

Seksualanamnesen på medisinstudiet



Å. Haugstvedt & H. Moi tar i en tankevekkende kasuistikk i Tidsskriftet nr. 1/2014 opp viktige temaer og stimulerer til diskusjon (1). Forfatterne oppfordrer særlig fastleger til å søke kunnskap og snakke om seksualitet, men kanskje behøver leger innen de fleste spesialiteter økt viten om emnet?

En nordamerikansk studie viste at 25 % av allmennleger rutinemessig spurte sine pasienter om seksuelle forhold. Et flertall blant dem som ikke tok opp slike problemstillinger, oppga som årsak at de følte de hadde for liten trening i å ta opp seksualanamnese og å gi råd ved seksuelle problemer. Andre studier har vist at 42–62 % av medisinstudenter syntes de hadde fått mangelfull opplæring i seksualitet (2). Det er usikkert i hvilken grad disse tallene kan overføres til norske forhold, og vi kjenner ikke til tilsvarende studier her til lands.

I 2012 gjennomførte vi en undersøkelse om hvilken undervisning som blir gitt om seksualitet ved norske læresteder for medisin (3). Resultatene viste blant annet at det ble gitt mye opplæring i prevensjon og seksuelt overførbare sykdommer. Kun i Oslo ble det forelest spesifikt om seksuelle minoriteter, som lesbiske, homofile og transpersoner. Undervisningen i kommunikasjon om seksualitet besto i hovedsak av teoretisk gjennomgang av seksualanamnese.

Haugstvedt & Moi hevder at mange leger i liten grad spør om seksuelle forhold. Mulige forklaringer oppgis å være sjenanse, frykt for å støte pasienten, mangel på kunnskap samt fordommer mot seksuelle minoriteter. I hverdagen er leger rett som det er, og om vidt ulike temaer, nødt til å stille pasienter spørsmål som kan virke støtende. Pasienter kan nok synes det er ubehagelig at legen har et åpent syn på hvilke seksuelle preferanser pasienten har og bli forundret over spørsmål rundt det. Men hensynet til god ivaretagelse av pasienter uavhengig av seksuell praksis burde gå først. Haugstvedt & Mois kasuistikk viser hvilke potensielt alvorlige følger mangelfull seksualanamnese kan få. De siste 20 årene har det vært gitt omfattende opplæring i klinisk kommunikasjon ved de norske studiestedene. Forskning har vist at kommunikasjon og intervjuferdigheter kan læres (4). Kanskje kunne en mer praktisk tilnærming i medisinstudiet, med bedret opplæring i kommunikasjon om seksualitet, gjort kommende leger mer bekvemme med å snakke om temaet?

Sverre Myren
sverre@myren.nu
Katrine Melby

Sverre Myren (f. 1986) er turnuslege ved Tangen legekantor, Stjørdal. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Katrine Melby (f. 1982) er turnuslege ved Orkdal sjukehus/St. Olavs hospital. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Haugstvedt Å, Moi H. En mann i 30-årene med utflod og dysuri. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 48–50.
- Shindel AW, Parish SJ. Sexuality education in North American medical schools: current status and future directions. J Sex Med 2013; 10: 3–17.
- Myren S, Melby K. Seksualitet i medisinstudiet – en mer praktisk tilnærming? Utposten 2013; nr. 4: 32–4.
- Gude T, Anvik T, Bærheim A et al. Undervisning i klinisk kommunikasjon for medisinstudenter i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2277–80.

Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 17.1. 2014. <http://tidsskriftet.no/article/3122290/>

Å. Haugstvedt & H. Moi svarer:

Vi er helt enige med Myren & Melby om at alle leger (ikke bare fastleger) synes å ha behov for økt kunnskap om menn som har sex med menn og seksuell helse/smitterisiko. Mange av våre pasienter på Olafiaklinikken har vært på legevakt eller på sykehus uten at seksualanamnese er tatt opp og/eller at prøver for seksuelt overførbare infeksjoner er tatt. Spørsmål om seksuell praksis handler heller ikke bare om kartlegging av infeksjoner, men også om livskvalitet.

I en dokumentar på radio beskriver Thomas Nylund hvordan han etter en stomioperasjon følte at helsepersonellet opplevde det som pinlig å snakke om hvilke begrensninger operasjonen kunne få for hans seksuell liv som homofil (1). Spesialist i allmennmedisin og fastlege Mari Bjørkman viste i sin avhandling *Lesbisk selvtilit-lesbisk helse. Utfordringer og mestringsstrategier hos lesbiske kvinner* (2) at det for lesbiske var viktig å bli sett som den man er hos legen og at denne informasjonen kunne være medisinsk relevant. Liknende arbeid er ikke gjort blant homofile menn i Norge, men vi vil anta at også disse vil kunne oppleve det som bra «å bli sett som den man er» (3). Myren & Melby har et viktig poeng hva angår mangelfull opplæring i seksualitet på medisinstudiet. En metode kan være bruk av rollespill o.l. for å øve opp evnen til å snakke med en pasient om hans/hennes seksuelle praksis på en respektfull måte. Også medisinstudenters holdninger til seksuelle minoriteter bør settes på dagsorden i løpet av studiet slik at nyutdannede leger er bevisst sine eventuelle fordommer. En lege som overfor sine pasienter uttrykker fordommer mot homofile, bifile, lesbiske eller transpersoner, bør, etter vår mening, ikke jobbe i pasientrettet virksomhet.

Åse Haugstvedt
aahaugs@online.no
Harald Moi

Åse Haugstvedt (f. 1963) er overlege ved Olafiaklinikken, Oslo universitetssykehus. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Harald Moi (f. 1942) er professor emeritus ved Olafiaklinikken, Oslo universitetssykehus. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- NRK. P3 dokumentar: De flaua legene. www.nrk.no/lyd/p3_dokumentar_de_flaua_legene/E8F51B527C12431B/ [26.1.2014].
- Bjørkman M. Lesbisk selvtilit – lesbisk helse. *Utfordringer og mestringsstrategier hos lesbiske kvinner*. Doktoravhandling. Bergen: Universitetet i Bergen, 2012.
- Bjørkman M, Malterud K. Being lesbian – does the doctor need to know? *Scand J Prim Health Care* 2007; 25: 58–62.

Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 26.1.2014. <http://tidsskriftet.no/article/3122290/>

Sex og risiko

I Tidsskriftet nr. 1/2014 mener Mette Brekke i en kommentar (1) til vår kasuistikk (2) at denne var i sjangeren udugelig fastlege versus superspesialist. Poenget med artikkelen var imidlertid ikke at vi på Olafia kan diagnostisere en gonorré- eller hivinfeksjon. Det er dette vi driver med. Men mange av våre pasienter med genitale symptomer har vært hos leger der verken seksualanamnese eller prøver for seksuelt overførbare infeksjoner er blitt tatt. Fordi vi også har funksjon som kompetansetjeneste, er det vår oppgave å formidle informasjon/kunnskap om seksuelt overførbare infeksjoner til fastleger og legevaktleger. Mange kontakter oss fordi de føler seg usikre på området, og det er forståelig.

Screening av menn som har sex med menn gjelder selvsagt ikke homofile menn i monogame parforhold. Men på grunn av den høye

>>>

prevalensen av gonoré og syfilis blant menn som har sex med menn samt alvorlighetsgraden av en udiagnostisert hiv- eller syfilisinfeksjon, støtter vi Folkehelseinstituttets anbefalinger om årlige kontroller i denne gruppen (ev. oftere dersom seksuell praksis skulle tilsi det). Menn som har sex med menn utgjør en minoritet og vil trolig ikke medføre en større belastning i fastlegenes hverdag. De fleste prøvene kan dessuten tas som selvtest eller med en enkel blodprøve. Hivinfeksjoner i Norge smitter oftest fra menn som ikke vet at de er smittet, og smittsomheten er særlig stor de første månedene etter smitte. For å kunne gjennomføre en slik screening må legen kjenne sine pasienters seksuelle orientering. I 1990-årene var syfilis nesten utryddet i Norge. Nå ser vi nye tilfeller hver uke på Olafiaklinikken, de aller fleste blant menn som har sex med menn. Her må fastlegene trå til for å stoppe spredningen!

Kanskje spesielt for leger (selektert gruppe med trolig høyere grad av selvdisiplin enn gjennomsnittet i befolkningen) kan det være vanskelig å forstå at mennesker utsetter seg for risiko, enten det dreier seg om sex, usunn mat, basehopping, bilkjøring uten bilbelte m.m. Men vi må forholde oss til virkeligheten, og enkelte er faktisk ikke klar over risikoen de utsetter seg for. Andre igjen kan ha et selvdestruktivt handlingsmønster av ulike årsaker. Skal vi «kreve en holdningsendring» av alle som ikke gjør som vi sier? Skal leger la være å kontrollere og behandle diabetespasienter som ikke følger kostrådene som gis? Selvfølgelig ønsker vi på Olafia at flere skulle bruke kondom, men seksuelt overførbare infeksjoner kan også smitte ved oralsex, og det er ikke realistisk å forvente kondombruk ved denne type sex. De homofiles interesseorganisasjoner utgjør en viktig pådriver i forhold til forebygging av seksuelt overførbare infeksjoner, inkludert hiv. En eventuell «pekefinger» må komme fra deres egne. Kommer den fra helsepersonell, er vi redde for at menn som har sex med menn får en enda høyere terskel for å oppsøke helsevesenet. Det er i alles interesse at flest mulig med seksuelt overførbare infeksjoner og hiv diagnostiseres og behandles så tidlig i forløpet som mulig (også for å forhindre videre smitte-spredning).

Åse Haugstvedt
aahaugs@online.no
Harald Moi

Åse Haugstvedt (f. 1963) er overlege ved Olafiaklinikken, Oslo universitetssykehus.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Harald Moi (f. 1942) er professor emeritus ved Olafiaklinikken, Oslo universitetssykehus.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Brekke M. Hensiktsmessige anbefalinger? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 51.
2. Haugstvedt Å, Moi H. En mann i 30-årene med utflod og dysuri. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 48–50.

*Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 14.1. 2014.
http://tidsskriftet.no/article/3122465/*

Anonym

I nr. 1/2014 gir Tidsskriftet rom til kategorien «anonym», et rom for en som faller utenfor de snevre rammer (1). Dette er bra. For litt over et år siden fikk en annen anonym person spalteplass til å beskrive narsissistenes herjinger (2). Nå får vi høre om den nyutdannede som får håpet lagt i grus om en fremtid med sin utdanning. Stoppet av fordommer og kastet ut i kampen blant alle de

andre for å finne en vei. En alvorlig psykologisk lidelse kom i veien, og denne antakelig unge person behøver noe som er mellom administrative forenklinger. Det handler om interesse og fantasi for å forsøke noe for en som kan hende kunne komme videre.

Vi får vite at han har atskillig å støtte seg til når han ber om å få hospitere, men altså til nå er blitt stoppet av fordommer. Det er lite som skal til. En interessert lege som veileder, en avdeling som er romslig nok, nært samarbeid med dem som har hjulpet så langt – og penger som synes tilgjengelige fra Nav. Det kan lykkes eller det kan mislykkes. Om det ikke går bra, så er det erfaring som kan gjøres tydelig og dermed bli fremgang. Er det rom for disse som behøver noe utenfor kategoriene og det praktisk velsmurte og aller helst enkle? Hvis ikke, bør vi vel være varsomme med forstavelen «human» i mer enn en sammenheng.

Arnulf Gjestland
arnulf.gjestland@enivest.net

Arnulf Gjestland (f. 1933) er pensjonert psykiater.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Anonym. Oppgitt turnuslege. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 62.
2. Gode råd til en mulig varslar. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 2261–2.

*Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 4.2.2014.
http://tidsskriftet.no/article/3122840/*

Ris til egen bak



I Tidsskriftet nr. 2/2014 omtaler presidenten dommen i Høyesterett som fant at leger i spesialisering faller under kategorien praksisarbeidere, noe som åpner for midlertidig ansettelse. «Ole Ivar? Nei, da må du bytte navn,» sier mannen i reklamen. Tilsvarende spør jeg: Hvem har gitt oss navnet lege i spesialisering (LiS)? Det innebærer en grov undervurdering av vår kompetanse. Hva så med betegnelsen assistentlege? Vi er da ikke assistenter etter 7,5 år med utdanning. Assisterer for

hvem? Betegnelsen «LiS» sier at du er i ferd med å bli noe, men ikke er kommet helt dit ennå. Det er det pasientene kommenterer, og jeg regner med at det er det Høyesterett hører.

Er vi under utdanning til vi er overleger/spesialister? Dersom du ikke er spesialist, så er du kun en assistent? Nei, jeg har ansvar som tilsier mer enn som så, et ansvar jeg tar og mestrer. Overlegene har også krav om kurs og praktiske ferdigheter etter oppnådd spesialisering. Under spesialisering er vi hele livet.

Hvorfor aksepterer vi å bli kalt leger i spesialisering? Det høres ut som man er under utdanning. Hvordan skal da Høyesterett forstå dette dersom vi ikke verdsetter oss selv høyere?

Lizeth Lind Jørgensen
lizeth_ll@hotmail.com

Lizeth Lind Jørgensen (f. 1979) er lege i spesialisering og fastlege.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

*Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 4.2. 2014.
http://tidsskriftet.no/article/3108149*