

kroppen är att undvika termen »kvinno-misshandel«, då den utesluter samkönad partnermisshandel. Använd »partnermisshandel« eller »partnervåld« i stället. För att överhuvudtaget få klarhet i kvinnans – eller mannens – sexuella läggning eller könsidentitet, och om den i så fall kan ligga till grund för det våld som de utsatts för, bör läkaren fråga om patienten vill berätta om det kan finnas några skäl till det han eller hon blivit utsatt för. Och låt aldrig någon som medföljer patienten automatiskt följa med in i undersökningsrummet. Det kan röra sig om förövaren.

– Bland myndigheterna tycker jag att polisen får ett mycket bra betyg ifråga

om bemötande av hbt-personer som utsatts för våld. Polisen har stor vana av alla typer av våld. Också på vissa håll inom hälso- och sjukvården fungerar det bra. Södersjukhusets akutavdelning är exempel på det, men där har personalen fått en stor vana av den här typen av våld, säger Anneli Svensson.

Många väljer dock att inte uppsöka den traditionella hälso- och sjukvården för att få hjälp om de lever i ett förhållande där våld förekommer. De lokala kvinnojourerna uppfattas ofta som »heterosexuella«, vilket gör att man drar sig för att ta kontakt även med dessa.

– För att få hjälp mot den stress och annat som följer av det våld man utsätts

för vänder sig många i stället till privata läkare eller till alternativa vårdformer, såsom naprapater och kiropraktiker. Man väljer gärna något där man kan känna sig lite anonym, säger Anneli Svensson.

RFSLs brottsofferjour har nu fått avslag på en ansökan om statsbidrag för att permanenta jouten efter sju års projektfinansiering. En motivering till avslaget är, enligt Anneli Svensson, att jouten har en annan målgrupp än våldsutsatta kvinnor.

Peter Örn

[peter.orn@lakartidningen.se](mailto:peter.orn@lakartidningen.se)

## Folkhälsorapport 2005

# Fler överviktiga men inte fler diabetiker

**Trots att andelen överviktiga och feta i samhället ökar kraftigt, bland kvinnor i åldrarna 16–34 år har andelen sexdubblats sedan början av 1980-talet, ökar inte andelen insjuknade i diabetes. Det visar Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2005.**

Medellivslängden i Sverige fortsätter att öka, samtidigt som spädbarnsdödligheten är lägst i världen efter Japan. Den främsta enskilda orsaken till ökad medellivslängd är minskad dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar till följd av bättre matvanor, minskad rökning och förbättrade medicinska insatser.

Bland annat har drygt 3 000 liv kunnat räddas varje år de senaste 15 åren till följd av förbättrad kranskärlsjukvård. Kvinnornas medellivslängd är nu 82,4 år, vilket är 4,5 år mer än männens.

Bland de orostecken som Folkhälsorapport 2005 pekar på är den ökade psykiska ohälsan och alkoholkonsumtionen samt att antalet sjukskrivningar ökar. Dessa försämringar gäller främst kvinnor. För både män och kvinnor ökar också andelen som upplever besvär av värk, men också ifråga om det är kvinnor mer drabbade än män.

Även ifråga om alkoholrelaterade sjukdomar finns en stigande trend bland kvinnor i åldrarna 45–74 år den senaste tioårsperioden. För män under 65 år har dödligheten i alkoholrelaterade sjukdomar minskat sedan 1980-talets början, trots en kraftigt ökad alkoholkonsumtion de senaste tio åren. Förklaringen tros vara ett förändrat konsumtionsmönster, från sprit till öl och vin. Mäns dödlighet till följd av alkoholrelaterade sjukdomar är dock fyra gånger högre än kvinnornas.

För personer över 65 år har det skett en rad hälsoförbättringar de senaste 25 åren, visar folkhälsorapporten. Det handlar om förbättrad rörelseförmåga till följd av bland annat höftleds- och knäledsplastik, förbättrad syn till följd av starroperationer och en avsevärt förbättrad tandhälsa.

Svenska barn och ungdomar har i internationell jämförelse mycket god hälsa. De orosmoln som finns är att psykiska symtom som nervositet, huvudvärk och ont i magen har ökat sedan mitten av 1980-talet. Dessutom ökar andelen barn och unga med astma och allergier.

De sociala skillnaderna i ohälsa har förblivit oförändrade de senaste 25 åren, och svenskar med utländsk bakgrund rapporterar sämre hälsa än de som är födda i Sverige. (LT)

## Kvinnliga läkares medianlön 5 100 kronor lägre

Medianlönen för kvinnliga landstingsanställda läkare var förra året

45 000 kronor i månaden, vilket var 5 100 kronor lägre än medianlönen för

de manliga kollegerna. En klar tendens är också att kvinnodominerade specialiteter, till exempel barnpsykiatri, geriatrik och hud, har lägre lönenivåer än specialiteter med en liten andel kvinnor, som kirurgi, urologi och ortopedi.

Det senaste årets löneutveckling för samtliga var 2,3 procent.

De senaste tio åren har lönerna för landstingsanställda läkare ökat i snitt 50 procent.

ST-läkarnas löner har under den tiden ökat med 60 procent.

Läs hela lönestatistiken uppdelad på specialitet, kön, befattning och landsting på [www.slfl.se](http://www.slfl.se) (LT)

**Månadslön för landstingsanställda läkare**, november 2004, inklusive kommunala bolag och S:t Görans sjukhus. Fördelning per befattning.

Befattning	Antal	Medellön	10:e percentil	Median	90:e percentil
Verksamhetschef	1 140	62 775	55 500	62 500	72 250
Annan chef	323	59 469	52 800	59 600	68 000
Överläkare	8 757	52 075	46 674	51 500	58 200
Distriktsläkare	3 210	52 239	47 000	51 800	58 400
Specialistläkare	2 877	43 887	40 000	43 600	48 386
Underläkare ST, leg	4 942	33 401	30 100	33 000	37 000
Underläkare AT, ej leg	1 555	24 452	21 500	24 000	28 000
Samtliga	22 804	45 774	30 600	48 500	58 300