

## Screening för att upptäcka kvinnovåld i primärvården

■ Våld mot kvinnor är ett vanligt och allvarligt hälsoproblem som ofta inte blir synliggjort i sjukvården. Nyligen har det brittiska hälsovårdsministeriet rekommenderat att kvinnor rutinmässigt ska tillfrågas om de utsatts för våld. Om screening är en framkomlig väg utvärderas i en undersökning som gjorts på ett primärvårdsmaterial från östra London. Området präglas av låg socioekonomisk standard med många invandrare, vilket avspeglas i de höga prevalenssiffrorna.

Av de 1 035 kvinnor som besvarade enkäten hade 41 procent någon gång utsatts för fysiskt våld av nuvarande eller tidigare partner. 17 procent hade upplevt fysiskt våld under det senaste året. Bland kvinnor som någonsin varit gravida hade

15 procent upplevt våld under graviditeten, och detta våld var ofta grövre. Att vara skild, att ha varit gravid under föregående år, att vara under 45 år och att vara arbetslös utgjorde riskfaktorer.

Vid journalgranskning beräknades att endast 7 procent av kvinnovåldet registrerades. 4 procent av kvinnorna hade tillfrågats av sin doktor om våld, och 32 procent av dem som utsatts för våld hade själva berättat för sin doktor. Detta tyder på en tendens bland doktorerna att underregistrera vid journalföring. 20 procent av kvinnorna ville inte bli utfrågade om våld när de söker för något annat. 42 procent ville helst tala med en kvinnlig läkare.

Eftersom gravida kvinnor är en fram-

trädande riskgrupp stödjer detta screening för våld under graviditet. Sverige ligger här i frontlinjen, och screening bland gravida håller på att införas vid mödravårdscentralerna. Att införa allmän screening är dock tveksamt med tanke på att så många kvinnor tycks vara emot det. Dock måste vi som läkare alltid ha risken för våld i våra patienters liv i åtanke.

**Elisabeth Tönnesen**

*elisabeth.tonnesen@hlm.pv.lul.se*

*Richardson J, et al. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. BMJ 2002;324(7332):274*

## Flera förändringar i kortisolmetabolismen vid övervikt

■ Det metabola syndromet, inkluderande övervikt, hypertoni, hyperlipidemi, insulinresistens m m uppvisar många likheter med Cushings syndrom. Detta är förvånande eftersom man inte finner förhöjda cirkulerande kortisolnivåer vid metabolt syndrom.

Vi har undersökt hypotalamus–hypofys–binjure(HPA)-axelns känslighet och glukokortikoidmetabolismen hos 35 män och 40 kvinnor med varierande kroppsvikt och insulinresistens. Känsligheten för stimulering av HPA-axeln var inte förändrad hos överviktiga män. Hos kvinnor fanns en viss positiv korrelation mellan övervikt och såväl ACTH-som kortisolrespons.

Mycket tydligare var dock förändringarna i glukokortikoidmetabolismen.

Hos både män och kvinnor med övervikt fanns en nedsatt förmåga att i levern aktivera kortisol från tillfört kortison, samtidigt som utsöndringen av glukokortikoidmetaboliter ökade med tilltagande övervikt. 16 män och 14 kvinnor genomgick en subkutan abdominell fettbiopsi. Överviktiga individer hade en klart ökad förmåga att i fettväven aktivera kortisol från kortison, dvs de har en uppreglering av det enzym som katalyserar denna aktivering; 11  $\beta$ -hydroxysteroid-dehydrogenas typ 1, 11  $\beta$ -HSD1, i fettväven.

Sammantaget visar dessa studier flera förändringar i glukokortikoidmetabolismen hos båda könen vid övervikt, där en minskad aktivering av kortisol i levern tillsammans med en ökad clearance av glukokortikoider kan tänkas ge en se-

kundär aktivering av HPA-axeln. Detta leder till en ökad glukokortikoidproduktion i binjurerna, vilket förser fettväven med ytterligare substrat för en lokalt ökad kortisolbildning. En lokalt ökad kortisolhalt kan vara av avgörande betydelse för de kliniska manifestationerna av det metabola syndromet och är ett nytt tänkbart mål för farmakologisk intervention.

**Eva Rask**

*eva.rask@orebroll.se*

*Rask E. Neuroendocrine studies in obesity and insulin resistance. Avhandling. Umeå Universitet. Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin. New Series No 772. ISBN 91-7305-197-7, ISSN 0346-6612*

## Praktiska råd om samtal med svårt sjuka

■ Människor med svår sjukdom har ofta behov av att tala om existentiella frågor. Delar av Working Group on Religious and Spiritual Issues at the End of Life, huvudsakligen läkare, har i JAMA publicerat praktiska råd om hur läkare bättre kan samtala när patienter eller anhöriga tar upp sådana ämnen. Många läkare känner osäkerhet inför dessa samtal och undviker dem därför om möjligt.

En del patienter tar själva upp andliga frågor. Också om frågor inte tas upp ligger ofta den sjukes andliga/religiösa syn till grund för ställningstaganden om behandlingar. Lösryckta från sitt sammanhang kan den behandlande läkaren finna patientens/anhörigas ställningstaganden orimliga. Om anhöriga väntar på mirakel när man inte långt med att bara

förklara respiratorpatientens medicinska prognos. När en patient tillfrågas om han skulle önska hjärtåterupplivning ger doktorn en redovisning av prognosen, medan patienten försöker reda ut om det är Guds vilja att en sådan åtgärd skall tillgripas. Det är alltså inte chansen att överleva patienten i första hand behöver prata om.

Artikelförfattarna varnar för att försöka lösa olösbara problem eller svara på obesvarbara frågor samt att gå utanför läkarrollen och pådyvla en patient sin egen religiösa åskådning. Läkaren måste också akta sig för att gå in med ytliga lugnande försäkringar. Om läkaren snabbt ingriper och försäkrar att cancer inte är ett straff från Gud hindrar han kanske patienten att ta upp andra känslor

laddade frågor. Det påpekas också att läkaren måste värna om sin egen integritet och inte säga eller göra något som strider mot den egna livsåskådningen.

Artikeln förtjänst är att den utgår från en klinisk vardagsverklighet (repliker i fallbeskrivningarna känns möjliga), att den försöker avgränsa läkarens uppgift och att det är viktigt att understryka att det inte är samma sak för patienten att tala med läkaren som att tala med prästen.

**Reet Arnman**

*Reet.Arnman@lime.ki.se*

*Lo B, et al. Discussing religious and spiritual issues at the end of life. JAMA 2002;287(6):749-54*