

Noen måneder senere meddelte avisen at Karolinska Institutet hadde erklært seg villig til å åpne adgangen for kvinner, men «med den Indrømmelse at Undervisningen i Anatomi skal blive særskilt for de kvindelige Studerende [...]». Det krevdes dog at kvinner skulle ha de samme kunnskapsmål som menn til den «medico-filosofiske Examen» (3). Det skulle imidlertid ennå gå nesten 30 år før den første svenske kvinnelige legen var ferdig utdannet. I Norden var Finland først ute (1878), siden kom Danmark (1885) og Sverige (1888) (4). Blant de nordiske land var Norge aller sist. Stortinget ga kvinner adgang til det medisinske studium i 1887, og Marie Spångberg, gift Holth, (1865–1942) tok medisinsk embetseksamen i 1893 (5). Hun var den første kvinnen som fikk *licentia practicandi* i Norge. Innen utgangen av året 1900 hadde i alt 18 kvinner tatt medisinsk embetseksamen i Norge (4). At kvinnene hundre år senere skulle være i flertall blant medisinstudenter og de unge leger, hadde nok ikke pionerene kunnet forestille seg.

**Aksel Ongre**  
His

#### Litteratur

1. Johannessen LB. Mange kvinner velger legeyrket. Tidsskr Nor Lægeforen 2009; 129: 554.
2. Kvindelige Læger. Aftenbladet 16.7.1869.
3. Kvindelige Læger. Aftenbladet 4.11.1869.
4. Schiøtz A. Å studere medisin – til skade for kvinnens helbred? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3522–3.
5. Larsen Ø, red. Norges leger. Bd. 3. Oslo: Den norske lægeforening, 1996: 68.

En diabetesstudie om dødsårsaker viser at mer enn 50 % av antall selvmord ikke ble innrapportert (feilkodet) (6).

Statistisk sentralbyrå, som koder de diagnostiske opplysninger på dødsmeldingene, publiserer sine data for 2007 først i april 2009, dvs. en betydelig forsinkelse. Dette skyldes ifølge byrået bl.a. mangelfullt utfylte dødsmeldinger og manglende interne ressurser (Gunvor Østevold, personlig meddelelse 24.3. 2009). Alt dette indikerer at ikke legene i tilstrekkelig grad kvalitetssikrer de såkalte rådata og at Statistisk sentralbyrå ikke informerer godt nok om mulig statistisk usikkerhet i Dødsårsaksregisteret. Et annet problem er at dataene fra de ulike tidsperioder ikke uten videre kan sammenliknes, bl.a. fordi antall obduksjoner er redusert fra 8 022 i 1985 til 3 093 i 2006.

Dersom politikerne ønsker å forebygge uønskede hendelser innen helsevesenet, er de avhengige av at Dødsårsaksregisteret har en akseptabel kvalitet. Leger bør kanskje pålegges å levere uavhengige, kvalitetssikrede elektroniske dødsmeldinger relativt kort tid etter at et dødsfall har funnet sted. I dag vet man egentlig ikke hva folk dør av. Hvem har ansvaret?

**Svein Reseland**  
Oslo

#### Litteratur

1. Bøhmer T. Ulykker på sykehus. Aftenposten 20.2.2009.
2. Hafstad A. Høyner standarden på sykehus. Aftenposten 1.2.2009.
3. Gjersøe P, Andersen SE, Mølbak AG et al. Påliteligheten af dødsattester. Reproducerbarheden ved udfyldelsen af dødsattestens diagnoser på patienter indlagt på medicinsk afdeling. Ugeskr Læger 1998; 160: 5030–4.
4. Ekman E, Bäckström M. Attitudes among hospital physicians to the reporting of adverse drug reactions in Sweden. Eur J Clin Pharmacol. 2009; 658: 43–6.
5. Reseland S. Fatale bivirkninger av legemidler. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 786.
6. Skriverhaug T, Bangstad HJ, Stene LC et al. Long-term mortality in a nationwide cohort of childhood-onset type 1 diabetic patients in Norway. Diabetologia 2006; 49: 298–305.

#### ■ RETTELSE

Færre kalorier gir bedre hukommelse

*Åslaug Helland*

Tidsskr Nor Lægeforen 2009; 129: 611

I Tidsskriftet nr. 7/2009, på side 611, i midtspalten skal riktig ordlyd være: «Epidemiologiske undersøkelser har vist at høy kroppsmasseindeks midt i livet korrelerer med høyere prevalens av Alzheimers sykdom sent i livet.»

## Dødsårsaksregisteret har for dårlig kvalitet

I det siste har spørsmålet om innmeldte unaturlige dødsfall til Dødsårsaksregisteret blitt debattert i dagspressen (1, 2). I den anledning er det ingen som har påpekt hovedproblemet, nemlig at kvaliteten på Dødsårsaksregisteret er så dårlig at det i liten grad er egnet til administrative og forskningsmessige formål (3).

En nylig publisert studie viser at de fleste leger unnlater å innrapportere alvorlige bivirkninger, og at 38 % aldri har rapportert én eneste bivirkning (4). Dette er for øvrig i tråd med tidligere publiserte studier som viser at omtrent 90–99 % av alvorlige bivirkninger ikke innrapporteres, og at det i verste fall kan være flere tusen årlige legemiddelrelaterte dødsfall som ikke innrapportertes (5).