak refererte formannen det svar Norsk forening for lungemedisin hadde avgitt i forbindelse med utspillet fra professor Nordøy, Sentralsykehuset i Tromsø:

«Assistentleger ved Medisinsk avdeling og Lungeavdelingen, Sentralsykehuset i Tromsø.

Denne sak har vært behandlet i styret for Norsk forening for lungemedisin per. korrespondanse.

1. Den ordningen som er foreslått av professor Arne Nordøy, har prinsipielle konsekvenser for spesialiteten lungesykdommer og for opprettelse/drift av lungeavdelinger generelt. Man finner det ikke riktig av det sittende styret å ta standpunkt til disse prinsipielle aspekter uten at saken har vært forelagt foreningens generalforsamling. Dette vil bli gjort på førstkommende generalforsamling i november d. å.

2. P. g. a. de nevnte konsekvenser for spesialistutdannelsen i lungesykdommer må uttalelse herom innhentes fra spesialitetskomitéen i lungesykdommer.

3. Dersom lungeavdelingen i Tromsø er ment fortsatt å skulle fungere som separat enhet (dvs. ikke som seksjon av den medisinske avdeling), vil den foreslåtte ordning føre til at lege som søker spesialistutdanning i lungesykdommer, bare vil kunne oppnå ett års assistentlegetjeneste ved lungeavdelingen i Tromsø, som forutsettes å være gruppe -I avdeling. For å tilgodese denne gruppe ville det være naturlig at en assistentlegestilling ved siden av reservelegestillingen var knyttet til lungeavdelingen med vanlig tilsetningsbetingelser, mens den andre assistentlegestilling kunne inngå i den skisserte rotasjonsordning.»

25. okt. 1974 ble det oversendt følgende brev til
Spesialitetsrådet
Den norske lægeforening

«Spesialistreglene i lungesykdommer i relasjon til Eldjarnkomitéens innstilling. Deres ref. Hol/LN 14200/K.3308.

Ovennevnte sak har vært styrebehandlet i Norsk forening for lungemedisin. Så vidt vi kan se, må der fra Eldjarn-komitéens side være begått en faktisk feil når

lungesykdommer er ført opp

som en grenspesialitet under indremedisin. Det burde være vel kjent at

lungesykdommer er etablert som selvstendig spesialitet i Norge.

Lægeforeningens Spesialitetsråd ønsker å se nærmere på de gjeldende krav til utdanning i spesialiteten lungesykdommer og har i den forbindelse anmodet vår spesialforening om å uttale seg om dette spørsmål med en tidsfrist på fire uker. Denne sak har mange sider av stor prinsipiell betydning for vår forening, og styret finner det uriktig å avgi en bindende uttalelse på foreningens vegne i dette spørsmål uten at spesiell bemyndigelse foreligger. Saken vil derfor bli tatt opp til behandling på foreningens årsmøte 22. nov. d. å., hvorefter styret snarest vil oversende Spesialitetsrådet sin uttalelse. Styret vil finne det naturlig at Spesialitetsrådet i sakens anledning også retter en formell henvendelse til Spesialitetskomitéen for lungemedisin. Med hilsen

J. R. Vale

Formann»

19. des. 1974, etter at saken hadde vært drøftet på årsmøtet i

Norsk forening for lungemedisin 22. nov. 1974, ble følgende brev sendt til:

Spesialitetsrådet

Den norske lægeforening

Inkognito 26

Oslo 2.

Spesialistreglene i lungesykdommer i relasjon til Eldjarnkomitéens innstilling, Deres ref. Hol 14200/K. 3308 av 2. 10.74. Under henvisning til vårt foreløpige svar av 23. oktober d. å.

kan meddeles at denne sak ble behandlet på årsmøtet 1974 i Norsk forening for lungemedisin. Spesialitetskomitéen i lungesykdommer og foreningens styre vil på dette grunnlag uttale følgende:

I prinsippet er det reist spørsmål om hvorvidt spesialiteten i lungesykdommer skal beholde sin nuværende, selvstendige status, eller om den skal inngå som grenspesialitet innen indremedisin.

En slik endring til grenspesialitet kan medføre visse fordeler for sykehus, først og fremst ved rasjonalisering av vaktjeneste. De noe spesielle forhold som for tiden hersker ved Sentralsykehuset i Tromsø gjør at man der vil kunne oppnå fordeler også utover rasjonalisert

vaktavvikling, men dette er lokale forhold som ikke gjelder andre sykehus med tilknyttet lungeavdeling.

Generell medisinsk problematikk opptrer meget hyppig hos pasienter med lungesykdommer, likesom behov for spesifikk lungemedisinsk kunnskap ofte melder seg ved behandling av pasienter i generell medisinske avdelinger. Klinisk applisert fysiologi, immunologi og farmakoterapi er også eksempler på spesialdisipliner med felles berøringsflater for de to kliniske spesialiteter. Rent medisinske og forskningsmessige synspunkter kan således også gi argumenter i favør av grenspesialitets - alternativet. På den annen side har den lungemedisinske fagkrets også viktige elementer som ligger fjernt fra generell

indremedisin. Lungemedisin er således meget sterkt knyttet til diagnostisk radiologi, slik at deler av denne disiplin faller inn under lungemedisinerens selvfølgelege og nødvendige arbeidsområde. Likeledes har vesentlige deler av lungemedisinen en meget sterk kirurgisk tilknytning såvel diagnostisk som terapeutisk. Allergologi spiller også en langt større rolle for lungemedisinen enn for den generelle indremedisiner. Innen klinisk fysiologi benytter lungemedisinen til dels undersøkelsesmetoder som krever en helt annen laboratorieutrustning enn f. eks. kardiologi. Endelig må nevnes det epidemiologiske arbeidsområdet som stiller lungemedisinen i en særstilling. Det vil fortsatt i meget lang tid fremover være nødvendig å opprettholde et visst praktisk epidemiologisk tuberkulosearbeid, et arbeidsfelt som ligger særdeles fjernt fra generell indremedisin.

En omgjøring til grenspesialitet vil sannsynligvis føre til omorganisering av de nuværende, selvstendige lungeavdelinger, f. eks. ved at disse inkorporeres i større generell- medisinske avdelinger. En slik inkorporering vil - hva praktisk arbeid angår - på mange måter kunne sammenlignes med å innlemme f. eks. en nevrologisk avdeling inn i den generell - medisinske og vil neppe resultere i noen naturlig, lett administrert enhet. Det epidemiologiske arbeid med henblikk på tuberkulose trekkes i dag inn mot sykehusene. Ved de sentralsykehus som ikke har lungeavdeling, opprettes spesiallegestillinger for lungelege, som naturlig også dekker den ambulante virksomhet (diagnosestasjonsvirksomheten) pålagt med bakgrunn i tuberkuloseloven. Denne spesielt pålagte ambulante virksomhet setter lungespesialisten i en særstilling vis-a-vis øvrige fast ansatte leger f. eks. ved generell medisinsk avdeling.

Det gjeldende minimumskrav til utdanning for spesialiteten lungesykdommer består i 2år generell indremedisin, 2år lungemedisin ved lungeavdeling, ½års røntgendiagnostikk samt 1års ytterligere tjeneste med en viss valgfrihet, f. eks. generell indremedisin. En av intensjonene bak disse reglene var å lette veien for indremedisinere til å skaffe seg lungemedisinsk spesialutdanning. Man må bare beklage at meget få spesialister i indremedisin har benyttet denne mulighet. Norsk forening for lungemedisin og Spesialitetskomitéen i lungesykdommer vil gjerne understreke at 2års tjeneste ved lungeavdeling representerer et absolutt minimum av tid for tilegnelse av de ferdigheter og den erfaring som kreves for forsvarlig utøvelse av lungemedisin, uansett generell medisinsk bakgrunn. For spesialister i lungesykdommer - som i andre disipliner - er det en selvsagt fordel å ha bredest mulig generell medisinsk basis. For så vidt kunne det også være ønskelig at lungemedisinsk tjeneste ble tillagt relativt stor meriterende verdi for lungespesialister under utdanning når disse søker stilling ved generell medisinsk avdeling. Av hensyn til rekrutteringen til lungemedisin er det imidlertid ikke hensiktsmessig å forlenge utdanningstiden ved å øke minstekrav til medisinsk tjeneste, slik en endring til grenspesialitet formentlig måtte medføre. For ordens skyld vil vi minne om at Lægeforeningen ikke formelt har vedtatt Eldjarnkomitéens innstilling og således ikke er bundet av hva som der er anført vedrørende det aktuelle spørsmål.

Konklusjon:

Spesialistkomitéen i lungesykdommer og Norsk forening for lungemedisin ser for tiden intet behov for å endre kravene til utdanning i sin spesialitet. Skulle Lægeforeningen

finne at der foreligger så viktige momenter i favør av endring av reglene at man likevel ønsker saken nærmere utredet, er det etter vår oppfatning naturlig at spørsmålet – under hensyntagen til slike momenter - primært utredes innen Spesialitetskomitéen i lungesykdommer og Norsk forening for lungemedisin.

Spesialitetskomitéen for lungesykdommer T. Wessel-Aas Formann	Norsk forening for lungemedisin J. R. Vale Formann
--	---

I brev av 28. februar 1975 skriver Lægeforeningen til:
Spesialitetskomitéen i indremedisin
Norsk internistforbund

Spesialitetskomitéen i lungesykdommer
Norsk forening for lungemedisin
Spesialistreglene i indremedisin og i lungesykdommer i relasjon til Eldjarn-komiteens innstilling.

Det vises til vedlagte brev av 2. oktober 1974 fra spesialitetsrådet til Norsk internistforbund og Norsk forening for lungemedisin samt vedlagte svar av 7. oktober 1974 fra Norsk internistforbund, svar av 23. oktober og 19. desember 1974 fra Norsk forening for lungemedisin og brev datert desember 1974 fra spesialitetskomiteen i lungesykdommer.

Av spesialitetsrådets brev fremgår at rådet ønsker vurdering av spesialistreglene i lungesykdommer og vurdering av lungesykdommer som grenspesialitet innen indremedisin.

Saken ble på bakgrunn av de vedlagte dokumenter behandlet i spesialitetsrådets møte den 20. februar 1975, og rådet fant et misforhold mellom premisser og konklusjon i brevet fra spesialitetskomitéen i lungesykdommer. Rådet mente også at komitéen ikke fremførte gode

nok argumenter til å beholde lungesykdommer som egen spesialitet. Dessuten er lungesykdommer allerede vurdert som grenspesialitet av Eldjarn-komiteen. Rådet understreket at det ligger ingen nedvurdering i begrepet grenspesialitet.

Spesialitetsrådet vedtok å foreslå følgende:

Lungesykdommer får status som grenspesialitet innen indremedisin. For å kombinere to hensikter lages en sperreregulering i regelsettet for indremedisin som går ut på at inntil to år av tjenesten kan erstattes av tjeneste ved grenspesialisert avdeling. Ved en slik tilleggsregel åpner en mulighet for å godkjenne tjeneste ved spesialavdelinger som del av tjenesten for spesialiteten

indremedisin samtidig som kandidaten får sin tjeneste for grenspesialiteten. Rådet foreslår således at spesialistreglene i indremedisin gis slik ordlyd:

A. Hovedutdannelse.

5års tjeneste ved indremedisinsk avdeling. 1år av denne tjenesten kan erstattes av tjeneste ved medisinsk poliklinikk. Av tjenesten ved ren grenspesialisert avdeling/seksjon godkjennes maksimum 2 år i relasjon til disse regler.

B. Sideutdannelse

1års tjeneste ved klinisk avdeling utenom indremedisin eller ved medisinsk teoretisk institusjon.

Rådets forslag til spesialistregler i lungesykdommer lyder slik:

1. Søkeren må fylle kravene til godkjenning som spesialist i indremedisin.
2. Inkludert i, eller i tillegg til, disse 6 år skal være 2års tjeneste ved lungeavdeling.
3. ½ års tjeneste ved røntgenavdeling.

En ber om uttalelse i saken snarest mulig og innen 20. mars 1975 som ledd i behandlingen av saken for landsmøtet i 1975.

Med hilsen

D. Gedde - Dahl

formann

I brev av 7. 10. 1994 hadde Norsk internistforbund foreslått følgende spesialistregler for lungesykdommer som grenspesialitet under indremedisin:

1. Godkjent spesialist i indremedisin.
2. Toårs tjeneste ved lungeavdeling
½ år av denne tjeneste kan erstattes med tjeneste ved:
 - a. Cardiologisk avdeling eller cardiologisk laboratorium.
 - b. Bakteriologisk - serologisk avdeling
 - c. Anestesiavdeling
 - d. Diagnosestasjon

14. mars 1975 skrev formannen for Norsk forening for lungemedisin følgende brev til Lægeforeningen:

Spesialistreglene i lungesykdommer-Spesialitetsrådets brev av 28. februar d. å.

Ovennevnte skrivelse ble mottatt av formannen i Norsk forening for lungemedisin 11.

3. d. å. og saken har innen styret bare kunnet behandles per. telefon. Foreningens styre finner det uforståelig og i strid med vanlig praksis i Lægeforeningen at en spesialitet skal dikteres endringer i sine spesialistregler, endringer som man innen spesialiteten ikke ser noe behov for eller har gitt uttrykk for noe ønske om. Vi kan ikke se at der fra Eldjarn-komiteén, fra Spesialitetsrådet eller fra Norsk internistforbund er fremkommet argumenter i favør av slike

endringer som her synes forsøkt presset igjennom. Spesialitetsrådet ønsker

kommentarer til sitt forslag om lungesykdom-

mer som grenspesialitet innen indremedisin. Slike kommentarer har vi gitt i vår skrivelse av 19. 12. 74.

Kommentarer til Rådets forslag til regler for spesialiteten indremedisin tilligger neppe oss å avgi.

Når det gjelder Rådets forslag til spesialistregler for lungemedisin, vil vi foreløpig bare uttale en viss bekymring over at minimums utdannelsestid etter Rådets forslag økes med ett år uten at utdannelsen i den spesifikke lungemedisin bedres i forhold til nugjeldende regler. I den forbindelse må vi også minne om at lungemedisineren i sitt arbeid også er pålagt epidemiologiske oppgaver i henhold til departementale bestemmelser hjemlet i Tuberkuloseloven. Når det overveies en endring av spesialiteten som kan tenkes å føre til at fremtidens lungespesialister vil få svakere faglig bakgrunn for å kunne løse slike epidemiologiske oppgaver, finner man det rimelig å innhente uttalelser fra Sosialdepartementet før slik endring gjennomføres.

Konklusjon:

Styret i Norsk forening for lungemedisin vil på det sterkeste fraråde at Lægeforeningen tar opp spørsmålet om endring av spesialistreglene i lungesykdommer på Landsmøtet i 1975. Vi kan ikke se at der er fremlagt noen vurdering eller argumentasjon som skulle tale for at denne sak burde fremmes i forhastet tempo og på tvers av vår forenings ønske. Om dette skulle skje, ville man etter vårt skjønn ha brutt Lægeforeningens lange tradisjoner når det gjelder grundig og demokratisk saksbehandling. Spesialitetsrådets endringsforslag vil bli tatt opp som egen sak på generalforsamlingen for Norsk forening for lungemedisin november 1975. For Styret i Norsk forening for lungemedisin

J. R. Vale

formann

Den norske lægeforening skrev 26. mai 1975 følgende:

Til

Norsk forening for lungemedisin

Spesialitetskomitéen i lungesykdommer.

Forslag om endring av reglene for spesialiteten lungesykdommer. Det vises til spesialitetsrådets forslag om endring av spesialistreglene i lungesykdommer som tidligere har vært forelagt vedkommende spesialitetskomité og spesialforening til uttalelse. Rådet foreslo at lungesykdommer ble gitt status som grenspesialitet innen indremedisin med slike regler:

1. Tjeneste som for spesialiteten indremedisin
2. Inkludert i, eller i tillegg til, tjenesten under pkt. 1 skal være 2 års tjeneste ved lungeavdeling.
3. ½ års tjeneste ved røntgenavdeling som kan inngå i sideutdannelsen i indremedisin.

Forslaget ble fremmet for landsstyret den 10. mai 1975, som i samsvar med sentralstyrets innstilling fattet slikt vedtak:

«Forslag om endring av reglene for spesialiteten lungesykdommer utsettes med tanke på nærmere utredning og eventuell behandling på landsmøtet/landsstyremøtet i 1977.»

En ber således om at saken utredes nærmere i spesialitetskomitéen i lungesykdommer og i Norsk forening for lungemedisin med tanke på eventuell behandling på landsmøtet/landsstyremøtet i 1977.

Med hilsen

E. Skoglund

Norsk forening for lungemedisin mottok 4. november 1975 sålydende brev fra Helsedirektoratet:

Lungemedisinsk spesialitet - Grenspesialitet.

Siden opprettelsen av lungespesialiteten har dens utøvere ifølge sin tradisjon og sitt pasientklientell på en spesiell måte ivaretatt viktige epidemiologiske oppgaver - oppgaver som har vært løst på en måte som har tjent til tuberkulosens sterke tilbakegang. Tuberkulosen vil også i årene fremover være et helseproblem, som denne spesialitet må ta seg av. Det er derfor viktig at man ikke foretar organisatoriske endringer, som svekker rekrutteringen og interessen for dette felt. Helsedirektoratet kan ikke se at det er noe vunnet ved den nye ordning og frykter at man ved å endre spesialitetens selvstendighet vil svekke det epidemiologiske aspekt ved utdannelsen og tjenesten.

Torbjørn Mork

Gurli Gleditsch

Gjenpart: Den norske lægeforening.

Spørsmålet om endrede spesialistregler i relasjon til Eldjarnkomitéens innstilling ble drøftet på årsmøtet i Norsk forening for lungemedisin 22. 11. 1975. Følgende resolusjon ble vedtatt med overveldende majoritet:

«Generalforsamlingen i Norsk forening for lungemedisin er av den bestemte oppfatning at spesialiteten lungesykdommer fortsatt bør beholde sin selvstendige status. Man går derfor sterkt i mot forslaget om at lungesykdommer skulle bli gitt status som grenspesiali-

tet innen indremedisin, idet man føler seg overbevist om at det gode samarbeid mellom indremedisinere og lungeleger best ivaretas

med utgangspunkt i den nåværende ordning

Man vil for øvrig gi sin tilslutning til Helsedirektørens uttalelse av 4. 11. 1975 i sakens anledning»

Denne resolusjon ble vedtatt etter en grundig debatt der vesentlig vekt ble lagt på det prinsipielle spørsmål om hvilken utviklingslinje som ville sikre høyest mulig faglig nivå for lungemedisinen og

dermed skape betingelse for optimal behandling av pasienter med lungesykdommer, kfr. innstillingen «Lungemedisinens oppgaver og organisering i Norge» av 1. 10. 1974, tidligere oversendt Lægeforeningen. Herunder ble diskutert i detalj bl. a.

rekrutteringsspørsmål, suppleringsutdannelse mellom de to spesialiteter, Lungeavdelingenes fremtidige status og virksomhet, behandlingsmuligheter for pasienter med lungesykdom ved sykehus uten egen lungeavdeling, klinisk studentundervisning og endelig styringsmuligheter via

Lægeforeningens organer på lungemedisinens fremtidige utvikling her i landet.

Debatten etterlot et sterkt inntrykk av at alle relevante argumenter taler for at spesialiteten bør beholde sin nåværende status, og at de fleste hadde vanskelig for å se den saklige begrunnelse for at spørsmålet om grenspesialitetsalternativet i det hele tatt var reist.

For styret i Norsk forening for lungemedisin

J. R. Vale

formann

En sak med en viss tilknytning til spørsmålet om grenspesialitet ble reist på Årsmøtet i 1975 da Harald E. Hauge kritiserte styret for å ha latt passere en annonse i Tidsskriftet der det var stillet

krav om spesialitet både i indremedisin og lungesykdommer.

Etter henvendelse til Lægeforeningen i sakens anledning, mottok Norsk forening for lungemedisin brev fra Lægeforeningen av 1. nov. 1976, sålydende:

Sykehuseiers krav om spesialistkompetanse i to spesialiteter, indremedisin og lungesykdommer.

I brev av 31. mai 1976 har Norsk forening for lungemedisin bedt Lægeforeningen svare på følgende to spørsmål:

1. Hvilken holdning inntar Lægeforeningen til Norsk forening for lungemedisins innstilling «Lungemedisinens oppgaver og organisering i Norge»?

2. Hva er Lægeforeningens syn på det forhold at sykehuseier krever kompetanse i 2 hovedspesialiteter ved utlysning av overordnet legestilling?

Spørsmålene er ikke stillet tidligere (i forbindelse med oversendelse av innstillingen) og innstillingen har ikke tidligere vært forelagt sentralstyret. Brevet av 31. mai d. å. fra Norsk forening for lungemedisin ble 4. juni d. å. forelagt Norsk internistforbund, som har avgitt

uttalelse i brev av 11. september d. å. jfr. vedlagt kopi. Saken er deretter blitt noe forsinket p.g.a. arkiveringsfeil.

II

Spørsmålet om opprettelse av lungesykdommer som egen spesialitet er avgjort foreløpig, for så vidt som det ikke blir fremmet forslag om endringer til landsstyret i 1977.

På den annen side er spørsmålet omstridt, og det samme gjelder oppbyggingen av servicen i lungesykdommer ved norske sykehus. Det synes lite begrunnet for sentralstyret på det nåværende tids-punkt å binde seg til et bestemt mønster.

III

Videre antar sekretariatet at den uklare situasjon f. t. må føre til at Lægeforeningen må godkjenne visse overordnede stillinger med krav til innehaveren at han dekker så vel indremedisin som lungesykdommer.

Vedlagte kopi fra Tidsskriftet 20. oktober i fjor viser en typisk kunngjøring av stilling som nevnt. Denne annonsetekst ble forelagt Norsk forening for lungemedisin, som godkjente den skriftlig med bemerkning om at også rådgivende utvalg for lungesykdommer burde innkalles av Helsedirektøren.

IV.

Sekretariatet foreslår at sentralstyret vedtar å sende brev til Norsk forening for lungemedisin i samsvar med vedlagte utkast.

Med hilsen

Jon Skåtun Erling Larsen.

I brev av 21. mai 1976 til Norsk forening for lungemedisin og Spesialitetskomitéen i lungesykdommer skriver Lægeforeningen: Forslag om lungesykdommer som grenspesialitet innen indremedisin. Det vises til ovennevnte sak som av landsstyret 1975 ble vedtatt

utsatt med tanke på nærmere utredning og eventuell behandling på landsmøtet 1977. Saken har etter dette vært behandlet i spesialforeningen og spesialitetskomitéen samt spesialitetsrådet. På bakgrunn av den fornyede behandling, ble saken fremmet for sentralstyret i dets møte 26. mai 1976.

I samsvar med spesialitetsrådets innstilling fattet sentralstyret følgende vedtak: Forslag om lungesykdommer som grenspesialitet innen indremedisin fremmes ikke for landsstyret 1977.

Jon Skåtun E. Skoglund

I forbindelse med årsmøtet i 1976 ble det fremmet forslag om endring av spesialistreglene i lungesykdommer med følgende hovedutdannelse:

3 års tjeneste ved lungeavdeling

2 års tjeneste ved indremedisinsk avdeling

Sideutdannelse:

½ års tjeneste ved røntgendiagnostikkavdeling eller
½ års tjeneste ved egen røntgenseksjon ved lungeavdeling.

Norsk indremedisinsk forening hadde intet å bemerke til forslaget, men spesialitetskomitéen i indremedisin gikk imot endringsforslaget og foreslo derimot at lungesykdommer gjøres til grenspesialitet innen indremedisin og gis endrede regler i samsvar med dette. I 1979 ble det utarbeidet en omfattende rapport vedr. Stillingsstruktur, Utdanningskapasitet og behov for spesialister innen lungemedisin. Denne ble oversendt sekretariatet i Lægeforeningen På legeforeningens landsmøte i 1983 ble det vedtatt å nedsette en komité med medlemmer fra indremedisinsk og lungemedisinsk forening, med oppgave å fremlegge for neste landsmøte «Forslag til samordning

av spesialitetene indremedisin og lungesykdommer»

I brev av 30. oktober 1983 fremmet Nils Petter Boye forslag om at «Hovedspesialiteten lungesykdommer omgjøres til grenspesialitet av indremedisin» blir tatt opp til realitetsbehandling på generalforsamlingen høsten 1983. Forut for dette var det avgitt Argumentasjon for å opprettholde hovedspesialiteten Lungesykdommer forfattet av Erik Florvaag 2. 2. 1983, og Norsk forening for lungemedisin sendte følgende brev til Den norske lægeforening 19. 02. 1983: Forslag fra Norsk indremedisinsk forening om grenspesialisering innen indremedisin. Forslaget innebærer to prinsipielt forskjellige saker, nemlig opprettelse av grenspesialitet av to tidligere subspesialiteter, endokrinologi og hæmatologi og medikamentell onkologi, samt forslag om å omgjøre hovedspesialiteten lungesykdommer til grenspesialitet.

Når det gjelder den første saken, har vår forening ingen bemerkninger til disse omgjøringene fra subspesialitet til grenspesialitet. Når det gjelder forslaget om omgjøring av spesialiteten lungesykdommer fra hovedspesialitet til grenspesialitet, så har styret i Norsk forening for lungemedisin allerede i brev av 5. des. 1982 gitt uttrykk for sitt syn på denne saken, nemlig at forslaget ikke bør tas opp til behandling allerede på Lægeforeningens landsmøte sommeren

1983. Man kan i denne saken etter vår oppfatning ikke se bort i fra oppfatningen til dem det først og fremst gjelder, nemlig medlemmene av vår forening. Det faktum at spørsmålet om fortsatt hovedspesialitet, eller omdannelse til grenspesialitet av lungefaget er tatt opp, og er under behandling i vår forening, gjør at et vedtak over hodet på vår forening nå vil bli oppfattet som et overgrep, og vil gi en dårlig start for et eventuelt nærmere samarbeide med indremedisinen.

Etter at endring av lungefagets status var tatt opp til preliminær diskusjon på vår foreningsårsmøte høsten 1982, sendes det i disse dager ut materiale som videre diskusjonsgrunnlag, og saken vil bli tatt opp igjen på vår forenings vårmøte, som vil bli satt opp som ekstraordinært årsmøte. Etter styrets oppfatning, er heller ikke de eneste løsninger enten hovedspesialitet eller grenspesialitet, men man vil også drøfte muligheten for å endre spesialistreglene slik at man ved en kombinasjon av spesialitetene lungemedisin og indremedisin innfører redusert utdanningstid, uten at lungefaget slik det blir praktisert ved de rene lungeavdelinger og diagnosestasjoner behøver å oppgi sin status som hovedspesialitet.

Det er klart at vår forening vil ha gjennomdrøftet disse spørsmål i alle fall i løpet av høsten 1983, og at et eventuelt landsmøte i Lægeforeningen sommeren 1984 også vil ha kunnskap om vår forenings holdning, i tillegg til Norsk indremedisinsk forenings

forslag. Dermed vil man ha et helt annet grunnlag for å ta standpunkt som vil bli forstått, og respektert, fra den samlede stand av lungeleger.

For styret i Norsk forening for lungemedisin

Gunnar Hansen

formann

13. mai 1983 ble det holdt ekstraordinært årsmøte i forbindelse med vårmøtet i Stavanger.

Lungefagets fremtidige status.

Ifølge vedtak på siste årsmøte, inviteres til en rådgivende avstemning. Det er nødvendig for styret å få kjennskap til stemningen i foreningen, bl. a. fordi spørsmålet om grenspesialitet muligens kommer opp til avstemning allerede på landsmøtet i Den norske lægeforening sommeren 1983 (Se styrets brev til sentralstyret i den anledning).

Styret ønsker også vurdert en mulig kombinasjonsløsning der man opprettholder hovedspesialiteten, men der det også gis anledning til å velge en grenspesialist - utdanning (der det innføres regler for avkortet utdannelsestid når man velger å spesialisere seg i både indremedisin og lungesykdommer, slik som skissert i styrets grenspesialitets - forslag).

ARGUMENTASJONSLISTE

For hovedspesialitet:

I Norge, og i en lang rekke andre land har spesialitetet lungesykdommer lang tradisjon. endring i status må ha: a) klart definerte fordeler for lungefaget som helhet, og b) de negative følger av statusendringen må være klargjorte og akseptable.

Stillingstrukturen: Selv etter styrets reviderte ønske vil det i 1990 være 54 rene lungemedisinske stillinger mot 35 kombinerte stillinger (lungestillinger tilknyttet indremed. avd.) Faglig sett er den rel. lange utdannelsestiden for de to hovedspesialiteter (7½år) en sikkerhet for høy kompetanse. Frykten for at det skal oppstå en ustrukturert «lungesubspesialitet» på med. avd. er overdreven.

Underskuddet på ferdige spesialister som kan søke lunge/indremed. stillinger ved omgjø - tildeling av ressurser.

For grenspesialitet:

Det vil ikke bli nevneverdig ekspansjon ved eksisterende lungeavd. i En form av stillinger.

Fare for omdannelse av enkelte lungeavdelinger til seksjoner uansett om lungefaget er hoved- eller grenspesialitet.

Krav om vaktfellesskap mellom lungeavd og indremed. avd. har allerede blitt satt fram, og vil kunne tvinnes igjennom uten at lungelegene i lengden kan stå i mot slike krav, uansett hva de selv ønsker.

Nye stillinger kan bli opprettet ved en rekke indremed. avd. »merket for lungelege ved omdannelse av underordnede, indremed. stillinger. Forutsetningen for at lungefaget skal få del i disse stillingene er at lungelegen samtidig er indremedisiner.

De steder der lege med dobbelutdanning er blitt ansatt, har vedkommende blitt godt mottatt av øvrige indremedisinere, også med

ring av underordnede stillinger er overdrevent i styrets fremstilling.

Ressurser: Faglig, administrativt og budsjettmessig avgrensning fra indremedisin og andre spesialiteter er en fordel.

Ved større sykehus med hardt belastede indremed. avd. er det fare for «overflow» av B- og C-pregede pasienter til lungeavd.

Man kan søke hensiktsmessige samarbeidsløsninger på annen måte med indremed. avd.

Norsk forening for indremedisins forslag om å fremme grenspesialitetsforslaget på Lægeforeningens årsmøte uansett hva vår forening mente, tyder på liten samarbeidsvilje.

vil mange lungepasienter i stedet bli behandlet av gen- indremedisinere.

Dobbeltutdannelse er derfor nødvendig for å få spredning av faget.

Sjangsen for spredning av faget kan gå fra oss for flere 10-år.

Dobbeltspesialitets - utdannelsen på min. 7½ år er unødig lang.

For leger i utdanning med hovedsaklig lungetjeneste, kan det etterhvert bli håpløst å få den nødvendige indremed. tjeneste (voldsom konkurranse om stillingene allerede, for omdannelse av ca. 100 utdann. still.).

Spredning av lungespes. vil føre til at mange blir alene på sine sykehus. Man kan ikke se at dette nødvendigvis vil føre til redusert faglig nivå. Dersom man derimot vil gjøre lungefaget mer eksklusivt,

I 1982 nedsatte Norsk indremedisinsk forening et utvalg til å fremme forslag på nye grenspesialiteter innen indremedisin. Utvalget foreslo opprettelse av to nye grenspesialiteter, grenspesialitetene endokrine sykdommer og grenspesialitetene haematologi og medikamentell onkologi. Utvalget foreslo også omgjøring av hovedspesialiteten lungesykdommer til grenspesialitet innen indremedisin. På Landsstyret 4. juni 1993 ble det vedtatt å nedsette et utvalg med medlemmer fra Norsk Indremedisinsk Forening og Norsk forening for lungemedisin med oppgave å vurdere en samordning av spesialitetene indremedisin og lungesykdommer. Etter å ha mottatt forslag på 2 medlemmer til utvalget fra hver av de to spesialforeningene, fattet Sentralstyret i møte 28. oktober 1983

følgende vedtak:

«Til utredning om faglig samordning mellom spesialitetene indremedisin og lungesykdommer, nedsettes i tråd med Landstyrevedtak av 4. juni 1983 utvalg med følgende sammensetning:

Ass. overlege Ragnar Dahle (formann)

Ass. overlege Gunnar Hansen

Res. lege Hans Asbjørn Holm

Overlege Olav Kåre Refvem

Det ble fremmet forslag til samordning i 6 punkter. Det ble foreslått en prøveperiode fram til 1990. Innen den tid må begge spesialforeninger ta opp til ny vurdering samordning av de to spesialitetene utfra de erfaringer som er høstet. Man opprettholder muligheten for ren lungemedisinsk utdanning fram til 1990.

Punkt 1. Utdanningskrav til spesialiteten lungesykdommer:

1. Tjeneste som for spesialiteten indremedisin.
2. Inkludert i eller i tillegg til punkt 1:

- a. 2års tjeneste ved avdeling/seksjon for lungesykdommer.
- b. 6 mndr. tjeneste ved avdeling/seksjon for lungesykdommer med spesiell tilknytning til respirasjonsfysiologisk laboratorium.

- c. 6 mndr tjeneste ved røntgenavdeling/røntgenseksjon ved lunge-avdeling

Punkt 2. Denne utdannelsen kvalifiserer til:

- a. Spesialist i lungesykdommer.
- b. Spesialist i indremedisin
- c. Med denne utdannelsen er man sidestillet med grenspesialister i indremedisin som infeksjonsmedisin, cardiologi, nefrologi, gastroenterologi og endokrinologi.
- d. I en overgangsperiode frem til 1.1.1990 vil man kunne bli lungespesialist etter «gammel» ordning, d.v.s. med tjenestetid 5½år.

Punkt 3. Lungespesialister som i dag er utdannet etter «gammel» ordning vil inneha sin spesialitet funksjonstiden ut. Ved søknad på stillinger knyttet til separate lungeavdelinger, sidestilles denne utdannelsen med den foreslåtte nye lungespesialiteten. Lungespesialister utdannet etter «gammel» ordning vil kunne oppnå indremedisinsk spesialitet ved ytterligere 1års tjenestetid i godkjent utdannelsestilling ved indremedisinsk avdeling.

Punkt 4. Samordning av spesialitetsfunksjonene for lungemedisin og indremedisin.

- a. Spesialitetskomitéen i lungesykdommer fungerer som spesialitets-komité for spesialiteten lungesykdommer. 2 av medlemmene skal være spesialister i indremedisin.
- b. Helsedirektoratets rådgivende utvalg i lungesykdommer og indremedisinske sykdommer bør samordne meritteringsreglene til over- og underordnede legestillinger, slik at man får et best mulig ensartet regelverk ved beregning av merittpoeng.
- c. Ved vurdering av søknader til legestillinger på separate lungeavdelinger, forespørres det rådgivende utvalg i lungemedisin.

Ved vurdering av søknader til overordnede legestillinger knyttet til lungemedisinsk seksjon på indremedisinsk avdeling, forespørres det rådgivende utvalg i indremedisin.

Punkt 5. Den utdannelsesmessige verdi ved legestillinger knyttet til lungeseksjoner i indremedisinske avdelinger, må sidestilles med tilsvarende legestillinger ved andre indremedisinske seksjoner.

Samordningsforslaget ble forelagt sentralstyret i møte 29. mars 1984. Sentralstyret fant det ønskelig at saken ble behandlet av landsstyret i mai 1984. Saken ble derfor vedtatt oversendt

avdelinger og spesialforeninger til uttalelse som ledd i forberedelse av saken for landsstyret. Sentralstyret vedtok samtidig å bemerke i tilslutning til utvalgets konklusjoner at en opprettet

spesialitet i vårt system enten er en hovedspesialitet eller en grenspesialitet under en hovedspesialitet.

Det fremsatte forslag innebærer i realiteten at lungesykdommer omgjøres til grenspesialitet og sentralstyret kan vanskelig se at det er spesielle grunner til at man ikke kan benevne en spesialitet som i realiteten er en grenspesialitet med den rette betegnelse. Sentralstyret vedtok også å uttrykke skepsis til de overgangsordninger som var skissert i utvalgets forslag. På hvilken måte spesialister i lungesykdommer skal kunne oppnå spesialiteten indremedisin er en sak for seg og må vurderes i første omgang av spesialitetskomitéen i indremedisin og av sentralstyret.

Oppnevning av spesialitetskomité, etablering av meriteringregler og bruk av rådgivende utvalg må skje på samme måte som for andre spesialiteter.

Utvalgets forslag bes kommentert av avdelinger og spesialforeninger, og svar bes være oss i hende innen 20. april d. å. eventuelt snarest deretter. Den norske lægeforenings sentralstyre

Etter bemyndigelse

Harry Martin Svabø	Einar skoglund
generalsekretær	avd. sjef

Resultat av avstemning vedrørende forslaget til faglig samordning mellom spesialitetene indremedisin og lungesykdommer ble meddelt medlemmene av Norsk forening for lungesykdommer i brev av 14. mai 1994.

Antall stemmer for forslaget: 61

Antall stemmer mot forslaget: 13

Avholdt seg fra å stemme: 3

Ovenstående tilsier at det ikke lenger er grunnlag for det tidligere tillyste ekstraordinære årsmøte. Møtet lørdag 26. mai avlyses derfor

Olav Kåre Refvem
sekretær.

7. 7. 1984 skriver formannen i Norsk forening for lungemedisin brev til lægeforeningens sentralstyre: Forslag til faglig samordning mellom spesialitetene indremedisin og lungesykdommer.

Styret i Norsk forening for lungemedisin er blitt gjort kjent med vedtak i landsstyret 28. mai 1984 der lungesykdommer med umiddelbar virkning omdannes til grenspesialitet under indremedisin. Styret i Norsk forening for lungemedisin vil få peke på følgende forhold:

1. Foreningen har ikke på noe tidspunkt fått tilsendt opplysninger om at sentralstyret hadde vedtatt å fremme forslag for landsstyret om å omgjøre lungesykdommer til grenspesialitet, og har aldri blitt gjort kjent med den argumentasjon som sentralstyret brukte overfor landsstyret i denne saken.

II. I brev av 7. mai d. å. gjorde imidlertid styret i vår forening sentralstyret klart oppmerksom på hvordan vår forening ville se på et slikt forslag. Vi ba uttrykkelig om at representanter for styret måtte få møte sentralstyret før det tok sitt standpunkt i saken.

III. Dette brevet, som måtte betraktes som det viktigste høringsnotat i denne saken, som først og fremst berører medlemmene i vår forening, var så vidt vi har brakt i erfaring, ikke vedlagt saks dokumentene. Derimot ser vi at sentralstyret i sin saksfremstilling til landsstyret, som vi nå i etterhånd har fått tak i, argumenterer imot våre standpunkter i dette brevet, som altså ikke var vedlagt sakspapirene. Man vil her tillate seg å peke på følgende punkt i Lægeforeningens lover, §13, 2. avsnitt: «Styret i en spesialforening skal få seg forelagt alle viktige saker som berører dens faglige interesser og ha rett til å avgi muntlig uttalelse til avdelingsstyret, sentral styret og landsstyret i det møte vedkommende sak behandles».

Det skal her konstateres at styret i Norsk forening for lungemedisin ikke har noen representant i landsstyret. Vi må derfor slå fast at Lægeforeningen klart har brutt med sine egne lover i den aktuelle saksbehandling. Norsk forening for lungemedisin vedtok på ekstraordinært årsmøte i

mai 1982 at styret skulle arbeide for at lungesykdommer fortsatt skulle være egen spesialitet. Etter dette vedtaket har spørsmålet om omdannelse av faget til grenspesialitet ikke vært oppe til reell drøfting i foreningen fordi det ikke ble ansett å være et aktuelt spørsmål, etterat Norsk indremedisinsk forenings forslag ble trukket tilbake på landsmøtet i Loen juni 1983.

Hvordan foreningen nå vil stille seg til et vedtak i Lægeforeningens landsstyre som bygger på klart ulovlig saksbehandling, må avgjøres på foreningens kommende årsmøte. Det som synes klart er at sentralstyret har påtatt deg et betydelig ansvar overfor lungeleger, ferdige spesialister og leger under utdanning, ved å presse igjennom et vedtak om omdanning av faget uten at konsekvensene, såvidt vi kan se, er klarlagt.

Man må her igjen minne om at faget for en stor del fungerer i egne lungeavdelinger, og at mer enn 80% av utdannelses-stillingene finnes på selvstendige lungeavdelinger uten tilknytning til indremedisinske avdelinger.

Styret i Norsk forening for lungemedisin må derfor be om at sentralstyret skriftlig redegjør for følgende forhold slik at medlemmene kan klargjøre sin situasjon etter det vedtak som nå er fattet:

I. Hvilken meriterende verdi vil nå tjeneste ved lungeavdelinger ha i relasjon til indremedisin

- a) Når det gjelder søknad om stilling ved indremedisinsk avdeling?
- b) Når det gjelder tjeneste for den indremedisinske spesialitet?

(Det er nemlig ikke klart om lungeavdelinger skal kunne få gruppe I - status i relasjon til indremedisinsk utdanning. Vi vil ha presisert hvilke forutsetninger som må være til stede for at en lungeavdeling skal få gruppe - I - status som indremedisinsk utdannelses - institusjon. Det skulle være unødvendig å påpeke at foreningen ikke kan finne seg i at lungefaget blir en slags sekunda grenspesialitet fordi faget har en annen struktur enn andre grenspesialiteter).

II. Man går ut i fra at intensjonen bak vedtaket om å omgjøre lungesykdommer til grenspesialitet, er å påskynde en integrasjon av faget i de indremedisinske avdelinger. Hvilken garanti kan sentralstyret og Lægeforeningen gi for at lungefaget ved en slik integrasjon får den plass fagets tyngde tilsier (15-20% av pasientene ved generelle indremedisinske avdelinger har lungesykdommer som hoveddiagnose)

III. Landsstyrets vedtak sier i sitt siste avsnitt: «Som en midlertidig ordning ved overgang fra hovedspesialitet til grenspesialitet, beholdes det rådgivende utvalg for lungemedisin også etterat lungemedisin er blitt grenspesialitet». Uttrykket «midlertidig ordning» er ytterst upresist.

En stor del av våre medlemmer mangler den indremedisinske spesialitet, og man kan ikke forvente at så mange gis anledning til å supplere sin utdanning. Det vil være en anakronisme om indremedisinsk rådgivende utvalg skulle innstille søkere til stillinger der søkeren ikke er indremedisiner, og der stillingen er knyttet til institusjon som ikke er integrert i indremedisinsk avdeling.

Man ber derfor sentralstyret presiserer at faget lungesykdommer skal beholde sitt rådgivende utvalg så lenge det eksisterer selvstendige lungeavdelinger. Norsk forening for lungemedisin vil måtte diskutere sin stilling vil måtte diskutere sin stilling til grenspesialitets-vedtaket blant

annet ut i fra de presiseringer sentralstyret kommer med som svar på ovenstående spørsmål, eventuelt andre spørsmål som måtte melde seg før vårt årsmøte. Uansett må foreningen selvsagt forbeholde seg retten til å foreslå vedtaket omgjort på kommende

landsmøte/landsstyremøte i Lægeforeningen ut i fra de feil i saksbehandlingen som er påpekt.

For styret

Gunnar Hansen

formann

I brev av 27. september 1984 svarte Sentralstyret slik:

Omgjøring av spesialiteten lungesykdommer til grenspesialitet innen indremedisin.

Det vises til Deres brev av 7. juli d. å. vedrørende omgjøring av lungesykdommer til grenspesialitet innen indremedisin. Saken har vært behandlet av Sentralstyret i møte 27. august 1984. Sentralstyret kunne ikke se at det har forekommet uregelmessigheter ved saksbehandlingen i denne saken, idet den var forberedt på vanlig måte for landsstyret og alle relevante dokumenter forelå for landsstyret. Også Deres brev av 7. mai d. å. var vedlagt ekspedisjonen til landsstyret.

Sentralstyret mener også at intensjonene i lovens § 13 er oppfylt ved at Norsk forening for lungemedisin på normal måte har fått uttale seg i saken. Det er riktig at vedkommende spesialforening har rett til å uttale seg muntlig overfor landsstyret, men dette må da skje etter anmodning fra spesialforeningen. Landsstyret innkaller ikke representanter for spesial-

foreningene når en sak er forberedt på vanlig måte ved skriftlig behandling.

Sentralstyret er således av den oppfatning at saksbehandlingen også i denne sak har skjedd på normal måte, og i tråd med lovene.

Merittreglene er under revurdering i samtlige spesialiteter, og skal av et spesielt nedsatt utvalg gjennomgå i løpet av høsten. Avklaring av hvordan tjeneste ved lungeavdelinger skal meritere i relasjon til spesialiteten indremedisin må således tas opp i denne forbindelse. Det samme gjelder

søknad på stilling ved indremedisinsk avdeling på bakgrunn av tjeneste ved lungeavdeling.

Tjeneste ved en lungemedisinsk seksjon ved en gruppe I - avdeling i indremedisin, kan telle for det obligatoriske gruppe I - året i indremedisin. Hvordan tjeneste ved en gruppe I -lungeavdeling skal kunne telle for spesialiteten indremedisin er under utredning i spesialitetskomitéen i indre-

medisin og i spesialitetskomitéen i lungesykdommer. Når det gjelder lungefagets videre utvikling og plass i norsk medisin, er det i stor grad ansvaret til Norsk forening for lungemedisin og til spesialitetskomitéen i lungemedisin å sørge for at faget fortsetter sin utvikling og fortsetter å ha det omfang som er faglig nødvendig. Det er intet som tilsier at en grenspesialitet får noen mindre betydning faglig sett i forhold til hovedspesialiteter, ei heller at grenspesialiteter ressursmessig

har det vanskeligere enn hovedspesialiteter. Sentralstyret kan ikke se at omgjøring til grenspesialitet på noen måte vil hindre lungemedisinens utvikling i Norge. Når

landsstyret har vedtatt at det for lungemedisin skal beholdes Helsedirektørens rådgivende utvalg som en midlertidig ordning, er det ingen grunn til å tro at dette rådgivende utvalg vil bli fjernet så lenge det er behov for å ha et eget utvalg for lungemedisin, å uttrykke tidsaspektet mer presist enn «midlertidig» i denne forbindelse er vanskelig. Sentralstyret ser således ingen grunn til å presisere dette ytterligere, men har merket seg synspunktene fra Norsk forening for lungemedisin og vil ta hensyn til disse.

Harry Martin Svabø Erling Skoglund
generalsekretær avd. sjef

På årsmøtet i Norsk forening for lungemedisin 16. november 1994 redegjorde formannen for hendelsesforløpet som ledet til at spesialiteten lungesykdommer ble omgjort til indremedisinsk grenspesialitet. Det ble påpekt at omgjøringen til grenspesialitet var gjort uten at Lungeforeningens årsmøte hadde behandlet saken, og det ble fattet følgende enstemmeige vedtak:

«Årsmøtet beklager Sentralstyrets handlemåte i denne sak. Årsmøtet vil understreke de momenter formannen peker på i skriv av 7.7.84, og fastholder at spørsmålet om grenspesialitet/hovedspesialitet ikke ble realitetsbehandlet på årsmøtet i 1983».

På høstmøtet i Norsk forening for lungemedisin i 1993 gav Ragnar Dahle følgende oversikt over utviklingen innen spesialiteten etter en innledende beretning om tuberkulosens dominerende plass frem til 1970:

«I 1974 foreslo Eldjarnutvalget at lungemedisin burde omgjøres til grenspesialitet. Lungeforeningen svarte med å forandre kravene til hovedspesialiteten slik at man nå måtte ha 3 års tjeneste ved lungeavdeling. Til da hadde man hatt mulighet til å benytte ett år av hovedutdannelsen til enten lungesykdommer eller indremedisinske sykdommer. Denne forandringen ble vedtatt for at det skulle bli vanskeligere å omgjøre lungespesialiteten til grenspesialitet. 1982 er det neste merkeår. Da ønsket Dnlf å se på behovet for gren-

spesialiteter i framtiden og nedsatte Grøttumutvalget med overlege Grøttum som formann. Utvalget fikk som mandat dels å se på behovet for nye grenspesialiteter, særlig med tanke på lunge og rheumatologi, og dels lage en felles mal for utdanningen. Denne gang ble ikke

Norsk forening for lungemedisin spurt om å oppnevne representant til utvalget, fordi man visste hvilket prinsipielt standpunkt foreningen hadde. I stedet ble undertegnede oppnevnt som medlem av Norsk forening for indremedisin. Det forelå på dette tidspunkt allerede spesifikke krav til utdanning innen kardiologi, gastroenterologi, nefrologi og infeksjonsmedisin. Hematologene finpusset på sine spesialistregler. Intensjonen fra Lægeforeningen var klar.

Man ville eventuelt gå til det skritt å opprette egen grenspesialitet med spesifikke utdanningskrav parallelt med i en overgangsperiode å beholde Hovedspesialiteten i lungesykdommer.

Grøttumutvalget la fram sin innstilling i 1983. Man fant at tiden ennå ikke var moden for rheumatologene, men la fram forslag om utdanningskrav for grenspesialiteten lungemedisin.

Krav til utdanning i indremedisin og grenspesialiteten lungemedisin.

4 år indremedisin

2 år lungemedisin

½ år tjeneste ved lungeavd./resp. fys. lab

½ år tjeneste ved rtg. avd./diagnosestasjon med eget rtg. utstyr.

Utdanningskandidater ville i henhold til vårt forslag sikre seg spesialiteten indremedisin og lunge på 7 år. Samtidig var det mulig å arbeide 3 år ved lungeavdeavd. mens man fikk tjeneste ved rtg. og resp. fys. lab.

Vi ble enige på generalforsamling, og diskusjonen ble ikke så følelsesladet som vi var redde for, kanskje takket være Gunnar Hansens forsiktige fremgangsmåte og dynamiske lederstil. Norsk forening for lungemedisin gikk inn for grenspesialisering og

på Dnlf Sentralstyremøte sommeren 1984 ble det overfor Sosialdepartementet anbefalt at lungesykdommer skulle omgjøres fra å være hovedspesialitet til grenspesialitet med krav til utdanning som vi hadde foreslått.

Tabeller angir utviklingen av lungelegestillinger ved sykehus

	Overlegestillinger	underord. stillinger
1970	28	29
1992	74	18

Ved akuttstusykehus	Antall sykehus	Antall lungeleger
1972	16	26
1980	17	35
1992	34	74

Etter at lungelegene i større grad fikk ansvar også for akuttmedisin, har nok det påvirket utviklingen i faget, til å utvikle kompetanse i infeksjonsmedisin, respiratorbehandling, CPAP tilpasning osv. Cancerutredning med fiberbronkoskop var godt i gang lenge før vi

ble grenspesialitet. Men vi har også erfart at vi møter konkurranse om pasientene fra våre grenspesialister; infeksjonsmedisinerne vil overta tuberkulose, onkologene vil overta cytostatikabehandling av lungekreft. Og vi opplever nok i vår travle hverdag at vi ikke er våkne nok til å være på vakt. Derfor er det fint at vi nå får en dag til å tenke prioritering innen lungefaget, og kanskje kan enes om satsningsområder for framtiden.

Vi har sett på stillinger og utdanningskapasitet som en del av ressurstildelingen. Hva med kampen om ressursene på avdelingsnivå, har vi vunnet den eller tapte vi? Svaret er hverken ja eller nei, men både og. Vi har opplevd en tøff periode på 10-15 år med beinhard

prioritering innen institusjonshelsevesenet. Ved lungeavdelingen i Bodø kan jeg tenke meg at de synes de tapte kampen om prioritering innenfor det indremedisinske arbeidsfelt. De hadde 76 senger og egen røntgenavdeling, 3 lungespesialister og 3 underordnede leger. De mistet røntgenutstyr, sengetallet redusert til 20 og legetallet redusert. Til gjengjeld har vi fått opprettet 15 nye lungeseksjoner fra 1972, og tilsatt lungespesialister ved ytterligere 10-12 lokal-sykehus.

Jeg er ikke i tvil om at vi valgte riktig i 1984 da vi valgte grenspesialiteten. Men institusjonshelsetjenesten er ikke statisk. Vi må hele tiden føre pasientenes sak. Her har vi og våre pasienter smertelig fått erfare at KOLS og astma og lungecancer ikke er noen status sykdom. Vi kommer stadig i skyggen av hjertepasientene som dør i køene. Men vi skal være deres advokater og kjempe sammen med dem om ressursene.

Utredninger

Det bar i årenes løp vært nedsatt en rekke utvalg for å utrede forhold relatert til norsk lungemedisin.

I det følgende vil det bli referert kortfattet fra disse utredninger.

Lungemedisinens oppgaver og organisering i Norge.

I 1973 ble det oppnevnt et utvalg bestående av:

Spesiallege Harald E. Hauge, Gjøvik, formann

Praktiserende lungespesialist Johan Lundar, Oslo

Reservelege, senere spesiallege Tom Unneberg, Elverum
 Spesiallege, dosent dr. med. Jon Rasmus Vale, Oslo

Utvalget la frem sin innstilling 1. okt. 1994. I innledningen blir det pekt på at utvalget er kjent med at almenpraktiserende leger ønsker en avgrensning av sine arbeidsoppgaver overfor de ulike medisinske spesialiteter. Det ble derfor i hovedkapitlet lagt vekt på å få frem synspunkter på hvilke kategorier lungesyke som med fordel kan behandles i almenpraksis, og hvilke kategorier det er en spesialistoppgave å ta hånd om. Innledningsvis poengteres det at lungemedisinen som spesialitet i vesentlig grad har nærmet seg indremedisin. Kvantitativt har obstruktive lungesykdommer og maligne lungesykdommer overtatt tuberkulosens plass som dominerende arbeidsoppgaver. Det gjennomgås i detalj hvilke sykdommer i nedre luftveier og pleura som bør være lungespesialistenes arbeidsoppgaver. Profylaktisk lungemedisin og diagnosestasjonenes/lungepoliklinikkens oppgaver på dette området understrekes. Det fremheves at diagnosestasjonsvirksomheten i fremtiden må knyttes til generelle lungemedisinske poliklinikker, helst knyttet til sykehus.

I kapitlet om lungemedisinens organisering åpnes for et differensiert mønster, dog antas det at etablering av privat lungespesialistpraksis vil være problematisk på grunn av de store utlegg til et tidsmessig røntgenanlegg. Utviklingen har senere vist at denne forutsetning ikke behøver å være av avgjørende betydning. Dekningen av lungemedisinsk service på sykehusnivå gjennomgås, og det påpekes at behovet for nyetableringer er særlig stort i Oslo og øvrige Østlandsområdet.
 Til slutt gjennomgås situasjonen for lungemedisinsk service fylkesvis og dekningsgrad og behov vurderes.

Generalplan for spesialiteten lungesykdommer.

Omkring 1980 ble det for samtlige spesialiteter etter anmodning fra lægeforeningen utarbeidet Generalplaner. I generalplanen for lungesykdommer er det gitt en omfattende redegjørelse for spesialitetens stilling i flere andre land. Det ble innhentet bakgrunnsmateriale fra norske lungemedisinske institusjoner, avdelinger, diagnosestasjoner og lungeleger knyttet til indremedisinske avdelinger.
 Det ble utarbeidet behovsanalyser fylkesvis

Innstilling «**Forskningsråd**» i Norsk forening for lungemedisin ble tatt opp på årsmøtet i Nffl 20. nov. 1981 ble det nedsatt en komité til å utrede instruks for et forskningsråd. Komitéen hadde følgende sammensetning.
 Dosent Amund Gulsvik, Rikshospitalet, Oslo.
 Overlege Kjell Holten, Vest-Agder Sentralsykehus, Kristiansand.
 Ass. overlege Erik Florvaag, Haukeland sykehus, Bergen
 Ass. lege Ole Chr. Haanæs, Lungeavdelingen, Rikshospitalet, Oslo.

Detaljert gjennomgang av innstillingen finnes i «Forskningsråd»

Langtids oksygenbehandling i Norge.

Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Forskningsrådet, bestående

av:

Overlege Kjell Holten, Vest-Agder Sentralsykehus, Kristiansand
 Overlege Per Røyset, Regionsykehuset i Tromsø
 Overlege Tor Aasen, Granheim Sanatorium, Follebu , Sekretær
 Ann Kristin Stapnes fra Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke.

Rapporten gir en utførlig omtale av erfaringer fra andre land. Deretter følger en behovsanalyse, retningslinjer for diagnostikk, opplæring og oppfølging. Utstyr og applikasjonsmåter gjennomgås i detalj, og økonomiske forhold diskuteres. Til slutt analyseres behov for fremtidige studier når det gjelder epidemiologi, kliniske og patofysiologiske studier og registringsrutiner. Innstillingen ble avgitt i 1987.

I 1989 ble det avgitt en innstilling om
Lungehelse i Norge av en
 arbeidsgruppe nedsatt av Helsedirektoratet

Arbeidsgruppen bestod av følgende medlemmer:

Nils Petter Boye - formann
 Bjørn O. Bergholtz
 Kjell Bjartveit
 Øyvind Fjeld
 Amund Gulsvik
 Arne Heimdal
 Olav Kåre Refvem
 Ann Kristin Stapnes
 Kjell Aarnes

Det ble foretatt en fylkesvis analyse av status og behov når det gjelder lungemedisinsk service.

På basis av denne analysen ble det konkludert med at det er klare variasjoner i forekomst av luftveissykdommer mellom enkelte fylker og mellom by- og landdistrikter. Dette er særlig tydelig når det gjelder lungecancer og antas ikke å kunne forklares ved forskjeller i behandlingstilbud.

-det er underdekning i behandlingstilbud, særlig når det gjelder langtidsbehandling og rehabilitering. på basis av endret alderssammensetning i befolkningen frem til år 2000 angis det at man vil få økning på 8% i antall innleggelser og 12% i antall liggedager. Komitéen foreslår at det bør være minimum en lungespesialist per 40.000 innbyggere, samt 20 senger per 100.000 innbyggere.

Behov for kompetanseoppbygging i alle ledd og øket forskning blir fremhevet kombinert med omfattende forebyggende tiltak.

EDB - utvalg for Norsk forening for lungemedisin.

Utarbeidelse av minste datasett innen lungemedisin

Lægeforeningen tok i 1990 initiativ for å få i gang EDB - utvalg i alle spesialforeninger. Saken ble fremmet på Vårsmøtet i Molde i 1990 av overlege Gunnar Hansen. Man tenkte seg et utvalg på 3 medlemmer til å koordinere arbeidet.

Følgende oppgaver ble skissert:

1. Gjennomgang av eksisterende kodeverk (diagnoser, prosedyrer, komplikasjoner)
Hva finnes, og hva kan brukes.

11. Hvordan applisere de grunnleggende krav til informasjons-systemer innen lungefaget (Journalføring, virksomhetsregister, kvalitetskontroll produksjonsplanlegging)?

111. Kartlegging må skje i relasjon til

-sengeavdeling/sengepost

-poliklinikk/diagnosestasjon

-laboratorium

I sakens anledning ble det sendt forespørsel til avdelinger om kompetanse og rutiner når det gjelder EDB.

Målbeskrivelse og gjennomføringsplan for spesialiteten lungesykdommer.

Målbeskrivelse fra 1987 finnes separat. I 1993

ble det utarbeidet nye forskrifter. Disse finnes i sin helhet under «Målbeskrivelse».

Tuberkulose - oppfølging, utredning og behandling i Norge frem mot år 2000.

I forbindelse med ny Smittelov som inkorporerte tuberkulose i lovgivningen for alle smitteførende sykdommer, fant Norsk forening for lungemedisin det riktig å oppnevne et utvalg til å se nærmere på forskjellige sider ved oppfølging og behandling av tuberkulose.

På årsmøtet i november 1991 ble følgende utvalg oppnevnt:

Hans Fr. Jentoft

Lars Morland - sekretær

Anne Naalsund

Olav Kåre Refvem - leder

Nils Ringdal

Inger Johanne Skarpaas

Knut Øvreberg

Et grovutkast ble lagt frem til åpen diskusjon på et møte på Lysebu 22. okt. 1992.

Etter dette møtet ble det trukket inn forsterkninger fra andre miljøer, og i innstillingen rettes takk til:

Overlegene Kjell Bjartveit, Jan Eng, Arve Lystad, Bjørn Myrvang
og Martin Steinbakk.

Innstillingen, som ble avgitt i mai 1994, oppfattes som et første utkast med tanke på senere oppdatering og revisjon med noen års mellomrom. Det er angitt en hovedansvarlig for hvert kapittel, selv om hele utvalget har tatt aktiv del i utarbeidelsen av samtlige kapitler.

Utredningen har følgende kapitler:

Diagnostikk ved tuberkulose (Anne Naalsund)
 Behandling av tuberkulose (Lars Morland)
 Hypersensitivitetsreaksjoner overfor antituberkuløse medikamenter
 (Anne Naalsund)
 Tuberkulose - forebyggelse av smitte på sykehus (Anne Naalsund)
 Oppfølging og kjemoprofylakse (Inger Johanne K. Skarpaas og
 Anne Naalsund)
 Forebyggende tuberkulosearbeid (Hans Fredrik Jentoft, Inger Johanne
 K. Skarpaas, Knut Øvreberg)
 Lungeinfeksjoner med atypiske mykobakterier (Hans Fredrik Jentoft)
 Laboratoriediagnostikk (Per Sandven, Jan Eng, Martin Steinbakk)

Yrkesrelaterte lungesykdommer

forslag til diagnostikk, kartlegging av eksponering, årsaksvurdering og fastsettelse av medisinsk invaliditet.

Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Norsk forening for lungemedisin 9. mars 1993 bestående av:

Bedriftslege Odd A. Hauge, Sør-Norge Aluminiumverk, Husnes
 Avd. overlege Helge Kjuus, Statens Arbeidsmiljøinstitutt
 Overlege Johny Kongerud, Rikshospitalet, Oslo
 Overlege Erik Melbostad, Statens Arbeidsmiljøinstitutt
 Overlege Knut I. Myhre, Rikstrygdeverket, Oslo
 Overlege Nils Ringdal, Fylkessjukehuset i Molde
 Overlege Tor B. Aasen, Haukeland sykehus, Bergen

Arbeidet ble ledet av Johny Kongerud og Tor B. Aasen som har redigert innstillingen av oktober 1994.

Rapporten har følgende hovedkapitler:

1. Prinsipper for utredning og diagnostikk ved yrkesrelaterte



lungesykdommer .

2. Innsamling av eksponeringsdata.
3. Vurdering av årsaksforhold ved yrkesrelaterte lungesykdommer-drøfting av enkelte årsaksmodeller.
4. Vurdering av medisinsk invaliditet.

Som vedlegg finnes et omfattende spørreskjema fra Seksjon for yrkesrelaterte lungesykdommer, Lungeavdelingen, Rikshospitalet.

I november 1997 fremla et uvalg nedsatt av styret i Norsk forening for lungemedisin ovennevnte rapport. Rapporten baserer seg på en intervjuundersøkelse hvor alle sykehus i landet omkring 1. 10. 1996 ble kontaktet. I tillegg til dette ble det utført en spørreundersøkelse blant alle yrkesaktive lungespesialister. Resultatene ble ført inn i en database og analysert statistisk. Siste del av undersøkelsen var en spørreundersøkelse blant utdanningskandidatene i lungesykdommer.

Av rapporten tar man med en oppstilling over fordelingen av lungespesialister og utdanningskandidater og deretter utvalgets sammendrag/konklusjoner.

SAMMENDRAG/KONKLUSJONER:

Lungefaget står overfor store utfordringer i framtida. De viktigste sykdomsgruppene øker samtidig som lungeleger får tilført nye ressurskrevende oppgaver; eksempelvis ventilatorbehandling og et økende antall yrkesmedisinske problemstillinger.

Sannsynligvis vil behovet for lungespesialister i framtida være i størrelsesorden 1 pr. 25.000 innbyggere; kanskje ned mot 1 : 20.000. Allerede nå er det en under-dekning på ca. 50 lungespesialister på landsbasis i forhold til det anslåtte behov.

De fleste av dagens lungeleger er født i tidsrommet 1940-1950, og dette tilsier at rekrutteringsbehovet bare vil bli større i de nærmeste 10-15 årene. For å dekke den stadig stigende etterspørselen, må det fra nå av satses maksimalt på å utdanne flere lungeleger.

Utfordringene er mange:

. Flere svært viktige rekrutteringsfaktorer (lønns- og arbeidsforhold mv.) er generelle for alle sykehusfag.

. Fra lungemedisinsk synsvinkel må det i rekrutteringssammenheng fokuseres på det som er spesifikt for lungefaget. Rekruttering av utdanningskandidater, ikke minst på gruppe II-sykehus, er avhengig av at spesialiteten "synliggjøres" og gjøres attraktiv i konkurranse bl.a. med de andre grenspesialitetene. " Fagets innhold og bredde" er viktige stikkord i her. På hver enkelt avdeling må lungelegene arbeide aktivt for å rekruttere nye spesialistkandidater. Det handler om å gi assistentleger god veiledning og supervisjon, godt arbeidsmiljø og tid til fordypning og forskning. Lungespesialistene må lede utviklingen innen alle fagets ulike aspekter.

. Lokal rekruttering henger ofte sammen med mulighet for senere fast arbeid som spesialist samme sted. Behov for å slå rot og unngå for mye flytting vektlegges i dag i større grad enn tidligere blant yngre leger. I den sammenheng er det viktig å fokusere på underdekningen av lungeleger i så å si alle fylker. Fantes det stillingshjemler for lungespesialister for å dekke behovet, ville dette troligg være en lokal rekrutteringsfaktor.

. På enkelte områder må utdanningen forbedres. Dette gjelder spesielt yrkesmedisin, allergologi, respiratorbehandling ventilasjonsstøtte og enkelte praktiske prosedyrer. Kompetansen må styrkes blant ferdige lungeleger på disse felt.

. Utdanningsstillingene må utnyttes optimalt både kvantitativt og kvalitativt for nyrekruttering til faget. Tallet på utdanningsstillinger har økt de siste årene, og er trolig

tilnærmelsesvist stort nok til å møte behovet for lungespesialister forutsatt full utnytting. Dagens forholdstall mellom gruppe 1- og gruppe 11- stillinger er antakelig hensiktsmessig.

. Spesialistutdannelsen må gjøres mer familievennlig. Vel halvparten av medisinstudentene er kvinner, og grenspesialistkandidater er i en alder hvor familiehensyn veier tungt. Det må bli større muligheter for deltidsstillinger og mer fleksible ordninger når det gjelder vakter og øvrig arbeidstid.

. Samarbeidet mellom sykehusene innen den enkelte reggion må styrkes. Dette gjelde også samarbeidet mellom universitetene og sykehusene. Regionale utdanningsmøter og bruk av telemedisin kan bidra til å høyne kvaliteten på utdannelsen. Uten å innføre rigide systemer for blokkutdanning, er det viktig at gruppe 1- og gruppe 11-sykehusene innen en region samarbeider om å optimalisere utdanningen for den enkelte kandidat både når det gjelder innhold og tidsbruk.

. Mange lungeleger planlegger å gå ut av faget før ordinær pensjonsalder og noen ønsker å slutte på sykehus for å gå ut i privat spesialistpraksis. Imidlertid er denne muligheten blitt betydelig redusert i henhold lovendringene vedtatt i 97. De viktigste tiltakene for å beholde lungelegene på sykehusene, er bedre arbeidsmiljø og større muligheter for videre-og etterutdanning. Deretter kommer høyere lønn, mindre vaktbelastning og mer fritid.

Undersøkelsene omtalt i denne rapporten viser at en trenger å utdanne minst 10 –12 nye lungeleger hvert år. Hittil i 90-årene har det gjennomsnittlig blitt utdannet 5,6 lungespesialister årlig.

Utfordringen de nærmeste årene vil først og fremst være å bedre rekrutteringen slik at dagens utdanningspotensiale kan utnyttes fullt ut. Dersom en likevel ikke klarer å utdanne det ønskede antall lungeleger pr. år med dagens utdanningsstillinger, må det vurderes å opprette flere. Dette må evalueres fortløpende de kommende år.

November 1997, Skien/Molde/Kristiansand/Arendal/Bergen

Anne-Marie Gabrielsen
Ole Gunnar Rysstad

Bjørn Jakobsen

Arne Eivindson

Alf Henrik Andreassen

Januar 1998 Nasjonal plan for astmaskoler Versjon 1.1

Nasjonal plan for astmaskoler

En praktisk tilrettelegging
for opplæring av astmatikere
med vekt på egenkontroll

Versjon 1.1
Januar -98

Arbeidsgruppen for
Norsk Forening for Lungemedisin (NFL)
Norske Lungesykepleieres Interesseforening (NLIF)
Fagforum for Hjerte- og Lungefysioterapi (FHLF)

© NPAS

Arbeidsgruppen har bestått av:

Overlege dr. med Per Bakke, Lungeavdelingen, Haukeland sykehus
Overlege Frode Gallefoss (leder), Lungeseksjonen, Vest-Agder Sentralsykehus.
Klinikkoverlege Olav Kåre Refvem, Glitre Klinikken
Praktiserende spesialist i indremedisin og lungemedisin, Nils Ringdal, Molde
Sykepleier Gerd Gran, Lungeavdelingen, Haukeland sykehus
Sykepleier Reidun Topland, Lungeseksjonen, Aust-Agder Sentralsjukehus
Fysioterapeut/leder FHLF Ingunn M. Orø, Fysioterapiavd., Vest- Agder
Sentralsykehus.

