

Korrespondanseinnlegg

Korrespondanseinnlegg må ikke overskride **400 ord** (tre manuskriptark i Tidsskriftets format, dobbel linjeavstand og bred marg). **Innlegget undertegnes av alle forfattere** og sendes i tre eksemplarer til Redaktøren, Tidsskrift for Den norske lægeforening, Fjellveien 5, 1324 Lysaker.

CT og pelvimetri

O. Inge Lode konkluderer i sitt innlegg i Tidsskriftet nr. 16/1994 (1) med at bruk av CT-pelvimetri med tverrsnittsbilde bør unngås fordi det gir en økning i stråledose i forhold til konvensjonell teknikk. Forfatteren henviser til dosedata fra litteraturen, sammenstilt i tidligere artikkel (2), stråledoser for tverrsnittsbilder i området 2,4–5,6 mGy. Jeg vil tro at disse dosene refererer seg til gjennomsnittlig absorbert dose. Gjennomsnittlig absorbert dose kan bare settes lik gjennomsnittlig fosterdose dersom hele fosteret ligger i primærfeltet. Etter min oppfatning er følgende konklusjonen bygd på feil grunnlag.

National Radiological Protection Board (NRPB) i England har i sine estimater av fosterdoser ved CT-pelvimetri betraktet den andelen av uterus som antas å ligge i det primære skanvolumet mot slutten av svangerskapet (3, 4). For tverrsnittsbilder regner man at 3% av fosteret ligger i det primære snittet. Gjennomsnittlig fosterdose for ett 10 mm snitt beregnes da til 0,07–0,34 mGy, avhengig av skanner og anvendt mAs. Stråledosen er generelt lineært avhengig av anvendt mAs-produkt. For tynnere snitttykkelser vil stråledosen til foster bli lavere, for multissnitteknikk høyere. For oversiktsbilder beregnes gjennomsnittlig fosterdose til rundt 0,05–0,35 mGy for anteroposteriør projeksjon og 0,01–0,07 mGy for lateral projeksjon. Ved disse undersøkelsene er det antatt at 50% av fosteret ligger i det primære skanvolumet. For konvensjonell røntgenpelvimetri (2 anteroposteriøre og 1 lateral projeksjon) angis til sammenlikning en fosterdose på 0,9 mGy ved bruk av moderne

folier (rare earth) og rasterteknikk.

CT-pelvimetri kan med tanke på stråledose til foster være gunstig i forhold til konvensjonell teknikk. Forutsatt at man holder orden på geometrien, slik at de korrekte mål kan avledes fra bildene, og fortsatt at røntgenavdelingen har CT tilgjengelig til dette formålet, burde CT-pelvimetri ut fra strålehigieniske betraktninger være å foretrekke. Dersom det ut fra hensyn til diagnostisk sikkerhet er ønskelig å supplere undersøkelsen med ett eller to tverrsnittsbilder, burde ikke dette, etter min oppfatning, gi noen vesentlig økning av stråledosen til foster.

Østerås

Hilde M. Olerud
medisinsk fysiker
Statens strålevern

Litteratur

1. Lode OI. CT og pelvimetri. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 1863.
2. Lode OI, Sundalsfoss S, Austad T. Pelvimetri. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 2261–4.
3. Shrimpton PC et al. Survey of CT practice in the UK. Part 2: Dosimetric aspects. NRPB-R249. Chilton: National Radiology Protection Board, 1991.
4. Jones DG, Shrimpton PC. Survey of CT practice in the UK. Part 3: Normalised organ doses calculated using Monte Carlo Techniques. NRPB-R250. Chilton: National Radiology Protection Board, 1991.

Sykmelding og enhetlig praksis

På et grunnkurs i allmennmedisin for kort tid siden ble de 26 deltakerne forelagt seks korte sykehistorier (A–F) med spørsmål om pasienten burde sykmeldes.

Her utelates sykehistoriene da poenget er å vise om leger vurderer likelydende opplysninger likt.

N = 26

Problem	Ja (%)	Nei (%)	Vet ikke (%)
A	46	35	19
B	46	35	19
C	12	88	8
D	85	8	8
E	19	69	12
F	35	42	23

Svaralternativene ja/nei/vet ikke viser ikke de nyanser som kom frem i kommentarene til svarene. Likevel er spriket talende og forteller oss at vi som faggruppe må ta opp et arbeid for å få mer enhetlig vurdering av sykmeldingsspmål. Svarene minner oss også om at rettssikkerheten for våre pasienter ikke er godt nok ivarettatt.

Molde

Dag Brekke

Norsk psykiatri og nazismen

I Tidsskriftet nr. 15/1994 har Nils Johan Lavik en utmerket og saklig artikkel om norsk psykiatri og nazismen (1). I en redaksjonell kommentar fremstår Nils Retterstøls oppfølging av frontkjemperes psykiske reaksjoner etter omtrent 31 år også som et viktig bidrag til dette tema (2). Det jeg imidlertid savner er referanse til Inger Cecilie Stridsklevs omfattende sosialmedisinske etterundersøkelse av frontkjemperes helsemessige påkjenninger og senfølger fra nyere tid (3). Arbeidet er etter min mening seriøst og veldokumentert fullt på høyde med det som ellers trykkes i Tidsskriftet. Ifølge hennes egne uttalelser ble det imidlertid returnert av Tidsskriftet under henvisning til at temaet ikke lenger var aktuelt eller in-

teressant. Denne avvisning står i strid med både Retterstøls redaksjonelle kommentar og Laviks forhåpninger med henblikk på fremtidige forskningsoppgaver. Jeg håper derfor at Tidsskriftet kan beklage sin fordomsfulle og tabubelagte holdning som egentlig viser at det er like vanskelig å omtale frontkjemper i dag som for snart 50 år siden, selv på forskningsmessig bakgrunn. Både Retterstøl og Lavik har imidlertid vist at så ikke lenger er tilfelle og bør æres for det.

En annen grunn til at jeg tar opp dette tema er at jeg savner en omtale av de vel 500 Røde Kors-søstrene som deltok på tysk side under krigen. De ble til tross for at de var beskyttet av Genèvekonvensjonen ilagt strenge straffer i likhet med frontkjemperne. Ikke alle var medlemmer av NS. Det internasjonale Røde Kors protesterte mot denne straffeforfølgning av humanitære innsatser og henstilte til myndighetene at den måtte innstilles. Norges Røde Kors forholdt seg unnfalende og passivt til tross for at forfølgningen var i strid med folkerettslig praksis. Henstillingen ble ikke fulgt. Harald Sund fra Trondheim, som etter krigen var statsadvokat ved Riksadvokatembetet og en av dem som stod sentralt i rettsoppgjøret, uttalte seg om dette til Adresseavisen i september 1990. Frontsøstre som behandlet både venn og fiende i en barmhjertig innsats fortjener en rehabilitering i samsvar med internasjonal folkerett. Norge, var ifølge Hanna Kvanfos innlegg på Dagsrevyen i forbindelse med lansering av hennes bok Dommen, det eneste land i Europa som straffet deltakelse i det tyske Røde Kors. Frontsøstre, som var utstyrt med Røde Kors-legitimasjon, kom også i en sær-

stilling i forhold til norske sykepleiere som arbeidet ved tyske sykehus i Norge. De fikk opptil 3½ års fengsel. Er det ikke på tide at sykepleierne får fjernet landssviksstempelet og at presidenten i Norges Røde Kors, som p.t. er lege, gjør noe med dette? Sykepleierinnsats på humanitært grunnlag bør ikke kriminaliseres!

Oslo

Randolf Alnæs
professor emeritus

Litteratur

1. Lavik NJ. Norsk psykiatri og nazismen. Et historisk prosjekt med ny aktualitet. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 1687-90.
2. Retterstøl N. Norsk psykiatri og nazismen. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 1686.
3. Stridsklev IC. Norske frontkjemper på Østfronten 1941-1945. En sosialmedisinsk undersøkelse. Norsk Tidsskr Arb Med 1992; 13, nr. 6.

Om kvinner i legeyrket

«... Fakultetet tror, at det her kan rejses en væsentlig Betænelighed, idet Kvindens Nervesystem og Helbred neppe vil tillade de omfattende Studier og det Aandsarbejde, der ogsaa for Mænd kan være vanskeligt nok at gennemgaa med uskadt legemlig og aandelig Helbred... Regelen er vel den, at Kvinder, der kommer ind på disse Aandslivets Felter, der ligesom av Naturen ikke er anviste dem, taber sin Kvindelighed, ... saa at man ofte faar det Indtryk at der ved Kvinder av denne Art er noget abnormt, der ikke tillader nogen Tvil om, at Kvinden her er udenfor sitt naturlige Felt.» (Uttalelse fra Det medisinske fakultet om kvinnelige leger i 1884.)

«Kvinnene takler turnusjobbing, ansvar og de beslutninger legeyrket innebærer dårligere enn menn.» (Konklusjon fra legekårsundersøkelsen, presentert i Dagbladet 21.6.1994.)

Det første sitatet har vi kunnet avskrive som en «morsom historie fra gamle dager». Nå, i 1994, 110 år etter, får vi imidlertid dette presentert som en vitenskapelig dokumentert sannhet, offentliggjort i en av landets aviser som resultatet av et seriøst forskningsprosjekt, finansiert av Den norske lægeforening med ni millioner kroner.

Legestatistikk for 1994 fulgte med som bilag til siste nummer av Tidsskriftet. Her kan vi se at det er flere kvinner enn menn blant leger under 30 år og blant studenter, mens menn dominerer stort i aldersgrupper over 30 år. Vi vet at andelen kvinner i ledende stillinger (kliniske, administrative, akademiske) er svært beskjeden (i deler av medisinen ikke-eksisterende). Med dette forskningsresultatet på bordet kan vi neppe regne med endringer i årene som kommer. *Hvilken arbeidsgiver vil ønske å ansette en kvinne i overordnet eller ledende stilling når det er «vitenskapelig dokumentert» at vi ikke tåler ansvar og beslutninger?*

Jeg har tidligere deltatt i et spesialprosjekt om kvinnelige kirurger i Legekårsundersøkelsen, og har også sagt ja til å delta i Legekårsundersøkelsens referansepanel som skal intervjues en gang i året. Etter å ha sett hvordan man bruker Legekårsundersøkelsen til på generelt grunnlag å tillegge kvinner annenrangs personlige egenskaper, vil jeg hermed be meg fritatt fra videre deltakelse i prosjektet.

Jeg regner med at Legeforeningen vil ta initiativ overfor pressen for å rette opp det inntrykket befolkningen har fått av kvinnelige leger gjennom denne artikkelen i Dagbladet. Det er sterkt å oppleve at en fagforening på denne måten stempler en bestemt gruppe av sine medlemmer som utbrente, frustrerte, utslitte, deprimerede, til dels suicidal, ute av stand til å ta ansvar og beslutninger, eller «å komme over tabbene de har gjort».

Bærum

Kirsten Krohg-Sørensen
spesialist i generell kirurgi
og karkirurgi

Legekårsundersøkelsen svarer:

Dersom Legekårsundersøkelsen påstod å kunne dokumentere at «Kvinnene takler turnusjobbing, ansvar og de beslutninger legeyrket innebærer dårligere enn menn», og dessuten hadde brukt Dagbladet til å bekjentgjøre et slikt funn, ville jeg nok gripe til pennen minst like raskt som Kir-

sten Krohg-Sørensen har gjort. Heldigvis er det ikke slik. Ingen ting i våre data antyder noen kjønnsforskjell i takling av jobb, ansvar og beslutninger. Det er heller ikke riktig, som det står i ingressen til dette Dagblad-oppslaget, at «det i disse dager legges siste hånd på Legekårsundersøkelsen», og at «den viser at kvinnelige leger i langt større grad enn menn sliter med sterkt arbeidspress, utbrenthet og depresjoner».

Hvordan kan da dette skje? Det er kanskje ikke nødvendig med så mye forklaring. Legekårsundersøkelsen har her opplevd det over 20 % av alle norske leger har opplevd, nemlig å bli urettferdig og uriktig omtalt i mediene. Som ansvarlig for Legekårsundersøkelsen har jeg hittil avvist de aller fleste henvendelsene fra mediene, og sagt at de fikk komme igjen når vi begynte å offentliggjøre våre resultater. I dette tilfellet hadde journalisten allerede laget en reportasje basert på intervju med 3-4 kvinner, og ønsket i tillegg litt informasjon om Legekårsundersøkelsen. Jeg fikk opplest i telefonen det han hadde tenkt å siere meg på (som bare delvis kom på trykk). Vår indignasjon var stor da vi fikk se produktet, som påpekt fra Krohg-Sørensen side så det nærmest ut som om hele oppslaget var basert på resultater fra Legekårsundersøkelsen.

Jeg har snakket med den ansvarlige redaktør, som beklager den uheldige vinklingen, men også bekrefter det jeg for så vidt visste, nemlig at det ikke er så mye å gjøre med dette nå. Et dementi har ingen effekt. Men hun er åpen for en ny artikkel «hvis vi har noe interessant stoff».

Jeg er svært takknemlig for at vi kan bruke Tidsskriftet til å ta opp denne typen problemer, og håper selvsagt at Kirsten Krohg-Sørensen har så mye tillit til oss at hun ikke trekker seg fra Referansepanelet. Og for at det skal være helt klart: Legekårsundersøkelsens resultater vil aldri bli publisert først i dagsaviser, radio eller fjernsyn.

Lysaker

Legekårsundersøkelsen
Olaf Gjerløw Aasland
forskningsleder

To typer spesialistdiplomer?

I Tidsskriftet nr. 16/1994 (1) er det under rubrikken Nytt fra sentralstyret referert at sentralstyret i møte 27.4.1994 har hatt diskusjon om konvertering av spesialitet på bakgrunn av svensk leges konvertering av spesialitet til norsk spesialitet i henhold til EØS-avtalen.

Det refereres at sekretariatet fremla utkast til to typer diplomer, ett diplom som utstedes til spesialister som oppfyller de norske spesialistregler, og ett diplom som gis til leger som blir godkjente spesialister i Norge på bakgrunn av konvertering av spesialiteten fra annet EØS-land. Sentralstyret vedtok å oversende saken til Statens helsetilsyn med anmodning om at det gis anledning til å utstede to typer diplomer.

I anførte referat utelates noen form for begrunnelse for dette vedtak. Det er ønskelig at sentralstyret kunne fremlegge sine argumenter vedrørende dette. Hva er det sentralstyret ønsker å oppnå? Hvorfor skulle denne distinksjon være ønskelig?

Et annet spørsmål: Var det ikke mer hensiktsmessig om Statens helsetilsyn overtok funksjonen med godkjenning av utenlandske leger?

Lillehammer

Per Borge

Litteratur

1. Nytt fra sentralstyret. Vedtak fra sentralstyrets møte 27.4.1994. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 1873.

Legeforeningen svarer:

Sentralstyret har funnet det hensiktsmessig å utstede to typer spesialistdiplomer som en viktig informasjon til arbeidsgiverne.

Det kan være relativt stor forskjell på realkompetanse i en spesialistgodkjenning avhengig av i hvilket land kompetansen er ervervet. Dette dreier seg ikke bare om utdanningsens lengde selv om man også her innen EØS-området finner ganske store variasjoner. Det vesentlige er likevel at innholdet i spesialiteten naturlig nok er tilpasset landets helsevesen og bl.a. organiseringen av sykehusene, med