



Norsk forening for
allmennmedisin

DEN NORSKE LEGEFORENING

NSAM/NFA 40 år

1983–2023



NSAM/NFA 40 år

1983–2023



Norsk forening for
allmennmedisin

DEN NORSKE LEGEFORENING

© Norsk forening for Allmenmedisin 2023
ISBN 978-82-693251-0-2

Kontaktinfo www.legeforeningen.no/nfa

Papir 130 g Edixion

Boka er satt med Calibri Regular 10/13 pkt

Design og grafisk produksjon Fagtrykk AS

FAGTRYKK 



Innhold

1. Foreningens historiske utvikling	7
Tiden før 1967.....	7
1967–1983.....	8
Gründerne i norsk allmenntmedisin	10
Begrunnelsen for et Selskap – en spesialforening for allmenntmedisin	13
1983 – NSAM stiftes.....	16
De første årene	21
NSAMs sju teser for allmenntmedisin, 2001.....	25
Innføringen av fastlegeordningen i 2001	30
NSAM 20 år, 2003	34
2. Fra NSAM til NFA	35
Opprettelsen av NFA.....	41
De unge allmenntlegene – ALIS	42
NFA som fagpolitisk aktør	44
3. Sentrale organer og aktiviteter	47
Fra referansegrupper til faggrupper	47
Fra Kongsvold-seminar til Våruka	50
Faste underutvalg	54
Stiftelsen Senter for kvalitet i legetjenester (SKIL).....	58
Priser og utmerkelser.....	59
NSAM/NFA og Utposten	63
NSAM/NFA og Primærmedisinsk uke (PMU)	66
Nordisk og internasjonalt samarbeid.....	69
De nordiske kongressene i allmenntmedisin.....	72
Allmenntpraktikerserien/Allmenntlegebiblioteket	75
Allmenntmedisinsk forskningsfond – AMFF.....	77
4. Tabeller	79
Viktige årstall for norsk allmenntmedisin og primærhelsetjenesten	79
Årsmøter for NSAM og NFA	80
Ledere i NSAM og NFA 1983-2023.....	82
Styrene i NSAM og NFA.....	83
Medlemstall i NSAM og NFA	86
5. Veien videre for norsk allmenntmedisin	87



Innledning

I 2023 er det 40 år siden Norsk selskap for allmenntmedisin (NSAM) ble stiftet. Historien om Selskapet og Norsk forening for allmenntmedisin (NFA) er hentet fra forskjellige kilder: årsmøtereferatene på NFAs hjemmeside, Utposten, Festskrift til Allmenntlegeforeningens 75-års jubileum, tidsskriftet Michaels spesialnummer om 50 års jubileet for Institutt for allmenntmedisin i Bergen, gode kollegers innspill og egne minner. Idéen om å samle historien i et dokument, som nå er blitt en bok, dukket opp etter at NFA gjennomførte en svært vellykket Nordisk kongress i allmenntmedisin i Stavanger i 2022. Foreningen skal ha en stor takk for at de valgte å støtte og finansiere dette prosjektet.

Olav Thorsen (red)

Bidragstere

Aage Bjertnæs, Dag Bruusgaard, Tor Carlsen, Signe Flottorp, Anette Fosse, Anne Hensrud, Lise B. Johannessen, Magne Nylenna, Gisle Roksund, Tove Rutle, Trygve Skonnord, Anna Stavdal, Elisabeth Swensen, Mona Søndena, Marte Kvittum Tangen, Jo Telje, Katrina Tibballs, Per Wium, Jon Ørstavik.





Foreningens historiske utvikling

Tiden før 1967

Det har vært mange perioder med «krise» i norsk allmennmedisins historie. Fra 1955 til 1965 sank antallet leger i primærhelsetjenesten dramatisk. Myndighetene hadde satset ensidig på sykehussektoren, mens primærhelsetjenesten ble overlatt til seg selv. Tjenesten kom inn i en ond sirkel med rekrutteringssvikt, forgubbing, statusfall og faglig isolasjon. I denne tiårsperioden økte allmennlegenes snittalder med ett år årlig. Folketallet gikk opp, mens antallet allmennleger gikk ned. Manglende vaktordninger og svær arbeidsbelastning gjorde at nesten ingen unge leger ønsket seg til allmennpraksis. «*Alminnelig praktiserende*» eller «*privatpraktiserende*» leger ble ofte møtt med nedlatende holdninger, både fra sykehuskolleger og fra deler av forvaltningen. Mange allmennleger måtte betjene en pasientpopulasjon på opptil titusen personer i store geografiske distrikter. Noen klarte imidlertid å få tid til å beskrive denne utviklingen, og presentere de alvorlige prognosene som ble tegnet for primærhelsetjenesten. Alment praktiserende lægers forening (ApLf), som ble stiftet i 1938, kom til å spille en viktig rolle i utviklingen av faget, blant annet gjennom kursvirksomhet. Yrkesbetegnelsen viste seg å ha en viktig symbolfunksjon. I 1963 ble betegnelsen *alminnelig praksis* omdøpt til *almenpraksis*, og de som jobbet med allmennpraksis fikk betegnelsen *almenpraktikere*. De økonomiske kårerne ble bedre gjennom «pensjonsordningen for leger» (1961) og «sykelønnsordningen for leger» (1963).

Det var på denne tiden ingen undervisning i faget allmennmedisin på universitetene, og det fantes ingen videre- eller etterutdanning i form av en organisert spesialistutdanning. Det var Den norske legeforening som gjorde det mulig å endre dette. Gjennom målrettet arbeid og økonomiske virkemidler klarte Legeforeningen å sette allmennmedisin på kartet. Det var også Legeforeningen som grunnla de første allmennmedisinske instituttene. På denne tiden skjedde det en rivende utvikling i spesialisthelsetjenesten. Nye diagnostiske og terapeutiske framskritt kom i rask rekkefølge og virket stimulerende og tillokkende på medisinstudentene. Helsetjenesten utenfor sykehusene fikk i liten grad ta del i denne utviklingen. Forskjellen mellom det leger kunne utrette innenfor og utenfor sykehusene ble stadig større. Legene som jobbet i distriktene og ute blant befolkningen drev med «alminnelig medisin» i motsetning til spesialistene på sykehus. Det ble stadig mer faglig stimulerende å jobbe på sykehus, mens allmennlegene kjempet i motbakke med sviktende rekruttering, dårlige vaktordninger, dårlig økonomi og en følelse av å være annenrangs leger. Samtidig ble primærhelsetjenesten etter hvert mer viktig for sentrale helsemyndigheter og politikere. Generalisten ble funnet fram igjen og det ble en økende forståelse for at en helsetjeneste som er bygget opp rundt spesialisthelsetjenesten, er et dårligere helsevesen.

Noe av dette kjenner vi igjen fra dagens fastlegekrise, men situasjonen var verre på 1960-tallet. Krisen fikk fire engasjerte allmennleger til å etablere «trykk og press»-gruppa. Gjengen bestod av senere professor i allmennmedisin Bent Guttorm Bentsen (1926–2008), Frithjof Christie (1919–95), Egil Elle (1920–2002) og Reidar Mathisen (1913–2009). Gruppen klarte å overbevise Legeforeningen om at en kiseløsning for allmennpraksis var å bygge faget.



Skulle allmennpraksis reddes, måtte allmennmedisin gjøres til et medisinsk fag på legestudiet. Det fikk de Legeforeningen med på. I 1965 ble det satt ned en komité (Kringlebotten-komitéen) for å utrede allmennpraktiserende legers muligheter for videre og etterutdanning. I rapporten om «Legetjenesten og tannlegetjenesten» (1967) ble det blant annet foreslått at leger utenfor sykehus kunne slå seg sammen i gruppepraksiser med felles hjelpepersonell, at de skulle få tilbud om videre- og etterutdanning og det ble for første gang foreslått å introdusere allmennmedisin som undervisningsfag på universitetene. Komitéen skulle også se på fordeling av leger, og de foreslo en beordringslov som aldri ble realisert. I denne offentlige utredningen ble mange fornuftige tiltak foreslått, som praksisorganisering, videre- og etterutdanning og akademisering. Dette ble imidlertid ikke fulgt opp av universitetene, men i stedet av Legeforeningen.

1967–1983

Det som kanskje hadde størst faglig betydning var opprettelsen av *Fond for legers videre og etterutdannelse*, som ble opprettet av Legeforeningen i 1967. Fondet bidro med viktig økonomisk støtte til kursvirksomhet, studiereiser og små forskningsprosjekter. Fondet ga mulighet for at interesserte allmennleger kunne reise på studiereiser for å se hvordan faget ble organisert og drevet i land som England, Nederland og Danmark.

Legeforeningen vart sterkt opptatt av allmennlegenes kår, inkludert utdanningsvilkår. I 1967 besluttet Landsstyret å bevilge midler til det første institutt for allmennmedisin i Norden. Det var ikke enighet om hvor det nye instituttet skulle ligge, og krefter arbeidet for at begge de to fakultetene i Oslo og Bergen skulle få et institutt. Det hadde man imidlertid ikke penger til, og av praktiske grunner ble derfor det første lagt til Universitetet i Oslo (UiO). Instituttet ble opprettet i 1968 ved Røde Kors Klinikk. I tillegg til en akademisk del ble det også etablert en gruppepraksis i tilslutning til instituttet. Gruppepraksisen skulle fungere som et klinisk verksted for allmennpraksis. Her skulle en utvikle nye driftsmodeller og nye behandlingsmetoder. Gruppepraksisen skulle også være en undervisningsarena for medisinske studenter.

Da instituttet åpnet 27. november 1968, satte det Norge på verdenskartet. Instituttet var det tredje av sitt slag i verden. Vår første professor i faget, Christian F. Borchgrevink (f. 1924) ble verdens tredje allmennmedisinprofessor. Fra starten i 1968, var målsetningen å øke rekrutteringen til faget ved å motivere studentene for allmennpraksis, dernest å heve kvaliteten i allmennpraksis gjennom undervisning og forskning. Den tidlige forskningen handlet mye om å tegne kartet over det allmennmedisinske landskapet ved hjelp av beskrivende studier: registreringer og tellinger. Undervisning om allmennmedisin var helt fraværende i legeutdanningen, og ingen syntes å kjempe for det. Man mente at den sykehusbaserte utdanningen ga et tilstrekkelig grunnlag for «alminnelig praksis» og arbeid som turnuslege eller assistent hos distriktslegene.

Midt på 1970-tallet var allmennmedisin inkludert som medisinsk fag ved samtlige universiteter i Norge, takket være økonomisk drahjelp fra Legeforeningen. Institutt for allmennmedisin i Bergen (1972) ble til over samme lest som i Oslo, mens allmennmedisin ble ett av flere fag på de samfunnsmedisinske instituttene i Tromsø (1973) og Trondheim (1975).

Fra tidlig på 1970-tallet har landets allmennmedisinske universitetsenheter hatt årlige møter for å utveksle erfaringer og meisle ut fellesfaglige strategier, ofte i kompaniskap med Legeforeningen, tidligere representert ved Aplf og Oll. Allmennmedisinsk Forskningsutvalg (AFU) er en tidlig frukt (1974) av dette samarbeidet.

Da studieplanen til det nye universitetet i Tromsø la opp til åtte uker med allmennmedisinsk praksis, ble dette en viktig brekkstang for å styrke praksisundervisningen også ved de andre fakultetene. Allmennmedisinen har siden jevnt og trutt styrket sin plass i grunnutdanningen og fikk på 1990-tallet status som et av tre kliniske hovedfag (sammen med indremedisin og kirurgi).



UTPOSTEN

NUMMER 3-4

1983

ÅRGANG 12

AV INNHOLDET:

TEMA: Diabetes mellitus hos almenlegen

Ved
Frode Heian og
Øystein Pedersen

OLA LILLEHOLT:
Rapport om kommune-
helsestjenesten 13

ERIK SOLBERG:
Bibliografi over norsk
almenmedisinsk forskning 18

**CHR. F. BØRCHGREVINK,
PER FUGELLI OG
ERIK SOLBERG:**
Matereferater 16 og 21

GUNNAR TELNES:
Skader og forebyggende
arbeid i en kommune 22

MAGNE NYLENNA:
Ungdomsmiljøet i Smøla 26

STEINAR WESTIN:
Skal allmennpraktikere forelese
for medisinske studenter? 28

JON HILMAR IVERSEN:
Presentasjon av den nye
redaksjonen 31

OG MER!

DET BLE TVILLINGER!



ÅPEN VEI BÅDE FOR ALMENMEDISINSK OG SAMFUNNSMEDISINSK SPESIALITET

Samme dag som dette nummer av Utposten gjennomgår den endelige redigering kommer det beskjed fra landstemat i Loen at veien åpner seg både for almenmedisinsk og samfunnsmedisinsk spesialitet. Mange var på forhånd redd for at landstemat ville neke med å opprette to nye spesialiteter ved samme anledning, i alle fall fordi en her med to nært beslektede disipliner. For oss som arbeider i dette feltet er det ikke vanskelig å se at dette nå var både riktig og nødvendige vedtak. «Tvillingene» er ikke identiske men komplementære. Den ene av de to spesialitetene ville alene være for spe til å ta de faglige leif som vi ser rundt oss. Nærmere omtale i neste nummer.

Fram til 1970-årene var solo praksis den vanlige driftsformen. I Olav Rutles studie fra 1978 oppgav 65 prosent av allmennlegene at de jobbet alene. Men allerede i 1950-årene begynte tanker om gruppepraksis og helsesentra å ta form. En rekke helsehus ble bygget, hvor forskjellige helsetjenesteaktiviteter i kommunen ble samlet. Fra slutten av 1960-tallet ble opprettelse av gruppepraksiser vanligere. Med økt tiltro til primærhelsetjenesten kom økt behov for gode lokaler, godt utstyr og tilstrekkelig med hjelpepersonell. Utgiftene for nyetablerte allmennleger kunne derfor bli store, og mange vegret seg. For å bøte på dette begynte flere kommuner å støtte etablering av privat allmennpraksis ved at de opprettet legesentre som de leide ut til subsidierte priser. Etter hvert ble det også vanligere å tilby legene fastlønnsstillinger. Fastlønnsordningen nådde sitt høydepunkt i 1990, da nesten 40 % av allmennlegene hadde fast lønn. Siden avtok denne andelen gradvis.

Alment praktiserende lægers forening (ApLf), kom til å spille en viktig rolle i utviklingen av faget, blant annet gjennom kursvirksomhet. I starten hadde ApLf frivillig medlemskap. Foruten å være yrkesforening hadde ApLf en faglig rolle som ble utøvd av Fagutvalget, som fra 1983 sammen med NSAM arbeidet for kvalitetsutvikling. Det var viktig å igangsette et synlig kvalitetsforbedringsprogram sammen med det offentlige. De årlige ukekursene på Beitostølen og Solstrand samlet leger fra hele landet til oppdatering av medisinsk praksis utenfor sykehus, stadig flere av foredragsholderne kom selv fra allmennpraksis. Pausene og middagene ga rom for diskusjoner, motivasjon og entusiasme som var sårt tiltrengt blant en presset gruppe leger som ofte arbeidet som solo praktiskere.

Kilder:

Lise B. Johannessen; LEFO

<https://www.michaeljournal.no/article/2022/04/2.-Institutt-for-almenmedisin-1972-1984-->

Nybrottsarbeid-og-forsiktig-start

Per Fugelli og Kjell Johansen (red). Langsomt blir faget vårt eget. Universitetsforlaget 1984.

Festskrift til Allmennlegeforeningens 75 års-jubileum

Gründerne i norsk allmenntmedisin

Personer som ofte nevnes i forbindelse med dannelsen av NSAM er: Christian F Borchgrevink, Herman Anker, Per Wium, Steinar Westin, Jo Telje, Aage Bjertnæs, Anders Grimsmo, Steinar Westin, Bernt Østensen og Olav Rutle.

I 1972 ble Utposten etablert. Dette ble raskt en hovedkanal for kommentarer og kronikker om norsk allmenntmedisin og behovet for et norsk selskap. På bakgrunn av Per Wiums store aktivitet i Utposten og annen faglig aktivitet utover i 70 og 80 årene, ble han kontaktet av Christian Borchgrevink og Herman Anker. De ble enige om at det var på tide å starte en spesialforening for faget allmenntpraksis. Per Wium var *«opprørt over at Legeforeningen, representert ved Almenntpraktiserende legers forening (ApLf), var nesten kun opptatt av betaling for tjenestene. Det trengtes en sterk satsing på faget.»*

Allmenntpraktikermiljøet i Trondheim var på denne tiden meget aktivt, blant annet inspirert av Utposten-redaktørene Aage Bjertnæs og Martin Holte på Risvollan legesenter. Under ApLfs Beito-kurs i 1979 fremførte Martin Holte fra talerstolen sterke argumenter for etablering av et «norsk selskap for allmenntmedisin». Av referatet fremgår det at forslaget «vakte debatt». Den 25. oktober 1979 ble det avholdt et møte på Risvollan legesenter, hvor det i referatet står: *«Blant allmenntmedisinere i Trondheimsområdet har det en tid vært diskutert om man fra denne regionen bør ta et initiativ for å få startet et norsk selskap for allmenntmedisin.»*



Møtet resulterte i et entusiastisk opprop, publisert i Utposten nr. 7, med invitasjon til kolleger om å fylle ut en svarslipp for om man ønsket et allmennmedisinsk selskap etablert. Mange reagerte positivt, men en del var skeptiske til om et selskap ville bli en konkurrent til Aplf og Fagutvalget.

I Utposten nr. 7 i 1979 skrev Martin Holte på lederplass:

Norsk selskap for almenmedisin?

I Trondheim har en gruppe på 8 almenpraktikere dannet en arbeidsgruppe med målsetning for et slikt selskap, og eventuelt innkalle til et landsomfattende konstituerende møte.

Allmennmedisin – hva er det? Hvordan skal det praktiseres? Hvem er allmennmedisinere? Hvem skal gi allmennmedisinen dets praktiske innhold? Hvem skal undervise i allmennmedisin? Disse spørsmålene viser at vi trenger et overordnet faglig organ til å løse disse oppgavene. Andre viktige oppgaver er arbeidet for at allmennmedisin blir godkjent som fullverdig spesialitet og at videre- og etterutdannelsen av allmennpraktiserende leger blir fastere strukturert.

Hvorfor er det så viktig å skille fag og fagpolitikk? Jo, av den grunn at rene faglige diskusjoner og avgjørelser ikke bør være hemmet av fagpolitiske grenser.

I Utposten nr. 5-6 i 1980 skriver Steinar Westin og Jo Telje følgende:

Det er gått over et halvt år siden Utposten på lederplass oppfordret til dannelsen av et norsk selskap for almenmedisin.

La oss rette blikket mot to av våre naboland der almenmedisin har noe av den plass og stilling vi kan ønske oss her hjemme: Danmark og England. Begge har sine veletablerte almenmedisinske selskaper, som uten tvil har spilt en avgjørende rolle for å bringe almenmedisinen opp til det nivå den har i disse landenes helsetjeneste i dag.

Det avgjørende spørsmålet er altså om det er plass til, eller virkelig behov for et almenmedisinsk selskap i dette terrenget.

I mars 1982 var det et møte hvor et utvalg bestående av Aage Bjertnæs, Jo Telje og Chr. F Borchgrevink møtte presidenten i legeforeningen Harald E Hauge, som var kritisk til opprettelsen av en spesialforening for allmennmedisin. Problemet var forholdet til Aplf og Oll. I Utposten nr. 3 – 1982 står følgende:

Norsk Selskap for Almenmedisin? Nå!

DNLFs holdning til NSAM som president Hauge la frem for deltakerne på forberedelsesmøtet den 24/3 var en stor skuffelse.

Å påtvinge Selskapet direkte styring via Aplf og OLL ved å la medlemmer av disse to foreningene automatisk bli medlemmer av NSAM og videre la disse to foreningene velge representantskap, er for drøyt!

Videre at Lægeforeningen ikke vil tillate fylkeslokale grupper av Selskapet vil dempe den entusiasmen som finnes i vårt vidstrakte land for Selskapet og er dermed uakseptabelt.



Trusselen om at Lægeforeningen eventuelt kunne komme til å redusere støtten til våre almenmedisinske institutter skapte heller ikke det riktige klima på møtet. Man vet ikke om man skal le eller gråte når Presidenten truet med å danne et konkurrerende selskap innen Den norske lægeforening dersom NSAM ble dannet fritt og selvstendig utenfor. Er dette overhodet gjennomtenkt? Et konkurrerende selskap bestående av obligatorisk innmeldte B-lags medlemmer trenger nødvendigvis også et styre.

Vi lever midt i en merkelig tid. På kunstfronten snakker man om fremmedgjøringsprosessene i samfunnet. Man spør seg også om hva som er i ferd med å skje også når det gjelder Den norske lægeforenings forhold til Selskapet. Blir Selskapet bevisst eller ubevisst forvekslet med andre utbrytende fagforeningsgrupper? I så fall er det viktig å understreke at motivet for denne foreningen er utelukkende på faglig basis. Bak står en samlet ekspertise i faget norsk almenmedisin. Man ønsker ikke å være konkurrent til Aplf og OLL.

Våre fagpolitiske interesser synes godt ivaretatt der. I forbindelse med anerkjennelsen av almenmedisin som egen spesialitet vil Fagutvalget i Aplf ha store utfordringer i videre- og etterutdannelsesengasjementet i årene fremover. De oppgavene som Norsk selskap for almenmedisin i første rekke vil ta seg av er oppgaver som år dagens forhold ikke blir ivaretatt skikkelig av noen.

Utviklingen i våre naboland som for lengst har fått sine selskap og våre kolleger i England har vist hvilken faglig stimulans og inspirasjon dette betyr for den enkelte lege helt ned på grasrotplanet. Det er denne utviklingen vi vil ha i dette landet. Det kan skje kun ved opprettelsen av fylkeslokale grupper og stor aktivitet på lokalplanet.

Vi er ikke interessert i en stor kollektiv passiv medlemsstokk, men vil ha et selskap der medlemskapet bygger på frivillig innmeldelse og interesse for saken. Dette vil skape den nødvendige dynamikk og gi en videre positiv utvikling. Under dagens forhold hvor motsetningene mellom Aplf og OLL er mange og dype vil Presidentens forslag til struktur innebære at de to foreningen får nok et forum å strides i.

Sterke krefter på forberedelsesmøtet ba om at Selskapet måtte stiftes utenfor Den norske lægeforening. Litt større frihet må veies mot ytterligere fare for oppsplitting av norske almenmedisinere og en trang økonomi i oppstartingen som vil forsinke den nødvendige fart Selskapet trenger i starten.

Man håper at alle de impliserte parter kommer frem til et kompromiss som kan være til det beste for NSAM.

Aage Bjertnæs

Spørsmålet om Selskapet skulle etableres i eller utenfor Legeforeningen fortsatte, og ble et av de viktige diskusjonstemaene på stiftelsesmøtet året etter.

Kilde:

<https://www.utposten.no/asset/1979/1979-nr-7.pdf>
<https://www.utposten.no/asset/1980/1980-nr-5-6.pdf>
<https://www.utposten.no/asset/1982/1982-nr-3.pdf>
<https://www.utposten.no/asset/1993/1993-nr-5.pdf>



Begrunnelsen for et Selskap – en spesialforening for allmenmedisin

I Utposten nr. 7-8 1982 finner vi Chr. F Borchgrevinks begrunnelse for et selskap og det annonseres en dato for et stiftelsesmøte:

Norsk selskap for almenmedisin

Tanken på å stifte et Norsk selskap for almenmedisin er ikke ny. De fleste land som vi vanligvis liker å sammenligne oss med, har hatt tilsvarende faglig og vitenskapelige selskap i mange år. Hos oss ble situasjonen drøftet under Aplfs Beitokurs i 1979, og Bernt Østensen tok saken opp i Utposten samme år. Jo Telje og Steinar Westin fulgte opp med lang artikkel året etter.

Argumentene er der – men initiativet mangler. Jeg tror at man til en viss grad har ventet på hverandre. Ville den aktive Trondhjemsgruppen rundt Utposten make en ny oppgave? Eller kunne vi håpe at engasjerte almenpraktikere andre steder i landet tok et initiativ?

Vi, ved Institutt for almenmedisin i Oslo har lenge følt behov for et Selskap, men mente at initiativet hverken burde komme fra Oslo eller fra universitetsmiljøene. Og tiden gikk.

Men nå er tiden moden. 80-årene er almenmedisinens 10-år. Både det store antallet leger som vil ut i almenpraksis i de kommende år, den nye loven om helsetjeneste i kommunene og den sannsynlige kommende spesialitet i almenmedisin vil stille store krav til norsk almenmedisin.

Erfaringene fra Danmark og Sverige har vist at deres selskap for almenmedisin har hatt stor betydning både for forskning og for videreutvikling av faget. Vi vet alle hva Royal College of General Practitioners har vært for en inspirasjon for almenpraktikere i England og hvilken rolle College har spilt for forskning i almenmedisin.

I Norge er kreftene spredt. Lægeforeningen er gjennom VEAP-rådet ansvarlig for videre- og etterutdannelsen. Lokale kurskomiteer og Aplfs fagutvalg arrangerer kurs. Almenmedisinsk forskningsutvalg prøver å koordinere og inspirere forskning i almenmedisin. Instituttene har et klart ansvar for grunnutdannelsen i almenmedisin, og er aktive i forskningen så langt kapasiteten rekker. Men det samlede forum, hvor faget almenmedisin skal videreutvikles, hvor kvaliteten av vårt arbeid blir diskutert, hvor forskningsprosjekter blir lagt frem eller født, hvor kontakter til internasjonale organer blir pekt ut – det har vi ikke, og det savner vi. Jeg tror at et slikt forum, et Norsk selskap for almenmedisin, vil trekke til seg almenpraktikere som tidligere ikke har brukt sine krefter innen det mer fagpolitiske arbeidet i Aplf og OLL. Et Selskap vil derfor ikke være eller bli en konkurrent til de to foreningene, men et nødvendig og viktig supplement.

I løpet av det siste året har det vært mange og lange diskusjoner, ikke bare om ønskeligheten av et Norsk selskap, men også om dets organisering. Skulle det være i eller utenfor Lægeforeningen? De fleste ønsker klart det første, selv om det kunne føre til enkelte praktiske problemer, f.eks. vis-a-vis Fagutvalget, men neppe større enn at de kunne løses.

Et utvalg bestående av Aage Bjertnæs, Jo Telje og undertegnede har forhandlet med Lægeforeningen, Aplf og OLL på vegne av en større gruppe som er aktivt interessert i å danne et Selskap. Det bør ikke skjules at disse forhandlingene i perioder var ganske vanskelige. Heldigvis ble stridene som til å begynne med så svært så store ut etter hvert mindre og mindre. Det er nå bred enighet om at det er behov for et Norsk selskap for almenmedisin, at dette bør finne sin plass innenfor Lægeforeningen, og at det skal støtte seg til desentraliserte grupper og at en egen generalforsamling skal velge styre. Det har vært gledelig å følge denne utviklingen.



Norsk selskap for almenmedisin vil bli stiftet den 17.02.1983 på et møte i Medicinsk Selskab i Oslo, hvor formålsparagraf og lover skal vedtas og hvor styre skal velges. De som er interessert i Selskapets målsetning eller styrets sammensetning bør møte opp for å være med å bestemme Selskapets profil.

Et utkast til lover vil foreligge i god tid før møtet, og kan fås ved å henvende seg til undertegnede.

Hvorledes Selskapet vil utvikle seg, og hvilken betydning det vil få for norsk almenmedisin, det vil tiden vise. Selskapets suksess ligger i hendene på våre 2000 almenpraktikere, derfor så må man ha lov til å være optimist.

Chr. F Borchgrevink

Kilde:

<https://www.utposten.no/asset/1982/1982-nr-7-8.pdf>

Forberedelsene til opprettelsen av NSAM

Et viktig møte som forberedte dannelsen av NSAM fant sted ved Institutt for almenmedisin i Oslo den 25.11.82. Referatet fra dette møtet finner vi i Utposten nr. 7-8, 1982.

Møte vedrørende opprettelse av et almenmedisinsk selskap den 25.11.82

Antall deltakere: 19

Pkt. 1 Kort referat av sakens gang ved Chr. Borchgrevink.

Møte med Dnlf 11.10. hadde gitt positive resultater vedrørende en ramme for stiftelsen av et selskap.

Pkt. 2 Diskusjon og opprettelse av et interimstyre.

Resultatet av møtet med Dnlf ble drøftet. Det var 4 hovedpunkter:

- a. Krav til medlemskap*
- b. Valg og sammensetning av styre*
- c. Opprettelse av desentraliserte grupper*
- d. Forholdet til Aplf, OLL og Fagutvalget*

Ad A: Enighet om frivillig medlemskap, men ulike syn på om samtidig medlemskap i OLL og/eller Aplf skulle være en forutsetning.

Det ble hevdet at uten disse forutsetningene ville Aplf/OLL kunne bli tappet for medlemmer og at dette lett kunne føre til motsetninger mellom Selskapet og disse organisasjonene. Et medlemskap i OLL/Aplf samtidig med medlemskap i Selskapet ville kunne bidra til å samle kreftene om viktige oppgaver.

Som motargument ble det hevdet at det kunne være mange som ikke ønsket medlemskap i OLL/ Aplf, f.eks. av fagpolitiske grunner, men som gjerne kunne tenke seg å være med i et Selskap.





Stiftelsesmøte for Norsk selskap for almenmedisin



17. februar 1983 kl. 14.00—20.00,
Medicinsk Selskap, Drammensveien 44, Oslo

kl. 14.00–16.00 **Stiftelse av Norsk selskap
for almenmedisin**

- a) Formålsparagraf
- b) Lover
- c) Budsjett
- d) Valg på styre
- e) Eventuelt

kl. 16.00–17.00 **Spisepause: Lapskaus m/ mineralvann/
øl/ kaffe (kr. 80,-)**

kl. 17.00–20.00 **Faglig møte**

- a) Den gamle pasient og almenpraktikeren
(Olav Rutle)
- b) Hvorledes utdanne veiledere for
kommende spesialister i almenmedisin?
(Jacob Prytz)
- c) Skader og forebyggende arbeid i
en kommune
(Gunnar Tellnes)

De som vil være med på bespisningen må melde seg innen tirsdag
15. februar til Christian F. Borcrevink, Institutt for almenmedisin,
Fr. Stangsgt. 11–13, Oslo 2 (tlf. 56 37 80).

Herman Anker

Chr. F. Borcrevink

Per Wium

Aage Bjertnæs
Eli Berg Brattlie
Anders Forsdal
Ole Bjørn Herland
Tharald Heltand
Martin Holte
Kjell Johansen
Tore Koksvik
Ivar Rosenberg
Hans Petter Schjønby
Jan Otto Syvertsen
Dag Søvik
Bjørn Tansem
Jo Telje
Arne Ivar Østensen



Ad B: Enighet om at formann skulle velges direkte, og at OLL, ApIf og Instituttene samlet skulle ha en representant hver utpekt av disse. Ellers kom en fram til at styret i Selskapet burde bestå av 7 medlemmer.

Ad C: Opprettelse av desentraliserte grupper ble sett på som et viktig ledd i utviklingen av Selskapet.

Ad D: Mulighetene for å organisere Selskapet som en spesialforening eller som et vitenskapelig selskap ble drøftet. Vitenskapelig selskap blir i tilfellet en ny organisasjonsform i Dnlf.

Størst usikkerhet var det omkring hvordan grenseoppgangen mellom Fagutvalget og Selskapet skulle være. Det gjaldt spesielt videre- og etterutdanning. Det ble enighet om foreløpig å ikke sette noen skarp grense, men la utviklingen vise vei.

Ellers ble det understreket at det i tiden fremover var viktig å markedsføre Selskapet, dets målsetninger og funksjoner.

Det ble, etter en rekke argumenter for og imot, valgt tre personer til et arbeidsutvalg som skal forberede et stiftelsesmøte i løpet av våren. Disse er Chr. Borchgrevink (form.), Herman Anker og Per Wium.

Anders Grimsmo, referent

Kilde:

<https://www.utposten.no/asset/1982/1982-nr-7-8.pdf>

1983 – NSAM stiftes

NSAM ble stiftet den 17. februar i 1983 på et møte i Medicinsk Selskap i Oslo. Initiativtakerne var Herman Anker, Per Wium og Christian F Borchgrevink, som hadde jobbet med dette i ca. 15 år. Forbildet var engelske Royal College of General Practice.

Det første styret besto av Chr. F. Borchgrevink (formann), Janecke Thesen (viseformann), Steinar Westin, Jo Telje, Dag Søvik, Olav Rutle og Signe Flottorp. Varamenn var Tor Anvik, Aage Bjertnæs, Tor Carlsen, Bjørn Tansem, Irene Kristensen og Jens Eskerud.

Allerede to måneder etter stiftelsesmøtet ble NSAM godkjent som spesialforening av sentralstyret i Legeforeningen.

I Utposten nr. 2, 1983 finner vi en omtale av stiftelsesmøtet:

Selskapet er stiftet

Etter mange års forberedelse og forarbeide er Norsk selskap for almenmedisin stiftet. Professor Chr. F Borchgrevink ble valgt til Selskapets første formann på et godt besøkt stiftelsesmøte den 17.02.1983, der også selskapets formål og vedtekter ble heftig diskutert.

17. februar ble en merkedag for norsk almenmedisin. På et møte i Medicinsk Selskap i Oslo ble Norsk selskap for almenmedisin stiftet. Etter henimot 15 års forarbeider var endelig tiden moden for den formelle stiftelse. Initiativtakere til stiftelsesmøtet var Herman Anker, Per Wium og Chr. F Borchgrevink.



I alt 60-70 almenpraktikere hadde funnet veien til møtet. De fleste var riktignok fra Østlandsområdet, men alle helseregioner var representert. Stiftelsesmøtet var todelt, med en formell stiftelsesdel og deretter en faglig del.

Det formelle stiftelsesmøtet ble ledet av Herman Anker, og første sak på dagsorden var Selskapets vedtekter. Den fremmøtte forsamling var særdeles aktiv i debatten, og mange hadde ordet i forbindelse med utformingen av formålsparagrafen. Den endelige utformingen av denne ble:

«Norsk selskap for almenmedisin har som formål å videreutvikle og forbedre kvaliteten av faget almenmedisin og fremme det faglige og sosiale almenmedisinske miljø. Dette skal bl.a. gjøres ved å:

- styrke aktiviteten i de lokale almenmedisinske miljøer
- arbeide for å bedre utdannelsen i almenmedisin
- virke for forskning i almenmedisin
- være bindeledd mellom norske og utenlandske almenmedisinske miljøer og internasjonale organisasjoner.

For øvrig ble diskusjonen om kriterier for medlemskap intens. Spørsmålet var om medlemskap i Apf eller OLL skulle være obligatorisk for medlemskap i Selskapet, eller om medlemskap i Lægeforeningen skulle være nok. Det ble argumentert godt for begge standpunkter, og avstemningsresultatet ble da også så knepent som vel mulig. Med 35 mot 33 stemmer ble det vedtatt at medlemskap i Apf eller OLL skal være en forutsetning for fullt medlemskap i Norsk selskap for almenmedisin.

Et forslag om geografisk og kjønnsmessig kvotering i styret ble også vedtatt etter noe diskusjon. Formuleringen av dette ble: «Hver av landets fem helseregioner bør være representert i styret. Andelen av kvinner må være minst andelen av kvinner i norsk almenmedisin.» Det ble imidlertid ikke fastlagt nærmere regler for hvordan denne kvoteringen skulle sikres i forbindelse med valg til styret.

Den praktiske gjennomføring av styrevalget ble også inngående diskutert. Innbyderne til stiftelsesmøtet hadde foreslått at instituttene for almen/samfunnsmedisin skulle ha egne representanter i Selskapets styre, men dette ble frafalt. Et spesielt problem utgjorde den forutsetning at styret skulle være sammensatt slik at halvparten av styremedlemmene skulle være på valg ved hver generalforsamling. Etter forslag fra Finn Nilsson ble det vedtatt at den halvdel av styret som fikk færrest stemmer skulle være på valg ved første generalforsamling.

Det ble vedtatt at styret skulle bestå av formann som skulle velges særskilt, samt 6 styremedlemmer. Formannsvalget ble raskt gjennomført i og med at den eneste kandidat var professor Chr. F Borchgrevink fra Institutt for almenmedisin i Oslo.

Forslagene til styremedlemmer var imidlertid mange, og den skriftlige avstemningen ga følgende resultat (stemmetallene i parentes): Steinar Westin (42), Jannecke Thesen (38), Jo Telje (33), Kirsti Malterud (32), Dag Søvik (32), Olav Rutle (31). I henhold til vedtaket om valgordningen skal altså Malterud, Søvik og Rutle på valg ved neste generalforsamling. Som varamedlemmer til styret ble for øvrig valgt: Tor Anvik, Aage Bjertnæs, Tor Carlsen, Per Wium, Bjørn Tansem og Magne Nylenna.

Tidsrammen for det formelle stiftelsesmøtet ble ettertrykkelig overskredet, og den taleføre forsamling ga en klar pekepinn på den aktivitet og det engasjement som kan forventes på de kommende samlinger i Selskapet.



Etter en pause ble den faglige delen av møtet innledet av Olav Rutle, som snakket om «Den gamle pasient og almenpraktikeren». Jacob Prytz snakket om «Hvordan utdanne veiledere for kommende spesialister i almenmedisin?» og Gunnar Telnes om «Skader og skadeforebyggende arbeid på Værøy». Også debatten etter de faglige innleggene var aktiv og det var tydelig at forsamlingen identifiserte seg med de omtalte problemer. Selv om tidsrammen for møtet raknet, var de fleste utholdende til siste slutt.

Stiftelsesmøtet i Norsk Selskap for Almenmedisin var en inspirerende opplevelse, og vi ser med spenning frem mot høsten og den første ordinære generalforsamling.

Magne N.

I Utposten nr. 2, 1983 finner vi et intervju med Christian F Borchgrevink, hvor han sier noe om selskapets muligheter for å lykkes:

Selskapets muligheter er helt avhengig av oppslutningen

Om hvorfor det tok så lang tid å få opprettet et selskap for allmenmedisin i Norge sa Chr. F Borchgrevink: «Det har vært nødvendig med en lang modningsprosess. I motsetning til f.eks. i Danmark kom etableringen av de allmenmedisinske instituttene her i landet før dannelsen av et allmenmedisinsk selskap. Dette førte delvis til behovet for et selskap ikke ble så påtrengende, og delvis til at arbeidet med instituttetableringen tok så mye tid og krefter at overskuddet til flere nyskapinger manglet. Imidlertid har savnet av et slikt kontaktorgan som Selskapet vært følbart hele tiden, og nå anså vi altså tiden for å være moden.»

En av de praktiske vanskene med å etablere Selskapet lå i forholdet til Legeforeningen. Spørsmålet om obligatorisk medlemskap i Aplf og/eller OLL var sentralt. Dette ble heftig diskutert og avgjort på stiftelsesmøtet den 17.02.83, hvor det ble bestemt at NSAMs medlemmer skulle være medlemmer i Aplf eller OLL, slik at Selskapet ikke skulle være en konkurrent til disse foreningene, men et supplement.

Royal College of General Practitioners var et klart forbilde for Selskapet, spesielt dets fokus på forskning i allmenmedisin. Også utgivelsen av faglitteratur stod sterkt helt fra starten, og tanken om en egen lærebok i allmenmedisin. Samarbeidet med Utposten og Scandinavian Journal of Primary Health Care har hele tiden vært nært.

Kilde:

<https://www.utposten.no/asset/1983/1983-nr-2.pdf>



Referatene fra styremøtene i NSAM ble trykket i Utposten. I Utposten nr. 3-4, 1983 leser vi:

Første styremøte i norsk selskap for almenmedisin

Norsk selskap for allmenmedisin har hatt sitt første styremøte, hvor også fem av de seks varmenn møtte. Janecke Thesen ble enstemmig valgt til viseformann og Olav Rutle til kasserer.

Første punkt i formålsparagrafen er å styrke lokale almenmedisinske miljøer. Vi vet at det er legegutter, legeklubber og andre legeforsamlinger for almenpraktikere spredt over hele landet, men vi vet ikke hvor mange, hvor store, sammensetning, hva slags type aktiviteter som foregår osv.

Det første styret gjorde var å påbegynne en kartlegging av denne aktiviteten. Ved hjelp av kontaktpersoner i hvert fylke vil vi prøve å registrere den lokale aktiviteten. Med dette som utgangspunkt vil vi konkret arbeide med å stimulere virksomheten. Gjennom Norsk Medisinaldepot) MD kan vi få detaljert legemiddelstatistikk fra det enkelte apotek analysert for grupper av leger, eventuelt på den enkelte leges nivå. Denne statistikk kan egne seg godt som utgangspunkt til selvevaluering av egen medikamentforordning. Det er nedsatt en gruppe under Selskapet som i samarbeid med MD skal arbeide videre med dette. Tanken er at den samme gruppen skal utarbeide retningslinjer for selvvurdering av andre områder av medisinen, retningslinjer som skal stilles til disposisjon for almenpraktikere eller grupper almenpraktikere som er interessert.

Selskapet har videre vært i kontakt med Universitetsforlaget om utarbeidelse av et eget almenpraktikerbibliotek, og de tre første bøkene vil sannsynligvis komme i løpet av året. Det dreier seg om: «Forskning i almenpraksis», «Attesthåndbok» og «Smertebehandling i almenpraksis». Dessuten arbeidet det med en bok om kreftbehandling i almenpraksis. Vi håper sammen med Universitetsforlaget å få utgitt 1-2 bøker per år, skrevet og redigert av almenpraktikere i samarbeid med spesialister. Styret mottar med takk forslag til emne og forfattere.

Høstens generalforsamling blir i Trondheim 21. og 22. oktober. Vi har vært så heldige at professor David Morrell kommer og gir en forelesning over «Outcome measures in general practice». Jeg tror at en av de fremste oppgaver styret bør prioritere er å finne frem til måter å måle kvaliteten av det arbeidet vi gjør. Morrells foredrag skulle derfor være midt i blinken, og kommer forhåpentligvis til å starte en debatt, slik at vi kan komme fra tanke og prat til handling.

Selskapets økonomi er bedrøvelig. Med en medlemskontingent på kr. 100 per år, og med et avslag av prinsipielle grunner på vår søknad til fondet på kr. 20.000 som startkapital, har vi ikke meget å rutte med. Styret har prioritert arbeidet med å styrke økonomien, men personlig føler jeg ikke dette som et av de største problemene for styret, i alle fall ikke i øyeblikket. Det er så megen entusiasme og arbeidsvillighet ute og går at pengemangel ikke skal stoppe oss. Men man kan selvsagt ikke i det lange løp drive et selskap uten en sikrere økonomi. Foreløpig er vi altså avhengig av medlemskontingenten, og de av Utpostens lesere som ennå ikke er medlem kan sende inn kontingenten på postgiro nr. 21 25 847 (kr. 100 for fullt medlemskap avhengig av medlemskap i Aplf eller Oll, kr. 50 for assosiert medlemskap.

Takk!

Chr. F Borchgrevink

Kilde:

https://www.utposten.no/journal/1983/3-4_



Den første generalforsamlingen ble holdt i Trondheim den 18.09.83 med 80-90 deltagere. Referatet finner vi i Utposten nr. 8, 1983

Den første generalforsamlingen 21.-22. oktober, 1983

I dagene 21.-22. oktober sto det almenmedisinske miljøet i og rundt Trondheim som vertskap for NSAMs første generalforsamling. Møtet var kombinert med en kursdag om selvevaluering og kvalitetskontroll i almenpraksis.

Mer enn 80 kolleger kan en telle på deltakerlista. Antallet er nok adskillig større enn arrangementskomiteen hadde regnet med. En ser også at her var kolleger fra hele landet. Dette er oppmuntrende for entusiastene som har båret fram og realisert ideen om NSAM som en felles faglig paraply over Aplf, OLL og de almenmedisinske instituttene.

I samarbeid med British Council hadde kurskomiteen lyktes i å engasjere et av de store navn i britisk almenmedisin, David Morell. Han foreleste om «Outcome measures in general practice» og kom med mange eksempler på hvordan han hadde organisert grupper som hadde samarbeidet med evaluering av egen praksis.

Kursdagen var svært heterogen: spørsmål om kvalitet og kvalitetskontroll har inspirert til mange typer aktiviteter i det almenmedisinske miljøet. En kan ane konturene av mer permanente ordninger for standardiserte og løpende kontrollprosedyrer.

Formannen Chr. F Borchgrevink leste årsmeldingen. Arbeidet i selskapet er foreløpig mest preget av det svake økonomiske fundamentet. Det er tatt en del initiativ for å justere en del almenmedisinske komiteer og fora i forhold til NSAMs eksistens.

Konkret har selskapet vært ansvarlig for å inngå en generell avtale med Norsk Medisinaldepot om registrering av enkeltlegers og gruppers medikamentforskninger slik som omtalt i Utposten tidligere.

I henhold til vedtektene var det valg på 3 av medlemmene i det sittende styret: Olav Rutle, Dag Søvik og Kirsti Malterud. Igjen var det en del forhold med geografi og kjønnsfordeling som kom til å påvirke valget av kandidater. Olav Rutle og Dag Søvik ble gjenvalgt. Signe Flottorp kommer inn i Kirsti Malteruds sted.

Den obligatoriske festmiddagen var preget av taleføre og vittige kolleger fra nord og sør.

Ola Lilleholt

Kilde:

<https://www.utposten.no/journal/1983/8>



De første årene

Helt fra starten i 1983 var NSAM preget av en voldsom entusiasme for faget. Det var viktig å styrke yrkesrollen og få en spesialitet på plass, stimulere til forskning i allmennmedisin, lage gode kurs og møteplasser og bidra til økt nordisk og internasjonalt samarbeid.

Almenpraktiker Dnlf – forløperen til en spesialitet i allmennmedisin

En merkesak for allmennmedisinen på 1960- og 1970-tallet var kampen for å bli en egen spesialitet, på linje med sykehusfagene. I 1969 vedtok Legeforeningen en videre- og etterutdanning for allmennpraktiserende leger, bestående av 2 år i allmennpraksis, 1 år i sykehus og 5 måneder grunnkurs.

I 1973 opprettet Legeforeningen en egen tittel, Almenpraktiker Dnlf, for allmennleger som hadde gjennomgått konkrete krav til utdanning og praksis. Legeforeningen opprettet da et eget råd, kalt VEAP-rådet (Videre- og etterutdanning for almenpraktikere), ledet av professor Chr. F Borchgrevink, som administrerte dette fram til rådet ble avløst av spesialitetskomiteen i allmennmedisin under ledelse av Arne Ivar Østensen i 1985. Dette var en kompetansetittel, som måtte fornyes hvert 5. år, ved at legen måtte være i praksis, gjennomføre kurs (2 uker hvert år) og sykehustjeneste (6 måneder). I begynnelsen var det ikke knyttet noen spesiell takst til denne kompetansen, og interessen var laber, med få søkere til kursene. Etter hvert ble det en egen takst for de som var Almenpraktiker Dnlf, interessen økte, og arbeidet med å lage en egen spesialitet ble intensivert.

Spesialiteten i allmennmedisin

Spesialiteten i allmennmedisin har fra starten vært viktig for NSAM. I 1985 ble spesialiteten i allmennmedisin vedtatt. Da ble allmennmedisin en fullverdig medisinsk spesialitet, med fem års utdanningstid. I tillegg til fire år i allmennpraksis og ett år i sykehus, var det krav om ulike utdanningsaktiviteter, herunder 400 kurstimer. Blant disse timene var det fire obligatoriske grunnkurs, der det ene omhandler forskning i allmennpraksis. To år i veiledningsgruppe har vært obligatorisk fra starten. Møteprogrammet for veiledningsgruppene la avgjørende vekt på erfaringer og eksempler fra allmennpraksis.

Det var Legeforeningen som hadde ansvaret for spesialistutdanningen fra 1985. Dette varte helt til 2017 da ansvaret ble overtatt av Staten ved Helsedirektoratet. Fortsatt er Legeforeningen den dominerende aktøren når det gjelder kursutdanningen i allmennmedisin.

Da spesialiteten i allmennmedisin ble opprettet i 1985, var fokuset på den allmennpraktiserende legens arbeidsoppgaver. Slagordet var at man lærer allmennpraksis ved å være i allmennpraksis.

Etter hvert ble praksis fra andre deler av primærhelsetjenesten godkjent som tellende med inntil to år av det allmennmedisinske praksiskravet. I dag kan, og skal, alle leger med stilling innen primærmedisinske fagfelt bli spesialister i allmennmedisin. Det kan være for eksempel kommunale legevakter, kommunale korttidsinstitusjoner, sykehjem og andre kommunale langtidsinstitusjoner eller private institusjoner. Et felles praksiskrav i spesialiseringen i allmennmedisin er to årsverk i åpen uselektert allmennpraksis. Dette betyr for de fleste minst to år som lege på fastlegekontor.

Gruppeveiledningen er nært knyttet til uselektert allmennpraksis, med krav om at minst 12 av de 24 månedene i veiledningsgruppe tas parallelt med slik praksis. Hovedfokus er allmennpraksis og problemstillinger fra den kliniske hverdag på legekontoret. Samtidig vil mange



deltakere i en veiledningsgruppe en del av tiden være i en annen praksis enn på et legekantor. Det betyr at de må hente sine eksempler og erfaringer fra andre arenaer. Virksomheten i gruppa må ta hensyn til dette slik at alle kjenner seg inkludert og kan lære av hverandre. Mange temaer som tas opp i gruppa er aktuelle enten man er i allmennpraksis eller har en annen oppgave i primærhelsetjenesten. Å bli spesialist i allmenntilleggsmedisin handler ikke bare om kunnskaper og ferdigheter, men også om å modnes i rollen som allmenntilleggslege.

Utredning av krav til spesialitet i allmenntilleggsmedisin for å kunne arbeide selvstendig som allmenntilleggslege ble foreslått av Olav Thorsen på NSAM årsmøtet i 2005. Dette forslaget ble det flertall for først på årsmøtet i NSAM og deretter i Apf. Etter dette jobbet styret for å innføre krav til spesialitet i allmenntilleggsmedisin for å kunne arbeide selvstendig som allmenntilleggslege. Sentralstyret opprettet i 2006 en arbeidsgruppe for å utrede dette. Trond Egil Hansen ledet arbeidet og Marit Hermansen var styrets representant i gruppen. Arbeidsgruppen la fram sitt arbeid for Sentralstyret tidlig i 2007, og konkluderte med å foreslå nødvendige endringer for å kunne gjennomføre kravet. Fra 2019 ble det et krav om å inneha spesialiteten i allmenntilleggsmedisin, eller være i et utdanningsløp under veiledning, for å kunne jobbe selvstendig som allmenntilleggslege i Norge.

Kilder:

<https://www.legeforeningen.no/contentassets/774db22fb30042c4a5e3d268e17aac82/hand-bok-for-veiledningsgrupper.pdf>

<https://www.utposten.no/asset/1972/1972-nr-1.pdf>

<https://www.michaeljournal.no/article/2022/04/7.-Videre-og-etterutdanning-for-allmenntilleggsleger---en-kjerneoppgave>

<https://www.legeforeningen.no/contentassets/5a5aa6be73b64f528f02e5eaa4f63a3c/nsam-arsmelding-2005.pdf>

NSAM 10 år, 1993

Da NSAM feiret sitt 10 års jubileum, i 1993 hadde Utposten et spesialnummer med flere artikler om NSAMs historie, fra tiden før 1983 og fram til jubileet. Steinar Westin, Olav Rutle og Jo Teljes artikkel: Opprør – arbeid – ettertanke. Etableringen av Norsk selskap for allmenntilleggsmedisin for 10



Fra NSAMs 10 års markering under årsmøtet i Trondheim i 1993: Chr. F Borchgrevinch, Olav Thorsen, Tove Rutle, Anne Hensrud og Ola Lilleholt.

år siden gir en god og utfyllende beskrivelse av situasjonen før Selskapet ble etablert, og den motstand initiativtakerne opplevde i Legeforeningen. Stor entusiasme og idealisme preget deltakerne fra første stund. Tanken om lokale NSAM-grupper kunne ikke aksepteres av Legeforeningen, og egne kurs for videre- og etterutdanning møtte sterk motstand. I stedet for lokale grupper ble referansegruppene en av Selskapets store suksessfaktorer, og etter hvert arrangerte også NSAM egne kurs.

Kilde:

<https://www.utposten.no/asset/1993/1993-nr-5.pdf>



Leder:

Tanker

...ved et 10-års jubileum

Utposten hører naturlig med i gratulantens første rekke når NSAM runder 10 år.

Nå er ikke 10 år vanligvis noen alder å skryte av, men det har vært en svært spesiell og avgjørende epoke for utviklingen og etableringen av allmennmedisin som et stuert fag på egne premisser i norsk medisin. NSAM har spilt en viktig rolle i denne prosessen. Selskapet har bidratt til mobilisering av norske allmennpraktikere til en mer bevisst, kritisk og systematisk gjennomtenking av eget fag. Dette har resultert i en generell kvalitetsheving. Kunnskaps-tilfanget er økt, og allmennmedisin har blitt anerkjent som et selvstendig, høyverdig forskningsfelt med spesifikke, særegne problemstillinger. Gjennom sitt arbeid har NSAM framtvinget en vitalisering av Aplfs fagutvalg og brukes i dag som modell når Oll drøfter hvordan fagutviklingen i samfunnsmedisin skal legges opp.

Utposten vil fremheve referansegruppene. De har representert nye, ulike og spennende arbeidsformer som i varierende grad har forent lokal aktivitet, geografisk spredning, kontakt med universitetsmiljøene, sykehusmedisinen og andre fagmiljøer som har hatt noe å tilføre. Resultatet har vært en betydelig allmennmedisinsk fagutvikling. Vi har opplevd mange vellykkede kurs og fått

mange gode publikasjoner i form av handlingsprogram og bøker.

Det er viktig at referansegruppene prioriteres i NSAMs videre arbeid. De er nøkkelen til å bevare kontakten med og aktiviteten på den allmennmedisinske grasrota. Den nye informasjons- og kommunikasjonsteknologien skaper nye forutsetninger og muligheter for gruppenes virksomhet som må utnyttes.

Gruppene bør tilstrebe å bli mer utadrettede. Handlingsprogram og bøker er utmerkede sluttprodukter, men vi savner flere rapporter, utspill og ytringer under marsjen. Utpostens spalter står åpne, men er sørgelig lite benyttet. Dette håper vi endrer seg.

Referansegruppene må ikke bli utgangspunkt for en subspecialisering av faget vårt. Dette kan forebygges f.eks. ved at hver gruppe prøver å ha minst ett medlem som bare har vanlig interesse for gruppas emneområde og som kan se til at det allmenne perspektivet ikke tapes av syn.

NSAM har idag ca. 850 medlemmer av totalt ca. 3.000 allmennpraktikere. Hvorfor er det ikke flere? En forklaring er at mange ser på NSAM som et unødvendig tillegg til Aplf. Det foregår fortsatt mye unødvendig dobbeltarbeid i de to organisasjonenes styrende organer,

og det er uklarerheter og overlappinger i forhold til ansvars- og interesseområder. Det samme gjelder også i noen grad i forholdet til Oll. Dette er en ressursøkende og lite ønskelig situasjon.

I dette perspektivet kan en spørre om det er klokt av NSAM å satse på en sterkere deltakelse og profilering i den helsepolitiske debatt, slik en går inn for i prinsipp- og arbeidsprogrammet. Grensene mellom politiske, faglige og fagforeningsrelaterte problemstillinger er flytende, og forhold innenfor de ulike sfærer påvirker ikke sjelden hverandre i betydelig grad. Å forholde seg til dette er realitetsorienterende og dermed positivt, men det er også verdt å tenke på. En politisering av NSAM vil ha en pris ved at grupper av allmennpraktikere ikke vil være enige i de helsepolitiske valg NSAM treffer, og arbeidsdelingen vis-à-vis Aplf og Oll blir neppe enklere.

Utposten ønsker lykke til i årene som kommer.

Petter Øgar

NSAM 15 år, 1998

Da NSAM var 15 år, i 1998 skrev Per Stensland og Bjørn Gjelsvik i Utposten nr 7/8:

En historie om allmennmedisinsk kreativitet.

En allmennlegetjeneste i frammarsj trengte en faglig basis. Og allmennpraktikerne trengte et faglig forum som spente videre enn de tradisjonelle fagforeningsmotsetningene for å berede grobunn for fagutviklingen som måtte komme. Mange følte i denne situasjonen uro for om Legeforeningen representert ved Aplf var i stand til å ta vare på deres faglige interesser og ønsker. Denne spenningen mellom Aplf og NSAMs fortrøpper har siden fulgt selskapet

Arbeidet med å opprette NSAM var en del av, og en motor i framveksten av spesialiteten. Utviklingen av faget definisjonen av fagets egenart var en rød tråd i det faglige arbeidet. Dette avspeilte seg i beskrivelsen av formålet for selskapet.

Legeforeningen viste betydelig skepsis ved etableringen av NSAM og la ned veto mot at selskapet kunne ha lokal faglig aktivitet. Mens de andre europeiske selskapene har hatt ansvar for å ivareta fagutviklingen i de respektive landenes allmennmedisinske miljø, valgte Aplf å bevare sitt fagutvalg. NSAM har derfor en posisjon som ikke fullverdig spesialforening i Legeforeningen, og Legeforeningen synes å skifte mellom å bruke NSAM og fagutvalget som rådgiver i allmennmedisinske spørsmål. Ikke sjelden har valg av adressat også vært valg av forventet profil på den etterspurte vurderingen.

NSAM er en vesentlig bidragsyter til at vi i dag har et av de mest aktive fagutviklings-verkstedene i europeisk allmennmedisin. Selskapet har gitt rom for nye ideer og fagkritikk. Fagutvikling forutsetter kopling mellom aktive personer og miljøer NSAMs underkomiteer og referansegrupper har fungert slik.

NSAM er mest kjent for sine kliniske handlingsprogrammer av faglig høy kvalitet som er laget uten industriell støtte. Flere av disse står nå foran revisjon og det er nødvendig å utarbeide program for nye felter. Inflasjonen av nye «kliniske retningslinjer» har aktualisert debatten om framtidig utvikling av NSAMs handlingsprogrammer.

IT-gruppa opprettet i 1996 EYR, et diskusjonsforum på internett som raskt har fått mer enn 400 medlemmer og som for tida er hovedarena for internett-diskusjon blant allmennpraktikere.

NSAMs risikoprojekt (1994-98) har hatt til hensikt å stimulere til kritisk tenkning og debatt rundt risikobegrepet, slik det brukes i individrettet forebyggende arbeid. Risikofokusering åpner for en medikalisering av stadig nye livsområder. Tendensen til ensidig bruk av relativ risiko i markedsføring av legemidler kan virke tilslørende for den som ønsker å få en samlet oversikt over behandlingseffekt. Det er vist at allmennpraktikere føler seg usikre i håndteringen av risiko. NSAM har belyst disse spørsmålene ved seminar om risikobegrepet i medisinen og på Primærmedisinsk uke, NSAM-seminaret Troens bevis i 1998 om kunnskapsbegrepet i medisinen, samt en workshop på WONCA konferansen i Dublin i 98. Prosjektet er publisert i Utposten (7) og nye publikasjoner forberedes.

ICPC er et kodeverk for allmennmedisinske diagnoser. Styret har sammen med NSAMs klassifikasjonsutvalg sett med stor bekymring på den tilfældige måten RTV (rikstrygdeverket, nå HELFO) har innført ICPC i norsk allmennpraksis.



NSAMs sju teser for allmenntmedisin, 2001

Da fastlegeordningen var på trappene i 2000, startet NSAM en bred diskusjon om innhold og verdier i faget allmenntmedisin. Norsk allmenntmedisin opplevde, som i 2023, en nedgangsperiode med dårlig rekruttering og usikkerhet om den framtidige organiseringen av tjenesten.

NSAM-leder Anna Stavdal pekte i en leder i Tidsskriftet (2000) med overskriften «*Allmenntmedisin i krise*» på at det var nødvendig å redefinere innhold og mandat for allmenntmedisin. NSAM samlet innspill fra mange ulike miljøer i og utenfor primærhelsetjenesten som grunnlag for «*Sju teser for allmenntmedisin*», et ideologisk dokument med korte hovedpunkter i imperativ form, supplert med utdypende kommentarer.

NSAM hadde på 90-tallet arbeidet med de medisinske og etiske dilemmaene knyttet til økt oppmerksomhet omkring leting etter risikofaktorer hos friske individer, koblet til muligheter for medikamentell behandling for å redusere risiko for sykdom. Dette gjaldt særlig området hjerte-kar-sykdommer.

I 2001 presenterte NSAM de sju tesene for allmenntmedisin. I referatet fra årsmøtet for 2001 står følgende:

Tenkedugnaden fortsatte innad i styret og den foreliggende versjonen av plakaten med 7 teser for allmenntmedisinen vil danne grunnlaget for vårkurset 2002, som vil finne sted 10-12. april 2002 på Leangkollen.

«Risikoprojektet» ga innsikt i hvordan legemiddelindustri og spesialistmiljøer sammen påvirket allmenntlegenes praksis, slik at en økende andel av legenes tid ble brukt til å kartlegge og følge opp risikofaktorer i befolkningen. Det etiske grunnlaget for å gi medisinske råd basert på sammenhenger på gruppenivå ble diskutert. Gode pedagogiske verktøy for en opplyst dialog med pasienten manglet, og kunnskapen om positive og negative effekter av en befolkningsstrategi var for liten. Denne diskusjonen påvirket utformingen av *Sju teser*. En av målsettingene ble «å fremme forsvarlig bruk av medisinsk teknologi og legemidler – og forhindre at pasienter feilaktig behandles som syke». Tesen «*Gjør det viktigste!*» tok ikke med forebyggende arbeid og risikokartlegging hos den enkelte pasient som hovedoppgave for legen. NSAM ønsket å legge vekten på legens ansvar for å diagnostisere og følge opp de syke, for å løfte diskusjonen omkring risikoleting og risikobehandling. Tesene «*Gi mest til dem som har størst behov*» og «*Bruk ord som fremmer helse*» var også en direkte oppfølging av risikoprojektet. Ønsket var å legge mer vekt på den enkeltes egenomsorg og tro på egne ressurser, som motsetning til ensidig oppmerksomhet på svakhet og defekter.

Tesen «*sats på etterutdanning, forskning og fagutvikling*» pekte på at kontaktårsakene i allmenntmedisin for en stor del er knyttet til dagliglivets påvirkninger, som i liten utstrekning lar seg kartlegge med bruk av målinger.

Sju teser virket langt på vei som ønsket i debatter og i undervisning av medisinske studenter og spesialistkandidater i allmenntmedisin. Norsk forening for allmenntmedisin bruker fortsatt prinsippene i høringsuttalelser til helsemyndighetene og i sine policydokumenter. Tesene har også fått en naturlig plass i den norske læreboka i allmenntmedisin.



I referatet for NSAM Årsmøtet 2002 finner vi denne omtalen:

Plakaten - 7 teser for allmennmedisin

Tor Carlsen redegjorde for den to års tenkedugnaden som ligger bak den ferdige Plakaten med NSAMs sju teser for norsk allmennmedisin. Dette arbeidet omfattet idedugnader i form av kurs; styret bearbeidet resultatene frem mot neste kurs. Ideutvikling foregikk også i form av skrive-stafetter i Utposten, dels i styrets regi, dels i redaksjons regi. Plakaten skal sendes ut til samtlige medlemmer av NSAM. En søker å inngå samarbeid med Aplf for å få sendt den ut til alle norske allmennpraktikere. Plakaten ble presentert som et arbeidsredskap. Kollegaene inviteres til å henge den på kontoret til inspirasjon og ettertanke mellom/etter pasienter, eller på venteværelse, som en intensjonserklæring overfor pasientene. Plakaten ble videre presentert på EU-RACTs Core Conference i Barcelona to uker tidligere, og flere elementer ble tatt inn i dokumentet allmennmedisinske kjerneområder som skal ferdigstilles på Wonca Europas kongress, London, mai 2002. Flere representanter viste interesse for tesene, og ville ta dem med i tilsvarende prosesser i egne land. Parallellen til terna for Nordisk kongress 2002 i Trondheim ble påpekt, likeså at tesene kunne egne seg for gruppearbeid både i grunnkursene og blant turnuskandidater i distrikt. Det ble reist spørsmål om tesenes fortattede språkform ville gjøre dem lite tilgjengelige for kollegaer med begrensede ferdigheter i norsk språk. Det må tilføyes at plakaten finnes oversatt til engelsk. Plakaten ble generelt godt mottatt, og styret ble påskjønt for godt arbeid.

Styret har følgende programerklæring:

Allmennlegen inviteres og stimuleres til å påvirke utviklingen av faget - gjennom refleksjon om «Plakaten» og de 7 teser slik at det blir samsvar mellom fagets muligheter, pasientenes behov, helsevesenets rammer og samfunnets prioriteringer. Vi vil aktivt bruke «Plakaten» og de 7 teser i de fora der allmennleger møtes til faglig debatt og fagutvikling. Plakaten vil stå sentralt i vårt rekrutterings og profileringsarbeid.»

Plakaten ble sendt ut med medlemsbrevet før jul samme år sammen med et introduksjonsbrev som beskrev bakgrunnen og hensikten med produktet. Plakaten ble også oversatt til engelsk, og ble presentert på WONCA Europe i London i 2002. Danskene utviklet sine *Pejlemærker for faget almen medicin* i 2016, og i 2020 ble *Core values and principles of Nordic general practice/family medicine* vedtatt av styret i den nordiske fedarasjonen (NFGP) og publisert i *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. I 2022 vedtok også WONCA Europe sine Core Values, sterkt inspirert av tesene og det nordiske arbeidet.

Kilder:

<https://www.legeforeningen.no/contentassets/5a5aa6be73b64f528f02e5eaa4f63a3c/armsmelding-nsam-2002.pdf>

https://www.utposten.no/journal/2022/1/m-122/M%C3%A5l_og_visjoner_for_allmennmedisin_%E2%80%93_tilbakeblikk_og_frampek

<https://www.legeforeningen.no/contentassets/e97de158553f430aad5171218eacafc4/7-teser-for-allmennmedisin.pdf>

<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/02813432.2020.1842676?needAccess=true>

<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/02813432.2020.1842674?needAccess=true>

https://www.dsam.dk/dsam_mener/pejlemaerker/

<https://www.woncaeurope.org/page/our-core-values>



SJU TESER FOR ALLMENNEMEDISIN

En beskrivelse av faget allmennmedisin i fastlegeordningen skal: klargjøre legens ansvarsområder, fremme forsvarlig bruk av medisinsk teknologi og medikamenter, gi basis for innhold i grunn-, videre- og etterutdanning, skape realistiske forventninger til helsetjenesten og sikre faglig identitet og trygghet for legen.

Hold lege-pasientforholdet i hevd!

Allmennmedisins sentrum er lege-pasientforholdet. Det viktigste er det personlige møtet og dialogen med pasienten over tid.

Gjør det viktigste!

Allmennpraktikerens hovedoppgaver er diagnostikk og behandling. Legen er

fortolker av pasientens symptomer og plager; skiller ut de som har behandlingstrengende sykdom, og forskåner pasientene fra urettmessig å bli behandlet som syke.

veileder og lærer; hjelper pasienten til å forstå sin situasjon og hvordan den kan mestres eller lindres. **vitne og ledsager**; følger pasienten og hans nærmeste gjennom sykdom og lidelse.

Gi mest til dem som har størst behov!

Forventningene til allmennmedisinen overstiger både ideelle og praktiske muligheter. Allmennlegen må organisere hverdagen slik at det blir rom for de pasienter som har størst behov for hjelp. Allmennlegen må også ta hensyn til behandlingstkostnader; hvis flere behandlingsstrategier er like effektive, skal allmennlegen velge det billigste slik at ressurser som spares kan komme andre til gode.

Bruk ord som fremmer helse!

Allmennlegen skal gi pasienten tro på egen mestring av hverdag og helse. Allmennmedisinen skal utvikle et språk som begrenser fokus på risikotilstander og medisinbruk med liten nytteeffekt.

Sats på etterutdanning, forskning og fagutvikling!

Fagutøvelsen skal baseres på dokumentert viten, praktiske ferdigheter og erfaringsbasert kunnskap. Faget skal utvikle begreper som knytter sykdom og lidelse til relasjoner og gi en forståelse av hvordan livet setter spor i kroppen. Medisinsk etikk skal beskrive hvordan respekten for menneskets verdighet er en forutsetning for helbredelse.

Beskriv praksiserfaringene!

Å forebygge sykdom og uhelse er ofte et spørsmål om å endre samfunnsforhold. Legen skal systematisere og dele sin kunnskap med forvaltning og politikere om sykdoms- og lidelsespanoramaet i sin populasjon.

Ta ledelsen!

Allmennlegen skal ta aktivt ansvar for å sikre god samhandling mellom aktørene i helse- og sosialtjenesten. Allmennlegen skal bidra til at spesialisttjenester prioriteres til dem som har størst behov. I samhandling med andre helsearbeidere må allmennlegen arbeide aktivt for at faglige ressurser utnyttes optimalt. Som leder av legekantoret må legen sørge for at medarbeiderne får utvikle faglig og personlig kompetanse.

En oppsummering av NSAMs (Norsk selskap for allmennmedisin) tenkedugnad 2000-2001. Publisert i 2001, utgitt på nytt i 2019.



Norsk forening for
allmennmedisin
DEN NORSKE LEGEFORENING



CORE VALUES AND PRINCIPLES OF NORDIC GENERAL PRACTICE/FAMILY MEDICINE



1. We promote continuity of doctor-patient relationships as a central organising principle.

The doctor-patient relationship is based on personal involvement and confidentiality. Continuity of care helps build mutual trust and enable high-quality person-centred care.

2. We provide timely diagnosis and avoid unnecessary tests and overtreatment. Disease prevention and health promotion are integrated into our daily activities.

We care for our patients throughout their lives, tending to them through disease and suffering while encouraging progress toward health. We help patients understand their own health – to confront and manage their limitations, improve and maintain their well-being.

Overexamination, overdiagnosis, and overtreatment can harm patients, consume resources and indirectly lead to harmful underdiagnosis and undertreatment elsewhere. When equally effective interventions are available, we choose those that cost less.

3. We prioritise those whose needs for healthcare are greatest.

We aim to minimise inequalities in how health services are provided. We organise our practices to devote the most time and effort to those whose needs for treatment and support are greatest.

4. We practice person-centred medicine, emphasising dialogue, context, and the best evidence available.

We engage professionally with our patients' current life situations, biographical stories, beliefs, worries, and hopes. This helps us to recognise the links between social factors and sickness, and to deepen our understanding of how life and life events leave their imprint on the human body. We promote patients' capacity to make use of their individual and communal resources.

To safeguard our long-term resilience as caregivers, we attend to our own well-being.

5. We remain committed to education, research, and quality development.

We engage actively in the training of our future colleagues. We implement and promote research that is suited to the knowledge needs of General Practice/Family Medicine. We take a constructively critical view of new knowledge and approaches within our areas of specialisation.

6. We recognise that social strain, deprivation, and traumatic experiences increase people's susceptibility to disease, and we speak out on relevant issues.

Respect for human dignity is a prerequisite for healing and recovery.

We acknowledge that many circumstances contribute to health inequalities: childhood experiences, housing, education, social support, family income/unemployment, community structures, access to health services, etc.

We recognise our duty to speak out publicly on specific factors that cause or worsen disease, increase inequality in health outcomes, or make resources less accessible to certain people.

7. We collaborate across professions and disciplines while also taking care not to blur the lines of responsibility.

We engage actively in developing and adapting effective ways to cooperate.

Read more about The Nordic Federation of General Practice on www.nfgp.org

Den nordiske federasjonen for allmenntmedisin vedtok sine Core values i 2020.



Core Values and Principles of General Practice/Family Medicine

WHO considers primary health care to be a cornerstone of sustainable health care systems. The General Practice/Family Doctor (GP/FD) is a key provider of primary health care.

WONCA Europe has defined General Practice/Family Medicine as both a clinical specialty and a discipline in its own right, with its own curriculum and research base.

GP/FM may be practiced in different contexts according to the characteristics of each health system, country or community. However, the foundation of GP/FM is based on the core values listed below. They are the essential elements of good quality of GP/FM, and should provide a frame of reference for our professional identity.

PERSON-CENTERED CARE

GPs/FDs practice person-centered medicine, emphasizing dialogue, context, and the best evidence available.



GPs/FDs always take the impact of biological, psychosocial and cultural determinants on individuals' health into consideration.

GPs/FDs engage professionally with their patients' current life situations, biographical stories, beliefs, worries, and hopes. This helps to recognize the links between social factors and sickness and to deepen the understanding of how life and life events leave their imprint on the human body and mind. GPs/FDs promote patients' capacity to make use of their individual and communal resources.

CONTINUITY OF CARE

GPs/FDs promote continuity of doctor-patient relationships as a central organizing principle



The doctor-patient relationship is based on personal involvement and confidentiality. Continuity of care helps build mutual trust and enable high-quality, person-centered care.

GPs/FDs seek to maintain this continuity of care when organizing their practices, regardless the size, composition and nature of the primary care team.

COOPERATION IN CARE

GPs/FDs collaborate across professions and disciplines while also taking care not to blur the lines of responsibility.



GPs/FDs integrate different programs and services and engage actively in developing and adapting effective ways to cooperate with other health and social workers.

GPs/FDs help patients navigate the health system and facilitate communication with other health professionals

COMMUNITY ORIENTED CARE

GPs/FDs remain committed to education, research, and quality development.



GPs/FDs community orientation and social accountability aim at influencing the health policies addressing health disparities by integrating clinical care, public health and social services on community level.

EQUITY OF CARE

General practitioners/Family doctors prioritize those whose needs for healthcare are greatest.



GPs/FDs provide equitable health care. Equity is an essential dimension of the quality of health care. The aim is to minimize inequalities in health service delivery. We organize our practices to allocate time and effort to those whose needs for treatment and support are greatest.

GPs/FDs perceive it their duty to speak out publicly about societal factors impacting access to health care and inequalities in health outcomes. GPs/FDs are especially aware of the health challenges facing certain groups in relation to age, gender, sexual orientation, ethnicity, socio-economic status and religious orientation.

SCIENCE ORIENTED CARE

GPs/FDs provide care based on the best available evidence, respecting patients' values and preferences.



Overexamination, overdiagnosis, and overtreatment can harm patients, consume resources and indirectly lead to harmful underdiagnosis and undertreatment. When equally effective interventions are available, GPs/FDs choose the interventions on the basis of cost-effectiveness and patient safety.

PROFESSIONALISM IN CARE

GPs/FDs provide medical care to individuals and promote health on the community level. GPs/FDs engage in political and social aspects impacting health outcomes in community-oriented advocacy.



GPs/FDs engage actively in the training of future colleagues and facilitate inclusion of young doctors in organizational and fundamental decisions regarding the under and postgraduate medical education.

GPs/FDs implement and promote research relevant to the needs of GP/FM, and assess knowledge and guidelines critically with a constructive and academic approach.

Også WONCA Europe har vedtatt Core values

Innføringen av fastlegeordningen i 2001

En viktig reform ble gjennomført i 1984 med Lov om helsetjenesten i kommunene. Det statlige distriktslegevesenet ble avviklet, og kommunene overtok ansvaret for å tilby innbyggerne allmennmedisinske og samfunnsmedisinske tjenester. Norge fikk med dette en primærhelsetjeneste som var mer desentralisert enn noe annet land det var naturlig å sammenligne seg med. Ordningen med «kombileger» ble videreført i kommunehelsetjenesten, med ulike tilknytningsformer for den kurative, allmennmedisinske delen:

- Driftsavtale: Legen var selvstendig næringsdrivende, men mottok et driftstilskudd fra kommunen. Størrelsen på driftstilskuddet var i hovedsak avhengig av omfanget av medarbeidere i praksisen. I tillegg mottok legen egenandeler fra pasientene og refusjoner fra folketrygden.
- Fast lønn: Legen var kommunalt ansatt lønnsinntaker og kommunen dekket alle driftsutgifter. Kommunen mottok et fastlønnstilskudd fra folketrygden som kompensasjon for manglende refusjonsinntekter.
- Uten avtale: Leger som hadde etablert praksis før 10.10.92, og som ikke hadde driftsavtale med kommunen, kunne kreve refusjon fra folketrygden i tillegg til egenbetaling fra pasientene. Leger som hadde etablert seg i slik praksis etter 10.10.92 kunne ikke kreve refusjon, og måtte dekke alle kostnader ved egenbetaling fra pasientene.

Avtaleløse leger var ikke bundet av avtalte honorartakster, og kunne ta høyere egenandeler fra pasientene. Det fantes også ulike kombinasjonsløsninger hvor legene hadde driftsavtale eller fast lønn for deler av praksisen. På legevakt var alle legene selvstendig næringsdrivende og når de utførte offentlig legearbeid eller samfunnsmedisinske oppgaver, var de fastlønnet. De mange ulike tilknytningsformene medførte at myndighetene fikk dårlig oversikt over legearbeidsmarkedet, dårlig kontroll med utgiftene, og problemer med å administrere legene.

De første årene etter reformen vedvarte den gode rekrutteringen som hadde utviklet seg i 1970-årene. En evaluering viste imidlertid at helsefaglig kompetanse stod svakt innen kommunehelsetjenestens lokale administrasjoner, og at trivsel og tilpasning i kommunelegerollen var dårlig.

Fram til 1970-årene var solopraksis den vanlige driftsformen. I Olav Rutles studie fra 1978 oppgav 65 prosent av allmennlegene at de jobbet alene. Men allerede i 1950-årene begynte tanker om gruppepraksis og helsesentra å ta form. En rekke helsehus ble bygget, hvor forskjellige helsetjenesteaktiviteter i kommunen ble samlet. Fra slutten av 1960-tallet ble opprettelse av gruppepraksiser vanligere. Med økt tiltro til primærhelsetjenesten kom økt behov for gode lokaler, godt utstyr og tilstrekkelig med hjelpepersonell. Utgiftene for nyetablerte allmennleger kunne derfor bli meget store, og mange vegret seg. For å bøte på dette begynte flere kommuner å støtte etablering av privat allmennpraksis ved at de opprettet legesentre som de leide ut til subsidierte priser. Etter hvert ble det også vanligere å tilby legene fastlønnstillinger. Fastlønnordningen nådde sitt høydepunkt i 1990, da nesten 40 prosent av allmennlegene hadde fast lønn. Siden avtok denne andelen gradvis igjen.

Etter hvert oppstod det en ny rekrutteringssvikt. Dette skyldtes først og fremst en sterk vekst i antall stillinger i spesialisthelsetjenesten. Men det var også problemer internt i kommunehelsetjenesten, tydeligst i de stillingene som var tette knyttet opp mot den kommunale administrasjonen. Dette gjaldt i særdeleshet de samfunnsmedisinske stillingene, men flere og flere fastlønnleger valgte å endre tilknytningsform til driftsavtale, som var økonomisk gunstig og friere i forhold til kommunal styring.

I 1997 var 28 prosent av kommunelegestillingene i Nord-Norge ubesatt, i småkommunene (under 4 000 innbyggere) var 37 prosent ubesatt.

Situasjonen ble delvis avhjulpet av et meget stort antall korttidsvikarer. Tall fra legefore-



ningen viste at antall allmennleger i de fire nordligste fylkene var redusert med 12,3 prosent i løpet av perioden 1995-98.

Også i Sør-Norge var det mange ledige stillinger i distriktene. Ved utgangen av 1998 var det i alt 219 ubesatte årsverk i kommunehelsetjenesten, det vil si 6 prosent av alle stillinger/hjemler. Størst ledighet var det i Sogn og Fjordane (14,4%), Nord-Trøndelag (14%), Troms (12,3%), Nordland (11,5%) og Finnmark (9,4%). Pasienter klaget over dårlig tilgjengelighet både for konsultasjoner og på telefon. De fikk lite tid hos legen, og på grunn av stor utskifting i legestillingene, møtte de stadig nye leger. Dette var først og fremst et problem i utkantene, men mange byer hadde også dårlig allmennlegedekning. Pasienter med store og sammensatte behov ble ikke prioritert og fikk for dårlige tverrfaglige tilbud. Noen pasienter brukte mange forskjellige leger (doktorshopping). Sykehus og spesialister visste ofte ikke hvem som skulle motta epikriser eller ha ansvar for oppfølging. Ved årtusenskiftet hadde norsk allmenntillegisin fått et krisestempel. Selve faget ble også spådd en snarlig død

Allerede på 1960-tallet hentet norske allmennleger kunnskap om listesystemet gjennom studiereiser til Danmark, England og Nederland. Det ble etter hvert reist en diskusjon i Legeforeningen om dette systemet også burde innføres i Norge. Første gang vi finner det omtalt skriftlig, er i heftet «Tanker om morgendagens primærlegetjeneste», hvor også KOPF-idealet ble lansert. I 1982 satte Den norske lægeforening saken på sin dagsorden gjennom oppnevning av det såkalte «Generalplanutvalget for allmenntillegisin», der en fastlegeordning ble omtalt som noe man i det minste burde overveie i Norge. I 1988 var det programfestet både i Alment praktiserende lægers forening og Offentlige legers landsforening at det burde utprøves en modell for nærmere tilknytning mellom lege og pasient.

Fastlegeordningen ble diskutert på styremøter, medlemsmøter og samlinger i mange år før den ble innført i 2001. NSAM var hele tiden positiv til et «listepasientsystem» etter modell fra Danmark.

I årsmøterefateratet fra 1987 finner vi følgende:

Seminar om listepasientsystem

Et system med listepasienter har vært diskutert i årevis. Det ble på ny aktualisert da Stadsfysikus lanserte tanken i Oslo. Debatten som fulgte viste tydelig at politikere og sentrale personer innen helsetjenesten ikke var kjent med hva et listesystem var og hvilke konsekvenser det har for pasienter, leger og samfunn. NSAM ønsket å spre opplysninger om et slikt system og inviterte Aplf og Oll til å være med å arrangere et seminar om emnet. Det var tanken at seminaret skulle resultere i et hefte om listepasientsystemet slik at alle kunne få et innblikk i hva det er: Det er nå oppnevnt en komite bestående av Tor Anvik (NSAM), Torleif Robberstad (Oll) og Henriette Kahn (Fagutvalget/Aplf). De skal forsøke å arrangere seminaret, trolig på nyåret 1988.

I forarbeidene til kommunehelseloven av 1984 ble ulike organisasjonsmodeller for allmennlegetjenesten drøftet. Kommunene ble anbefalt å organisere helsetjenesten etter den såkalte «områdemodellen» der helse- og sosialarbeidere har et felles befolkningsansvar innenfor et avgrenset geografisk område. Begrunnelsen var at man på denne måten la forholdene best til rette for forebyggende arbeid og samarbeid mellom allmennlegene og andre faggrupper. Et listesystem for kurativ praksis kunne komme i konflikt med målsettingene for områdemodellen. Kommunehelsetjenesteloven fastsatte en ordning basert på fastlønnsleger og privatpraktiserende leger med avtale om kommunalt driftstilskudd.

Tankene om en fastlegeordning ble ikke videreført og konkretisert igjen før i «Røynslmeldinga» (St. meld. Nr. 36, 1989-90), hvor det konkluderes med at det ville være nyttig å få prøvd



ut et listesystem i Norge. Under sosialkomiteens behandling av denne meldingen, og gjennom innstillingen til meldingen, påpekte flertallet i sosialkomiteen viktigheten av at den enkelte har en mulighet til å bruke fast lege, og understreket særlig svake gruppers behov for en fast lege. Flertallet påla departementet å sette i gang med en prøveordning for et listesystem. Departementet sendte ut en åpen invitasjon til kommunene om deltakelse i et treårig forsøksprosjekt. Det var ønskelig å få med både storby- og utkantkommuner, men ingen utkantkommuner meldte sin interesse for å delta. Tromsø, Trondheim, Lillehammer og Åsnes ble valgt. Til sammen ca. 240 000 innbyggere og 151 leger deltok. Foruten kommunene var Rikstrygdeverket og trygdekontorene i de fire kommunene sentrale aktører. Forsøket, som startet i mai 1993, ble som planlagt avsluttet medio mai 1996. Etter eget ønske fikk de fire forsøkskommunene anledning til å fortsette fastlegeordningen etter at forsøket var avsluttet.

Innad i Legeforeningen hadde det i lang tid vært sterk uenighet om fastlegeordningen. Mange var skeptiske til en utvidelse av allmennlegenes ansvar og forpliktelser. Det var allerede en alvorlig rekrutteringssvikt til allmennmedisin, og med enda mer krevende arbeidsforhold fryktet mange at rekrutteringssvikten ville bli forsterket. Andre la større vekt på at kommunene ville få et tydelig ansvar for å tilby innbyggerne en tilfredsstillende allmennlegedekning og at legene ville få rett til å begrense omfanget av eget ansvar.

I 1997 avholdt generalforsamlingen i Alment praktiserende lægers forening (Aplf) en uravstemning om fastlegeordning som ble begrunnet i at et solid flertall av legene måtte ønske å bli fastleger. Motstanderne trodde at en uravstemning ville bety nei. Enkelte motstandere stilte krav som ikke kunne bli innfridd for at ordningen skulle dø før den ble innført. Det var et nært samarbeid mellom Legeforeningen og Helsedepartementet, KS og Sosial- og helsekomiteen i Stortinget om hva som skulle reguleres og lovfestes. To tredjedeler av allmennlegene var for fastlegeordningen. Legeforeningens president mente ordningen var god, men at det var kommunene som ikke hadde lagt nok vekt på å fremme god faglighet (Aarseth, 2013).

I NSAMs årsmøtoreferat for 1998 står følgende:

Fastlegeordningen

Departementets høringsnotat om fastlegeordningen forelå senhøstes 98. NSAMs uttale finner du i sin helhet på vår hjemmeside. Her skal vi summarisk gjengi hovedsynspunktene våre:

- 1. Det er ønskelig at befolkningen får tilbud om fast og stabil allmennlegetjeneste og en fastlegeordning kan bli en praktisk løsning på dette.*
- 2. Særlig sett fra distrikts-Norge er det grunn til uro over manglende rekruttering og dårlig stabilitet i legestillinger generelt og i kommunelege-1 stillinger spesielt.*
- 3. NSAM ser det viktig å legge opp til en legetjeneste som legger til rette for kombinasjon av omsorgsoppgaver og legearbeid. Derfor må det være mulig for leger å sette tak på 1500 listepasienter pr. fullt legeårsverk fra innføringen av fastlegeordningen og det må være anledning for legen til å kunne endre spesielt tunge lister.*
- 4. Avtaleverket må sikre legen rett til tid til: - Faglig organisasjonsarbeid - Medisinsk undervisning i grunn-, videre- og etterutdanning - Allmennmedisinsk forskning - Nødvendig fagutvikling*
- 5. For å sikre tilgang av leger til utkantene må departementet iverksette flere tiltak enn de som er foreslått: - Etablere konkurransedyktige økonomiske forhold for fastlegestillinger i perifere strøk - Legge til rette for videre/etterutdanning ved permisjon/vikar (Nord-Norge-ordningen) - sikre vikar under ferie - gi ekstra ansiennitet for utkanttjeneste ved senere søknad til sentrale strøk - Bedre organisering av nattevakt*



6. *Kommunale bistillinger må dimensjoneres slik at befolkningen kan ha rimelig tilgjengelighet til fastlegen.*
7. *NSAM mener reformen ikke kan gjennomføres innenfor eksisterende økonomiske rammer og mener Staten har ansvar for å dekke opp kommunenes merutgifter.*

ApLf fikk ikke innfridd alle krav og mandater, men fikk innfridd noen sentrale krav: Innbyggernes rettigheter overfor kommunene ble vesentlig styrket og tydeliggjort. Kravet om rettigheter til å sette grenser for egen arbeidsbelastning og eget ansvar ble imøtekommet. Allmennlegedekningen ble gjort uavhengig av kommunenes økonomi. To sentrale krav ble imidlertid ikke innfridd: kravene om å heve kvaliteten på vaktjenestene ved å etablere interkommunale legevaktssentraler og å opprette utdanningsstillinger i allmenntilleggsmedisin. ApLfs styre og landsråd anbefalte 27. september 2000 enstemmig det fremforhandlede resultatet.

Den påfølgende avstemning blant medlemmene viste at 61 prosent anbefalte generalforsamlingen å akseptere forhandlingsresultatet, mens 39 prosent mente at resultatet måtte avvises. Av de 176 oppmøtte medlemmer stemte 71 prosent for å akseptere det fremforhandlede resultat. Ved dette hadde Norge - om ikke formelt, så reelt - fått en fastlegeordning. Legeforeningen ga deretter sin tilslutning i ekstraordinært landsstyremøte 14. november, hvor 76 prosent av de 86 oppmøtte stemte for (Bakke, 2013).

Før reformen oppga 67 prosent av befolkningen at de allerede hadde en fast allmennlege. I tillegg var det 10 prosent som ikke ønsket noen fastlege og foretrakk å kunne bruke flere ulike allmennleger. Det var likevel bare 0,5 prosent som valgte å stå utenfor fastlegeordningen. I juni 2005 hadde 98,5 prosent av befolkningen fått plass på liste hos en fastlege. Over halvparten av listene var åpne og overkapasiteten på listeplasser var ca. 10 prosent.

Fastlegeordningen ble innført 1. juni 2001. I 2002 sa 60 prosent av fastlegene at de var tilfreds med listelengden, 20 prosent ønsket flere pasienter og 20 prosent ønsket færre.

Fastlegeordningen var på mange måter svaret på flere av de utfordringene man da sto overfor som manglende rekruttering til allmennlegevirksomhet i utkantene og bekymring for overetablering av leger i større byer. Den skapte en bølge av entusiasme blant allmennlegene som varte i omtrent ti år. Siden har entusiasmen bleknet, rekrutteringen har avtatt og mange erfarne spesialister ønsker seg over i andre legejobber. Mange kommuner sliter med å få søkere til utlyste hjemler og har brukt private vikarbyrå, med betydelige ekstraavgifter.

Kilder:

<https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1144144503427.pdf>

<https://www.legeforeningen.no/contentassets/5a5aa6be73b64f528f02e5ea4f63a3c/arsmelding-nsam-1987.pdf>

Legen i primærhelsetjenesten – en studie av bakgrunnen for innføringen av fastlegeordningen. Prosjektoppgave ved UiO - Ane Drougge Vassbotn <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/68612/Prosjektoppgave-Legen-i-prim-rhelsetjenesten.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Evalueringsrapport av fastlegereformen 2001-2005. Norges forskningsråd. <https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1144144503427.pdf>



NSAM 20 år, 2003

Da NSAM var 20 år, i 2003 ble det, i forbindelse med årsmøtet i Ålesund, invitert til emnekurs og diskusjon om fagets innhold og forholdet til industrien.

Dette sto i Utposten nr. 1 2003:

I debatten under årsmøtet ble bekymringen for endringer i utkantkommunenes situasjon etter innføringen av fastlegeordningen viet spesiell oppmerksomhet og årsmøtet pekte på virke-middelet utdanningskandidater.

Kilde:

<https://www.utposten.no/journal/2003/8>

NSAM 20 ÅR!

Vi feirer med bursdagsfest, emnekurs, tenkedugnad og årsmøte

I ÅLESUND – RICA PARKEN HOTEL, TORSDAG 27.03.03 TIL LØRDAG 29.03.03

Klinisk Emnekurs med ny vri – KOLS fra første til siste host –

Godkjent med 15 timer.
Antall deltakere: 50

Vi følger en pasient fra de første symptomer, gjennom hele sykdomsforløpet til terminalstadiet. På kurset gestaltes hun av en profesjonell skuespiller.

Deltakerne fordeles på grupper og de får hver sin pc med Winmed journal og NEL.

Gruppene blir presentert typiske og krevende problemstillinger, noen overaskelser, i forløpet av pasientens liv og sykdom som utgangspunkt for problemløsning, erfaringsutveksling og læring. I journalen kommer episkriser, labdata, spirometrikurver m.m. slik virkeligheten faktisk kan være.

Vi har invitert erfarne veiledere som vil følge og kommentere diskusjonene

Målet er å dele erfaring og å øke kunnskapsnivå på det aktuelle feltet, desuten å illustrere viktigheten av å ta ledelsen og å prioritere tid og ressurser, egne og andres, slik at de som trenger mest, får mest (jfr. «Palaten» og de 7 timer!), og ikke minst: Å ha det litt moro!

Diskusjon om fagets innhold. Leger og industrien – «Lommer uten grenser?» Når er påvirkningen egentlig utilberlig?

Godkjent med 15 timer.

Valg og bruk av legemidler påvirkes i stor grad av industriens egen markedsføring. Markedsføringen er omfattende, gavmild og effektiv. Når er den utilberlig og når er den direkte ulovlig?

Vi har invitert 5 meget sentrale innledere og en profesjonell debattleder.

Torsdag: Emnekurs 0900–1800
Fredag: Emnekurs 0800–0845
Leger og industrien 0900–1445
Årsmøte 1500–1800
Bursdagsfest 1900–

Lørdag: Emnekurs 0830–1200
Kursavgift: Emnekurs kr 1000.–, Fagets innhold kr 500.

Påmeldingsfrist: 7. mars 2003
Påmelding og bestilling av flybilletter: VIA Tours v/ Nadja Ben-Shams, tlf. 23 15 04 60
E-mail: nadja.ben-shams@via.no
NB! Din påmelding blir endelig registrert først når du har returnert påmeldingskjøpene du vil få tilsendt.



Fra NSAM til NFA

Selskapet hadde helt fra starten i 1983 frivillig medlemskap. Alle måtte dessuten være medlem i en yrkesforening, enten Aplf eller Oll. Økonomien i NSAM var stram, og det å rekruttere medlemmer var noe man alltid tenkte på og jobbet med. Allerede på 1990-tallet hadde daværende leder i Aplf, Kåre Reiten, leder i Fagutvalget, Johnny Mjell og leder i NSAM, Olav Thorsen møter og samtaler om mulighetene for et gradvis nærmere og bedre samarbeid. Samtidig nærmet det seg tiden hvor obligatorisk medlemskap i en spesialforening ble et krav i Legeforeningen.

I 2003 ble Gisle Roksund valgt til ny leder i NSAM. Samtidig ble to medlemmer av Fagutvalget, Marte Walstad og Trond Egil Hansen, på forslag fra valgkomiteen ved dens leder Bjørn Gjelsvik, valgt inn i styret i NSAM. Sammen med Kjell Maartmann-Moe, leder for Aplf og Trond Egil Hansen, leder i Fagutvalget, startet han en prosess som skulle vare fram til 2006. Det ble jobbet med arbeids- og ansvarsfordeling mellom de to foreningene, forslag til ny organisering, lover og prinsippprogram.

I 2005 vedtok Legeforeningens landsstyre, etter forslag fra Trond Egil Hansen, obligatorisk medlemskap i en fagmedisinsk forening for alle allmennleger, noe som ble innført fra 1. januar 2007. En komité som besto av Jan Emil Kristoffersen, Kjell Maartmann-Moe, Trond Egil Hansen og Gisle Roksund jobbet videre med foreningenes vedtekter, slik at de var i samsvar med Legeforeningens nye lover.

På NSAM årsmøtet i 2004 sa Gisle Roksund:

Gjennom mer enn 20 år har NSAM bidratt med sentralt, viktig og avgjørende arbeid for å få norsk allmennmedisin dit den er i dag. NSAM har vært en møteplass og en aktør for tenkning, diskusjon og kritisk refleksjon omkring selve faget allmennmedisin, dets rolle og innhold. Vårt hovedmål er å gjøre spesialforeningen for allmennmedisin til en nyttig og spennende møteplass for norske allmennleger, og et forum for kritisk refleksjon og debatt om fagets utvikling.

Vi har i lang tid hatt en drøm om at allmennmedisinen skal ha to sterke, aktive, betydningsfulle og gjensidig samarbeidende miljøer og organisasjoner, et kreativt, mangfoldig og blomstrende fagutviklingsmiljø og en sterk og slagkraftig yrkesorganisasjon. Jeg er derfor svært tilfreds med at vi har klart å endre det vanskelige forholdet som har eksistert mellom Alment praktiserende lægers forening (Aplf) og NSAM, at vi har fått til et tillitsfullt samarbeid, og at vi har klart å komme frem til enighet om å etablere én allmennmedisinsk faglig forening og én fagforening, begge med obligatorisk medlemskap. Vi vil samarbeide til beste for allmennmedisinen og allmennmedisinerne, og vi håper at vi nå har lagt grunnlaget for å få skrinlagt en 20-årig lang kompetansestrid. Vi må forene kreftene for å drive med fagutviklingsarbeid.

Fagutvikling bør være et ansvar for alle, og alle bør ha en forpliktelse til å være med og bidra til dette. Derfor er det viktig med obligatorisk medlemskap. Jeg forventer at de øvrige organene i Legeforeningen går inn for denne modellen dersom vi får aksept for den i våre egne høyeste organer. Det må være det beste for allmennmedisinen. Jeg oppfordrer alle til å stille på årsmøtene til både NSAM og Aplf for å gi uttrykk for sitt syn på den foreslåtte endringen.



Når det gjelder økonomien innenfor den nye organiseringen, må den enkelte spesialforening få anledning til å ilegge nødvendig tilleggskontingent for å kunne finansiere ønsket aktivitet i foreningen.

Noe av NSAMs gull er at vi har mye samfunnsmedisin i blodet. Vi forsøker å se på allmennmedisinen som fag i lys av samfunnsutviklingen. Allmennlegene lever veldig tett på befolkningen og vi får god innsikt i hvordan samfunnsmessige forhold påvirker helse og helseatferd. Vår hovedoppgave er å ta vare på de syke og de med høy risiko for sykdom. Dette har vi arbeidet med i mange år. Individuell risikooppsporing og behandling hos friske individer er nå i ferd med å oppta en uforholdsmessig stor del av ressursene i førstelinjetjenesten. Vi er opptatt av at friske personer med lav og moderat risiko for sykdom ikke bør sykeliggjøres eller legge beslag på helsevesenets ressurser. Strukturelle tiltak på samfunnsnivå som for eksempel matvarepriser, trafikkplanlegging og avgiftspolitik, bør prioriteres fremfor screening og behandling av individer med risiko for fremtidig sykdom.

I NSAMs lover § 1 står det blant annet at selskapet har som formål å videreutvikle og forbedre kvaliteten i faget allmennmedisin og fremme det faglige allmennmedisinske miljøet. Det skal blant annet gjøres ved å arbeide for å bedre utdanningen i allmennmedisin, både i grunnutdanningen, videre- og etterutdanningen. Spesialforeningen må ha et nært samarbeid med spesialitetskomiteen og utdanningsinstitusjonene. Samtidig som vi skal skape en slagkraftig organisasjon, skal vi ta naturlig og nødvendig ansvar.

NSAM ønsker også å stimulere til økt og bedre forskning. Dette er en svært viktig sak og vi er derfor godt tilfreds med at NSAM og Aplf står samlet i arbeidet med å etablere et allmennmedisinsk forskningsfond.

NSAM er mangfoldig og produktiv, men vi driver på et økonomisk sparebluss. For å kunne opprettholde aktiviteten har vi trukket alle varamedlemmene aktivt med i styrets arbeid. Styret møtes en gang i måneden, og mellom møtene er det utstrakt elektronisk kontakt. Vi har ikke anledning til å gi møtegodtgjørelse eller praksiskompensasjon, og vi mangler eget sekretariat. Den allmennmedisinske spesialforeningen trenger et fast sekretariat og et bedre økonomisk fundament. Vi ser frem til å bli sterkere knyttet til Legeforeningen med de forpliktelser og rettigheter dette medfører.

I Festskrift til Allmennlegeforeningens 75 års-jubileum skriver Gisle Roksdal om nedleggelsen av NSAM og opprettelsen av NFA:

Alment praktiserende lægers forening (ApLF) ble stiftet allerede i 1938 og etablerte samtidig et eget fagutvalg. Etter at det første professoratet i allmennmedisin ble opprettet i Oslo i 1969 finansiert av Legeforeningen, skjøt akademiseringen av faget vårt fart, og det ble etter hvert opprettet allmennmedisinske institutter ved alle universitetene. Akademiseringen av faget førte til et voksende ønske om en ren faglig forening fristilt fra yrkesforeningene ApLF og OLL (Offentlige legers landsforening, senere LSA, Leger i samfunnsmedisinsk arbeid), som begge hadde ansvar for legenes ve og vel, og ikke primært ansvar for fagets utvikling.

Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM) ble stiftet i 17. februar 1983, inspirert av allmennmedisinske akademiske selskap i både Danmark og England. Med knapt flertall ble det vedtatt at NSAM skulle være en del av Legeforeningen. Dermed hadde vi to allmennmedisinske miljøer som på hver sin måte arbeidet med utvikling av faget: Fagutvalget som var en del av ApLF, og NSAM som ble en spesialforening i Legeforeningen, uavhengig av ApLF. Begge miljøer har



hatt stor betydning for utviklingen av faget. Men det utviklet seg også etter hvert en betydelig spenning og kompetansestrid: Hvem representerte egentlig faget allmenntidisin? Burde fagutvikling organiseres uavhengig av fagforeningsinteresser eller ikke? Skulle fagutviklingen i norsk allmenntidisin organiseres og ledes av yrkesforeningen? Konflikten var sammensatt, og handlet om ideologi og politikk.

Spenningen mellom Aplf og Fagutvalget på den ene siden og NSAM på den andre, ble etter hvert lite konstruktiv for norsk allmenntidisin. Situasjonen var ikke til å leve med på sikt. Legeforeningen og sentrale helsemyndigheter fikk ofte sprikende synspunkter fra det allmenntidisiske miljøet. Unge kolleger som ønsket å delta i fagutviklingsarbeid, måtte faktisk velge hvilken «leir» en ønsket å arbeide i. Konflikten splittet norske allmenntidisleger, og det vokste frem et stort ønske blant allmenntidilegene om å få lagt denne konflikten død. Gisle Roksund ble i 2002 kontaktet av leder i valgkomiteen i NSAM, Bjørn Gjelsvik, om å stille til valg som ny leder i NSAM på årsmøtet i mars 2003, med tiltredelse i september. Oppdraget var klart uttrykt: å bidra til at fagutviklingsmiljøet i norsk allmenntidisin skulle samles og styrkes, ved at bl.a. konflikten mellom NSAM og Aplf/Fagutvalget skulle bileres. Før dette hadde Kjell Maartmann-Moe i 2001 gått til valg som Aplf-leder bl.a. på å forsøke å samle de faglige allmenntidisiske kreftene. Trond Egil Hansen ble leder av fagutvalget i 2002. Legeforeningen la på denne tida planer for en omorganisering av moderforeningen. Organisasjonsutvalget (Halvorsen-utvalget) la fram sin innstilling.

Kort skissert foreslo utvalget at sju yrkesforeninger skulle bli til fem, fylkesavdelingene nedlegges og fem regionavdelinger opprettes for å ivareta de foreningspolitiske interessene. Fagutvikling skulle ivaretas av medisinske foreninger, og et fagstyre under sentralstyret skulle gi de fremste til-litsvalgte råd i faglige spørsmål. NSAMs styre hadde tidlig i 2003 gitt sin tilslutning til organisasjonsutvalgets innstilling. I Aplf var det mange som mente at fagutvikling og fagforeningsarbeid burde samles i én felles forening. I NSAM -kretser var dette en umulig tanke, fagutviklingen og faglige vurderinger kunne aldri underlegges de økonomiske vurderingene som fagforeningen hadde ansvar for. Man ønsket en klar avstand. I utgangspunktet forlangte man at Aplf skulle overføre sitt Fagutvalg og med det alt ansvar for fagutvikling og innhold i faget, til NSAM.

På NSAMs årsmøte 28. mars 2003 i Ålesund, ble Gisle Roksund valgt til ny leder. Dertil ble to medlemmer av Fagutvalget, Marte Walstad og Trond Egil Hansen, på forslag fra valgkomiteen ved dens leder Bjørn Gjelsvik, valgt inn i styret i NSAM. Hensikten var å bidra til et bedre samarbeid mellom Aplf/Fagutvalget og NSAM. På årsmøtet falt et forslag om støtte til Halvorsen-utvalgets innstilling, men årsmøtet ga likevel det nye styret en klar marsjordre om å arbeide for at fagutviklingsmiljøet i norsk allmenntidisin skulle samles og styrkes, og at konflikten mellom NSAM og Aplf/ Fagutvalget skulle få en slutt.

Som nyvalgt leder i NSAM dro Roksund sammen med styremedlem Elisabeth Swensen til Aplfs Generalforsamling i juni 2003 i Kirkenes. Her la NSAM-lederen fram en klar programerklæring om at vi burde satse på to likestilte foreninger innen allmenntidisin: én ren yrkesforening med bare «union» saker, og én faglig forening, «college», med ansvar for fagets innhold, forskning, fagutvikling, innhold i spesialiteten mv.

Under Nordisk kongress i Helsinki i august 2003, hadde ny leder i NSAM uformelle samtaler med både leder i Aplf, Kjell Maartmann-Moe, og leder i Fagutvalget, Trond Egil Hansen. De ble raskt enige om å søke å legge tanken om to sidestilte foreninger til grunn for det videre arbeidet. Det første felles møte mellom styrene i Aplf, Fagutvalget og NSAM, fant sted på Haraldvangen nord for Gardermoen i februar 2004. Det var stor spenning knyttet til møtet. Ville det være mulig å samarbeide og komme til enighet om en ny organisasjonsstruktur? Møtet ble innledet med ulike



bli-kjent øvelser både ute i snøen og inne ved middagsbordet. Man la opp til en del faglig arbeid for å se om det kunne åpenbare seg noen store ulikheter i syn og holdninger til faget allmennmedisin. Det fant man (selvsagt) ikke.

I ettertid kan det synes komisk at man valgte slike omveier for å stake ut en omforent kurs. Men slik var det den gang. Spenningen og utryggheten på hverandre var stor. Noe av bakteppet for spenningen var at mange innen Aplf ønsket én stor forening med ansvar for både fag og fagforeningsvirksomhet. NSAM var engstelig for at verdigrunnlaget som foreningen var tuftet på, ville bli utradert av Aplf. Fremstående NSAM'ere var også av ulike grunner motstandere av at Fagutvalget formelt skulle være med i prosessen, dette burde være en sak mellom de to styrene.

Utover 2004 ble det avholdt en rekke ulike møter med lederne i NSAM, Aplf og Fagutvalget, og et utvalg arbeidet ut forslag til prinsipper og ansvarsfordeling mellom to nye foreninger.

Den 18. oktober 2004 skrev de tre lederne et orienteringsbrev til sentralstyret i Legeforeningen:

«I dagens møte 18.10.2004 er vi blitt enige om følgende:

1. Styrene i Aplf og NSAM, og Aplfs fagutvalg går inn for én allmennmedisinsk yrkesforening og én allmennmedisinsk spesialforening med obligatorisk medlemskap for allmennleger, herunder leger i samfunnsmedisinsk arbeid i kommunehelsetjenesten.
2. Forslag til ansvars- og oppgavefordeling for de to foreningene.
3. Foreningene forplikter seg til gjensidig samarbeid.

Aplfs styre og fagutvalg og styret i NSAM slutter seg enstemmig til forslaget. Forslagene vil bli fremlagt til behandling i de to foreningenes øverste organ i 2005».

På NSAMs årsmøte på Sommarøy i Troms 10. mars 2005, ble følgende forslag fra styret vedtatt enstemmig:

«Årsmøtet gir sin tilslutning til den enighet som er framforhandlet mellom NSAM og Aplf slik det er formulert i dokumentene av 18. oktober 2004. Årsmøtet gir styret i NSAM fullmakt til å arbeide videre innenfor de rammene som avtalen gir.»

Tilsvarende vedtak ble fattet på Aplfs generalforsamling i Fredrikstad 26. august 2005.

En av grunnene til at vi kunne foreslå og ha håp om gjennomslag for obligatorisk medlemskap også i spesialforeningen, var en pågående og parallell organisasjonsprosess i Legeforeningen. Der ønsket man å trekke spesialforeningene tettere inn til moderforeningen gjennom obligatorisk medlemskap i det som kom til å hete de Fagmedisinske foreningene. Det ble imidlertid foreslått obligatorisk medlemskap i de fagmedisinske foreningene bare for godkjente spesialister. Det ville bety at de over 40 % av fastlegene som ikke er spesialister, kunne bli stående utenfor den fagmedisinske foreningen for allmennmedisin. Det var avgjørende at Legeforeningens landsstyre i 2005 etter forslag fra Trond Egil Hansen som en tilleggsbestemmelse for den allmennmedisinske foreningen, vedtok obligatorisk medlemskap for alle fastleger. Dette kom til å gjelde fra 1. januar 2007.

I 2005 var det stor aktivitet i Aplf, Fagutvalget og NSAM hvor en tok sikte på å få til en omorganisering i løpet av 2006, med virkning fra nettopp 1. januar 2007. Aplfs styre og fagutvalg og styret i NSAM hadde flere fellesmøter i løpet av året. En vedtekts-komite bestående av Kjell Maartmann-Moe, sekretær, Jan Emil Kristoffersen, ny leder i Aplf, Trond Egil Hansen, leder i Fagutvalget og Gisle Roksdal, leder i NSAM, utarbeidet forslag til nye vedtekter for de to nye foreningene. Forslag til nye vedtekter ble samkjørt med generalsekretæren i Legeforeningen, slik at de skulle passe inn i Legeforeningens nye lover. I mai 2006 skulle det hele så skje på Soria



Moria i Oslo med en konstituerende generalforsamling av en ny fagmedisinsk forening for allmennmedisin.

Styret i NSAM innkalte til årsmøte 4. mai, hvor det i siste punkt på dagsorden ble fremmet forslag om å oppløse NSAM i den hensikt å overføre oppgaver og ansvar til en ny fagmedisinsk forening for allmennmedisin. På årsmøtet ble det forlangt skriftlig avstemning. Det ble gitt 57 stemmer for nedleggelse. 3 stemte blankt. NSAM var med dette historie.

Tilsvarende innkalte Aplf til generalforsamling senere samme dag, hvor Fagutvalget ble foreslått nedlagt, og utvalgets oppgaver overført til en ny fagmedisinsk forening. Det ble også foreslått at Alment praktiserende legers forening (Apf) skulle bytte navn til Allmennlegeforeningen (AF). Alle forslagene ble vedtatt.

Neste dag, 5. mai 2006, ble så stiftelsesmøtet for den nye, fagmedisinske foreningen arrangert. Møtet var åpent, og særdeles nøye planlagt. Over 300 allmennleger møtte fram. Den nye foreningen fikk navnet Norsk forening for allmennmedisin (NFA). Valgkomiteens leder Elisabeth Swensen fremmet på vegne av komiteen forslag til nytt styre. Følgende styre ble vedtatt med akklamasjon og til stor applaus: Gisle Roksund, Skien, leder, Trond Egil Hansen, Bergen, nestleder, Trine Bjørner, Oslo, Marit Hermansen, Namnå, Helen Brandstorp, Tana, Ståle Onsgård Sagabråten, Nesbyen, Karsten Kehlet, Finnsnes. Varamedlemmer: Marte Kvittum Tangen, Tynset, Morten Laudal, Vestby, Arnfinn Seim, Rissa.

Vedtekter og budsjett ble vedtatt.

Mange var på talerstolen. Fra NSAM'ere ble det poengtert at den nye foreningen måtte ta med seg det beste fra NSAM, og passe på å holde høvelig avstand til fagforeningen, samt dyrke ulikhetene. Fra Apf'ere ble det fremholdt at fag og fagforening henger nøye sammen og bør utvikles i samarbeid med respekt for hverandre og uten å undertrykke hverandre. Vedtektene for NFA og AF ble konfirmert på Legeforeningens Landsstyre i 2006.



NSAMs styre 2006. Gisle Roksund, Trond Egil Hansen, Marte Walstad, Marit Hermansen, Gisle Schmidt, Elisabeth Swensen, Knut-Arne Wensaas og Guri Rørtveit. Ikke til stede: Maria Hellevik. Foto Nina Venås

Vi hadde endelig fått en ren yrkesforening, AF, med ansvar for allmennlegenes fagforeningspolitikk, og en fagmedisinsk forening, NFA, med ansvar for allmennlegenes fagutvikling. Den nye foreningen og dets styre skulle formelt tiltre 1. januar 2007, men høsten 2006 ble det lagt et felles løp med NSAMs styre som ansvarlig styre i en avviklingsperiode, og det nye NFA styret som skulle planlegge og etablere drift av den nye foreningen. NFA bodde på legd i Legenes Hus fra 1. januar 2007, men etablerte etter hvert et sekretariat der, og utviklet et tett samarbeid med fagmedisinsk avdeling i Legeforeningen, og et tillitsfullt samarbeid med AF. Men det er en annen historie.

Trond Egil Hansen, som var den siste lederen av Aplfs Fagutvalg, skriver:

Det var fra Aplfs side ikke aktuelt å bare legge ned Fagutvalget. Til det var Fagutvalgets aktiviteter for viktige for foreningen. Foreningen kunne ikke klare seg uten sitt fagutvalg hvis vi ikke fant en ny løsning som videreførte Fagutvalgets oppgaver, ikke minst oppgavene med å levere faglige premisser for forhandlingene. Samtidig var det gode argumenter for at arbeidet med allmennmedisinsk fagutvikling burde skje i større distanse fra yrkesforeningsinteressene. Ved siden av å fortsatt utføre Fagutvalgets vanlige oppgaver helt frem til nedleggelsen, deltok Fagutvalget aktivt i arbeidet med å finne en ny og konfliktfri løsning som kunne videreføre både NSAMs og Fagutvalgets aktiviteter.

Løsningen ble etablering av Norsk forening for allmennmedisin (NFA) som en fagmedisinsk forening i Legeforeningen, med obligatorisk medlemskap for alle fastleger, hvor NFA og Allmennlegeforeningen var sidestilte uavhengige foreninger, men med gjensidige forpliktelser til samarbeid i sine vedtekter. Løsningen gav trygghet for at fagutvalgets oppgaver ville bli ivaretatt også etter at det ble nedlagt.

På generalforsamlingen i 2006 ble det gjort vedtak om nedleggelse av Fagutvalget ved årets utgang. Fagutvalget hadde ved nedleggelsen levert fagutvikling i 68 år, helt fra stiftelsen i 1938. Fagutvalget hadde en stolt historie, og det var ikke uten et visst vemod jeg ble foreningens siste fagutvalgsleder. Men jeg var ikke i tvil om at beslutningen var rett, da gevinsten var en ny og mer framtidsrettet organisering.

Kilder:

Festskrift til Allmennlegeforeningens 75 års-jubileum

Utposten nr. 1, 2023

<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmennmedisin/politikk/>

<https://tidsskriftet.no/2005/02/aktuelt-i-foreningen/det-blaser-en-vind>

<https://www.legeforeningen.no/contentassets/7a3a6e4c58eb4713bbb10a4830edb8ee/referat-fra-ordinart-landsradsmote-i-allmennlegeforeningen-onsdag-6.-mai-2009.pdf>



Opprettelsen av NFA

Legeforeningen er organisert i 7 yrkesforeninger og 46 fagmedisinske foreninger (2023). Allmennlegeforeningen (AF) er en yrkesforening, mens Norsk forening for allmennmedisin (NFA) er en fagmedisinsk forening. Yrkesforeningen AF arbeider for gode rammebetingelser for allmennmedisinsk arbeid, bla. lønns- og arbeidsvilkår, organisering, prioritering og ressursfordeling. Den fagmedisinske foreningen arbeider med å utvikle faget allmennmedisin, det omfatter fagets verdigrunnlag og etikk, grunn-, videre- og etterutdanning, organisering, samhandling, prioritering, kvalitetsutvikling og forskning.

I mai 2006 hadde NSAM og Aplf sine årsmøter på Soria Moria. På årsmøtet i NSAM den 4. mai 2006 vedtok man at NSAM skulle oppløses, og oppgaver og ansvar overføres til en ny fagmedisinsk forening.

Senere samme dag hadde Aplf sin generalforsamling. Der ble det vedtatt å legge ned Fagutvalget, og overføre dets oppgaver og ansvar til den nye fagmedisinske foreningen (NFA). Samtidig skulle Aplf skifte navn til Allmennlegeforeningen (AF).

I vedtektene til Norsk forening for allmennmedisin står følgende om forholdet til Allmennlegeforeningen, med identiske formuleringer i Allmennlegeforeningens vedtekter § 1-4-1 og § 3-4-5:

§ 1-4-1 Forholdet til Allmennlegeforeningen

Norsk forening for allmennmedisin og Allmennlegeforeningen (i denne § kalt foreningene) skal bistå hverandre i arbeidet med å fremme allmennmedisinens utvikling.

Foreningene erkjenner at fag- og fagforeningssaker ofte griper over i hverandre og har derfor gjensidig drøftingsplikt og drøftingsrett på ledernivå når en av foreningene mener det er behov.

Foreningenes sekretariatsledere samarbeider om å fordele saker til organisasjonsmessig behandling i foreningene.

Det skal holdes minst ett fellesmøte mellom styrene per år, og ledermøte i henhold til § 3-4-10

§ 3-4-10 Ledermøte

Foreningens leder, nestleder og sekretariatsleder holder møte en gang hvert halvår med Allmennlegeforeningens leder, nestleder og sekretariatsleder for å drøfte saker av betydning for allmennmedisinen og foreningene.

Stiftelsesmøtet for NFA ble holdt dagen etter, den 5. mai 2006 på Soria Moria, hvor ca. 300 allmennleger deltok. Følgende ble vedtatt:

NFA - Foreningens navn er Norsk forening for allmennmedisin. Initialene er NFA.

Foreningens internasjonale navn er The Norwegian College of General Practice. Initialene er NCGP. Foreningen er en fagmedisinsk forening for allmennmedisin i henhold til Den norske legeforenings (Legeforeningens) lover § 1-3 pkt. 3c) mv. og bestemmelsene her.

Foreningens formål er å fremme den allmennmedisinske fagutviklingen gjennom arbeid med

- *Grunn- videre- og etterutdanning*
- *Spesialistutdanning*
- *Forskning, kvalitetsutvikling og etikk*



- *Organisering og utbygging av faget, herunder prioriteringsarbeid og samhandling med andre fagområder*
- *Internasjonalt arbeid*
- *Debatt og opplysningsarbeid*

Arbeidet skal skje i samarbeid med Allmennlegeforeningen og være i tråd med Legeforeningens formål og øvrige lovbestemmelser. I tillegg til egne faglige og vitenskapelige oppgaver skal foreningen bidra til at Legeforeningens arbeid med forskning og legeutdanningen er av høy kvalitet, og at det fag- og helsepolitiske arbeid baseres på oppdatert god medisinsk kunnskap og helhetlige organisering og prioriteringer.

Vedtektene for NFA og AF ble godkjent på Legeforeningens Landsstyremøte høsten 2006. Det gamle NSAM styret og det nye NFA styret hadde flere fellesmøter denne høsten, og NFA fikk etter hvert eget kontor i Legenes Hus. NFA er nå den største fagmedisinske foreningen, med nesten ni tusen medlemmer.

Kilder:

Festskrift til Allmennlegeforeningens 75 års-jubileum

<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmennmedisin/politikk/>

<https://tidsskriftet.no/2005/02/aktuelt-i-foreningen/det-blaser-en-vind>

<https://www.legeforeningen.no/contentassets/7a3a6e4c58eb4713bbb10a4830edb8ee/referat-fra-ordinart-landsradsmote-i-allmennlegeforeningen-onsdag-6.-mai-2009.pdf>

De unge allmennlegene – ALIS

Katrina Tibballs

I 2010 påpekte en gruppe yngre allmennleger behovet for en organisatorisk struktur for å ivareta interessene til allmennleger i spesialisering, ALIS. Det ble etablert et felles prosjekt mellom AF og NFA for å utrede dette og i 2012 vedtok begge foreninger å opprette et felles ALIS-utvalg, som et treårig prosjekt. Utvalget fikk i oppdrag å utvikle sitt eget mandat og arbeidsoppgaver:

- Kartlegge og søke å få oversikt over allmennleger i spesialisering
- Utrede mulighetene for utvikling av et helhetlig utdanningsløp i allmennmedisin
- Etablere formelle og uformelle nettverk for ALIS
- Arbeide for bedre ivaretagelse av nystartede allmennleger
- Kartlegge rekrutterings hindre – og legge til rette for bedre rekruttering

Prosjektutvalgets arbeid inkluderte hørings svar til Helsedirektoratets arbeid med ny struktur for spesialiseringen, utvikling av en oppstart-håndbok for ferske fastleger (jevnlign oppdatert fram til 2019), etablering av en Face book-side, Allmennleger i spesialisering, samt sosiale arrangementer i forbindelse med grunnkurs i spesialiseringen.





Nordisk kongress i Stavanger i 2022 arrangerte FAUNA pre-kongressen for unge leger.

Evalueringen i 2015 konkluderte med at det var uhensiktsmessig at ALIS-utvalget hadde to moderforeninger. Etter dette var Allmennlegeforeningen utvalgets hjem, mens NFA var representert med ett styremedlem.

De neste årene hadde ikke NFA noe eget utvalg for ALIS, men ALIS-utvalget fortsatte å samarbeide med NFA-styret, blant annet om internasjonal representasjon av unge leger i Norden og Europa, om ALIS-stillinger og egne høringsuttalelser til arbeidet med nye spesialiseringsregler. I 2019 fikk NFA sitt eget underutvalg for ALIS, se egen omtale av FAUNA.

Både ALIS-utvalget og FAUNA har siden oppstarten hatt representasjon i og inspirasjon fra internasjonale grupperinger for unge allmennleger. Vasco da Gama Movement, WONCA Europe sitt nettverk for unge allmennleger, hadde norsk representant fra starten i 2005. Nettverket endret navn i 2022 til European Young Family Doctors Movement.

De nordiske representantene, gikk i 2016 sammen om å opprette Nordic Young GPs (NYGP), under Nordic Federation of General Practice sin paraply. NYGP har arrangert pre-kongress for unge allmennleger i forkant av Nordisk kongress i allmennmedisin i Reykjavik i 2017, Aalborg i 2019 og i Stavanger i 2022. NYGP hadde norsk ledelse fra 2019 til 2022 og FAUNA var lokal arrangementskomite for pre-kongressen i Stavanger.

I 2020 utviklet NYGP en felles anbefaling for spesialiseringen i de nordiske landene basert på hva som fungerer godt i hvert land og til inspirasjon for å løfte kvaliteten til det samme høye nivået i hele Norden. Anbefalingene ble presentert nasjonalt i hvert land og på Nordisk kongress i Stavanger.

Mens NFA feirer 40 år, feirer ALIS-utvalget, og med dem den dedikerte representasjonen og arbeidet for allmennleger i spesialisering, 10 år. De unge allmennlegenes rolle og forankring i NFA har i denne perioden blitt sterkere. Hovedfokuset har vært å bidra til og å påvirke utviklingen av den nye spesialiseringen med et brukerperspektiv. Store endringer har funnet sted, blant dem obligatorisk spesialisering, kommunalt ansvar for spesialiseringen, individuell veiledning gjennom hele spesialiseringsløpet, regionale ALIS-kontor, nettsiden www.ALIS.no og nasjonal ALIS-ordning. Med innføringen av obligatorisk spesialisering i allmennmedisin for alle leger i klinisk arbeid i kommunene, har det vokst fram en betydelig gruppe av ALIS i andre allmennmedisinske stillinger i tillegg til fastlegene. Integrering av ALIS i ulike allmennmedisinske roller og bygging av en felles ALIS-identitet tuftet på de allmennmedisinske kjerneverdier blir, i tillegg til arbeidet for fortsatt forbedring av struktur og innhold i spesialiseringen, viktige fokusområder framover.

Kilder:

Årsmeldinger NFA 2010-2021

Utposten nr. 2 2008

Egen-evaluering av ALIS-utvalget sitt arbeid etter 3-år som prøveprosjekt

NFA som fagpolitisk aktør

Tor Carlsen

Omleggingen av Legeforeningens organisasjon i 2006 med opprettelsen av fagmedisinske foreninger og obligatorisk medlemskap både for spesialister og ikke-spesialister som arbeider i allmennmedisin, ga NFA et stort medlemstifang. I 2023 er medlemstallet over 8500. Det gjør NFA til den største fagmedisinske foreningen, med tilsvarende ressurser for styrearbeid, utredningsarbeid, prosjekter og oppbygging av sekretariat. Mens NSAM langt på vei måtte basere seg på frivillig arbeid kan NFA honorere fagutviklingsarbeid og representasjon. Foreningens aktivitet har økt betydelig siden – både innenfor Legeforeningen og vis-a-vis helsemyndighetene. Valget av tidligere NFA-leder Marit Hermansen som president i Legeforeningen for årene 2015-21 var et uttrykk for at NFAs posisjon i foreningen var styrket.

NFA har et tett samarbeid med Allmennlegeforeningen, særlig om spørsmål som berører både fag- og fagforeningsanliggender, samtidig som foreningene har vært opptatt av å skille oppgaveområdene fra hverandre så langt mulig. Det er av betydning både innad i foreningen og utad å klargjøre de to rollene. I 2017 vedtok Legeforeningen å opprette fagaksen; med fagstyre og faglandsråd, for å styrke det fagmedisinske arbeidet og markere skillet utad klarere.

Til tross for at NFA og Allmennlegeforeningen i 2006 valgte navn som ikke alltid gjør det enkelt å skille foreningene, har en oppnådd mye av denne målsettingen, og den faglige allmennmedisinske stemmen er blitt tydeligere både innad og utad.

NFA har to representanter i fagstyret og den største kontingenten i faglandsrådet. I 2023 er leder i fagstyret også medlem av NFAs styre. NFA har vært meget aktiv i å drive fram arbeidsoppgaver for fagaksen.



NFA har vært en viktig pådriver for den internasjonale kampanjen Gjør kloke valg, med mål om å begrense overforbruk av medisinsk diagnostikk og behandling. Denne kampanjen inkluderer også en rekke andre yrkesorganisasjoner og Norsk pasientforening.

Gjennom de siste 12-15 årene har NFA hatt en økende kontakt med statlige og ikke-statlige organisasjoner på helseområdet. NFA har hatt regelmessige møter med Helsedirektoratet, og blir hyppig bedt om råd. Ettersom kommunene ikke har en organisasjon som kan ivareta medisinsk faglig rådgivning, slik RHF'ene har for spesialisthelsetjenesten, har NFA/Legeforeningen delvis en slik rolle på vegne av allmenntilleggen.

NFA besvarer et 50-60 talls høringer årlig, i hovedsak til statlige myndigheter. NFA har tradisjon for grundig saksbehandling av høringer. Som regel sendes høringsene til og påvirker Legeforeningens sekretariat og sentralstyre/fagstyre, men også noen ganger som direkte innspill. Påvirkningskraften gjennom høringer er vanskelig å måle, men NFAs uttalelser får betydelig oppmerksomhet og fører ikke sjelden til medieomtale og oppfølgende drøfting med myndighetene.

NFA er representert i en rekke arbeidsgrupper og utvalg, også utenfor Legeforeningen. Det er neppe tvil om at foreningen er etterspurt langt utover det som formell nødvendighet tilsier. NFA samarbeider med andre yrkes- og pasientorganisasjoner om felles anliggender, noe som ofte øker muligheten for fagpolitisk gjennomslag.

En gjennomgående åpenhet overfor henvendelser fra radio, TV og aviser med mål om å formidle helsebudskap på en forståelig måte, har også bidratt til å gjøre foreningen synlig i det offentlige rom.

Under Covid-19 pandemien etablerte AF- og NFA styrene en felles innsatsgruppe som arbeidet tett på helsemyndighetene for å gi råd om aktuelle problemstillinger og for å sikre rask og oversiktlig informasjon til allmenntilleggene. Slik bidro foreningene til bedre håndtering i førstelinjen gjennom måneder med en relativt kaotisk situasjon. Bidraget ble anerkjent som nødvendig og verdifullt også hos helsemyndighetene, og bygde tillit mellom partene. Foreningene mottok i 2022 legeforeningens kvalitetspris for arbeidet i Innsatsgruppen allmenntillegger covid-19.

NFA var en viktig aktør bak Legeforeningens beslutning om å opprette SKIL i 2014, da stat og kommuner ikke var klare til å delta (se eget kapittel). Foreningens stemme teller tungt i styre og stab i SKIL. Systematisk påvirkningsarbeid sammen med SKILs evne til å gjøre seg relevant for myndighetene var faktorer som bidro til at Helse- og omsorgsdepartementet i 2021 la driftsmidler inn i statsbudsjettet.

NFA har bidratt betydelig i Legeforeningens omfattende arbeid med spesialistforskriften. Kommunenes ansvar for tilrettelegging av ALIS-utdanningen fører med seg en omfattende organisasjonsutvikling som bringer kommunene tettere på allmenntillegget enn tidligere.

Kilder:

<https://www.legeforeningen.no/contentassets/f39367c4556c426a841098f8a3175042/nfa-arsmelding-2021.pdf>





Sentrale organer og aktiviteter

Fra referansegrupper til faggrupper

Referansegruppene kom i gang etter at det på et styremøte den 12.04.1985 ble foreslått å opprette en referansegruppe for diabetesbehandling og -omsorg i allmennpraksis. Inspirasjonen kom fra Gastrogruppa i Trondheim. Styret så da muligheten for å etablere grupper for forskjellige fagområder. Dette ble annonsert i Utposten nr. 3, 1985. I alt 50 forskjellige tema/sykdommer ble foreslått for referansegrupper. I årsmøtereferatene nevnes referansegrupper første gang i referatet fra 1986:

For å utvikle faget almenmedisin og for å spre kunnskap til almenpraktikere på ulike områder har NSAM opprettet en rekke referansegrupper. Hovedformålet for disse gruppene er: Å øke almenpraktikernes kunnskap og kyndighet i det aktuelle fagfelt. Dette kan gjøres ved:

1. *Holde seg orientert i fagfeltet og være ressurspersoner som NSAM og andre kan henvende seg til.*
2. *På ulike måter gjøre almenpraktikerne kjent med nyheter og utvikling i fagfeltet, f.eks. ved å lage kurspakker, lage oversiktsartikler osv.*
3. *Drive eller initiere forskning på fagområdet.*
4. *Utarbeide handlingsprogram for almenpraktikere dersom dette er aktuelt for fagområdet.*

De første fire gruppene som ble etablert var diabetes, hjerte-kar, helseopplysning og klinisk sexologi. I årsmeldingen for 1985 er gruppene omtalt slik:

- *Diabetes. (Kontaktperson Kristian Midthjell) Denne gruppen arbeider med og prøver ut kontrollskjema for diabetikere for bruk i journalen. Videre arbeider den med et handlingsprogram for diabetes.*
- *Hjerte/kar-sykdommer. (Kontaktperson Jostein Holmen). Gruppen konsentrerer seg i første omgang om et handlingsprogram for hypertoni. Dette blir i samarbeid med Gruppe for helsetjenesteeffektivisering delt ut gratis til alle almenpraktikere. Gruppen tar senere sikte på å arbeide videre med andre deler av hjerte/kar-problematikken.*
- *Helseopplysning. (Kontaktperson Helge Worren). Gruppen er etablert og har utvekslet endel synspunkter pr. brev. De tar sikte på å møtes høsten 1986 for å diskutere mer konkrete arbeidsoppgaver.*
- *Klinisk sexologi. (Kontaktperson Kjell-Olav Svendsen). Denne gruppen har 8-10 medlemmer som til nå har hatt månedlige møter for å skolere seg selv innenfor problemområdet. De håper å danne en stabil gruppe som etter hvert kan drive mer utadrettede aktiviteter med kursopplegg, forskning og lignende.*
- *Utenom disse fire gruppene er det nylig etablert, under etablering eller forsøk på å etablere referansegrupper i følgende emner (kontaktperson i parentes)*



- Svangerskapsomsorg (Reidun Førde)
- Somatoforme tilstander (Pål Hartvig)
- Skolelegetjenesten (Anders Grimsmo)
- Helsestasjonstjenesten (Frode Heian)
- Trygdemedisin (Gunnar Tellnes)
- Urinveissykdommer (Even Lærum)
- Klinisk kjemi i almenpraksis (Kjell Johansen)
- Diagnostikk/beslutningsteori (Svein Bratland)
- Astma/allergi

I 1987 var antallet referansegrupper økt til 13, i 1989 til over 20 grupper. Samtidig ble det bestemt å støtte gruppene med inntil kr 5000 per år.

Flere av gruppene har utgitt bøker og hefter, bl.a. i Allmennpraktikerserien, handlingsprogrammer og arrangert kurs og seminarer om sine tema. På Nordisk kongress i allmennmedisin i 1989 i Aarhus ble referansegruppene presentert på en poster laget av Johnny Mjell og Olav Thorsen.

I forbindelse med 10 års jubileet for NSAM i 1993 skrev Petter Øgar i Utposten (nr. 5):

Utposten vil fremheve referansegruppene. De har representert nye, ulike og spennende arbeidsformer, som i varierende grad har forent lokal aktivitet, geografisk spredning, kontakt med universitetsmiljøene, sykehusmedisinen og andre fagmiljøer som har hatt noe å tilføre. Resultatet har vært en betydelig allmennmedisinsk fagutvikling. Vi har opplevd mange vellykkede kurs og fått mange gode publikasjoner i form av handlingsprogram og bøker. Det er viktig at referansegruppene prioriteres i NSAMs videre arbeid. De er nøkkelen til å bevare kontakten med og aktiviteten på den allmennmedisinske grasrota. Den nye informasjonsteknologien skaper nye forutsetninger og muligheter for gruppenes virksomhet som må utnyttes.

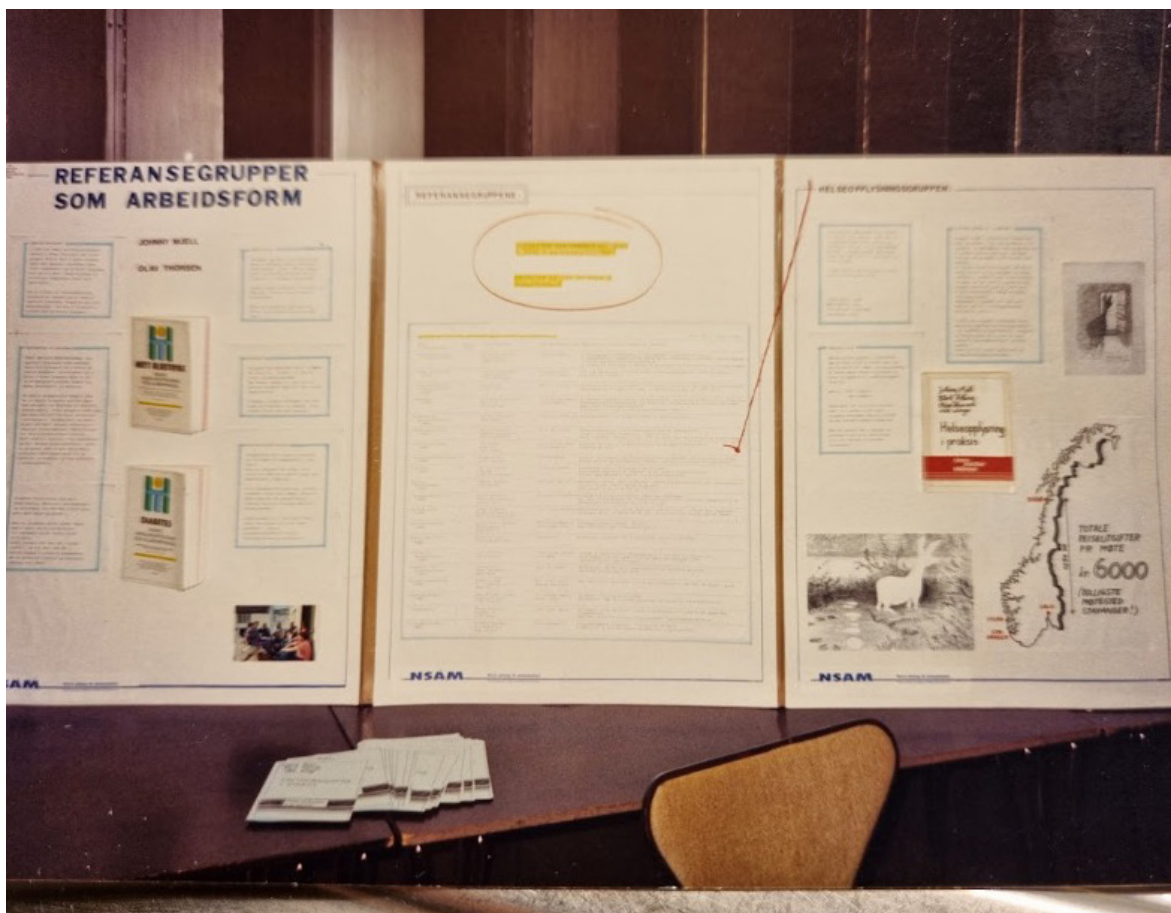
Fra 1999 har det vært årlige samlinger for referansegruppelederne (nå faggruppelederne), med diskusjoner om aktiviteter, hensikt, økonomi osv.

Fra 2016 kalles referansegruppene i NFA for faggrupper. Mange av gruppene har presentert seg med egne artikler i Utposten de senere årene. I 2023 er det 25 slike faggrupper, listet opp nedenfor med 2023-leders navn:

Referansegrupper 2023

Astma og KOLS	(Geir Einar Sjaastad)
Diabetes	(Kjersti Nøkleby)
Distriktsmedisin	(Marit Karlsen)
EPJ og elektronisk samhandling	(Jan Robert Johannessen)
Farmakoterapi	(Ketil Arne Espnes)
Fysisk aktivitet og kosthold	(Stian Lobben)
Gastroenterologi	(Knut-Arne Wensaas)
Gynekologi	(Marianne Natvik)
Innovasjon	(Tommy Andreassen)
Klinisk kommunikasjon	(Harald Sundby)
Kognitiv terapi	(Carl Christian Norberg)





Legevakt	(Eldbjørg Furnes)
LHBT-helse	(Mari Bjørkman)
MUPS medisinsk uforklarte plager	(Ingjerd Helen Jøssang)
Muskel- og skjelettlidelser	(Satya Sharma)
Overdiagnostikk	(Thomas Omdal)
Psykatri	(ubesatt pr 2023)
Rus og avhengighetsmedisin	(Torgeir Gilje Lid)
Samhandling	(Ellen Anita Fagerberg)
Sosial ulikhet i helse	(Ingvild Vatten Alsnes)
Smertemedisin	(Trygve Skonnord)
Svangerskap og barns helse	(Kari Løvendahl Mogstad)
Ultralyd	(Karoline Lund)
Ungdomsmedisin	(Kim Dysthe)

Kilder:

<https://www.utposten.no/asset/1985/1985-nr-3.pdf>

<https://www.utposten.no/asset/1993/1993-nr-5.pdf>

<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmennmedisin/Styrets-arbeid/>



Fra Kongsuold-seminar til Våruka

Det første Kongsuold-seminaret ble arrangert i mai 1984. Styret hadde lenge følt et sterkt savn for et «brain-storming»-møte med representanter for alle fylker for å diskutere Selskapets aktiviteter og stake ut retningen fremover. Møtet ble holdt på Kongsuold Fjellstue 10.-12. mai 1984 med 35 deltagere. Olav Rutle, Jo Telje og Steinar Westin hadde gjort et grundig forarbeid.

I referatet fra seminaret, skrevet av Ivar Aaraas og Toralf Hasvold står:

NSAM har passert et år, med 400 medlemmer, daglig økende tilslutning og gode tegn til aktivitet. Selskapets viktigste mål i øyeblikket er nå spre faglige aktiviteter, forskning, evaluering, videre og etterutdanning i de allmennmedisinske miljøer. Selskapets styre inviterte to allmennpraktikere fra hvert av landets fylker, representanter fra skandinaviske allmennmedisinske selskaper, samt formennene i Aplf og OLL til seminar på Dovre. Samlingen var en slags «samling i bønn» for å stake ut veien videre i arbeidet på lokalplanet. Kongsuold fjellstues kulturhistoriske bygninger omgitt av snødekte topper, vårklukkende bekker og sommersolskinn dannet en inspirerende ramme for 35 fremmøtte.

Programmet var tredelt, med ett hoved-emne for hver dag. Første dag var det viet spørsmålet: Hva kan Selskapet gjøre for deg og allmennmedisinen? Formannen Chr. F Borchgrevink gjorde rede for utviklingen hittil. Blant de viktigste igangsatte aktiviteter det første året er evalueringstilbudet, almenpraktikerbiblioteket og tiltak for å bedre almenpraktikerens arbeid med kreftproblemer.

Evaluering og forskning i almenpraksis må anses som et hovedansvar for NSAM. Steinar Westin tok dette nærmere opp og skisserte aktuelle forskningsområder. Han kom også inn på forskningens problemområder, og ikke minst kvalifiserte veiledere og penger. En øket forståelse i NAVF (Norges allmennvitenskapelige forskningsråd) for almenmedisin som viktig forskningsområde kan gi håp om mer økonomisk støtte etter hvert. Steinar Westins mer teoretiske refleksjoner første dag ble satt i relieff ved seminarets avslutning da vi fikk høre om praktiske forskningserfaringer i et kjellerkontor i Verdal med tett «fjernkontakt» til veiledere i Oslo. Jostein Holmen lot oss i sannhet medoppleve fire års utfordringer og problemer i almenmedisinsk forskning gjennom sin personlige fremstilling.

Olav Rutle redegjorde mer detaljert fra Selskapets evalueringstilbud som foreløpig omfatter salgsstatistikk fra apotek, samt registrering av reseptforordning. Foreløpige erfaringer hos enkelte deltakere tyder på at tiltakene kunne bidra til nyttige diskusjoner om forskningsforskjeller og forskjellenes eventuelle betydning for behandlingskvalitetet. Norsk almenmedisins kontakt med miljøer i andre land og internasjonale organisasjoner ble også berørt første dag.

Seminarets kursdag andre dag tok for seg: Psykosomatikk i almenpraksis. Even Lærum bidro med perspektivrik historikk knyttet til en norsk multisenterundersøkelse. Kasuistiske meddelelser observert og forstått i familiesammenheng fra Arne Ivar Østensen og Tore Dahl ansporet til nytenkning og refleksjoner om kompleksiteten og mulighetene i lege-pasientforholdet, som en del av et lege-familieforhold. Familielegens mulighet til å se sammenhenger og gjøre noe med dem, i stedet for å ty til betablokker, ble interessant belyst.

Gunnar Gøtestam delte et vell av kunnskaper om nyere psykosomatisk forskning med forsamlingen. Adferdsmedisinske metoder i behandlingen «somatiske» sykdommer ble berørt for en rekke tilstander. Mest oppmerksomhet vakte kanskje de prelimnære resultatene av adferds-



*medisinske tilnærminger i sekundærprofylaksen etter hjerteinfarkt. Kan metoder for adferds-
endring utgjøre et godt alternativ til – nok en gang – betablokkere?*

*Dagen ble avsluttet med diskusjon omkring almenmedisin som spesialitet etter Jo Teljes orien-
tering fra komiteen som for tiden arbeidet med temaet. Mangel på almenpraktiker-stillinger i
sykehus, utdanning av praksisveiledere, kontinuitet i praksis og penger er stikkord for problemer
som kan gjøre det vanskelig å gjennomføre de strengeste krav til en ideell videre- og etterut-
dannelse. Aplfs formann gjorde seg til sterk talsmann for at kvalitet ikke måtte vike for praktiske
egeninteresser i fastsetting av spesialitetskrav.*

*Tredje dag var viet: Lokale tiltak og aktiviteter for å styrke Selskapet og allmenmedisinen. Eli
Berg Bratli, Janecke Thesen og Åge Bjertnæs fortalte fra det almenmedisinske liv i Sør-Hedmark,
Sogn og Trondheim. Bilde av ulike miljøer med forskjellige tradisjoner, forutsetninger og aktivi-
teter ble tegnet spennende og kontrastfylt. Den aktuelle fagpolitiske situasjon med felles inter-
esser omkring kommuneloven har stimulert faglige aktiviteter noen steder. Andre steder synes
en faglig bevisstgjøring å spille en større rolle, noe 12-mannsgruppene i Trondheim er eksempler
på. Virksomheten har hatt smitteeffekt på trønderske distrikter. Lignende spirende grupper er i
emning andre steder i landet også. Hvordan slike grupper skal kunne utvikles fritt og stimuleres
av Selskapet uten at det blir kunstig og påtvungent var en hovedsak i den friske meningsutveks-
lingen som fulgte. Niels Damsbo bidro med lærerike erfaringer som Dansk Selskap for Almen
Medicin har høstet gjennom en tiårig utviklingsprosess.*

*Fra en forestilling om Selskapet som treet og lokalmiljøene som grenene ble bildet nytegnert i
løpet av seminaret til en blomsterhage med en rik flora av forskjelligartede lokale blomster. «La
de 1000 blomster blomstre» ble et gjennomgangstema.*

*En seminardeltaker på vei til Kongsvold så Dovres vidder og spurte: «Et selskap på viddene?»
Etter tre dagers samling var svaret: «Ja, men på vidder der blomster og gress gror!» – en fin
symbolikk. I et av foredragene ble det sagt at latter og positiv innstilling kan redusere smerter*



Utenfor Kongsvold fjellstue: May-Brith Mandt, Ellen Rygh, Signe Flottorp, Olav Thorsen, Karin Rønning, Åse Schrøder, Gunn Aadland, Fredrik Langballe, Anne Hensrud, Ola Lilleholt.



Kongsvold-seminaret 1990: Ellen Rygh, May-Brith Mandt, Karin Rønning, Åse Schrøder, Olav Thorsen, Fredrik Langballe, Anne Hensrud Ola Lilleholt.



Pause på trappen utenfor Kongsvold: Irene Hetlevik, Olav Thorsen, Karin Rønning, NN, Ola Lilleholt, Anne Hensrud, Johnny Mjell.

og bokstavelig talt forlenge livet. Etter stemning og tonen på Kongsvoldseminaret tror vi at Selskapet får et langt og smertefritt liv, for latteren satt løst og optimismen for fremtiden var stor.

Det ble talt varmt for en ny samling samme sted, eller i lignende omgivelser om et år – kanskje tradisjon for Selskapet og norsk allmennmedisin!

Kongsvold-seminarene ble en tradisjon i NSAM og ble arrangert årlig i 10 år, like til 1993. Flere kjente internasjonale kapasiteter innen allmennmedisin deltok, deriblant Gunnar Götestam i 1984, Ian Mc Whinney i 1988 og Glin Bennett i 1993. Overnattingskapasiteten var begrenset, og noen av deltakerne måtte dele dobbeltseng. Ved overtegning måtte Selskapet velge hvem som fikk møte, ut fra geografiske og andre hensyn. Aktive deltakere i utvalg og referansegrupper ble ofte prioritert.

Fra 1994 ble Kongsvold-seminarene erstattet av NSAM-seminarene, som ble holdt forskjellige steder i landet, men med samme intensjon og entusiasme.

Etter 2003 har det ikke vært arrangert egne NSAM seminarer, men NSAM og senere NFA har siden da hatt egne kurs i forbindelse med årsmøtene. I samarbeid med Allmennlegeforeningen har NFA videreført en rekke kurs som før 2006 var i Aplf regi. Geilo- og Solstrandkursene () arrangeres fortsatt i 2023. NFA er også (med)arrangør i en rekke andre kurs.

Fra 2007 har NFAs årsmøter blitt arrangert i samarbeid med Allmennlegeforeningen (AF) under Våruka, som første gang var i Molde, siden i Bergen, Lillehammer, Kristiansand, Larvik, Bodø, Fornebu, Fredrikstad, Kongsberg, Tromsø, Tønsberg, Lillestrøm og Fornebu (2022). I 2020 og 2021 ble Våruka avlyst på grunn av korona-pandemien, og årsmøtene ble holdt digitalt.

Under Våruka utdeles allmennlegeprisen, som ble innstiftet i 2008 og første gang utdelt i 2009. I statuttene heter det: «Prisen utdeles årlig under ordinært landsrådsmøte til et medlem som har gjort en særlig stor innsats for allmennmedisinen. Tildeling skjer etter vedtak i en komité bestående av to medlemmer fra Allmennlegeforeningens styre og to fra landsrådet». Prisen er på kr 15 000,- samt et grafisk trykk som et varig minne for mottakeren.

Kilde:

Tidsskr Nor Lægefor nr. 24, 1984, 104, 111.

<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/yf/allmennlegeforeningen/arets-allmennlege/#17978>



Faste underutvalg

Publiseringsutvalget (1983-2006) – Utdanningsutvalget (2006–)

Fra starten i 1983 hadde NSAM et publiseringsutvalg (PU) med oppgave å stimulere til utgivelse av allmennmedisinsk faglitteratur. PU var en viktig faktor for framveksten av denne litteraturen. For ytterligere å styrke skrivevilligheten mellom allmennleger, omgjorde NSAM sitt forskningsstipend til et forfatterstipend i 1996. I samarbeid med Universitetsforlaget etablerte PU bokserien Allmennpraktikerbiblioteket. Utvalget behandlet søknader om forfatterstipend. I samarbeid med Universitetsforlaget etablerte PU bokserien *Allmennpraktikerbiblioteket*.

På årsmøtet i NSAM i 2006 foreslo PU å oppløse utvalget, da man mente at fødselshjelperperioden var over, og faget og fagforfatterne kunne stå på egne ben, også når det gjaldt bokutgivelser. Ved overgangen til NFA ble dette gjennomført, og oppgavene ble lagt til Utdanningsutvalget, som ifølge årsmeldingene ikke har vektlagt publiseringsarbeid. NFA har opprettet en skribentpris som har erstattet forfatterstipendet, hvor Utdanningsutvalget innstiller kandidater. NFAs skribentpris utdeles årlig på Allmennmedisinsk våruke.

I målsetningen for Utdanningsutvalget står:

Arbeidet skal utføres i nært samarbeid med styret i NFA, spesialitetskomiteen, legeforeningens koordinatorene og internasjonale kontakter, lokale kurskomiteer og universitetenes allmennmedisinske enheter og koordinatorene. Utvalget har som oppgave å være en ressursgruppe for kursarrangører og andre som trenger bistand i sitt arbeid med utdanningsaktiviteter for allmennleger. Utvalgets medlemmer bidrar gjerne med sin brede erfaring fra veiledning, undervisning og kursaktivitet. Utvalget har et særlig ansvar for å oppfylle avtalen av 3. april 2006 mellom NSAM og ApLf om videreføringen av ApLfs kurs. Avtalen er en del av NFAs vedtekter. Allmennlegeforeningen og NFA samarbeider om disse kursene.

Utdanningsutvalget innstiller til NFAs skribentpris.

Utdanningsutvalgets internasjonale tittel er: The Norwegian Committee on Education and Specialization in General Practice (NCE), a board in the Norwegian College of General Practice (NCGP).

Kilder:

<https://www.michaeljournal.no/article/2022/04/9.-Lereboker-og-fagboker>

<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmennmedisin/Styrets-arbeid/underutvalg/Utdanningsutvalget/>

Allmennmedisinsk forskningsutvalg

Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU) ble opprettet i 1974, før etableringen av de samfunnsmedisinske «paraplyinstituttene» i Trondheim og Tromsø. Det var Legeforeningen som var pådriver for utviklingen mot et forskningsprogram, i et aktivt samspill mellom Alment praktiserende lægers forening, Offentlige legers forening, og fra 1983 Norsk selskap for allmennmedisin.



Per Fugelli skrev i Utposten nr. 3-4, 1983:

Almenmedisinsk forskningsutvalg ble opprettet i juni 1974 som et fellesorgan mellom de almenmedisinske/samfunnsmedisinske instituttene, Alment praktiserende lægers forening og Offentlige legers forening. Utvalgets formål har, kort sagt, vært å stimulere forskning i almenpraksis. I februar 1983 ble Norsk selskap for almenmedisin stiftet. En av hovedoppgavene er «å virke for forskning i almenmedisin». Det er enighet blant medlemmene om at Forskningsutvalget bør gå inn i Selskapet, og det vil bli tatt opp drøftinger om en slik nyordning med det første.

På møtet i utvalget den 21.11.84 ble det vedtatt at utvalget skulle være et underutvalg i NSAM, med 8 representanter, hvorav 4 skulle velges på NSAMs generalforsamling, og 4 fra hvert av de allmenmedisinske instituttene. Aplf og Oll hadde en observatør hver i utvalget. Dette forslaget ble endelig vedtatt på NSAMs generalforsamling i 1984, og fra 1985 er AFU et eget underutvalg i NSAM og senere NFA. I målsetningen for utvalget står:

Forskningsutvalget er et fast underutvalg av Norsk forening for allmenmedisin (NFA) og skal i samarbeid med styret arbeide for å fremme allmenmedisinsk forskning.

- *Tildele stipend til allmennleger og leger i samfunnsmedisinsk arbeid*
- *Arbeide for midler til allmenmedisinsk forskning*
- *Selv ta initiativ til forskningsprosjekter på aktuelle områder*
- *Vurdere forskningsprotokoller fra legemiddelindustrien og andre*
- *Arbeide med forskningsetiske spørsmål av særlig betydning for allmenmedisinsk forskning*
- *Bidra til å utarbeide NFAs høringsuttalelser om forskningsrelaterte emner.*

Utvalgets retningslinjer og budsjett vedtas av årsmøtet i NFA. Forskningsmidlene kommer fra Utdanningsfond II. Forskningsutvalgets engelske navn er The Norwegian Committee on Research in General Practice (NCR), a board in the Norwegian College of General Practice.

Forskningsutvalget har delt ut stipend fra 1977, og mange har resultert i publikasjoner. Stipendordningen har vært, og er fortsatt, en svært viktig ordning. Mange har startet sin forskning nettopp med et lite AFU-stipend. Flere tidligere AFU-stipendiater har senere søkt om doktorgradsstipend. Forskningsutvalgets stipend er en lavterskelordning som skal stimulere leger i primærhelsetjenesten i gang med egen forskning. Ordningen er omtalt som AFU-stipend eller Allmenpraktikerstipend. Det tildeles midler for inntil 6 måneders arbeid. Det er gjort flere evalueringer av stipendordningen, senest i 2021. Allmenmedisinsk forskningsutvalg deler hvert år ut en forskningspris (se eget kapittel).

Kilder:

<https://www.utposten.no/asset/1983/1983-nr-3-4.pdf>

<https://www.utposten.no/asset/1984/1984-nr-1.pdf>

<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmenmedisin/Styrets-arbeid/underutvalg/Forskningsutvalget/>

Jølle, Anne. Lavterskeltilbud under press. Evaluering av allmenpraktikerstipend fra Allmenmedisinsk forskningsutvalg 2009-2019. Rapport 2021.



Kvalitetsutvalget for primærhelsetjenesten (KUP) – Allmenntmedisinsk utvalg for kvalitet og pasientsikkerhet

Fra starten hadde NSAM et selvevalueringsutvalg, som i 1992 ble omgjort til Kvalitetsutvalget (KUP). KUP var et felles utvalg for NFA og Allmennlegeforeningen. Formålet med KUP er hentet fra Statusdokument for kvalitetsutvikling i norsk allmenntmedisin:

«KUP skal arbeide for høy faglig kvalitet i norsk allmenntpraksis. Høy kvalitet innebærer at praksis er i tråd med tilgjengelig viten at pasientene sikres delaktighet og innflytelse i beslutningsprosesser at pasientene skånes for unødvendig risiko at praksis utøves med god ressursutnyttelse at pasientene og befolkningen er fornøyde med allmennthelsetjenestene at tjenestene er rettferdige og sikrer et likeverdig tilbud uansett geografi eller status. KUP skal bruke kunnskap om effektive metoder for kvalitetsutvikling til å stimulere allmenntmedisinsk fagutvikling, videre og etterutdanning, sentralt og lokalt.

KUPs oppgaver er bidrag til overordnet strategitenkning innenfor kvalitetsutvikling i allmenntmedisin informasjonsformidling og opplæring gjennom elektronisk hjemmeside, kurs og annen virksomhet støtte til nasjonale og lokale prosjekter for kvalitetsforbedring innenfor allmenntmedisin formidling og aktiv bruk av innsikt hentet fra myndighetenes tilsyn med allmenntmedisinske virksomheter og håndtering av klagesaker kontakt og dialog med kolleger i spesialisthelsetjenesten kontakt med internasjonale fora for kvalitetsutvikling i allmenntmedisin, f. eks. EQUIP.»

Utvalget heter nå Allmenntmedisinsk utvalg for kvalitet og pasientsikkerhet.

I målsetningen for kvalitetsutvalget står:

Kvalitetsutvalget i Norsk forening for allmenntmedisin samarbeider tett med NFA-styret om å utvikle kvaliteten i allmenntlegetjenester.

Formålet med utvalget er å i nært samarbeid med NFA-styret å bidra forbedring av kvalitet og pasientsikkerhet i allmenntmedisin. Kvalitet og pasientsikkerhet i alle allmenntlegetjenester i kommunen er innenfor utvalgets mandat. Det er behov for å arbeide aktivt også med kvalitet og pasientsikkerhet i andre legetjenester i kommunen, som sykehjem og legevakt.

Kvalitetsutvalget skal:

- etablere kontakt med kvalitetsutvalg i de andre fagmedisinske foreningene og bidra til samarbeid
- bistå NFA medlemmer med søknader til Legeforeningens fond for kvalitet og pasientsikkerhet og bidra til å identifisere aktuelle søkere
- uttale seg i relevante høringer
- aktivt bidra med forslag til kandidater for kvalitetspriser i allmenntmedisin
- samarbeide med Legeforeningens utvalg for kvalitet og pasientsikkerhet og spesialforeningen LFKP (Legenes forening for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet).

Leder av utvalget er representant i Stiftelsen SKILs referansegruppe. Leder eller utvalgsmedlem utnevnes av NFA-styret som representant til Equip, kvalitetsutvalget til WONCA Europe.

Kilder:

Statusdokument for kvalitetsutvikling i norsk allmenntmedisin

<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmenntmedisin/Styrets-arbeid/underutvalg/Kvalitetsutvalget/>



Fagutvalg for allmennleger i spesialisering (FAUNA)

Legeforeningens landsstyre vedtok i 2017 at den enkelte fagmedisinske forening skulle etablere et fagutvalg for leger i spesialisering (LIS), kalt Fuxx, og samtidig tilstrebe at minst ett medlem i foreningens styre var lege i spesialisering. Fuxx-ene skulle ha i oppdrag å foreslå LIS-representanter til spesialitetskomiteen i sitt fag og oppnevne LIS-representanter til faglandsrådet. Utover dette har utvalgene fått fritt mandat til å arbeide med fagmedisinske saker som er relevante for LIS. Dette dreier seg i stor grad om temaer knyttet til spesialiseringen. Fuxx-lederne er samlet i et Fuxx-forum, koordinert av LIS-representantene i Fagstyret.

I 2018 vedtok NFAs årsmøte å oppnevne sitt Fuxx-utvalg, kalt Fag-Alis. Det første utvalget ble satt sammen året etter, og NFA fikk sitt hittil nyeste (og yngste) tilskudd blant underutvalgene. I 2020 skiftet utvalget navn til FAUNA.

FAUNA har siden oppstarten hatt representasjon fra NFA-styret, og slik sikret et tett samarbeid. Slik moderforeningene pleier et samarbeid på tvers av fag og politikk, har FAUNA og ALIS-utvalget også felles møter og koordinerer og fordeler saker. På invitasjon fra de regionale ALIS-kontorene har FAUNA kommet med innspill til individuell veilederutdanning og til den nyopprettede nettsiden www.ALIS.no. FAUNA har levert høringsuttalelser om utvikling av ny spesialiseringsordning og gått i dialog med grunnkurskomiteene om ALIS-representasjon i disse komiteene.

I 2022 arrangerte FAUNA pre-kongress til Nordisk kongress i allmennmedisin i Stavanger i samarbeid med Senter for kvalitet i legetjenester (SKIL).

Kilder:

<https://www.legeforeningen.no/contentassets/5a5aa6be73b64f528f02e5eaa4f63a3c/armelding-nsam-1992.pdf>

<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmennmedisin/Styrets-arbeid/underutvalg/>

Klassifikasjonsutvalget

Allmennmedisinsk klassifikasjonsutvalg skal i nært samarbeid med styret arbeide for å fremme allmennmedisinsk kode- og klassifikasjonssystemer for bruk i praksis, kvalitetsutvikling og forskning. Utvalget består etter valget i 2020 av tre medlemmer. Leder og en av medlemmene skal også representere Norsk forening for allmennmedisin i WONCA International Classification Committee (WICC). Klassifikasjonsutvalgets internasjonale navn er: The Norwegian Committee on Classification in General Practice (NCC), a Board in Norwegian College of General Practice (NCGP).

Helt siden starten har Klassifikasjonsutvalget deltatt i utvikling, fornying og implementering av ICPC (International Classification for Primary Care). I 2020 utarbeidet utvalget i samarbeid med NFA-styret et eget policynotat om koding og kvalifikasjon.

Kilde:

<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmennmedisin/Styrets-arbeid/underutvalg/Klassifikasjonsutvalget/>

<https://www.legeforeningen.no/contentassets/d53fa00699df44f49c46428eab86661e/nfa-policydokument-klassifikasjon-og-koding-i-allmennpraksis-.pdf>





SKIL holder til i Alrek Helseklynge, Årstadveien 17, Bergen. Alrek helseklynge skal skape innovative helse- og omsorgsløsninger for hele mennesket, ved hjelp av fremragende forskning og utdanning, fullverdige praksisarenaer og tverrfaglig samhandling. Per februar 2023 har det vært 2300 nedlastinger av kursbevis fra SKIL. SKIL legger vekt på målinger av resultater. Det er publisert vitenskapelige artikler med dokumentasjon av at metoden virker.

Stiftelsen Senter for kvalitet i legetjenester (SKIL)

Stiftelsen Senter for kvalitet i legetjenester arbeider for kvalitetsutvikling og pasientsikkerhetsarbeid i legetjenester utenfor sykehus, både allmennleger og avtalespesialister. SKIL som aksjeselskap ble stiftet i 2014 med Legeforeningen, Norsk forening for allmenntjenestemedisin, Allmennlegeforeningen, Norsk samfunnsmedisinsk forening og Praktiserende spesialisters landsforening som eiere. Styret og eierne arbeidet for offentlig medvirkning i SKIL og i 2021 ble aksjeselskapet omdannet til en stiftelse.

SKIL utvikler og tilbyr kurs, metoder og verktøy og annet for å utvikle og forbedre kvalitetsarbeid i legetjenester og øvrige helsetjenester i den kommunale helse- og omsorgstjenesten samt i avtalespesialisters praksis. Styret består av representanter fra Legeforeningen med underforeninger. Siden starten har NFA-leder vært styreleder i SKIL.

I 2022 fikk SKIL tildelt prisen for *Paper of the year* under Nordisk kongress i allmenntjenestemedisin for artikkelen *Improving drug prescription in general practice using a novel improvement model*.

Kilder:

<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmenntjenestemedisin/Styrets-arbeid/underutvalg/Kvalitetsutvalg/>
<https://www.skilnet.no/>
Scand J Prim Health Care 2021 Jun;39(2):174-183.



Priser og utmerkelser

Skriventprisen

NFA deler hvert år ut skribentprisen på Allmenmedisinsk våruke. Utdanningsutvalget innstiller kandidater. Prisen går til en eller flere som i artikkel, essay, kronikk eller annen tekst fremmer allmenmedisinsk fagutvikling eller sprer kunnskap om faget. Viktig eller originalt innhold og godt språk vektlegges. Prisen beløper seg til kr 15.000 og erstatter det tidligere forfatterstipendet. Verdige skribenter/tekster kan foreslås av alle NFA-medlemmer. Vinnere av skribentprisen har vært:

2022	Hogne Sandvik, Øystein Hetlevik, Jesper Blinkenberg og Steinar Hunskaar: «Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway».
2021	Henrik Vogt - Debattinnlegg i Aftenposten «Nei, Justin Bieber har sannsynligvis ikke Borreliose».
2020	Peter Prydz - Artikkel i Doktor i Nord «Utkantkommuner og firkantkommuner» med råd til kommuner om rekruttering og stabilisering av leger.
2019	Marit Tuv - Debattinnlegg i Dagsavisen «Helsevesenets husmødre og de Høie herrer»
2018	Elisabeth Swensen - for en lang rekke titler
2017	Alexander Wahl - for flere titler, blant annet: «Svikt er tung tale» «Skjematomelomsk» «Faglig rekkeviddeangst».
2016	Aslak Bråtveit - artikkel i Tidsskriftet: «Tillit fått, mista og fornya.»
2015	Ingrid Neteland - artikkel i Utposten 2014: «Hun som ligner»
2014	Jan Emil Kristoffersen: Utfordringer i fastlegeordningen, kapittel i bok om Reformert i norsk helsevesen 2013
2013	Jannike Reymert: Tidsskriftet - intervju med Michael de Vibe om oppmerksomt nærvær
2012	Dagfinn Harr For fortellingen «Celina og Magne – fire møter»
2011	Drude Lind Bratlien For artikkelen «Fibromyalgi og diffuse plager – gammelt eller nytt?»
2010	Mari Bjørkman «Lesbian women`s experiences with health care: A qualitative study».
2007	Hilde Beate Gudim og Kari Hilde Juvkam For deres revisjon av boka «Gynekologi i allmennpraksis»
2006	Edvin Schei For boka «Hva er medisin?»
2005	Kirsti Malterud, John Nessa, Per Stensland og Janecke Thesen For boka «Legekunst i praksis»
2002	NSAMs publiseringsutvalg

Kilde:

<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmenmedisin/Styrets-arbeid/styret/priser/>





På PMU i 2022 fikk Nicolai Klem forskningsprisen og Ingvild Vik reisestipend fra AMFF.

Forskningsprisen

Allmenntmedisinsk forskningsutvalg deler årlig ut Forskningsprisen. Prisen tildeles beste frie foredrag som framføres under forskningsdagen på Nidaroskongressen eller Primærmedisinsk uke. Prisen skal stimulere til forskning og fagutvikling i primærmedisin blant allmennleger som har liten forskningserfaring fra før. Prisen kan gå til foredrag som beskriver mindre prosjekter eller prosjektideer som utmerker seg ved sin nytenkning eller tverrfaglighet, eller som på andre måter viser spennvidden i allmenntmedisinsk forskning. Bedømmingen bygger på innsendt sammendrag og framføring av foredraget. Det legges også vekt på faglig relevans og vitenskapelig kvalitet. Prisen er på kr 15.000 (2022).

Vinnere av forskningsprisen:

2022	Nicolai Klem Treatment for acute bronchiolitis before and after implementation of new national guidelines: A retrospective observational study from primary and secondary care in Oslo, Norway
2020/21	Ingen pris utdelt pga. covid-19 pandemien
2019	Juan Carlos Aviles Solis Prevalence and diagnostic value of wheezes and crackles in the general population
2018	Rune Aakvik Pedersen Stroke follow-up» in primary care; A prospective cohort study on guideline adherence
2017	Anders Svensson Pasienter med store og sammensatte behov – er oppfølgingsteam løsningen?
2016	Ellen Rygg Bruk av snus og røyketobakk blant gravide i Agder fylke
2015	Inger Lyngstad Uønskede hendelser og pasientskader i norsk allmenntmedisin
2014	Heidi Nilsen Kommunale øyeblikkelig hjelp døgnplasser - en økonomisk ulv i kvalitetsbehandlete klær?
2013	Anette Fosse Døden i sykehjem – pasienters og pårørendes tanker og forventninger.
2012	Nilam Shakeel Forekomst av og prediktorer for svangerskapsdepresjon i en multi-etnisk befolkning.
2011	Halfdan Petursson Is the use of cholesterol in mortality risk algorithms in clinical guidelines valid? Ten years' prospective data from the Norwegian Hunt 2 Study.



2010	Bente Prytz Mjølstad Det situerte allmennlegeblikket – en gyldig medisinsk kunnskapskilde? Kirsten Valebjørg Knutsen: Effekt av vitamin D tilskudd på muskelstyrke, muskelskjelettsmerter og hodepine hos immigranter i Norge.
2009	Frank Hilspüsich Ansatte i kommunal pleie- og omsorgstjeneste: En ressurs ved allmennmedisinske tilstander.
2008	Robert Grøndahl Hypnose som behandlingsform ved kroniske utbredte muskelsmerter i allmennpraksis – en pilotstudie.
2007	Lene Dæhlen Selnes Ungdom som selvskader – hvordan møter allmennleger denne pasientgruppen?
2006	Dagfinn Haarr Fastlegen – do-plager eller livredder? Opiatbehandling av rusmiddelavhengige i allmennpraksis Inger Johansen Rehabilitering av eldre i kommunalt opptreningscenter - virker det?
2004	May-Brith Lund Hudskader i allmennpraksis.
2003	Bjørnar Nyen: Hva bestemmer søkning til legevakt på kveldstid? Sture Rognstad: Trenger ikke fastlegen vite hvilke medikamenter hjemme-sykepleien gir pasientene?
2002	Gunnar Mouland Colorectal cancer i allmennpraksis - hvilken plass har hemofec i diagnostikken?
2001	Bjørn Bratland Polymyalgia rheumatica - et 10-års materiale
1999	Hans Johan Breidablikk: Ung på hybel- sosial kontroll og helserisikoadferd.
1998	Øystein Hetlevik Astma og luftveisallergi blant skolebarn i Odde.
1997	Aslak Bråtveit Bruk av CRP ved nedre luftveisinfeksjoner og hvorfor førte ikke denne form for studieoppsett fram?

Kilder:

<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmennmedisin/Styrets-arbeid/underutvalg/Forskningsutvalget/>
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/5a5aa6be73b64f528f02e5eaa4f63a3c/armmelding-2010.pdf>
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/5a5aa6be73b64f528f02e5eaa4f63a3c/armmelding-nfa-2009.pdf>
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/5a5aa6be73b64f528f02e5eaa4f63a3c/armmelding-nfa-2008.pdf>
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/5a5aa6be73b64f528f02e5eaa4f63a3c/armmelding-nfa-2007.pdf>
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/5a5aa6be73b64f528f02e5eaa4f63a3c/130410-armmelding-2012.pdf>





Odd Martin Vallersnes mottar Løvetannprisen fra Marte Kvittum Tangen i 2022. Foto Andreas Haslegaard.

Løvetannprisen

Løvetannprisen ble første gang utdelt på NSAMs årsmøte i 1986. I NFA statuttene står:

Norsk forening for allmenntmedisin deler ut Løvetannprisen årlig under Allmenntmedisinsk Våruke. Den deles ut til en allmenntlege som har gjort en innsats for faget vårt. Innsatsen kan være på sentralt eller lokalt plan, i det stille eller i media, faglig eller organisatorisk, praktisk eller teoretisk. Prisen består av et litografi og kr 20.000 (2022)

Vinnere av løvetannprisen:

2021	Odd Martin Vallersnes	2003	Ivar Skeie
2020	Morten Munkvik og Knut-Arne Wensaas	2002	Anette Fosse
2019	Svein Aarseth og Karsten Kehlet	2001	Hogne Sandvik
2018	Tom Willy Christiansen	1999	Gisle Roksund
2017	Utpostens redaksjon	1998	Sten Erik Hessling
2016	Anna Stavdal	1997	Anders Forsdahl
2015	Anna Luise Kirkengen	1996	Irene Hetlevik
2014	Karin Frydenberg	1995	Jo Telje
2013	Olav Thorsen	1994	Kjell Nordby
2012	Harald Sundby	1993	Eli Berg
2011	Elisabeth Swensen	1992	Ola Lilleholt
2010	Frank Hilpüsch og Petra Parchat.	1991	Eystein Straume
2009	Gunnar Moulund	1990	Åse Schrøder
2008	Janicke Reymert	1989	Christian Borchgrevink
2007	Harald Lystad	1988	Svein Tjåland
2006	Fredrik Langballe	1987	Arne Ivar Østensen
2004	Helen Brandstorp	1986	Frode Heian

Kilde:

<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmenntmedisin/Styrets-arbeid/styret/priser/>





Chr. F Borchgrevink mottar Løvetannprisen av Ellen Rygh og Ola Lilleholt i 1991.

NSAM/NFA og Utposten

Utposten ble startet i 1972 av distriktslegene Tore Rud, Harald Siem og Per Wium. Harald Siem og Per Wium var distriktsleger i én-leggedistrikt på øykommunene Aukra og Midsund. Utposten ble startet for å gi distriktslegene en stemme, informere kollegene som satt i samme stilling og dele praktisk kunnskap. Legeforeningen ville helst at kollegene skulle bruke Tidsskrift for den norske lægeforening, men de som prøvde seg med spontane viktige meldinger ble ofte refusert, og kritikk av Legeforeningen kunne man glemme (Wium).

Etter hvert gikk redaktørene inn i viktige oppgaver for å styrke norsk allmennpraksis og distriktslegepraksis med helserådsoppgaver. En av redaktørene i Utposten, Magne Nylenna, ble senere redaktør av Tidsskrift for den norske legeforening.

I over 50 år har mer enn 60 allmennleger vært aktive redaktører. Utposten har uten tvil påvirket helsepolitikken og vært med å forme utviklingen både i samfunnsmedisin og allmennmedisin.

Utposten har hatt et vell av fagartikler med klinisk innhold, praktiske tips, klinisk epidemiologi og trygderelaterte problemstillinger. Utposten har vært en typisk «førstegangskanal», der nye skribenter har fått prøve seg før større prosjekt.

Utposten hadde en viktig rolle i informasjonen om oppstarten av NSAM. I en periode (fra 1988) hadde Utposten fast observatør i NSAM-styret som var med på styremøtene og refererte fra disse. Gunn Aadland og Jannecke Thesen var noen av disse.

I praksis fungerte Utposten i starten som et «medlemsblad» for NSAM. Utposten hadde innslag om Kongsvold-seminarene og referat fra styremøter og årsmøter, med oppfordring om å ta kontakt og bli medlem.



Styremøte i NSAM 1990. Gunn Aadland (Utposten), Karin Rønning, Ola Lilleholt, Signe Flottorp, Fredrik Langballe, Ellen Rygh, Åse Schrøder, Anne Hensrud, May-Brith Mandt (sekretær).

39 / 50 100%

Nytt fra **NSAM** Norsk selskap for allmenneisin
The Norwegian College of General Practitioners

Nidaros-kongressen 1991. Denne er rett rundt hjørnet. Lokale arrangører melder om stor interesse og om mange påmeldte. NSAM har ansvar for forskningsdagen. Midtveis denne uka blir det årsmøte med valg av nye medlemmer til styret. Samme dag blir det fest med utdeling av årets priser.

Internasjonalt samarbeid. NSAM ønsker å satse på utvikling av internasjonalt samarbeid i året som kommer. Det er spesielt spennende å se på muligheter for samarbeid med land i Øst-Europa. Styret er interessert i kontakt med kolleger som ønsker utveksling av praksisbesøk Norge/Frankrike.

Generalsekretæren i den tsjekkosllovakiske allmennpraktikerforeningen, Vaclav Benes, kommer som hedersgjest til Nidaroskongressen. I foreløpige kontakter har han sagt at han kan medvirke til at det blir etablert en utvekslingsordning også med Tsjekkoslovakia. Dette gjelder praksisbesøk der man sitter som flue på veggen. Det forutsetter ikke språkferdigheter. Den som ønsker nærmere opplysninger kan ta kontakt med NSAMs leder Ola Lilleholt.

NSAM har også fått forespørsel om å formidle ønske fra Ungarns innenriksminister om litteratur. De ønsker tilgang på bøker eller tidsskrifter om allmenn-

medisin. Folk som som har noe å sende eller gode ideer på formidling av slikt materiale bes ta kontakt med Ola Lilleholt.

Lægedage 91 i København. Dansk selskap for allmenneisin (DSAM) sammen med Praktiserende Lægers Organisation arrangerer 11-16 november 1991 Lægedage i København. Interesserte kan ta NSAMs sekretariat.

Woncakongress i Vancouver 9-14 mai 1992. Det er nå kommet invitasjon til Woncas neste verdenskongress. Hovedemnet er: *Family medicine in the 21st century*. Hovedforelesningene vil være: *1992 status av verdens helse. Strategier for*

endringer. Hvordan kan vi bidra til den politiske vilje som er nødvendig for å møte de kommende utfordringer. Det planlegges en felles tur i regi av Lysaker reisebyrå. (APLF og NSAM i samarbeid) Interesserte kan ta kontakt med NSAMs sekretariat eller direkte med Lysaker reisebyrå.

Vi kommer tilbake med nytt NSAM stoff etter årsmøtet i Trondheim. Utpostens medlemmer utfordres til å melde seg inn i NSAM dersom de ikke er medlemmer.

Gunn Aadland ☐

UTPOSTEN 1991: 20 (7)

En periode hadde Utposten en egen NSAM- spalte: NSAM nytt. I 2023 sender NFA medlemsbrev hver måned som inneholder nyheter fra foreningen og helsemyndighetene, forskningsresultater og informasjon om relevante kurs og konferanser.



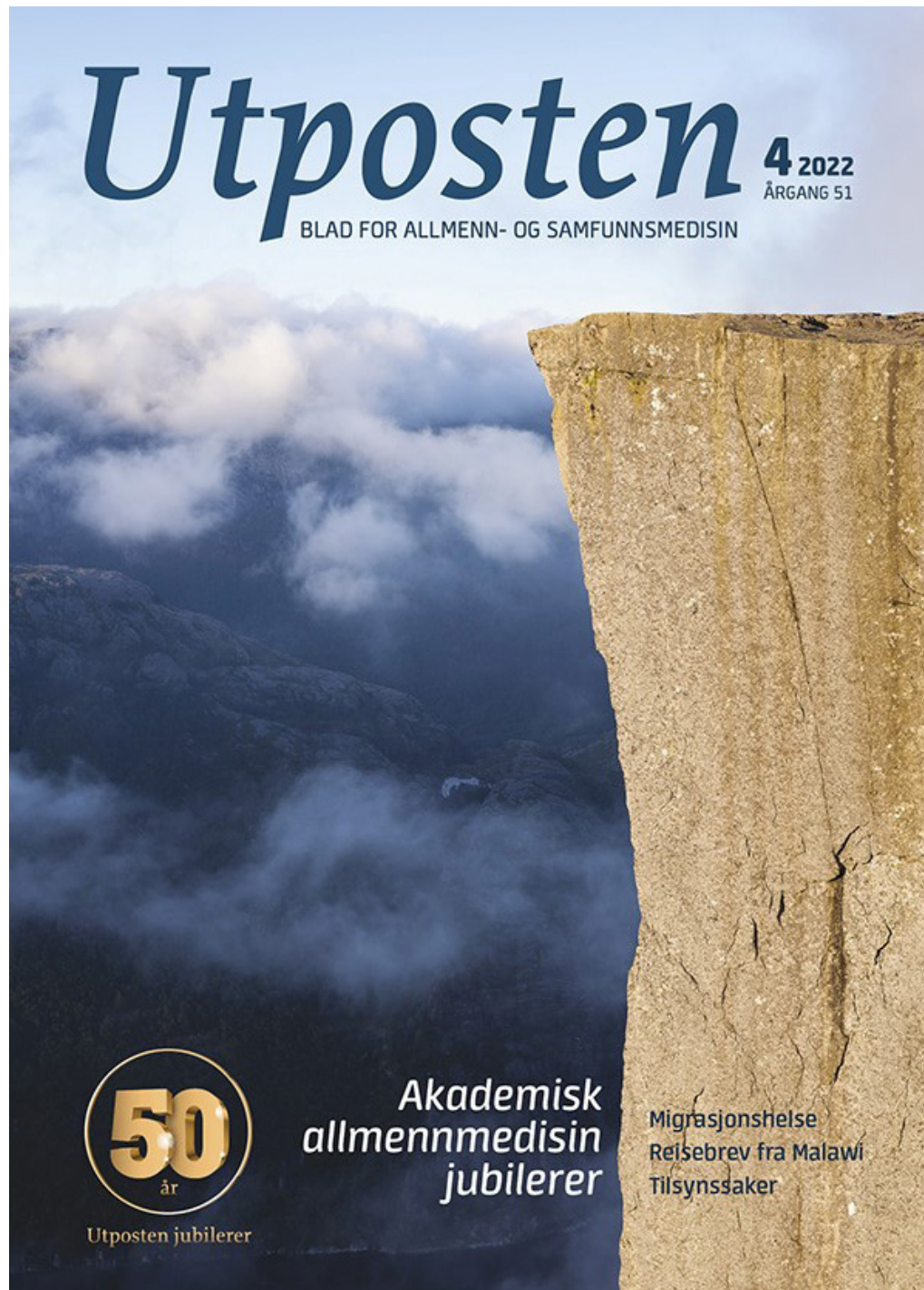
Kilder:

<https://www.utposten.no/asset/1983/1983-nr-5.pdf>

<https://www.utposten.no/asset/1989/1989-nr-2.pdf>

<https://www.utposten.no/asset/1989/1989-nr-3.pdf>

<https://www.utposten.no/journal/2022/4>



I 2022 feiret Utposten sitt 50 års jubileum under Primærmedisinsk uke.



NSAM/NFA og Primærmedisinsk uke (PMU)

Første gang Primærmedisinsk uke ble arrangert var i 1989. Initiativtakere var Olav og Tove Rutle, men både NSAM og Oll hadde fra starten representanter i Hovedkomiteen. I invitasjonen til første PMU i 1989 skrev Olav Rutle, som var leder av Hovedkomiteen:

Primærmedisinsk uke - Soria Moria 2.-6. oktober 1989

Det har skjedd mye positivt innen norsk primærmedisin de siste årene. Samfunnsmedisin og allmennmedisin har blitt spesialiteter, og kvaliteten i det primærmedisinske arbeidet er høyere enn noen gang. Mange har gjort en kjempeinnsats i dette arbeidet.



Olav Rutle var NSAMs andre leder, fra 1985-87. Han var, sammen med sin kone Tove Rutle, initiativtaker til Primærmedisinsk Uke. Olav Rutle døde plutselig 23. august 1996, bare 51 år gammel

Men til tross for en betydelig utvikling innen disse fagene, og til tross for at det fleste av oss føler vi gjør en god og viktig jobb, vies ikke primærmedisinen særlig oppmerksomhet. Det er kjøene som er i fokus, nedskjæringene, de tekniske nyvinningene og den aller mest spesialiserte medisin. De som er pasientenes nærmeste hjelpere og medspillere, de som driver helseplanlegging og forebyggende arbeid på grunnplanet – de hører vi lite om.

Vi håper Primærmedisinsk uke skal forandre dette bildet. Primærmedisinsk uke er det største primærmedisinske arrangementet som har funnet sted i Norge bortsett fra 2. Nordiske kongress i allmennmedisin. Gjennom denne uka vil vi vise at primærmedisinen er aktiv og levende, at interesser og kunnskaper spenner over et stort felt, og at vi satser på høy kvalitet i vårt tilbud til befolkningen.

Det er noe nytt at to foreninger med basis i primærmedisinen, Norsk selskap for allmennmedisin og Offentlige legers landsforening går sammen om et så stort arrangement. Vi tror det kan være starten på et videre samarbeid mellom ulike foreninger for en bred markering av primærmedisinen

Vi håper Primærmedisinsk uke skal bli en faglig, sosial og kulturell smeltedigel, der alle skal få faglig utbytte og alle skal trives. Du kan dessverre ikke få med deg alt, men det er mange gode tilbud å velge mellom. Og husk – tre av kursene er både for leger og medarbeidere.

Velkommen til Primærmedisinsk uke!

*Kristian Hagestad
Leder, Oll*

*Anne Hensrud
leder, NSAM*

*Olav Rutle
leder, Hovedkomiteen*

I NSAMs årsmelding fra 1988 står følgende:

OLL, Aplf og NSAM utgjør de tre primærlegeforeningene i Lægeforeningen. De tre foreningene driver alle fagutviklingsarbeid på ulike nivåer og med ulike mål. Her vil det være mange sammenfallende interesser i foreningene, noe som ofte fører til felles initiativ overfor f.eks. Lægeforeningen. OLL og Aplf er også engasjert i forhandlingsvirksomhet og fagforeningspolitikk. Siste



året har det vært et utspill med tanke på å danne «Norske primærlegers forening», som foruten de tre ovennevnte foreninger også skulle innbefatte Bedriftslegeforeningen. Dette har vært drøftet internt i styret, men vi finner at tiden ikke er moden for en sammenslåing slik situasjonen er i dag. Derimot bør vi forsøke å få både mer formell og uformell kontakt mellom foreningene enn det vi har i dag. Primærmedisinsk Uke er eksempel på et godt samarbeidsprosjekt. I tillegg forsøker vi å ha fellesmøte mellom styrene i OLL og Aplf en gang pr. år. I inneværende arbeidsår har det av praktiske årsaker kun blitt fellesmøte med OLL

Fra og med 1992 hadde også Aplf en representant i Hovedkomiteen. I NSAMs årsmelding for 1992 står:

Det var i underkant av 700 deltakere på den andre Primærmedisinske uke på Soria Moria og Lysebu, denne gang arrangert av Aplf, OLL og NSAM i fellesskap.

Fra 1989 til 2001 (unntatt i 1990 og 1995) ble NSAM årsmøtene arrangert under PMU eller Nidaroskongressen i Trondheim. Fra 2007 arrangeres Primærmedisinsk Uke i samarbeid mellom NFA, Allmennlegeforeningen og Norsk samfunnsmedisinsk forening (Norsam). Det er eierforeningene som oppnevner hovedkomiteen som planlegger og gjennomfører Primærmedisinsk Uke, sammen med en teknisk arrangør. De siste årene har det vært 14 medlemmer i komiteen, hvorav 4 medarbeidere.

Primærmedisinsk Uke fikk stadig større deltakerantall, og etter PMU 2008 fant man ut at PMU hadde vokst ut av Soria Moria. Arrangementet ble flyttet til Oslo sentrum og nytt konferansehotell var Radisson Blu Scandinavia Hotel på Holbergs plass. Også dette otellet var for lite, men med hjelp av omliggende hoteller har PMU klart å huse over 40 kurs i uke 43 annethvert år, med godt over 1000 deltakere. Unntaket var i 2020, da PMU ble avlyst på grunn av COVID-19-pandemien.

I tillegg til dagskurs, kliniske emnekurs og grunnkurs, arrangeres også spesielle jubileumsseminarer og på hvert PMU arrangeres 3 plenumsforelesninger. Åpningsforelesningen setter fokus på tematikken for årets arrangement, gjerne fra et fagpolitisk ståsted. Hovedforelesningene går mer i dybden faglig, med en nasjonal eller internasjonal forsker, mens onsdagsforelesningen (fra 2016) utfordrer oss mer på et sosialt og globalt ansvar.



Under PMU i 1992 ble samarbeidet mellom NSAM, Aplf og Oll styrket og markert ved at Karin Rønning (Aplf), Olav Thorsen (NSAM) og Ole Mathis Hetta (Oll) knyttet en rød sløyfe sammen.



Helt fra starten har målet med PMU vært å tilby gode og engasjerende kurs og et spennende kultur- og musikkprogram som til sammen skaper en arena for trivsel, inspirasjon og rekreasjon, både faglig og sosialt. Tilbakemeldingene viser at dette er viktig for deltakerne og PMU vil forhåpentligvis bidra til å dekke disse behovene også i årene som kommer.

I alle årene har kulturelle innslag stått sterkt og innad i hovedkomitéen er det en egen kulturkomité. Morgenkonserter, pop-up-konserter, kulturhalvtimer, innslag på plenumsforelesningene og kveldsarrangementer har vært populært i hele PMUs historie.

Kilder:

<https://www.legeforeningen.no/contentassets/5a5aa6be73b64f528f02e5eaa4f63a3c/armelding-nsam-1988.pdf>

<https://www.legeforeningen.no/contentassets/5a5aa6be73b64f528f02e5eaa4f63a3c/armelding-nsam-1992.pdf>





Tidligere NSAM-leder Anna Stavdal er fra 2021 til 2023 president i WONCA World. Foto: Einar Nilsen

Nordisk og internasjonalt samarbeid

NSAM var fra starten aktive i SIMG (Societas Internationales Medicinae Generalis), EGPRW (European General Practice Research Workshop), The New Leeuwenhorst Group og WONCA. Bent Guttorm Bentsen og Anders Grimsmo og senere Bjørn Gjelsvik og Øystein Hetlevik har deltatt i arbeidet med å vedlikeholde og fornye ICPC (International Classification for Primary Care). Samarbeidet med de andre nordiske landene om SJPHC (Scandinavian Journal of Primary Health Care), Nordisk kongress, og fra 2005 NFGP (Nordic Federation of General Practice) har også vært viktig for NSAM og NFA.

NFAs internasjonale arbeid er i stor grad forankret hos våre nordiske fagmedisinske søsterorganisasjoner og hos verdens allmenntedisinske forening WONCA med underliggende enheter. Spesialiteten i allmenntedisin er godt etablert i Norden og land som Nederland og Storbritannia. Samarbeidet med disse er viktig for å utvikle faget og tjenestene, lære av hverandre og vise land med svak primærhelsetjeneste hva allmenntedisinen kan bidra med.

I 2023 har NFA representanter i Wonca styret med sittende president Anna Stavdal, i Wonca International Committee of Classification (WICC), European General Practice Researcher Network (EGPRN), European Working Party on Quality Assurance (EQUIP), European Academy of Teachers in General Practice (EURACT), European Rural and Isolated Practitioners Association (EURIPA), European Network for Prevention and Health Promotion (EUOPREV) og European Young Family Doctors Movement (EYFDM)

Kilde:

<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmenntedisin/Styrets-arbeid/internasjonalt-arbeid/>



Nordic Federation of General Practice (NFGP) og Scandinavian Journal of Primary Health Care (SJPHC)

I løpet av 1980- og 90-tallet ble akademiske institusjoner, nasjonale høyskoler og kliniske spesialiteter etablert i alle de fem nordiske land.

Få andre medisinske fagområder, om noen, har så tett internasjonalt samarbeid som allmenntmedisin. Økende forskningsinnsats og bedre dokumentasjon av faget ga grunnlaget for ideen om en egen nordisk allmenntmedisinsk forskningskongress. Den første ble holdt i København i 1979, nummer to i Bergen i 1981, med Sigurd Humerfelt som leder. Dette ble både faglig og sosialt en meget vellykket kongress. En rekke gode faglige foredrag, kurs, postere med presentasjon av allmenntmedisinsk forskning og utstillinger satte standard for senere kongresser.

Nordisk kongress i allmenntmedisin (NCGP) holdes annethvert år og ansvaret for å være vertskap og arrangør deles mellom de fem nordiske landene. Kongressene er viktige for nordiske allmenntleger og forskere.

Scandinavian Journal of Primary Health Care (SJPHC) ble opprettet i 1983 etter et initiativ på de første nordiske kongressene i allmenntmedisin i København (1979) og Bergen (1981). Tidsskriftet fikk støtte fra Nordisk forskningsråd til å starte opp. De allmenntmedisinske foreningene var via medlemsavgiften støtteorganisasjoner. Tidsskriftet har spilt en viktig rolle for nordiske forskere innen vårt felt som ønsker å presentere sine studier. SJPHC er i dag et ledende allmenntmedisinsk tidsskrift internasjonalt som eies av Nordic Federation of General Practice, som består av de fem nordiske fagmedisinske foreningene i allmenntmedisin. NSAM hadde siden 1984 et kollektivt abonnement for medlemmene. I dag har alle tilgang til dette tidsskriftet elektronisk via Open access. SJPHC har siden starten trykket nesten 1500 originalartikler, der over 300 er norske, et vesentlig bidrag til norsk allmenntmedisinsk faglitteratur.

De nordiske allmenntlegeforeningene vedtok på sitt møte i København 23. april 2004 at det skulle utarbeides et forslag til en ny organisering av SJPHC ApS (anpartsselskap), som skulle omfatte samarbeidet om de nordiske kongressene og SJPHC innenfor rammen av SJPHC ApS. Dette ble endelig vedtatt på generalforsamlingen 16. april 2005. SJPHC ApS endret navnet til Nordic Federation of General Practice ApS (NFGP ApS).

Under Nordisk kongress for allmenntmedisin i Stockholm i juni 2005 ble NFGP ApS stiftet. De fem lederne i de nasjonale spesialforeningene i allmenntmedisin signerte de endelige dokumentene og dermed kunne man kunngjøre stiftelsen av en ny fagforening: Nordic Federation of General Practice (NFGP).

Styret i NFGP består av lederne i de fem nordiske college for allmenntmedisin og en valgt president. Anna Stavdal var den første presidenten i NFGP (2007-2011), etterfulgt av Gisle Roksund (2012-2017). NFGP skal gjennom samarbeid mellom de fem nordiske college i allmenntmedisin bidra til at nordisk allmenntmedisin har høy internasjonal faglig standard og skal gjennomføre felles nordiske oppgaver og utveksle erfaringer og kunnskap. Covid-19-pandemien synliggjorde hvor viktig denne felles samarbeidsarenaen er for oss. hadde vi svært god nytte av samarbeidet.

Hvert annet år arrangeres nordisk allmenntmedisinsk lederseminar hvor union- og collegeledere samles i det landet som neste år skal arrangere NCGP.

NFGP er ansvarlige for organisering og utgivelse av SJPHC og for organisering av de nordiske allmenntmedisinske kongressene (NCGP). Styret møtes årlig i København og har også utstrakt kontakt utover dette. NFGP har publisert flere felles uttalelser og policynotat. Et viktig arbeid har vært nordiske Core Values med utgangspunkt i NSAMs Sju teser.

Under den 22. Nordiske kongressen som ble arrangert i Stavanger i 2022 ble det vedtatt et manifest (The Stavanger Statement) med følgende ordlyd:



Call for Action

Continuity of Care in General Practice/Family Medicine

The World Health Organization defines primary health care as a cornerstone of cost-effective and sustainable health care systems. General Practitioners/Family Physicians are key medical providers within the primary health care system.

In the context of General Practice/Family Medicine, we define continuity of care as *a longitudinal relationship between a patient/citizen and one doctor of the patient's choice, backed by a team of other healthcare providers.*

Continuity of care is an essential element of high-quality General Practice/Family Medicine. There is good evidence and growing international consensus that continuity of care entails significant health benefits, both for patients and the health care system. It increases patient satisfaction, improves uptake of preventive measures and adherence to treatment recommendations. It decreases the use of out-of-hours care, the need for acute hospitalizations and, ultimately, it is associated with lower premature mortality.

Crucially, continuity within doctor–patient relationships is also good for the wellbeing of doctors.

The above knowledge is embedded in the 2020 statement on *Core Values and Principles of Nordic General Practice/Family Medicine* issued by The Nordic Federation of General Practice.

The 22nd Nordic Congress of General Practice, held in Stavanger 21st - 23rd of June 2022, encourages politicians and all other stakeholders of the health care service to support and facilitate health systems that promote relational continuity. This implies that all patients should have access to a General Practitioner/Family Physician of their own choice, together with a team of health care providers who know them and their circumstances.

Stavanger, June 23rd 2022.

Kilder:

Anna Stavdal. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2005; 23: 129.

https://www.nfgp.org/files/1/nfgp_historie.pdf

https://www.nfgp.org/flx/nfgp/about_nfgp/vision_and_mission/

https://www.nfgp.org/files/8/core_values_and_principles_of_nordic_general_practice_nfgp_plakat.pdf

<https://www.youtube.com/watch?v=cbwtk3Ax0E4>

Steinar Hunsjørn. Allmennlegeforeningen 75 år

<https://www.utposten.no/asset/1983/1983-nr-2.pdf>

<https://www.utposten.no/asset/1984/1984-nr-1.pdf>

<https://www.utposten.no/asset/1987/1987-nr-4.pdf>





President i Nordic Federation of General Practice Johann Sigurdsson presenterte The Stavanger Statement: Call for action under Nordisk kongress 2022 i Stavanger

De nordiske kongressene i allmenntmedisin

Allmenntmedisin er et relativt ungt fag, og egne internasjonale kongresser ble ikke arrangert før rundt 1970. Da det etter hvert kom allmenntmedisinske institutter i de nordiske landene, ble det også besluttet at det burde arrangeres en nordisk vitenskapelig møteplass. Den første nordiske kongressen i allmenntmedisin ble arrangert i København i 1979. Siden er kongressene blitt arrangert hvert annet år, på omgang mellom de fem landene, altså hvert tiende år i Norge. Nordisk kongress nr. 2 var i Bergen i 1981. Senere har kongressen vært arrangert i Oslo (1991), Trondheim (2002), Tromsø (2011) og sist i Stavanger i 2022 (utsatt fra 2021 på grunn av pandemien).





Hovedkomiteen og Vitenskapelig komite for NCGP2022 foran åpningen i Stavanger konserthus

De nordiske kongressene fra 1979-2022:

1979	6-8. juni	København	Danmark
1981	17-20. juni	Bergen	Norge
1983	15-18. juni	Tampere	Finland
1985	12-15. juni	Lund	Sverige
1987	14-17. juni	Reykjavik	Island
1989	23-26. juni	Aarhus	Danmark
1991	26-29. juni	Oslo	Norge
1993	11-14. august	Seinäjoki	Finland

1995	12-22. juni	Uppsala	Sverige
1997	11-14. juni	Reykjavik	Island
2000	13-16. august	København	Danmark
2002	4-7. september	Trondheim	Norge
2003	1-3. september	Helsinki	Finland
2005	15-18. juni	Stockholm	Sverige
2007	13-15. juni	Reykjavik	Island
2009	13-16. mai	København	Danmark
2011	14-17. juni	Tromsø	Norge
2013	21-24. august	Tampere	Finland
2015	16-18. juni	Gøteborg	Sverige
2017	14-17. juni	Reykjavik	Island
2019	17-20. juni	Aalborg	Sverige
2022	19-21. juni	Stavanger	Norge
2024	11-14. juni	Turku	Finland

Kilder:

<https://www.michaeljournal.no/article/2022/04/2.5%E2%80%822.-Nordiske-kongress-i-all-menmedisin-17.-20.-juni-1981>



Allmennpraktikerserien/Allmennlegebiblioteket

Fra starten i 1983 hadde NSAM et publiseringsutvalg (PU) med oppgave å stimulere til utgivelse av allmennmedisinsk faglitteratur. PU har vært en viktig faktor for framveksten av denne litteraturen. For ytterligere å styrke skrivelysten mellom allmennleger, omgjorde NSAM sitt forskningsstipend til et forfatterstipend i 1996. I samarbeid med Universitetsforlaget etablerte PU bokserien Allmennpraktikerbiblioteket. I serien kom det ut ti bøker i løpet av seks år. De dekket et vidt spekter av tema, fra fag- og fagutvikling til kliniske emner og forskning. De fleste var skrevet av allmennleger, noen i samarbeid med sykehusspesialister eller av sykehusspesialist alene. Noen av bøkene kom i små opplag, mens andre ble flittig brukt på allmennlegekontor i mange år. Fra 1990 fikk PU en ny samarbeidspartner i forlaget Tano, senere Tano Aschehoug og fra 2000 igjen Universitetsforlaget. Serien endret navn til Allmennpraktikerserien. En rekke bøker kom ut, igjen med et vidt spekter av emner, fra Kirsti Malteruds og Marit Haftings doktoravhandlinger til medisinsk teori, helserisiko og kliniske tema.

I 1993 kom Helsekontrollboka, med legeforeningens helsekontrollprogram. Den siste boken i serien var Fastlegen – Praktiske råd for etablering og drift av allmennlegekontorer (2002), som kan ses på som en oppfølger av Å drive praksis (1991), utgitt av Den norske lægeforening i samarbeid med Universitetsforlaget.

Den norske legeforening var selv en viktig aktør for produksjon av faglitteratur. Med utgangspunkt i Kvalitetssikringsfondet og Utdanningsfond I ble det utgitt en rekke hefter i Skriftserie for leger. Dette er en serie hefter for etterutdanning og kvalitetssikring. Eksempel på tema er gjensidig praksisbesøk, kvalitetshåndbok for legekantor, bruk av ICPC, læring av klagesaker og praktiske ferdigheter. Serien hadde sin glanstid på 1990-tallet, men har hatt nye hefter med ujevne mellomrom. Av de siste kan nevnes Warfarinbehandling i praksis (2010).

På årsmøtet i NSAM i 2006 foreslo PU å oppløse utvalget. Ved overgangen til NFA ble dette gjennomført, og oppgavene ble lagt til Utdanningsutvalget, som ifølge årsmeldingene ikke har vektlagt publiseringsarbeid. NFA har i opprettet en skribentpris som har erstattet forfatterstipendet.

Allmennlegebiblioteket i NFA ble opprettet i 2021 og samler digitale allmennmedisinske fagressurser til støtte for praksis. Formålet er ikke å duplisere standardverk som læreboka i allmennmedisin eller innhold fra Norsk elektronisk legehåndbok, retningslinjer eller veiledere fra Helsedirektoratet. Allmennlegebiblioteket skal være en samling av foreningens sentrale fagdokument, tekster og videoer fra faggruppene i NFA eller annet innhold som en redaksjonskomite vurderer passer inn. Samlingen er fortsatt i oppstartfasen. Innholdet er også tenkt å være en samling allmennmedisinske smågrupper og veiledningsgrupper kan hente inspirasjon til læring og diskusjon fra.

Kilder:

<https://www.michaeljournal.no/article/2022/04/9.-Lereboker-og-fagboker>

<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmennmedisin/kvalitetsarbeid/allmennlegebiblioteket/>



Allmennpraktikererien – utgivelser 1983–2002:

1983	Forskning i allmennpraksis. Steinar Westin (red)
1983	Legens attesthåndbok. John Gunnar Mæland
1983	Smerter og andre symptomer hos kreftpasienter. Tor Inge Tønnesen,
1983	Langsamt blir faget vårt eget. Per Fugelli, Kjell Johansen
1985	Kreft i allmennpraksis. Magne Nylenna, Stein Gundersen, Jan Vincents Johannessen
1985	Svangerskapsomsorg i allmennpraksis. Per Bergsjø, Sonja Irene Sjøli, Jo Telje, Janecke Thesen (ny versjon i 1991)
1986	Å lage gode leger (hefte). Per Fugelli, Jens Eskerud, Kjell Haug, Kjell Johansen:
1987	Hudsykdommer i allmennpraksis: Ole Fyrand, Per Hjortdahl
1987	Knut Laake: Geriatri i praksis
1988	Forskning i nordisk allmenmedisin. Gert Almind, Dag Bruusgaard, Niels Bentzen, Birgitta Hovelius
1990	Helseopplysning i praksis. Forfriskningsboka: Johnny Mjell, Bård Natvig, Olav Thorsen, Odd Winge
1990	Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter: Kirsti Malterud
1991	Klassifikasjoner og definisjoner for primærhelsetjenesten. ICPC: Bent Guttorm Bentsen
1992	Røntgenboka. Bildediagnostisk utredning i praksis. Inger Marie Steinholt, Ellen Rygh
1993	Medisinsk teori. Tanker om sykdom og tanker om helse. Anne Luise Kirkengen, Jørgen Jørgensen (red):
1993	Risiko og motivasjon. Johnny Mjell, Bård Natvig, Olav Thorsen, Odd Winge
1994	Håndbok i sykehjemsmedisin. Ivar Birger Mediås (red)
1995	Et eple om dagen. Marit Hafting
1995	og ny utg. 1998: Hverdagspediatri. Ole Sverre Haga
1997	Sexologi i allmennpraksis (ikke i allmennpraktikererien). Espen Benestad og Elsa Almås
1994	Helsestasjonsboka (Kommunalforlaget, 3. utgave). Frode Heian, Nina Misvær
1996	Økologisk helselære (Ad Notam Gyldendal): Hans Magnus Solli, Iver Myrsterud, Merete Steen, Per Fugelli
2002	Fastlegen - Praktiske råd for etablering og drift av allmennlegekontorer. Gisle Roksund



Allmenntedisinsk forskningsfond – AMFF

AMFF ble opprettet av legeföreningens sentralstyre i 2007. Fondet skal fremme allmenntedisinsk forskning på allmenntedisinens premisser og bidra til etablering og nasjonal koordinering av aktivitetene ved de allmenntedisinske forskningsenhetene. Fondsmidlene er avsetninger i de årlige normaltarifforhandlingene mellom Legeföreningen og Staten. Årlig bevilgning er ca. 17 millioner kroner, og det har ikke vært opptrapping ut over vanlig kostnadsvekst etter 2015. De fleste stipendiatene arbeider samtidig i klinisk praksis. Gjennomfööringsgraden er høy (over 90 %). Det har de fleste årene vært flere kvalifiserte sökere enn det er midler til.

Fondet skal bidra til at

- allmennteleger stimuleres til å delta i forskning og til å drive forskning med utgangspunkt i egen praksis
- kunnskapsbasert allmenntedisinsk virksomhet får gode vilkår i Norge
- forskningen ved enhetene koordineres og holder høy kvalitet
- prioriterte allmenntedisinske forskningsområder identifiseres og forskning iverksettes på disse områdene
- forskningen ved enhetene blir publisert og formidlet til det medisinske miljø, spesielt det allmenntedisinske miljø, samt relevant miljø i spesialisthelsetjenesten, utdanningsinstitusjoner som universiteter og høyskoler
- forskningen formidles til befolkning og myndigheter, nasjonalt og internasjonalt
- virksomheten i forskningsenhetene blir synliggjort
- vitenskapelig personale ved forskningsenhetene kan delta og arrangere allmenntedisinske forskningssamlinger
- man får best mulig forskningsmessig synergi mellom allmenntedisinske forskningsenhetene og universitetsseksjonene
- forskningsenhetene i nødvendig grad samarbeider med andre relevante forskningsmiljøer i spesialisthelsetjenesten samt miljøer som har andre fagområder i primærhelsetjenesten som forskningsområde

Spesialister i allmenntedisin og leger i slik spesialistutdanning kan søke om ph.d.-stipend fra fondet. Fondets engelske navn er Norwegian Research Fund for General Practice.

I styret for fondet sitter medlemmer fra NFA, AF, de allmenntedisinske forskningsenhetene og en representant fra Helse- og omsorgsdepartementet. Et eget fagråd forbereder vurderinger og innstiller til styret.

AMFF har bidratt til verdifull kontakt med universitetenes allmenntedisinske forskningsenheter (AFE) gjennom regelmessige fellesmøter. Styret har sammen med miljøene vært påpekt behovet for mer allmenntedisinsk forskning og misforholdet mellom midler til forskning i spesialisthelsetjenesten og i allmenntedisin. Så langt har tilskuddene til de allmenntedisinske forskningsenhetene ligget på konstant nivå og langt lavere enn det som ble skissert ved opprettelsen i 2006.

Kilder:

www.legeföreningen.no/amff

<https://www.legeföreningen.no/contentassets/1988815693c5476e8dc85097748429b6/ars-melding-amff-2021.pdf>

<https://www.legeföreningen.no/om-oss/fond-og-legater/allmenntedisinsk-forskningsfond/>





Tabeller

Viktige årstall for norsk allmenmedisin og primærhelsetjenesten

1968	<u>Institutt for almenmedisin ved UiO</u>
1972	<u>Institutt for almenmedisin ved UiB</u>
1972	<u>Utposten</u>
1973	<u>Institutt for Samfunnsmedisin/seksjon for almenmedisin UiT</u>
1973	<u>Almenpraktiker Dnlf tittelen</u>
1974	<u>Allmenmedisinsk Forskningsutvalg (AFU)</u>
1975	<u>Det medisinske fakultet ved NTNU</u>
1979-90	<u>De første EPJ-systemene i allmennpraksis</u>
1983	<u>Norsk selskap for almenmedisin (NSAM)</u>
1984	<u>Lov om helsetjenesten i kommunene (Kommunehelseloven)</u>
1984	<u>Spesialiteten i samfunnsmedisin</u>
1985	<u>Spesialiteten i allmenmedisin</u>
1990-99	<u>Allmenmedisin blir et av de tre kliniske hovedfag i utdanningen</u>
1993	<u>Fastlegeforsøket (Tromsø, Åsnes, Lillehammer og Trondheim)</u>
2001	<u>7 teser for allmenmedisin</u>
2001	<u>Fastlegeordningen</u>
2004	<u>Norsk helsenett</u>
2006	<u>AMFF og fire allmenmedisinske forskningsenheter (AFE)</u>
2007	<u>Etableringen av NFA</u>
2012	<u>Samhandlingsreformen</u>
2012	<u>Fastlegeforskriften</u>
2012	<u>Kompetanseområdet for alders- og sykehjemsmedisin</u>
2014	<u>SKIL</u>
2015	<u>Akuttmedisinforskriften</u>
2017	<u>Kompetanseforskriften</u>
2017	<u>ALIS-Vest</u>
2019	<u>Spesialistforskriften, kommunalt ansvar for ALIS</u>
2020	<u>Handlingsplan for allmenlegetjenesten</u>
2022-23	<u>Ekspertutvalget for gjennomgang av allmenlegetjenesten</u>

Kilder:

Anette Fosse, NSDM

<https://tidsskriftet.no/2015/12/legelivet/medisinstudiet-i-trondheim-1975-2015>





Båttur med MS Rygervakt under årsmøtesamlingen i Stavanger i 1987. I midten May-Brith Mandt (sekretær i NSAM), til høyre Bård Natvig.

Årsmøter for NSAM og NFA

NSAM

1983	<u>Trondheim</u>
1984	<u>Bergen</u>
1985	<u>Tromsø</u>
1986	<u>Ålesund</u>
1987	<u>Stavanger</u>
1988	<u>Lillehammer</u>
1989	<u>Soria Moria, Oslo</u>
1990	<u>Arendal</u>
1991	<u>Trondheim</u>
1992	<u>Soria Moria, Oslo</u>
1993	<u>Trondheim</u>
1994	<u>Soria Moria, Oslo</u>
1995	<u>Sauda</u>
1996	<u>Soria Moria, Oslo</u>
1997	<u>Trondheim</u>
1998	<u>Soria Moria, Oslo</u>
1999	<u>Trondheim</u>
2000	<u>Soria Moria, Oslo</u>
2001	<u>Trondheim</u>
2002	<u>Leangkollen, ekstraordinært årsmøte pga. lovendringsforslag</u>





I 2019 ble det tid til et besøk på Eidsvoll

2003 Ålesund
2004 Bergen
2005 Sommerøya, Troms
2006 Oslo

NFA

2007 Stjørdal
2008 Molde
2009 Bergen
2010 Lillehammer
2011 Kristiansand
2012 Larvik
2013 Bodø
2014 Fornebu
2015 Fredrikstad
2016 Kongsberg
2017 Tromsø
2018 Tønsberg
2019 Lillestrøm
2020 digitalt (pga. pandemien)
2021 digitalt (pga. pandemien)
2022 Fornebu



Ledere i NSAM og NFA 1983-2023

NSAM Norsk selskap for allmenntmedisin

1. Chr. Borchgrevink 1983-85
2. Olav Rutle 1986-87
3. Anne Hensrud 1988-89
4. Ola Lilleholt 1990-91
5. Olav Thorsen 1992-93
6. Bjarne Haukeland 1994-97
7. Bjørn Gjelsvik 1998-99
8. Anna Stavdal 2000-03
9. Gisle Roksund 2003-06

NFA Norsk forening for allmenntmedisin

1. Gisle Roksund 2007-11
2. Marit Hermansen 2011-15
3. Petter Brelin 2015-19
4. Marte Kvittum Tangen 2019-23



NFAs fire ledere fanget på et tilfeldig treff i midlertidige Legenes Hus i Kirkegata oktober 2019: Petter Brelin, Marit Hermansen, Gisle Roksund og Marte Kvittum Tangen



Styrene i NSAM og NFA

08.09.1983 - 25.10.85	Chr. F Borchgrevink (formann), Janecke Thesen (viseformann), Steinar Westin, Jo Telje, Dag Søvik, Olav Rutle, Signe Flottorp. Varamenn: Tor Anvik, Aage Bjertnæs, Tor Carlsen, Bjørn Tansem, Irene Kristensen, Jens Ragnar Eskerud.
26.10.85 - 31.12.85	Olav Rutle (leder), Janecke Thesen (nestleder), Chr. Borchgrevink, Signe Flottorp, Ola Lilleholt, Dag Søvik, Jo Telje. Vararepresentanter: Tor Anvik, Aage Bjertnes, Tor Carlsen, Irene Hetlevik, Bjørn Tansem, Jens Ragnar Eskerud.
01.01.86 – 31.12.87	Olav Rutle (leder), Tor Anvik, Chr. Borchgrevink, Signe Flottorp, Ola Lilleholt, Anne Hensrud, Jo Telje. Vararepresentanter: Inger Marie Steinsholt, Irene Hetlevik, Dag Søvik, Aage Bjertnes, Bjørn Tansem, Jens Ragnar Eskerud
01.01.1988 - 31.12.89	Anne Hensrud. Leder, Anders Grimsmo, nestleder, Ellen Myraker, møte-referent, Olav Rutle, kasserer, Jytte Ranberg, Karin Rønning, Åse Schrøder. Varamedlemmer: Fredrik Langballe, Inger Marie Steinsholt, Mona Søndena, Dag Søvik, Nils Lønberg og Ellen Scheel
01.01.1990 - 31.12.91	Olav Lilleholt (leder), Anne Hensrud, Fredrik Langballe (kasserer), Ellen Rygh (møtetreferent), Karin Rønning (nestleder), Åse Schrøder, Olav Thorsen. Varamedlemmer: Marit Hegde-Næss, Kirsten Rogstad, Mona Søndena, Bjarne Haukeland, Petter Øgar, Geir Erik Nilsen
01.01.92 - 31.12.93	Olav Thorsen (leder), Karin Breckan (kasserer), Dag Bruusgaard, Ola Lilleholt, Sverre Lundevall, Marit Hegde Næss (nestleder), Elisabeth Swensen. Varamedlemmer: Bjarne Haukeland, Irene Hetlevik, Mona Søndena
01.01.1994 - 31.12.1995	Bjarne Haukeland (leder), Elisabeth Swensen (nestleder), Anna Stavdal (kasserer), Dag Bruusgaard, Bjørn Gjelsvik, Per Stensland, Anette Fosse. Varamedlemmer: Karin Breckan, Mona Søndena, Ole Inge Gjøen.
01.01.1996 - 31.12.1997	Bjarne Haukeland (leder), Elisabeth Swensen (nestleder), Anna Stavdal (kasserer), Bjørn Gjelsvik, Per Stensland, Anette Fosse, Anders Bærheim. Varamedlemmer Mona Søndena, Ole Inge Gjøen, John Cooper.
01.01.1998 - 31.12.99	Bjørn Gjelsvik (leder), Anna Stavdal, Solveig Ulstein, Per Stensland, Anette Fosse, Anders Bærheim, Aslak Sigurd Bråtveit. Varamedlemmer: Elisabeth Juvkam, Øystein Bakkevig, Morten Lindbæk.
01.01.2000 - 31.12.2001	Anna Stavdal (leder), Øystein Bakkevig, Cecilie Daae, Bente Thorsen., Anders Bærheim, Aslak Bråtveit, Reidun Kismul, Tor Carlsen, Harald Kamps, Astri Dolva. Varamedlemmer: Øystein Bakkevig, Cecilie Daae, Bente Thorsen.
01.01.2002 - 31.08.2003	Anna Stavdal (leder), Gisle Schmidt, Guri Rørtveit, Cecilie Daae, Øystein Bakkevig, Cecilie Daae, Bente Thorsen, Aslak Bråtveit, Reidun Kismul, Harald Kamps. Varamedlemmer: Carl Ihlen, Morten Lindbæk, Bente Thorsen.



01.09.2003 – 31.08.2005	Gisle Roksund (leder), Guri Rørtveit, nestleder, Trond Egil Hansen, Maria Hellevik, Gisle Schmidt, Marte Walstad, Elisabeth Swensen. Varamedlemmer: Marit Hermansen (kasserer), Knut-Arne Wensaas (nettredaktør), Trond Brattland.
01.09.2005 – 31.08.2006	Gisle Roksund (leder), Marit Hermansen (nestleder), Pernille Bruusgaard, Trond Egil Hansen, Maria Hellevik, Marte Walstad, Knut-Arne Wensaas (nettredaktør). Varamedlemmer: Jesper Blinkenberg, Ellen Pedersen, Ole André Skalstad (kasserer)
01.09.2006 - 31.08.2009 (NFA)	Gisle Roksund (leder), Trond Egil Hansen (nestleder), Helen Brandstorp, Karsten Kehlet, Marit Hermansen, Trine Bjørner, Ståle Onsgård Sagabråten. Varamedlemmer: Arnfinn Seim, Marte Kvittum Tangen, Morten Laudal.
01.9.2009 - 31.08.2011	Gisle Roksund (leder), Karsten Kehlet (nestleder), Trine Bjørner, Morten Laudal, Torgeir Hoff Skavøy, Leila Hodali, Trude Bakke. Varamedlemmer: Stein Nilsen, Linda Elise Grønvold, Jan Arne Holtz.



Styret 2006-2009 Foran fra venstre: Marte Kvittum Tangen, Helen Brandstorp, Marit Hermansen, Trine Bjørner. Bak: Arnfinn Seim, Ståle Onsgård Sagabråten, Karsten Kehlet, Trond Egil Hansen og Gisle Roksund



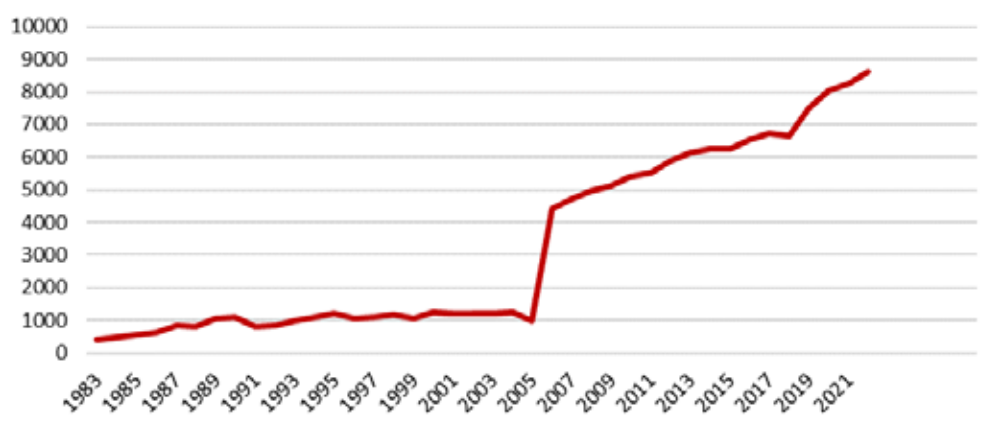
01.09.2011 - 31.8.2013	Marit Hermansen (leder), Morten Laudal (nestleder), Karsten Kehlet, Trine Bjørner, Stein Nilsen, Torgeir Hoff Skavøy, Kine Jordbakke. Varamedlemmer: Bente Mjølstad, Fuk-Tai Sundvor, Petter Brelin.
01.09.2013 - 31.08.2015	Marit Hermansen (leder), Petter Brelin (nestleder), Morten Laudal, Bente Mjølstad, Fuk-Tai Sundvor, Torgeir Hoff Skavøy, May-Lill Johansen. Varamedlemmer: Nina Wiggen, Sirin Johansen, Ørjan Waldenstrøm.
01.09.2015 - 31.08.2017	Petter Brelin (leder), Torgeir Hoff Skavøy (nestleder), Bente Prytz Mjølstad, Nina Wiggen, Sirin Johansen, Lina Linnestad, Stefan Hjörleifsson. Varamedlemmer: Ehsna Ali, Per Martin Sommernes, Eirik Viste.
01.09.2017 - 31.08.2019	Petter Brelin (leder), Ståle Sagabråten (nestleder), Bente Prytz Mjølstad, Nina Wiggen, Sirin Johansen, Stefan Hjörleifsson, Anette Fosse. Varamedlemmer: Kjartan Olafsson, Espen Storeheier, Andreas Pahle.
01.09.2019 - 31.08.21	Marte Kvittum Tangen (leder), Torgeir Hoff Skavøy (nestleder), Ståle Sagabråten, Kjartan Olafsson, Sirin Johansen, Karine Prydz, Anette Fosse. Varamedlemmer: Elisabeth Stura, Christina Fredheim, Ingvild Vatten Alsnes.
01.09.2021 - 31.08.2023	Marte Kvittum Tangen (leder), Torgeir Hoff Skavøy (nestleder), Ståle Sagabråten, Kjartan Olafsson, Christina Stangeland Fredheim, Ingvild Vatten Alsnes, Elisabeth Stura. Varamedlemmer: Katrine Prydz, Katrina Tibballs, Øyvind Stople Sivertsen.



Medlemstall i NSAM og NFA

Årstall	Medlemstall	Årstall	Medlemstall	Årstall	Medlemstall
1983	387	1997	1086	2011	5534
1984	469	1998	1174	2012	5866
1985	557	1999	1062	2013	6144
1986	632	2000	1226	2014	6249
1987	828	2001	1216	2015	6245
1988	820	2002	1203	2016	6528
1989	1069	2003	1195	2017	6724
1990	1104	2004	1252	2018	6632
1991	791	2005	992	2019	7504
1992	850	2006	4433	2020	8050
1993	1000	2007	4709	2021	8265
1994	1100	2008	4955	2022	8625
1995	1204	2009	5125		
1996	1053	2010	5422		

Medlemstall Norsk forening for allmenntidrett
(1983-2005: Norsk selskap for allmenntidrett NSAM)



Veien videre for norsk allmenntjenestemedisin

Marte Kvittum Tangen, leder NFA, Tynset 26. februar 2022

Vi står nå midt i en akutt fastlegekrise, en legevaktkrise og en sykehjemskrise - en generell allmenntjenestemedisinsk krise, men faget vårt vil bestå og skal videreutvikles. Grunnmuren i vår helsetjeneste fortjener bedre kår. Uten vår portvokterrolle vil hele den felles offentlige helse-tjenesten bryte sammen. Innføringen av fastlegeordningen i 2001 var en suksess, og mange land misunner oss vår måte å organisere allmenntjenestetjenester på. Det er utfordrende å være kontinuitetsbærer og å inneha et så tydelig definert ansvar som det å være fastlege innebærer. Det vil komme diskusjoner om andre måter å organisere allmenntjenestetjenester på, men NFA er tydelig på at fastlegeordningen med det personlige listeansvaret må styrkes og videreføres. Selvfølgelig skal vi fortsette å samarbeide med andre, slik vi alltid har gjort. Når oppgavefordeling skal diskuteres må den totale ressursbruken vurderes og hva som gir best helse for pasientene vektlegges.

Behovet for generalisten og kontinuitetsbæreren vil bli enda større i framtida. Med stadig økende hyperspesialisering og presset kapasitet i spesialisthelsetjenesten vil behovet for helhetstenking og det å sende pasientene inn gjennom riktig port bli stadig større. Vi vet at kontinuitet i omsorgen innebærer betydelige helsegevinster for den enkelte og for samfunnet. Vi har ikke behov for kreative endringer i overordnet organisering, men reguleringsmekanismer som sørger for økte ressurser når oppgavene øker. U hensiktsmessige oppgaver må gjerne fjernes fra fastlegens bord, dersom det ikke fører til at fastlegen mister oversikt over pasientens helsetilstand.

Vi har behov for mer kunnskap om hvilken betydning sykdom, undersøkelser, behandling, metoder, tidsbruk og organisering har for våre pasienter, allmenntjenestemedisinerne selv og resten av helse-tjenesten. Vi trenger en robust plan for organisering og styrking av allmenntjenestemedisinsk forskning. Innovasjon og teknologiske muligheter må vurderes kunnskapsbasert ut fra nytte, ressursbruk og prioriteringskonsekvenser. Vi må fortsette letingen etter nye nyttige arbeidsmåter og effektivisering, samtidig som vi sikrer at de som trenger oss mest ikke stenges ute. I teknologiiveren må vi ikke glemme at det fysiske møtet mellom to personer i en ustrukturert samtale fortsatt vil ha større verdi enn skjermabaserte standardvurderinger. Utviklingsområdet samlet under begrepet E-helse er verktøy for å bidra til gode helsetjenester og kan med riktig utvikling gi effektiviseringsgevinster og en enklere hverdag både for lege og pasient. Vi må alltid huske å ta hensyn til forskjellene i befolkningens helsekompetanse og digitale helsekompetanse.

Hvordan skal vi komme i posisjon til å få større forståelse for behovet for å satse på allmenntjenestemedisin og gjøre det mulig å møte velorganiserte og sterke regionale helseforetak med like sterk forhandlingsposisjon? I kampen om ressursene taper vi gang etter gang. Kanskje vi har behov for et nasjonalt foretak for primærmedisin for å styrke allmenntjenestemedisinens kår med både stabilisering av fastlegeordningen, sikring av legevakttjenester til hele befolkningen, mer forskning, mer utdanningskapasitet og kvalitetsarbeid i framtida?



Håndteringen av covid-19 pandemien var et tydelig eksempel på mangelen på nasjonal koordinering av fastlegetjenester, legevakt og andre allmennlegetjenester i kommunene. Helse-direktoratet er en faglig rådgiver og gir normerende faglige anbefalinger, men har ikke overordnet ledelsesansvar for allmennlegetjenestene. Vi trenger i krisetider god ledelse på legekontorene og nasjonalt som ser hvilke behov vi har.

NFA skal fortsatt engasjere oss for hele faget allmennmedisin og ikke bli en fastlegefor-ening. Stadig flere medlemmer har heltidsengasjement som legevaktleger, sykehjemsleger, helsestasjonsleger, helprivate allmennleger, forskere, allmennleger i akademiske eller byråkratiske stillinger, i teknologibedrifter og mye mer. Generalisten er ettertraktet. Kjerneoppgaven i allmennmedisin er fortsatt diagnostikk og behandling, og det å forstå helheten. Spesialister i allmennmedisin må ha kunnskap om oppfølging av en uselektert pasientpopulasjon (i alle aldre og med ulik sosial status og etnisitet) over en gitt tid i åpen praksis. Etter oppnådd spesialitet kan kompetansen videreføres og utvikles på mange andre områder enn ved å være fastlege. Selv om det er ressursmangel og rekrutteringskrise må kvaliteten på utdanninga aldri vike. Veiledere for ALIS må være spesialister i allmennmedisin og vi må fortsatt ha krav om minst to år i åpen uselektert fastlegepraksis for å bli spesialist i allmennmedisin. I framtida vil enda mer av utdanningen av medisinstudenter og spesialister foregå i kommunene, der folk bor.

Allmennmedisin er både et teoretisk og et praktisk fag. Det kan aldri læres uten erfarne supervisorer og veiledere, og de som rekrutteres inn må ha ei dør å banke på. Det er bekymringsfullt med den fagkompetansen vi mister litt etter litt når stadig flere erfarne allmennleger velger seg bort fra allmennmedisin, men vi får håpe at vinden kan snu. I denne historiefortellingen ser vi at vinden har blåst feil vei også tidligere. Det ser ut til at tjue år er forventet tid mellom de store allmennlegekrisene i Norge – og at mye kan oppnås når det er politisk vilje til å gjøre en innsats.

Det har skjedd en formidabel utvikling av faget allmennmedisin de førti årene siden NSAM ble opprettet: en tydelig ideologisk forankring, et aktivt og viktig forskningsmiljø, utvikling av kompetansemiljø som Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Nasjonalt senter for legevaktmedisin, og Antibiotikasenteret for primærmedisin, utvikling av modeller for relevant kvalitetsarbeid og en utvikling av en stadig bedre spesialistutdanning med veiledning som sentralt element både i grupper og individuelt.

De «Sju tesene» og senere nordiske «Core Values» gir stødig retningsanvisning for fagets innhold. Motkreftene er godt beskrevet med kommersialisering, medikalisering, økt forbrukerbevissthet og rettighetstenkning. Vi trenger en større felles forståelse med befolkningen om hva god helsehjelp er, og hva man kan forvente. NFA har startet et prosjekt sammen med Gjør Kloke Valg, Allmennmedisinsk forskningsenhet i Trondheim og Bergen, Noklus og kanskje etter hvert enda flere for å stimulere til mer bærekraft i allmennmedisin. Vi ønsker å bidra til å styrke befolkningens helsekompetanse ved å informere om hvordan allmennleger arbeider. Budskapet om risikoene ved overdiagnostikk og overbehandling er vanskelig å formidle i møtet med hver enkelt pasient, men slik det er i dag brukes ikke ressursene godt nok og truer vår solidariske offentlige helsetjeneste. Vi har en forpliktelse til å bidra til å redusere sosial ulikhet i helse og sikre alle likeverdig tilgang, slik det tydelig er formulert i Core Values: We prioritise those whose needs for healthcare are greatest. We aim to minimise inequalities in how health services are provided. We organise our practices to devote the most time and effort to those whose needs for treatment and support are greatest.

Stadig oftere møter vi budskap som «Gå til legen og KREV Å FÅ..!». Portvokterrollen er kraftig svekket. Vi trenger å endre budskapet til «Kjenn etter og oppsøk legen ved behov». Allmennlegen er god til å vurdere symptomer i sammenheng, men selvsagt ikke alltid perfekt. Det er allikevel ikke bedre å legge opp til at pasienten selv skal velge en organspesialist å presentere symptomene for. Vi må formidle betydningen av kontinuitet og tillit enda tydeligere i offentlig



ordskifte, i utdanning og veiledning. Pasientene må snakke om og fortelle hvordan de har det, bli lyttet til og så ha tillit til at allmennlegen finner ut hvilke tiltak som er best for å ivareta helsa.

Prioriteringsdebatten i helsetjenesten vil hardne til i årene framover. Noe må vi slutte å gjøre hvis vi skal prioritere. Kosmetisk kirurgi uten indikasjon er ett eksempel hvor vi i NFA har tatt et tydelig standpunkt og sagt at det er noe allmennleger ikke bør drive med. Vi vil også få stadig større tilbud av helprivate og kommersielle allmennlegetjenester. Vi må være åpne for en saklig faglig debatt om hvordan det skal passe sammen med våre allmennmedisinske kjerneverdier og vår ideologi. Gode nasjonale prioriteringsverktøy for alle deler av helse- og omsorgssektoren i kommunene er viktige, men det er vanskelig å prioritere i direkte møte med pasienten. Det er lettere med generelle prioriteringsbetraktninger på gruppenivå. Prioriteringsverktøyene må være detaljerte og konkrete, men samtidig gi rom for skjønn. Vi trenger å se anbefalinger og retningslinjer i sammenheng. Det nylig lanserte begrepet «Time needed to treat» må vi få innarbeidet som en del av prioriteringskriteriene. Vi opplever en økende pågang fra pasienter med bekymring for sykdom, og myndighetene stiller stadig økte krav til forebyggende individuell innsats. Vi vil møte stadig flere forslag til screeningprogrammer og forebyggingstiltak på hele befolkningsgrupper, og mange av dem vil ikke være riktig ressursbruk. Dette er utfordringer allmennmedisinske miljø har vært opptatt av i årtider, og vi må hente fram de tidligere velfunderte argumentene for hvordan vi skal tenke om risiko og screeninginitiativ.

Vi kan ikke løse alle prioriteringer med skreddersydde anbefalinger gjennom kliniske retningslinjer. Vi vet at hver pasient er unik, og de fleste som har en kronisk sykdom har mer enn bare én sykdom. Retningslinjer er laget for spesifikke diagnoser, men vi har ingen retningslinjer for hvordan de ulike retningslinjene skal brukes for den enkelte pasient med sammensatte lidelser. Vi har fortsatt tro på at kjennskap til pasienten og «hva er viktigst for deg?»-tilnærming gir hver enkelt den beste behandlingen. Da er det også viktig at legen ikke stilles til veggs av tilsynsmyndigheten når skjønn er utøvet.

En av tesene i «Sju teser» er «Gi mest til dem som trenger det mest». Begrepet har senere blitt adoptert i alle mulige settinger, men i vår prioritering må dette fortsatt være ledestjernen.

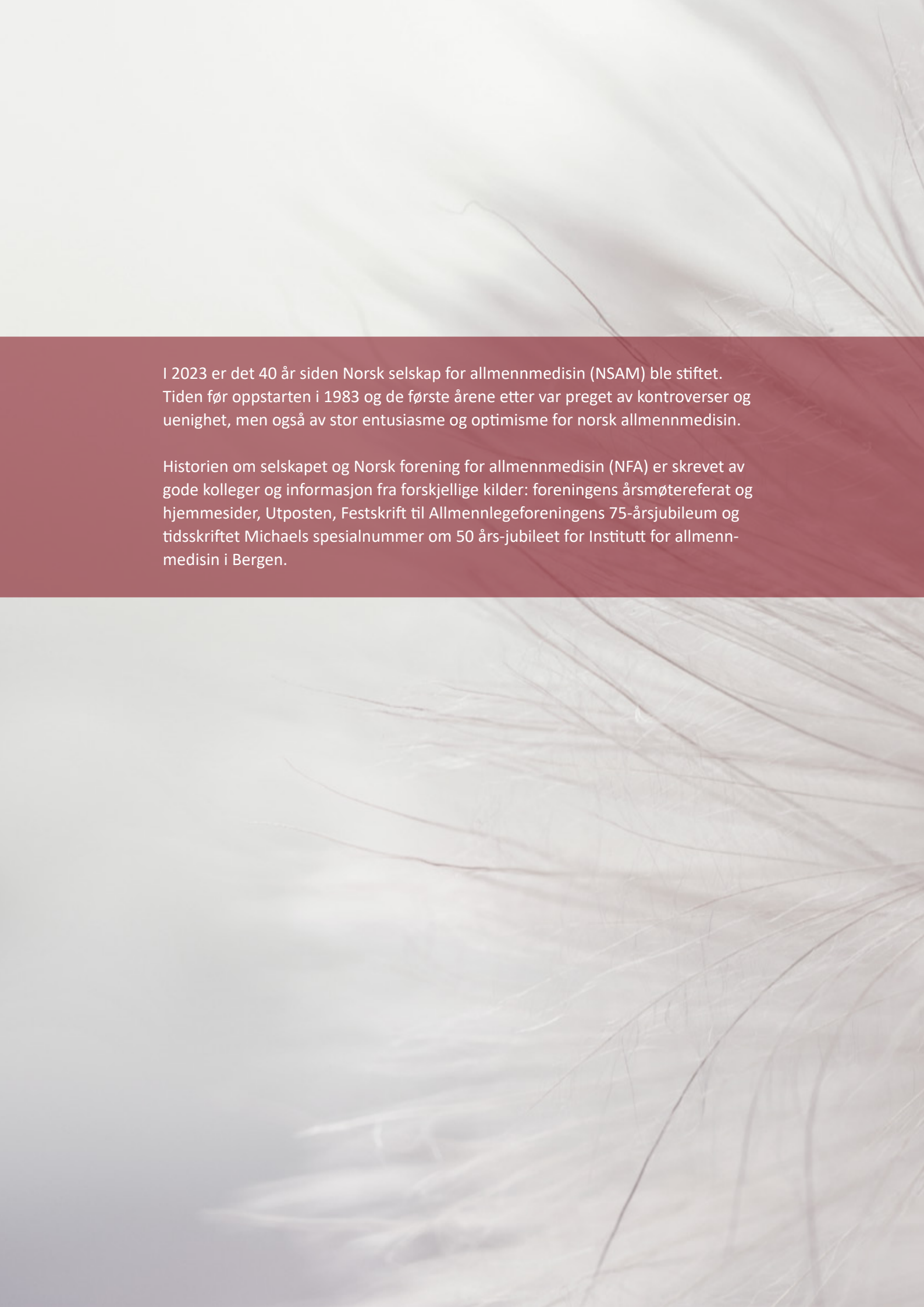
Allmennmedisin kan også være et ensomt fag med tydelig og stort ansvar. Vi vet mange er redde for å gjøre feil og mange sitter alene med håndtering av vanskelige og komplekse problemstillinger. Avvikling av virkemiddelet advarsel ved faglige feil mener vi er viktig, hvis vi klarer å få en god innretning på faglig pålegg. Samtidig må vi i mye større grad vektlegge betydningen av egenomsorg, slik at livet som allmennlege kan bli bedre.

Kunnskapsgrunnlaget endrer seg, og mulighetene for behandling og oppfølging av pasienter utvikler seg. Forventninger etableres gjennom politiske beslutninger og samfunnsmessige endringer. NFA ser et klart behov for at vi må fortsette å være en tydelig aktør for å fremme faget allmennmedisin – å vise betydningen det har for hele helsetjenesten. Norsk forening for allmennmedisin vil bestå inn i framtida, allmennmedisin er vårt fag og vi må definere det. Hvis vi ikke bidrar, vil noen andre definere det for oss. Vi er helt avhengige av et fortsatt stort faglig engasjement som ikke alltid kan honoreres med kroner. Vi kan være stolte av det ble etablert et «college» for 40 år siden og at vi har klart å videreføre mye av grunntankene inn i en forening med snart 9000 medlemmer. NFA skal fortsette å engasjere seg for faget, organisering og utbygging, samhandling, grunn-, videre- og etterutdanning, debatt- og opplysningsarbeid, internasjonalt arbeid og bidra til mer forskning, kvalitetsutvikling og prioriterings- og etikkdebatter.

Jeg har med stor interesse lest gjennom den 40-år lange historien om NSAM og NFA. Det har vært vanskelige kår tidligere også, men alltid et stort og brennende faglig engasjement. Det har vi fortsatt og det skal vi bygge videre på de neste 40 år!







I 2023 er det 40 år siden Norsk selskap for allmenntmedisin (NSAM) ble stiftet. Tiden før oppstarten i 1983 og de første årene etter var preget av kontroverser og uenighet, men også av stor entusiasme og optimisme for norsk allmenntmedisin.

Historien om selskapet og Norsk forening for allmenntmedisin (NFA) er skrevet av gode kolleger og informasjon fra forskjellige kilder: foreningens årsmøtereferat og hjemmesider, Utposten, Festskrift til Allmenntlegeforeningens 75-årsjubileum og tidsskriftet Michaels spesialnummer om 50 års-jubileet for Institutt for allmenntmedisin i Bergen.