

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 privatinstusjon. 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 sakyndige 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 instusjonene? 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 avslø 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 deltakere 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.