

da sig och har liksom kvinnor anledningar att avstå från att söka hjälp. Inte heller tillfrågas våldsutsatta grupper av män. Det befäster en syn på män där man inte tänker på dem som brottsoffer samt att de är kapabla att ta hand om sig själva.

Risken finns att den här attityden till kvinnor, där det inte räcker med att informera om vart man vänder sig, bidrar till att förstärka bilden av kvinnan som passiv. Hon klarar inte att på eget initiativ söka hjälp i enlighet med det informationsmaterial hon får. Hon måste konfronteras med en fråga. Om hon blivit utsatt för våld är hon inte betrodd med att välja när eller till vem hon skall anförtro sig.

Om hon fattar beslutet att inte längre tala om våldet eller övergreppen kanske hon inte vill tala med barnmorskan det första hon gör. Vid brott som ger två års fängelse eller mer, kan vårdpersonal anmäla brott. Kanske kvinnan bedömer att det är bäst för henne att sätta sig i säkerhet innan våldsbrotten blir kända.

Vården måste motivera

Enligt min mening måste vården tydligare motivera rutinfrågor om våld och övergrepp i mötet med patienten. Man bör motivera varför vården ställer frågorna och motivera varför vissa grupper blir tillfrågade.

Ett samhällsproblem också

Ytterligare en aspekt som behöver lyftas fram är att detta är ett strukturellt samhällsproblem. Det räcker inte med att individen bryter upp. Problemet med kvinnomisshandel är inte löst när kvinnan anmäler brottet och lämnar förövären.

Myndigheter måste ha beredskap att på ett adekvat sätt möta en ökad anmälningsfrekvens, om detta blir resultatet. Om man vill få brottsoffer att anmäla måste samhället bevisa att man klarar handläggningen samt att utdöma straff. Idag leder alltför få våldsbrott mot kvinnor till straff.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referens

1. Socialstyrelsen. Våldsutsatta kvinnor. Ett utbildningsmaterial för hälso- och sjukvårdens personal. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.

Livslängdsstatistik och PSA i primärvården

I LT 48/2003 (sidorna 4014-5) dyker ett befolkningsstatistiskt problem upp i inlägget av Ola Bratt och repliken av Peter Lindvall om PSA i primärvården. Bratt skriver: »Symtomfria män med förväntad kvarvarande livstid understigande 10–15 år har nästan ingen chans att vinna något på att få PSA kontrollerat och dessa bör aktivt avrådas från provtagning.»

Det är tyvärr ovanligt att en medicinsk författare som använder sådana mått uppger någon källa för sin uppskattning av den förväntade kvarvarande livstiden. Det finns stora möjligheter till missförstånd, och inte minst väsentligt är ju hur läsarna uppfattar saken i ett fall som detta, om de vill omsätta uppmaningen i praktiken. Ett klargörande från Bratt vore därför välkommet.

Begreppet medellivslängd

Med åren har jag blivit alltmer övertygad om att inte bara massmedierna, utan även kolleger, oftast har en oklar uppfattning om hur begreppet medellivslängd förhåller sig till återstående medellivslängd. Medellivslängd i en befolkning är återstående medellivslängd vid födseln och säger inte mycket om hur länge en 65-åring i genomsnitt har kvar att leva. De enda uppgifter som alla har en uppfattning om är ju medellivslängden vid födseln, de andra är litet krångligare att få tag i.

SCBs statistik

Statistiska centralbyrån publicerar fortlöpande data som varje läkare borde bekanta sig med, inte minst i dessa prioriteringstider. På nätet finns t ex en tabell över »Återstående medellivslängd för åren 1751–2002« som är ganska lärorik (<http://shorl.com/dinikosotrafu>). Om vi håller oss till män och förkortar bort decimaler ser vi att den sk medellivslängden har ökat från 34 till 78 år sedan

Replik:

Vem lever troligast 10 år till: kärnfrisk golfare, 81, eller rökande hypertoniker, 68?

Att uppskatta en individs återstående livstid är erkänt svårt. Daléns påpekande att man inte får förväxla denna med avståndet till medellivslängden är viktigt, men förhoppningsvis välkänt för såväl allmänläkare som urologer.

Tyvärr ger ju inte heller tabeller för genomsnittlig förväntad livslängd i olika åldrar något mer än en fingervisning i



Den återstående medellivslängden för 65-åriga män har ökat från 10 till 17 år sedan 1700-talet.

1700-talet, vilket medicinen delvis kan ta åt sig äran av. Men återstående medellivslängden för 65-åringar har bara ökat från 10 till 17 år: 4 år under 1900-talet och 3 år dessförinnan. Det är ju inte lika strålande.

En mer detaljerad redovisning som SCB trycker varje år i sin bok »Befolkningsstatistik del 4« (tabell 4.13) kan ge svar på när svenska män statistiskt sett har 10–15 år kvar att leva. År 2000 inföll 10-årsgränsen vid 75 år och 15-årsgränsen vid 67. Dessa data avser ju inte enbart friska personer, utan ett genomsnitt. En helt frisk 75-åring bör faktiskt ha klart mer än 10 års återstående medellivslängd!

En ovanligt kunnig läsare av Bratts inlägg skulle alltså kunna översätta hans påstående till att tidigast någonstans mellan 67 och 75 blir det meningslöst att ta PSA på symtomfria män. Att medellivslängden är 78 år leder naturligtvis alldeles fel. Andra gör kanske en individuell bedömning helt på fri hand, vilket bara kan vara försvarbart om patienten redan har en sjukdom som ger klart förhöjd dödsrisk.

Per Dalén

med dr, docent, Viken
pdalen@algonet.se

det enskilda fallet, precis som Dalén skriver. Vem har störst chans att leva 10 år till: en golfande, kärnfrisk 81-åring eller en 68-årig rundnätt, rökande hypertoniker med diabetes typ 2?

Ola Bratt

urolog, Helsingborgs lasarett
ola.bratt@helsingborgslasarett.se