

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. Assisterter 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*