



## Brev til redaktøren

Kommentarer på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes [tidsskriftet@legeforeningen.no](mailto:tidsskriftet@legeforeningen.no)

### Etiske grenser og grenser for naivitet

Redaktør Charlotte Haug tar i sin leder i Tidsskriftet nr. 19/2003 (1) opp forholdet mellom leger og legemiddelindustri, et tema som igjen ble aktualisert gjennom NRK Brennpunkts program i midten av september. Dessverre inneholdt programmet en rekke faktiske feil og gav et skjevt bilde av virkeligheten.

Problemstillingen er imidlertid viktig – og har stor offentlig interesse. Vi i Glaxo-SmithKline fører en meget åpen politikk i forhold til mediene og mener dette er et tema som absolutt tåler dagens lys. Derfor bidrar vi gjerne til å skape mer åpenhet rundt problemstillingen

Da vi ble kontaktet av en journalist fra NRK Brennpunkt i februar, var vi selvsagt fullstendig klar over at Brennpunkt, her som alltid, var ute etter å «avsløre». Journalisten gav ikke noe klart uttrykk for hva programideen gikk ut på. Vi forstod at det kom til å handle om forholdet leger – legemiddelindustri, samt vårt firmas markedsføring av medisiner mot psykiske lidelser. Dette er et område som må tåle fullt flomlys. Vi har ingenting å skjule i vårt arbeid, derfor tok vi imot journalisten.

Vi er helt enig med Haug som mener det trengs klare kjøreregler og stor aktsomhet dersom både legene og industrien skal beholde tillit og troverdighet.

Det samme kravet bør imidlertid også kunne stilles til norske journalister generelt – og til NRK spesielt. De har et stort ansvar og en stor troverdighet å forvalte. NRK Brennpunkt-programmet 15. september levnes liten ære sett i en slik sammenheng. Jeg tenker ikke på gjennomføringen, bilde-regien, musikken og de generelle kommentarene. Jeg snakker om eksakte og kontrollerbare fakta.

I vårt tilfelle gjaldt det en lisensavtale med firmaet IDANT AS om bruk av et diagnoseverktøy, kalt SPIFA. Opplysningene som kom frem i dette programmet gir ikke et korrekt bilde av virkeligheten. Brennpunkt-redaksjonen ble før sending gjort oppmerksom på faktafeilen, men ignorerte dette.

**Ole Arne Eiksund**  
GlaxoSmithKline

#### Litteratur

1. Haug C. Etiske grenser og grenser for naivitet. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2693.

### A. Aspøy svarer:

GlaxoSmithKline har verken i dette innlegget i Tidsskriftet eller i andre fora klart å påvise noen feil i Brennpunkt-programmet. De har etter sendingen av programmet hevdet at de fire overlegene som mottar store summer fra firmaet for å delta i det som fra firmaets side er en markedsføringskampanje for Seroxat, ikke mottar 600 000 i året, men 225 000 i året.

Representanten for disse fire legene har flere ganger bekreftet at de mottar 600 000 til sammen fra GlaxoSmithKlines avdelinger i tre nordiske land. Dette går også frem av regnskapet til firmaet som de fire legene har dannet for å motta pengene. Så dette faktum er veldokumentert. Derfor brukte vi det også i programmet. Glaxo-SmithKline tok ikke opp dette spørsmålet med oss før sendingen.

Å lire av seg generelle påstander om feil uten engang å forsøke, eller langt mindre lykkes i å påvise dem i noen konkret form, er en debatteknikk som forklarer noe om hvorfor legemiddelindustrien stadig opplever en tillitskrise i forhold til mediene.

Det mest interessante ved denne saken er imidlertid ikke størrelsen på beløpet, som er betydelig uansett, men det prinsipielle i at fire overleger på denne måten blir brukt i en markedsføringskampanje. Det er flere interessante prinsippsspørsmål som her reises, men GlaxoSmithKline forsøker å kneble denne debatten med sine fåfengte talldiskusjoner og vage formuleringer om at «det trengs klare kjøreregler og stor aktsomhet». Her har de mulighet til å vise aktsomhet, men de sier nei til aktsomhet og ja til markedsføring. Poenget er at det finnes en økonomisk binding som gjør at det kan stilles spørsmål ved disse legenes uavhengighet.

**Arild Aspøy**  
NRK Brennpunkt

### Forekomst og forebygging av strømutykker i arbeidslivet

Det som ikke kan måles, kan heller ikke forbedres. Dette er et kjent uttrykk fra sikkerhetsstyring i verkstedindustrien, uten at jeg kan angi kilde. Lars Ole Goffeng og medarbeidere har meget betimelig publisert en artikkel om strømutykker i Tidsskriftet nr. 17/2003 (1). Jeg frykter at de samtidig,

kanskje utilsiktet, har belyst dette dilemmaet.

Et av hovedbudskapene var at «undermelding av arbeidsulykker med elektrisk årsak er betydelig». Måleparameteren de benytter, er skader per 100 personår, uten at «personår» er nærmere definert. Lokale tillitsvalgte i bransjen har fortalt meg at det er vanlig å benytte dette begrepet, og at det må omfattes synonymt med antall ansatte per år, uten at det er tatt høyde for deltidsstillinger, sykefravær, overtid etc.

Dersom dette er riktig, har man etter mitt syn et inkonsistent måleparameter, som i realiteten gjør det meget vanskelig å følge en utvikling over tid. Arbeidstilsynets praksis med å telle antall ulykker per bransje og år, har etter mitt syn samme svakhet.

Offshore og i den del av verkstedindustrien som betjener offshorebransjen har det i en årrekke vært vanlig å rapportere hendelser etter alvorlighetsgrad (2) og per million utførte arbeidstimer. Det har vært mange diskusjoner om konsistens i disse målingene også, men man unngår i alle fall å få feil både i teller og nevner. Noe tilsvarende burde være mulig i elbransjen, selv om det kanskje krever et forarbeid med å få orden på sine timelister.

**Tor-Finn Granlund**  
bedriftslege  
Aker Verdal AS

#### Litteratur

1. Goffeng LO, Veierstedt KB, Moian R, Remo E, Solli A, Erikssen J. Forekomst og forebygging av strømutykker i arbeidslivet. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2457–8.
2. NORSOK Standard S-012N Helse, miljø og sikkerhet (HMS) ved byggerelaterte aktiviteter. [www.standard.no/standard/index.db2?id=2301](http://www.standard.no/standard/index.db2?id=2301) (20.1.2003).

### L.O. Goffeng og medarbeidere svarer:

Tor-Finn Granlunds konstruktive innspill gir oss anledning til å utdype noen hovedpoenger i vår artikkel.

Det hefter usikkerhet ved våre beregninger. Derfor har vi formulert oss forsiktig når vi har anslått ulykkesforekomst. Nivået avviker neppe vesentlig fra våre beregninger: Grovt sett er estimatene reproduisert i ulike bedrifter og med noe ulike metoder. Det er usikkert om vi over- eller underestimerer ulykkesforekomst: Deltidsarbeid og sykefravær påvirker tallene i motsatt

retning av overtidsarbeid. Metoden er valgt fordi den er anvendelig i ulike bedrifter. Våre estimater er dramatisk høye, sammenliknet med hva som meldes. *Opplevd alvorlighet* som inklusjonskriterium, heller enn ulykke fulgt av fravær, bidrar til dette, men forklarer langt fra hele forskjellen i rapportering. Undermeldingen av ulykker er uansett uakseptabelt stor. Mye kunnskap kan hentes på bedret rapportering, herunder drøfting av mulighet for anonymitet, og av politiets rolle i vurdering av slike ulykker.

Både tilsynsmyndighet og politi har begrensede muligheter til å endre praksis vesentlig. Bedrifter står friere til å utvikle gode rapporteringsprosedyrer, og selv benytte kunnskapen direkte forebyggende. Her er Granlunds påpekning svært viktig. Vi har derimot ikke trengt en like presis indikator som Granlund kan nyttiggjøre seg. Vi har vektlagt telleren (ulykker), og benyttet en pedagogisk forståelig nevner (100 personår). Det bør gripes fatt i uoverensstemmelsen i registrering av ulykker med elektrisk årsak mellom Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap og Arbeidstilsynet.

Målbarhet er viktig. Vårt bidrag til å fremme ulykkesmelding støtter opp under dette.

Men å si at man ikke kan forbedre uten å måle, er kanskje å overdrive: Hindres risikoatferd i det øyeblikket den forekommer, kan vi stå overfor virkemidler som ikke er målbare i klassisk forstand: Arbeidskamerater som viser ansvar for hverandre ved å si fra dersom risikoatferd er under oppseiling, eksemplifiserer dette. Eller det motsatte kan være tilfelle; klimaet/kulturen i bedriften er slik at folk helst ikke sier fra på grunn av negative reaksjoner.

Man kan arbeide forebyggende på ulike nivåer mot tiden *før* (planlegging), *under* (kommunikasjon/kultur) og *etter* (ulykkesanalyse) ulykker/risikoatferd. Ikke alt er like lett å måle på en måte som er direkte anvendbar i forebygging.

Strategiene utfyller hverandre: Administrative sikkerhetssystemer svekkes i organisasjoner som er i endring (1).

Elektrobransjen er for tiden i endring. Det må bevisst og systematisk utvikles supplerende strategier for at ikke sikkerhetsarbeidet skal bli skadelidende i slike perioder.

**Lars Ole Goffeng**  
**Kaj Bo Veiersted**  
**Rune Moian**  
**Eirik Remo**  
**Are Solli**  
**Jan Erikssen**  
Oslo/Nordbyhagen

#### Litteratur

1. Hovden J. Sikkerhetsforskning. En utredning for NFR. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 1998.

## Navneforvirring

Jeg vil være takknemlig for en fornuftig forklaring på de nylige navnebyttene på norske regionsykehus. Som pensjonert lege har jeg ikke helt greid å følge med i navnegaloppen. Jeg ringte derfor Legeforeningen og fikk en klar forståelse av at forvirringen nok er mer utbredt enn jeg ante.

Da jeg først hørte om St. Olavs Hospital i Trondheim falt det meg i hvert fall ikke inn at det kunne dreie seg om Regionsykehuset i Trondheim. Jeg var ikke ukjent med sykehuset eller hospitalet St. Elisabeth, og da måtte vel St. Olavs Hospital være en liknende opprinnelig privat institusjon. Men det var det altså ikke. Likeledes er det med Sykehuset Innlandet, hvor er det? Nå aner det meg riktignok, men den sikkert for øvrig sakkyndige person i Legeforeningen som jeg fikk snakke med, kunne ikke gi noe bastant svar på stående fot. Han henviste til Internett.

Er disse navnebyttene foretatt etter rene lokale innskytelser? Hva var galt med de gamle navnene som var så vel innarbeidet, og som samtidig sa noe om hvor i landet man kunne finne disse institusjonene? Da man i sin tid gikk over fra betegnelsen Sentralsykehus til Regionsykehus ble ikke stedsidentiteten særlig svekket. I en krisesituasjon kan man nå derimot ikke se bort fra at dette i verste fall kan få fatale konsekvenser. Hva med den som ikke har Internett, men bare en telefonkatalog? Behøver man virkelig å gjøre det så vanskelig? Og om man på liv og død absolutt vil endre navn, burde man ikke da beholde det gamle navnet, med det nye i parentes, i en overgangsperiode?

**Tord Høyhilder**  
3184 Borre

## Internasjonale kongresser i Norge bør kunne inngå i spesialistutdanningen

Det arrangeres få internasjonale kongresser i Norge. Brannskadeavsnittet ved Haukeland Universitetssykehus var i september i 2003 arrangør for en stor europeisk brannskadekongress, 10th Congress European Burns Association. Brannskadebehandling er komplisert og med mange aspekter som bare i beskjeden grad dekkes ved ordinære videreutdanningskurs i Norge. Vi søkte derfor allerede i november 2002 om at deltakelse på denne kongressen kunne godkjennes med inntil 20 *valgfrie* kurstimer for spesialistutdanning i anesthesiologi, generell kirurgi og plastikkirurgi.

Etter 16 ukers saksbehandlingstid av slo sentralstyret i februar 2003 søknaden fordi deltakelse i kongresser vanligvis ikke godkjennes som ledd i spesialistutdanningen og fordi medisinfirmaer var invol-

vert i arrangementet (separate satellittsymposier). De tre aktuelle spesialitetskomiteene hadde gått imot godkjenning av kongressen, men med noe forskjellig argumentasjon.

Vi opplevde avslaget om godkjenning som urimelig regelstyrt og uten vurdering av utdanningstilbudets reelle faglige innhold. Både de tre spesialitetskomiteene og sentralstyret synes ensidig å ha hengt seg opp i en passus i gjeldende retningslinjer om at «kurs arrangert av firmaer ut fra økonomiske interesser eller markedsføring ikke godkjennes», og at «utstillinger må plasseres utenfor kurslokalet» (1).

Vi hadde påpekt at satellittsymposier *ikke* var medregnet i det timetall det var søkt godkjenning for. I de generelle spesialistregler heter det at «deltakelse i kongresser godkjennes vanligvis ikke som ledd i spesialistutdanningen». Denne bestemmelsen er ikke til hinder for å godkjenne en kongress der det alternative kurs- og utdanningstilbudet i Norge er begrenset.

En internasjonal kongress innebærer vesentlig høyere kostnader enn tradisjonelle universitetskurs. Inntekter fra utstillere, og eventuelt også fra satellittsymposier, er en forutsetning for å få en akseptabel deltakerpris.

Regelmessig godkjennes ellers valgfrie kurs med temaer som kan være nokså perifere for vedkommende spesialitet. Manglende nasjonal godkjenning gjorde at vi ikke kunne søke europeisk CME-godkjenning, og manglende offisiell meritt begrenset norske assistentlegers muligheter til å delta pga. mangel på støtte fra Fond III.

Vi klaget på sentralstyrets avslag i februar. Etter nye drøye tre måneders saksbehandling vedtok Nasjonalt råd i juni ikke å ta stilling til klagen. Begrunnelsen var noe overraskende at det ikke var klageadgang på sentralstyrets vedtak fordi det ikke dreide seg om et enkeltvedtak i forhold til forvaltningsloven.

Brannskadekongressen, med 600 deltagere fra 48 land, men med skuffende få norske assistentleger, ble faglig meget vellykket.

Vi håper at fremtidige norske arrangører av internasjonale kongresser i større grad vil oppleve støtte og anerkjennelse fra Legeforeningen for det betydelige arbeid som ligger bak et slik arrangement. Tiden er moden for å revurdere den nåværende restriktive praksis for hvilke utdannings tilbud som kan godkjennes som merittende i spesialistutdanningen.

**Henning Onarheim**  
Haukeland Universitetssykehus

#### Litteratur

1. Retningslinjer for vurdering av kurs i relasjon til legers videre- og etterutdanning. Vedtatt av sentralstyret 20. februar 1995, supplert av sentralstyret 23. april 1997. Oslo: Den norske lægeforening, 1997.