
Den första gynekologiska undersökningen

RAISA CACCIATORE

En ung flicka kan komma till en gynekologisk undersökning av många orsaker. Ibland är besöket bekymmerslöst, ibland färgas det av negativa och skrämmande föreställningar. Varje besök bör bedömas av en professionell person inom hälso- och sjukvården från patientens synpunkt så att hon kan erbjudas de tjänster som hjälper henne bäst. En ung flickas förväntningar, rädslor och attityder inverkar kraftigt på hennes beteende. Den fysiska utvecklingen går ofta framför den psykiska. Den konfliktfylldhet som hör ungdomen till kan också leda till förlägenhet på mottagningen. Den gynekologiska undersökningen kräver speciell känslighet och hänsynsfullhet mot patienten. Det är expertisen som ansvarar för att besöket styrs på ett sätt som känns tryggt och uppbyggligt för den unga patienten. Förtroende är speciellt viktigt i vårdrelationen när det gäller en ung patient. Att ta upp en sexualhälsoanamnes borde vara en naturlig del av mottagningen. En intervju är också en intervention som inverkar på en ung människas liv och attityder. Hon ska inte övertalas att gå med på en inre undersökning, ofta kan inspektion av de yttre genitalierna och en ultraljudsundersökning ersätta den. Undersökning av bröstet och genitalierna eller laboratorieundersökningar behövs sällan för att inleda behandling med p-pillar. Uppföljning med cellprov ska inte inledas förrän det har gått tre år sedan den sexuella debuten med samlag inleddes. En flicka som har blivit ofredad sexuellt innebär en speciell utmaning på mottagningen. På rådgivningen bör moraliserande undvikas och den unga flickan i stället uppmuntras att skydda sig själv. Erfarenheterna av den första gynekologiska inre undersökningen kan i hög grad påverka hur en ung flicka senare förhåller sig till sin kropp, till sin sexuella hälsa och till framtida besök hos gynekolog.

Inledning

Efter att ha blivit färdig läkare på 1980-talet verkade jag bl.a. på preventiv- och mödrarådgivningar och som skolläkare. Sedermera har jag skött mottagningar för gynekologi och sexuell hälsa på Aurora sjukhus, Folkhälsans ungdomspoliklinik, Barn- och ungdomssjukhuset vid HNS samt Ungas Öppna Dörrar på Finska Befolkningsförbundet (Väestöliitto). Jag träffade bl.a. kroniskt sjuka, handikappade, omhändertagna samt speciellt svårbehandlade unga flickor från psykiatriska avdelningar varje vecka i 17 års tid. På dessa mottagningar kom jag att slitats mellan den pressade tidtabellen, den känsliga situationen och de mångfasetterade problemen, och jag blev därför tvungen att reflektera över vad jag gör och varför.

En ung flicka kan komma för en gynekologisk undersökning av många orsaker (1).

Vanligen är det frågan om prevention, menstruationsbesvär eller utvecklingsfrågor. Hon har då kanske redan länge funderat på saken och diskuterat den med kamrater, sin mamma eller hälsovårdspersonal. Hon har haft tid att vänja sig vid tanken och överväga om hon vill be sin mamma eller en kompis komma med som stödperson. Ibland kan orsaken vara ett akut problem, som infektionsmisstanke,

FÖRFATTAREN

ML **Raisa Cacciatore** är sakkunnigläkare vid kliniken för sexuell hälsa vid Finska Befolkningsförbundet (Väestöliitto) i Helsingfors. Hon har skrivit flera böcker och artiklar om barns och ungdomars utveckling.

graviditet eller rentav våldtäkt. Då har flickan inte hunnit förbereda sig, och negativa och skrämmande aspekter kommer i dagen.

På dagsschemat kan det se ut som ett enkelt besök, men så är mycket sällan fallet. För patienten är mötet antagligen betydelsefullt på många sätt, till och med oförglömligt. Därför måste yrkesverksamma inom sjukvården varje gång de öppnar dörren se på situationen ur just den flickans synvinkel: Vad borde man göra och säga för att hjälpa just denna ungdom som står inför något nytt för första gången i sitt liv? Vad är verkligen till nytta för henne och hur kan läkaren bäst hjälpa sin patient?

De ungas förväntningar, rädslor och attityder

En ung flicka som är med om sin första gynekologiska undersökning är ofta första gången ensam hos läkaren. Hon har också ofta första gången på egen hand beställt tid, kanske till och med utan att föräldrarna vet om det. Hon kan känna sig mycket osäker. Unga betar sig inte alls alltid vuxet sakligt i dessa situationer. Också om patienten inte genast hittar de rätta orden och satserna inte är logiska och välformulerade, är hon i alla fall den bästa experten på sitt eget fall och det lönar sig att lyssna på henne (2).

Ungdomar mognar på olika sätt, var och en enligt sin egen tidtabell. Den fysiska utvecklingen sker ofta snabbare än den psykiska – under en yta som redan är rätt vuxen kan det dölja sig en flicka som behöver mycket stöd och uppmuntran. Samarbetet försvåras också av de motsatsförhållanden som hör ungdomen till. Å ena sidan har den unga flickan ett stort behov av att visa självständighet och mognad, å andra sidan är hon smärtsamt medveten om att hon inte vet så mycket och behöver läkarens hjälp.

Ungdomsåldern är en tid av snabb social, psykisk, fysisk och sexuell utveckling. Allt förändras, speciellt kroppen, och hur man upplever den egna kroppen påverkar också självkänslan. Känslan av att vara bra eller dålig och av att räcka till eller vara otillräcklig kan skifta från en stund till en annan (3). Hur man upplever sig själv inverkar också på alla möten. Ett läkarbesök är ett speciellt betydelsefullt möte. Den kraftiga emotionella villervallan gör att flickan i sin tankevärld lägger stor vikt vid situationen.

En ung patient saknar erfarenhet av mot-

tagningssituationen och är därför på sin vakt. Hon registrerar noggrant läkarens inställning, ansiktsuttryck och röstläge. Bland ungdomar kan det cirkulera skrämmande historier om hur ont en gynekologisk undersökning eller ett cellprov gör och om skador eller blödningar efter dem (4, 5). Dessa rädslor borde läkaren få fram för att tillsammans med flickan kunna bearbeta dem före undersökningen.

Någon patient vill att allt ska gå så snabbt som möjligt utan onödigt prat medan en annan kan behöva flera samtalsbesök innan hon alls vågar klä av sig. Varje ung flicka ska mötas som en individ så att man tar fasta på just hennes förväntningar och rädslor. Någon gång kan det komma en fyrtioårig förstagångspatient till mottagningen som ända fram till det besöket har samlat mod.

I stressituationer kan en ung flickas beteende och tankevärld regrediera. Arrogans och skenbar likgiltighet är ibland en ung människas sätt att täcka sin egen sårbarhet. Retlighet, aggressivitet och inbundenhet är ofta också symtom på depression eller ett sätt att säga att situationen är speciellt ångestladad, till exempel efter ett upplevt sexuell trauma. På mottagningen anpassar hon sig ändå vanligen till undersökningssituationen, och den förtrytelse eller skam som besöket ger upphov till kommer fram först i ensamheten efteråt. Redan det att hon måste finna sig i att be om hjälp kan göra att hon känner sig förödmjukad. Läkarens ställning som auktoritet och beslutsfattare när det gäller undersökningen och behandlingen är så mäktig i jämförelse med hennes egen situation, att hon inte vågar fordra någonting utan underkastar sig allt. Denna maktkonstellation får inte missbrukas.

En ung flicka har i och med sin kroppsliga utveckling sexuella behov och möjlighet till sex, men den erfarenhetsmässiga kunskapen är obetydlig eller saknas. Flickan funderar över mycket som det inte står någonting om i böcker. I motsats till pojkar kan flickor inte jämföra sina könsorgan till exempel i duschen. En del flickor skryter med sina omfattande sexuella erfarenheter. På mottagningen ställs många ordlösa frågor: "Är jag bra, värdefull och tillräcklig? Ser mina könsorgan normala ut? Hur mycket sex brukar det finnas i flickornas värld vid min ålder? Kan jag få barn? Har jag skött mig rätt? Är jag en riktig kvinna som är värd att skyddas? Är jag tilldragande, en potentiell partner?" Dessa frågor kan vara viktigare än de som ställs rent ut. Genom att godkänna och värdera sin egen kropp tar en

ung flicka också hand om sig själv. Det kan läkaren påverka genom att stödja hennes självkänsla. Den gynekologiska undersökningen eller det första gynekologiska besöket är för många också en vuxenritual: vuxna kvinnor går på dessa undersökningar. Det gör att trycket på flickan att klara sig och att "klara av besöket rätt" kan vara stort.

Det mest spännande och skrämmande är vanligen ändå den inre undersökningen: att första gången helt och hållet blotta sina könsorgan i kraftigt ljus för en expert att titta och känna på och bedöma. Kroppsställningen i den situationen – att ligga på rygg med särade ben – är i djurriket ett tecken på fullständig underkastelse. Den ger lätt upphov till en känsla av hjälplöshet och sårbarhet. Situationen är ofta förknippad med någon form av nervös aktivitet. Någon vill hålla sin överrock på magen, en annan ber en kompis hålla handen. Någon kan fnissa, någon rycker till vid minsta beröring och någon kan försöka kika för att se vad det är som händer. Den verkliga utmaningen är att ändå få flickan att slappna av och behålla hennes förtroende och känslan av att bemästra situationen.

Ibland blir mamman eller kompisar ombedda att komma med som stödpersoner. Min rekommendation är att stödpersonen i så fall är med i rummet så länge den unga patienten spänner sig, och samtalet gäller då rätt ytliga saker. Efter det kan läkaren konstatera att man nu ska prata om mycket intima angelägenheter, vilket sker bäst på tumanhand; stödpersonen kan sedan senare vid behov komma in igen. När patienten så smått har vant sig vid läkaren klarar hon sig oftast utan stödperson och behöver knappast heller senare någon annan med sig. Det är inte tillrådligt att tala om patientens sexuella erfarenheter medan föräldrarna eller kompisarna är närvarande. För det första kan svaren lätt bli snedvridna och för det andra lär sig alla parter på så sätt var privatlivets gränser går. Allt behöver inte delas med vännerna, och att prata om egna sexuella erfarenheter hör inte till umgänget mellan vårdnadshavare och dotter.

Erfarenheten av den första gynekologiska inre undersökningen kan väsentligt påverka hur en ung flicka senare förhåller sig till sina egna könsorgan och även till sin sexualitet och sin reproduktiva hälsa – för att inte tala om senare gynekologbesök (6). Bättre självkänsla också i förhållande till de egna könsorganen ökar den ungas vilja att ta ansvar för sin kropp och att skydda den. Behandlingen av ungdomar måste skraddarsys för att främja

och stödja deras individuella utveckling, vilket innebär att läkaren noggrant engagerar sig i varje ung människa och har ett sakligt förhållningssätt (7).

Utmaningar vid mötet med en ung patient

Läkaren behöver inte vara ung eller "på samma våglängd" för att lyckas i samarbetet med en ung patient. Det går att tala till en ung person som till en vuxen, men med enkla ord och så att grundläggande fakta förklaras och upprepas. Det är bäst att undvika medicinska termer och främmande ord. Ett alltför kamratligt tilltalssätt väcker misstro medan ett alltför distanserat väcker rädsla och motstånd. På förhand är tanken på en manlig läkare svår att godkänna för en del unga flickor, men för andra är det inte ett problem – det beror förutom på förhandsinställningen också på deras tidigare erfarenheter av män och kvinnor.

Av den som undersöker en tonårsflicka gynekologiskt krävs speciell känslighet och hänsynsfullhet mot patienten. Det är av stor vikt att inställningen är så öppen och uppskattande som möjligt. En respektfull inställning till den unga flickans kropp både i tal och vid beröring är viktig, oberoende av hur hon beter sig i situationen. Om hon upplever att man svamlar eller ringaktar henne så lyckas samarbetet inte. Också motsatsen, en högräddande föreläsning, upplevs som avståndskapande. Moraliserande och fördömande, infantilisering och efterklokhet, himlande och förfasande, smygtittande och att låta sig provoceras till obetänkta kommentarer är skadligt, men en läkare som upplever sin egen värld som mycket långt från den ungas levnadssätt kan hemfalla åt dem (8).

Det är läkaren som inom ramen för sin profession ansvarar för att besöket för den ungas del förlöper sakligt och tryggt, fast den unga patienten själv skulle bete sig hur irrationellt som helst. Ett exempel på felaktiga attityder är en ung flickas beskrivning: hon var så rädd att hon hela tiden spände bäckenbottens muskler, vilket läkaren kommenterade upprepade gånger. Patienten upplevde det som en anklagelse och ville försvara sig med att situationen var mycket svår för henne, varvid läkaren konstaterade att det inte var trevligt för läkaren heller. På så sätt skuldbelades den unga flickan för att ha förstört dagen för läkaren och fick budskapet att det var en otrevlig åtgärd att undersöka hennes under-

liv. Den som är professionell måste kunna förhålla sig yrkesmässigt till situationen. Det betyder att läkaren inte förlöjligar patienten eller gör henne generad och inte börjar tävla med henne i fråga om aggression, sarkasm, arrogans eller andra känslor som rädsla lätt ger upphov till hos en ung person.

Att en ung flicka målmedvetet har sökt sig till mottagningen för att få vård och råd är ett tecken på ett ansvarsfullt förhållningssätt till den egna sexualiteten, och det bör stödjas. Den unga patienten har kommit för att få hjälp och förtjänar alltså bästa möjliga service. Ett mycket större problem är den stora grupp unga som visar riskbeteende, som inte använder preventivmedel och inte vill utnyttja tjänsterna. Läkaren får inte göra den gruppen större genom att skrämma, döma eller svika deras förtroende – en flicka som har blivit sårad kommer inte tillbaka för att bli sårad på nytt, och hon sprider också en negativ inställning till vården i sin kamratkrets. Däremot sprider den som har upplevt en bra undersökning budskapet om detta till sin omgivning och sänker tröskeln för andra unga att gå till läkaren.

Många frågor förvirrar och det går inte att få riktiga svar om unga flickor är rädda för att uppgifterna sprids till andra. Sekretessskyldigheten har kommit till för att stödja patientläkarförhållandet. Förtroelighet är speciellt viktigt i vårdrelationen när det gäller en ung patient. Den som är 12–18 år har samma rätt till förtroendefulla hälso- och sjukvårdtjänster som vuxna. I patientlagen från 1992 är sägs: ”En minderårig patient som med beaktande av ålder och utveckling kan fatta beslut om vården har rätt att förbjuda att uppgifter om hans hälsotillstånd och vård ges till hans vårdnadshavare eller någon annan laglig företrädare” (Lagen om patientens ställning och rättigheter) (9). Eftersom unga inte känner till lagen utan är rädda för att deras besöksuppgifter ska spridas, måste läkaren framhålla om konfidentialiteten och förhålla sig på ett sätt som väcker förtroende. Det är bra att rekommendera att en ung flicka själv berättar om besöket för sina föräldrar. I allmänhet får hon föräldrarnas stöd fast hon inte själv tror det. Å andra sidan känner de unga själva bäst sin familj, och vissa saker är inte alltid möjliga att berätta. Om läkaren står i kontakt med föräldrarna utan en ung patients vetskap eller tillstånd uppstår en förtroendekris. Det leder lätt till att hon en annan gång inte söker hjälp vare sig på den mottagningen eller på annat håll. Den skada som läkaren då har fått till

stånd är sannolikt mycket större än nyttan.

Besvärliga situationer uppstår sällan, och när det sker är det vanligen frågan om oro över en ung patients riskfyllda beteende. Om en ung flicka absolut förbjuder läkaren att berätta om hennes angelägenheter för föräldrarna måste det respekteras. Läkaren måste dock från fall till fall avgöra om det handlar om skyldighet enligt barnskyddslagens femte kapitel, 25 paragrafen skydda en minderårig utan att beakta dennas önskan, till exempel genom en barnskyddsanmälan (10). Då måste läkaren alltid klart motivera för den unga patienten själv att anmälan är nödvändig.

En läkare får inte på något sätt utöva påtryckning på en ung flicka att genomgå gynekologisk undersökning. Undersökningen är oftast inte en väsentlig del av besöket, fast unga patienter ofta tror det. Undersökningen är en tjänst som erbjuds den unga patienten, och det gäller att berätta om dess betydelse och huruvida den är nödvändig eller inte. Läkaren kan ha speglar fästa vid undersökningbordet så att patienten kan följa undersökningen om hon vill. Undersökningen får aldrig vara smärtsam. Upplevelsen av smärta korrelerar klart med graden av spänning (11). En rädd och spänd patient upplever situationen som hotande, och då kan hon knappast ta emot goda råd. Om en infektion orsakar symtomen kan diagnosen ofta ställas enbart med inspektion samt urin- och blodprover, ibland också på symtombeskrivningen (12). Man får en bra bild av de inre organen med en ultraljudsundersökning genom bukväggen (13). Om läkaren misstänker en gynekologisk infektion är det bättre att över- än underbehandla med tanke på att en ung flicka inte är motiverad till behandling särskilt länge och att könssjukdomarna som sprids snabbt är förknippade med risker. Det kan löna sig att efter en provbehandling försöka göra en ny undersökning i ett mindre smärtsamt skede. Det är viktigt att patienten säkert vågar komma tillbaka, eftersom hon litar på att läkaren inte gör någonting smärtsamt och heller aldrig mot hennes vilja.

För en läkare som gör första gynekologiska undersökningar lönar det sig att bekanta sig med ungdomens utvecklingstrappsteg. Bra material står till buds. *Seksuaalisuuden portaat* (14), *Aggression portaat* (15) och *Huomenna pannaan pussauskoppiin* (16) är goda grundläggande verk för yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården, likaså *Lapsesta aikuseksi*. Mer än tio procent av de unga

har blivit sexuellt ofredade, inbegripande beröring av intimorådena mot sin vilja eller tvång till samlag eller annat sex (17, 18). En ofredad flicka är speciellt utmanande på mottagningen men behöver mer sannolikt än andra tidiga gynekologiska tjänster. Det är alltså all anledning att bekanta sig också med detta fenomen. Finska Befolkningsförbundets broschyr *Eikö se kuulu kenellekään?* ger viktig information om att möta och stödja en ofredad ung människa.

Helhetsbetonat möte

Ett helhetsbetonat grepp är utgångspunkten på en ungdomsgynekologisk mottagning (19). Läkaren ska inte bara reda ut ett gynekologiskt besvär eller symtom och göra en somatisk undersökning, utan också bedöma den unga patientens livssituation och speciella risker. Utöver de medicinska grundfrågorna hör till exempel hemsituationen, antalet samlagspartner, den stadigvarande partners ålder och förhållandets längd och karaktär till sådant som kan diskuteras. Det är viktigt att särskilt fråga om samlagsupplevelser, eftersom ungdomar sällskapar utan sex men å andra sidan har sex vid sidan av sällskapet. Frågorna måste vara klart formulerade och eventuella främmande ord förklaras.

Ord och uttryck kan också ha en helt annan betydelse för en ung patient än för läkaren. Sex och samlag är inte synonyma. En ung flicka som kom till akutmottagningen berättade att hon just hade varit tillsammans med tre partner, men hon krävde absolut att formuleringen "sexuellt aktiv" skulle strykas ur journaltexten.

Sexuellt riskbeteende förekommer ofta tillsammans med annat riskbeteende, som alkoholbruk i berusningssyfte, och sämre skolframgång. I en undersökning som gjordes på Finska Befolkningsförbundets mottagning Ungas öppna dörrar konstaterades också att rökare hade börjat med samlagssex tidigare än ickerökare. Läkaren bör alltså observera ett allmänt risksökande beteende och då erbjuda mera stöd. En noggrann och omfattande anamnes ger en bra bild av hur många prover, vilket slags rådgivning och hur täta kontrollbesök en ung patient behöver. Det är bra att göra en individuell behandlingsplan för varje ung människa utgående från just hennes behov. I Finska Befolkningsförbundets broschyr *Puhutaan seksuaalisuudesta – nuori vastaanotolla* (19) ges utmärkta råd

om hur man kan förstå och stödja den sexuella utvecklingen och om hur en noggrann sexualhälsoanamnes tas upp.

Att ta upp en sexualhälsoanamnes borde vara en naturlig del av mottagningen närhelst det behövs (19). Den ger en helhetsbild av en ung människas aktuella livssituation både för henne själv och för läkaren. Inom sexualiteten rör man sig på så känsliga områden att intervjun måste vara finkänslig och inte förhörsaktig. Genom intervjun bidrar läkaren på samma gång till att ge den unga patienten ord, information, en modell och tillåtelse att tala om sexualiteten. Efter varje svar under anamnesupptagningen är det bra att komma med en kommentar: det är ok, normalt eller vanligt samt vad som eventuellt väcker oro hos läkaren och vad som kunde avhjälpa ett aktuellt problem. Detaljerade frågor är till hjälp, och hos Ungas öppna dörrar på Finska Befolkningsförbundet finns de flesta frågorna som ett färdigt intervjuunderlag.

Sexualhälsoanamnesen kan innehålla till exempel detta slags frågor:

- Är du nöjd med din egen kropp, dess utseende och funktioner?
- Upplever du sådant som har att göra med sex som trevligt/spännande/oklart/skrämmande?
- Har du någonsin upplevt sexuell upphetsning eller orgasm?
- Är självtillfredsställelse bekant för dig?
- Kommer du ihåg om du som barn har sett något förvirrande eller ångestfyllt (t.ex. samlag mellan vuxna, pornografi eller blottare?)
- Har du någon gång sällskapat (med en flicka eller pojke)?
- Har du någon gång varit förtjust eller förälskad?
- Har du någon gång upplevt smekningar/samlag?
- Har du någon gång utsatts för påtryckning eller tvingats till någonting som har med sex att göra?
- Är du nöjd med sexet i ditt nuvarande förhållande?

o.s.v.

En intervju med en ung person är alltid redan en intervention, där man inverkar på den ungas liv och attityder. Den vuxna expertens auktoritet är stor i den situationen, och detta verktyg ska användas med eftertanke och ansvar. Sexualrådgivning innebär i regel att en person som är professionell inom hälso- och

sjukvård klargör begreppen och ger ungdomar ökade kunskaper genom saklig och konfidentiell information. I praktiken är de unga oftast mycket redo och motiverade att diskutera dessa saker. De har redan på förhand skaffat information till exempel på webben eller av kompisar, men ofta är den information de har tillgodogjort sig mycket tendentiös och felaktig. En negativ bild av den egna kroppen, vulgärspråk när sex diskuteras eller oförmåga att alls tala om det samt ungdomars många känslor av skuld och skam över egna tankar eller erfarenheter hör till det vanligaste i negativt avseende, men kan korrigeras genom saklig information och modeller. Detsamma gäller rädsla för den gynekologiska undersökningen. En läkare som inte tycker sig själv kunna ge råd kan alltid hänvisa patienten till exempel till Finska Befolkningsförbundets webbplats www.seksuaaliterveys.org samt telefonrådgivning eller Folkhälsans ungdomspoliklinik, www.folkhalsan.fi – vård & service – tonårspolikliniken.

Speciellt sexuellt utnyttjande och misstanke om våld måste föras på tal (18). Bland kliniskt verksamma läkare är intrycket att antalet sexuellt ofredade unga har ökat under de senaste åren. Även om ungdomar inte skulle berätta om sina erfarenheter behöver de få veta att det inom hälso- och sjukvården finns expertis som är redo att ge stöd och råd också om detta, om de unga bara vågar söka hjälp.

En ung flicka som har haft samlag behöver alltid skydd både mot graviditet och mot könssjukdomar. Ju yngre flickan är, desto viktigare är det att på alla sätt uppmuntra henne att använda preventivmedel. Att ”förbjuda” sex eller att fördöma hjälper henne inte – bakom hennes handlande kan finnas ett stort behov av att uppleva trygghet och bli accepterad. Stöd betyder täta uppföljande besök och upprepad vänlig och saklig rådgivning.

När de första samlagserfarenheterna är aktuella – i detta hänseende skiljer sig de unga mycket från varandra – måste en ung flicka välja sin preventionsstrategi: tänker hon på att förhindra graviditet och/eller könssjukdomar, talar hon med sin partner om det, verkar hon själv aktivt i preventivt syfte, lämnar hon beslutet om sin egen prevention helt till partnern, hur stödjer/hindrar hon partnerns prevention (20). Ungdomar berättar otroliga historier om varför preventivmedel inte har använts: man kom bara inte att tänka på det eller man talade inte om det, partnern sa att han aldrig använder något eller att han är försiktig, man vågade inte fråga, partnern

verkade så pålitlig. Möjligheterna att inverka på stundens attityder är störst när preventivvanorna ännu inte är etablerade men intresset för saken har vaknat.

I ungdomen fattar man långtgående beslut om sitt liv. Tonårsgraviditeter kan och bör förhindras med saklig rådgivning. Speciellt en ung människa som klarar sig dåligt börjar sällan må bättre om utmaningarna med att vara förälder kommer på samma gång som den utmaning ungdomsårens utveckling innebär. Den som behandlar ungdomar bör alltså hela tiden ge dem mycket information speciellt om olika preventivmedel – om medlens säkerhet, effekter och användning.

Det är bra att skapa en atmosfär där en ung människa vågar diskutera. En ungdomsvänlig inredning på mottagningen hjälper mycket, och rädslan för en auktoritet kan minskas förslagsvis genom att hälso- och sjukvårdspersonalen låter bli att använda den vita rocken. Det är bäst att föra rådgivande samtal först efter den gynekologiska undersökningen, för då är patienten mindre spänd och kan koncentrera sig bättre. Det vore viktigt att till de ungdomsgynekologiska mottagningarna få läkare, barnmorskor eller hälsovårdare som är utbildade i sexuell upplysning och som har möjlighet att i samband med mottagningen eller vid andra sammanträffanden ge riktad sexualrådgivning speciellt till dem som behöver särskilt stöd. Sådana specialgrupper är bl.a. unga som är långtidssjuka, som har blivit sexuellt ofredade, som visar riskbeteende eller som planerar graviditet eller söker abort. Antalet hiv-positiva unga är synnerligen litet, och rådgivning riktad till dem behandlas inte här, men om vilken som helst könssjukdom konstateras behövs noggrann rådgivning och behandlig samt möjlighet för patienten att fråga mera senare (21).

Motiverad undersökning?

Behovet av en gynekologisk undersökning bör alltid övervägas på basis av anamnesen. Att undersöka bröstet och genitalierna eller att ta laboratorie- eller cellprover inverkar inte på något väsentligt sätt på hur säkert det är att använda p-piller. Ingen sådan undersökning får vara en förutsättning för en ung flicka att få recept, och åtgärderna behöver inte utföras rutinmässigt innan p-piller skrivs ut (22). Detta är viktigt också eftersom rädsla för en inre undersökning kan hindra många unga flickor från att komma till mottagningen för att be om ett p-pillerrecept. Om det alltså

inte finns något oroväckande i anamnesen, om graviditet är utesluten och om det inte tidigare har varit några problem med bröstet, räcker det med bara en intervju och mätning av blodtrycket innan p-piller skrivs ut.

Undersökningen måste grunda sig på ett sådant förtroende att en ung flicka kan känna att hon själv har så god kontroll över situationen som möjligt – ingenting görs mot hennes vilja. Det är bra att säga det klart och tydligt på förhand. Läkaren kan till exempel berätta att det finns många slags tjänster på mottagningen, som gynekologiska undersökningar, rådgivning, provtagning, samtal och material samt vid behov behandlingar. Läkaren är den som förklarar men patienten väljer själv vad hon vill att ska göras på mottagningen. Det finns inget läkarformulär som måste gås igenom vid ett preventivbesök. En gynekologisk undersökning måste utgå från patientens önskemål. En flicka som efter diskussion *vill ha* en gynekologisk undersökning eftersom hon är förberedd på den och vill sköta sin sexuella hälsa har en helt annan inställning till undersökningen än en flicka som halvt motvilligt *går med på* den, eftersom hon tror att hon måste.

Det är alltid skäl att göra en inre undersökning då en ung flicka vill det och är förberedd för den, även om det inte förövrigt är nödvändigt. Då har läkaren att göra med just de eventuellt outtalade frågorna om allt är normalt och fungerar som det ska. Mycket ofta är orsaken till mottagningsbesöket just en önskan att få detta kontrollerat.

Undersökningen

En absolut förutsättning för en lyckad gynekologisk undersökning av en ung flicka är att undersökningssituationen är lugn, avstressad och förtrolig. En väl utförd inre undersökning kan vara en erfarenhet som stödjer flickans kroppsbild och stärker hennes självkänsla. Speciell känslighet krävs när det gäller en flicka som har upplevt sexuellt utnyttjande eller annat våld. Då måste undersökningen ofta förbli oavslutad och ett nytt försök göras senare. Gynekologstolen ska vara placerad så att patienten inte behöver vara rädd för att någon ska komma in från fotändan eller ha insyn genom fönstren.

Undersökningen inleds med en redogörelse för vad som kommer att göras och under hela undersökningens gång får den unga flickan veta vad som händer. Lugnt tal och

fast beröring verkar avslappnande och avleder hennes tankar så att hon inte spänner sig. Till exempel: ”Nu gör jag en gynekologisk undersökning. Du har ju inte varit med om det tidigare? Du behöver inte vara rädd, för jag gör ingenting som gör ont och ingenting görs med våld. Jag berättar hela tiden vad jag gör, och du kan också ställa frågor om du vill veta något. Och om det eventuellt gör ont eller om du är rädd eller det känns besvärligt ska du genast säga till: vi kan när som helst avsluta undersökningen eller så försöker jag vara varsammare. Din uppgift är alltså bara att slappna av, och det är ju inte så lätt för någon den första gången. Men ju bättre du slappnar av desto snabbare och lättare är undersökningen för dig.”

Undersökningsinstrumenten visas medan patienten fortfarande är påklädd, vilket ger henne tillfälle att redan här ställa frågor och uttrycka eventuell rädsla. Stressfrihet och lugn betyder att läkaren förbereder undersökningen med samtal och förklaringar lika länge som själva undersökningen räcker. Den investeringen den första gången lönar sig och gör att undersökningen förlöper utan problem denna och alla senare gånger. Till exempel så här: ”Först trycker jag med handen på magen och känner om det finns ställen där det gör ont, och så känner jag efter om det finns förstörade lymfknutor i ljumskarna. Efter det tittar jag med en lampa på huden, slemhinnorna och blygdläpparna för att se att allt är som det ska, att det inte finns blåsor eller sårnader. Sedan känner jag på bäckenbottenmusklerna och slidmynningen med fingret och hjälper dig att inte spänna musklerna. Jag använder glidsalva för att du inte ska känna hudirritation eller smärta. Efter undersökningen är underlivet litet smetigt, men det är bara undersökningssalvan. Här har jag ett spekulum, ett smalt föremål av plast som jag försiktigt för in i slidan om det inte känns för trångt. Det kallas ibland också anknäbb, för det påminner lite om en sådan. Instrumentet kan först kännas lite kallt men blir snabbt varmt. Ingenting förs in i dig så att det gör ont eller mot din vilja, och mödomshinnan eller andra vävnader skadas inte heller alls. Om jag får in anknäbben så här mycket så breder jag ut den litet så att jag ser de ställen som ligger djupare in samt livmodermunnen. Därifrån tar jag prov genom att försiktigt skrapa med en spatel (påminner om en glasspinne) och det gör inte ont. Efter det tar jag ut instrumentet och undersöker ytterligare med handen. Det

gör jag så att jag för in två fingrar i slidan och känner med andra handen på magen. Då får jag livmodern och äggstockarna mellan mina händer, och jag kan känna hur stora de är, hur de ligger och om de ömmar. Hela undersökningen tar ett par minuter och den kan när som helst avbrytas. Du ska genast säga till om det på något sätt känns svårt eller gör ont.”

Instrumenten bör vara lämpade för unga flickor. Spekulumet ska vara tillräckligt långt och smalt. Det finns också virgospekulum. En gynekologisk undersökning av mycket unga flickor innebär dock nästan utan undantag inspektion av de yttre genitalierna och vid behov en ultraljudsundersökning genom bukväggen eller via ändtarmen. Rutinmässig undersökning av vagina med spekulum och bimanuell palpation är aktuella först efter sexualdebuten eller kring 20 års ålder. Det är ytterst viktigt att patienten inte tvingas vara med om undersökningen. I och för sig är en undersökning efter den sexuella debuten tekniskt sett likadan som för vuxna, men det är bra att komma ihåg att också ungas gynekologiska tillstånd kan bedömas genom inspektion av de yttre genitalierna och ultraljudsundersökning (7).

En ordentlig ljuskälla är nödvändig när de yttre genitalierna inspekteras. Med kolposkop inspekteras de yttre genitalierna under förstoring, vilket är av värde då hudsjukdomar och sexuellt utnyttjande undersöks. Gynekologiska infektionsprover tas vid behov från områden som uppvisar symtom, men det är viktigt att undvika överdrivet provtagande (12). På barn tas infektionsprov (för jästsvamps- och bakterieodling) med en sticka fuktad i vatten från de yttre genitaliernas symtomgivande områden. Diagnosen på hudförändringar i de yttre genitalierna kan vid behov säkerställas med hudbiopsi. Gynekologiska infektionsprov (påvisande av klamydia eller gonorré på urinprov med PCR-metod) tas av unga om symtomen eller anamnesen tyder på eventuell könssjukdom. Patienter får alltid veta vilka prover som har tagits och varför samt när och hur resultaten meddelas (7).

Ultraljudsundersökning är en utmärkt kompletterande metod då det gäller att bedöma könsorganens anatomiska strukturer samt produktionen av könshormoner och deras inverkan på målorganen under barn- och ungdomen. Äggstockarnas storlek och struktur samt livmoderns tillväxt och form har ett klart samband med den hormonella utvecklingen under puberteten (13).

Idealet är om det under ett och samma besök på mottagningen också går att ta alla de nödvändiga proverna. Enligt en rekommendation från USA inleds uppföljningen med cellprov när en ung kvinna fyller 21 eller när det har gått tre år sedan det första samlaget. I den finländska rekommendationen om god medicinsk praxis togs ingen exakt ställning till denna åldersgrupp, men den rekommendation Finska Befolkningsförbundets Sexualhälsoklinik ger, är att prover åtminstone inte ska tas tidigare utan eventuellt till och med senare. Principen är alltså att cellprover inte alls behövs när det gäller ungdomar. Orsaken är att de unga har rikligt med cellförändringar orsakade av HPV-smitta som dock nästan alltid läks spontant. Att följa upp och behandla dem orsakar onödig oro och onödiga kostnader. Under de senaste tio åren har bara ett fall av cancer i livmoderhalsen konstaterats i denna åldersgrupp. Däremot är det viktigt att ta klamydiaprov. År 2008 konstaterades 3 259 fall av klamydia hos 15–19-åringar men bara 18 fall av gonorré och 3 fall av syfilis (23). Också hiv är till all lycka sällsynt hos unga.

Ibland föreställer sig en ung flicka besöket så att ändamålet bara är att genomgå en gynekologisk undersökning. Hon klär därför snabbt på sig efter undersökningen och går mot dörren för att genast avlägsna sig. Det är inte bra, eftersom det är först efter undersökningen som spänningen släpper och hon börjar kunna ta till sig goda råd. Speciellt med en mycket spänd flicka är det bra att tala ut om undersökningserfarenheten till exempel genom att fråga om det var så hemskt som hon hade föreställt sig. Ofta konstaterar flickan spontant att det inte alls var en så stor sak som hon hade trott. Ibland har den unga ett lyckligt och stolt leende på läpparna efter undersökningen. Det berättar om känslan av att en milstolpe på vägen mot vuxenhet har passerats när den första gynekologiska undersökningen är avklarad; känslan kan vara rent av högtidlig.

Efter undersökningen är det viktigt att berätta om alla fynd. Fyndens betydelse och eventuellt nödvändig behandling tas upp först när flickan igen är påklädd och har slagit sig ner i besöksstolen, inte medan patienten ligger med benen särade. Det är viktigt att konstatera också normala fynd. Det är bra att säga ut att allt är fint och precis som det ska vara. Detta skingrar den unga patientens oro om sin normalitet och minskar hennes even-

tuella farhågor om att någon tidigare negativ upplevelse kan ha lämnat bestående spår (24). Läkaren måste också tänka på hur patienten ska meddelas att någonting avvikande har hittats hos henne.

De unga och könssjukdomar

Att hitta en könssjukdom hos en ung människa känns oftast orättvist både för den unga själv och för läkaren. Det är svårt att stödja mognaden till kvinna på ett positivt sätt om den unga genast måste axla rollen av en person med sviktande sexuell hälsa. På rådgivningen varnar man i regel ungdomar för könssjukdomar samt informerar om hur vanliga de är och om hur de smittar, ibland till och med skrämmer man med långtidsverkningarna. Men dessa metoder är inte till någon som helst hjälp för en flicka som redan har blivit smittad. Då gäller det att anlägga en ny infallsvinkel. Ytterligare chockbehandling hjälper inte, patientens hela liv behöver inte kastas över ända av beskedet utan flickan behöver lugnande ord. Läkaren tröstar henne, konstaterar hur vanliga könssjukdomarna är och framhåller att de oftast är ofarliga. Ibland lönar det sig till och med att bagatellisera sjukdomens betydelse, för det är faktiskt så att andelen vuxna som bär på papillom- eller herpesvirus är större än andelen som har gått fri. Läkaren tackar den unga patienten för att hon har låtit undersöka sig så att sjukdomen upptäcktes och kan behandlas (20).

Mest utmanande är situationen om en ung flicka inte alls har kunnat tänka sig möjligheten av en könssjukdom och är helt oförberedd på beskedet. Till ungdomen hör tron på den egna osårbarheten. De ungas kännedom om könssjukdomar är inte heller speciellt omfattande, de kan upplevas som skamliga och "smutsiga". Speciellt dåligt känner unga till att sjukdomarna kan vara symtomfria, och även om partnern påstår att han har genomgått "alla test", täcker det vanligen inte ens hälften av de smittsamma sjukdomarna. Att få höra att man själv är smittad väcker stora känslor; ilska, skam, bitterhet och besvikelse är nu nära förknippade med den drabbades sexuella uppvaknande och ansvarstagande för sig själv. Hon kan känna enorm skuld för sin egen "dumhet". Att bära sjukdomen känns som en fråga om förtroende: den som har överfört smittan förlorar förtroendet i den unga patientens ögon: "Jag litade på honom när han sa att han inte har någon sjukdom." Eller

bara: "Jag litade på honom!". Flickan upplever att också hon själv nu är opålitlig eller dålig på grund av sjukdomen. Om hon eventuellt har fört smittan vidare är känsloupplevelsen ännu svårare. Flickan vet kanske inte alls hur hon ska klara av förödmjukelsen att tvingas erkänna att hon har burit på sjukdomen eller hur hon ska föra saken på tal. Det kan vara bra att diskutera detta tillsammans med patienten. Å andra sidan är det mycket vanligt att den smittade anklagar smittkällan och projicerar alla negativa känslor på honom. Oftast har partnern faktiskt inte vetat om sin sjukdom och har inte fört smittan vidare med avsikt. Förhållandet förstörs mycket lätt och ofta i onödan i en situation som den här.

När sjukdomen upptäcks, måste läkaren i alla fall få den unga flickan att ta ett "negativt" ansvar för sin kropp och sin sexualitet. Till det hör hur sjukdomen behandlas, hur nuvarande eller en kommande partner skyddas från smitta, hur tidigare partner eller den eventuella smittspridaren informeras om sjukdomen. Medicinering eller behandling bör vara snabbt tillgänglig och så snabbt verkande som möjligt. Unga har dålig följsamhet när det gäller medicinering eller behandling som kräver en längre tid. Rekommenderad pensling upplevs ofta som förödmjukande av patienten, vilket inte på något sätt hjälper henne att hantera saken och sin egen sexuella hälsa. Därför bör den som arbetar inom hälso- och sjukvården dämpa sina eventuellt negativa känsloreaktioner och erbjuda uppbyggliga lösningar. Det är viktigt att väga sina ord noggrant och på allt sätt undvika att moralisera och fördöma, utan i stället uppmuntra den unga patienten: vi klarar av det, saken är inte så allvarlig, din kropp och din sexualitet är inte förstörda utan du kan alldeles säkert sköta och skydda dig i framtiden.

Slutord

Grunden för ungas sexuella hälsa vilar på att vuxna och professionella inom hälso- och sjukvården godkänner att det finns sexualitet också i ungdomen samt känner till de olika trappstegen och målen i ungdomars sexuella utveckling (25). Det är också viktigt att erkänna och främja de ungas sexuella rättigheter (26, 27).

Hur den första gynekologiska undersökningen utfaller, präglar direkt atmosfären vid senare undersökningar och hur framgångsrika de är. Ett första besök som upplevs som bra le-

der vanligen till välfungerande framtida besök utan rädsla. Efter mottagningen borde varje flicka tänka: ”Det lönade sig att komma hit. Jag förstod vad som hände. Jag fick hjälp med just det jag behövde. Jag blev bra behandlad, det var onödigt att vara rädd. Jag vill och kan ta vara på mig själv. Jag är bra och värdefull på alla ställen.”

ML Raisa Cacciatore
Finska Befolkningsförbundet
Kalevagatan 16
00100 Helsingfors
raisa.cacciatore@vaestoliitto.fi

Referenser

1. Cacciatore R: Seksuaalivalistus nuorisogynekologian näkökulmasta. Kirjassa: Koulu terveyden arvoitusta oppimassa. Toim. Heidi Peltonen. Opetushallitus 1994: 148–155.
2. Hermanson E: Respektii, ihmiset!, kolumni. Duodecim 2009;125:92–93.
3. Lapsesta aikuiseksi. Veikko Aalberg ja Martti A. Siimes. Nemo 2007.
4. Cacciatore R, Apter D, Ingman-Friberg S, Sieberg R: Nuori gynekologisella vastaanotolla. Käypä hoito –artikkeli. Duodecim 105:537–543,1989.
5. Brixen Larsen S, Kragstrup J. Experiences of the first pelvic examination in a random sample of Danish teenagers. Acta Obstet Gynecol Scand 1995;74:137–141.
6. Blake J. Gynecologic examination of the teenager and young child. Obstet Gynecol Clin North Am 1992;19:27–38.
7. Piippo S, Makkonen K, Cacciatore R: Tytön gynekologinen tutkiminen - monialainen haaste. Duodecim, Nr: 17/2005 • s.1867.
8. Söderholm A, Halila R, Kivitie-Kallio S, Mertsola J, Niemi S (toim.): Lapsen kaltoinkohtelu. Duodecim 2004.
9. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785.
10. Lastensuojelulaki 5.8.1983/685. Internetissä: www.finlex.fi
11. Bodden-Heidrich R, Walter S, Teutenberger S, Kuppers V, Pelzer V, Rechenberger I, Bender HG. What does a young girl experience in her first gynecological examination? Study on the relationship between anxiety and pain. J Pediatr Adolesc Gynecol 2000;13:139–142.
12. Piippo S, Lenko H, Vuento R. Vulvar symptoms in paediatric and adolescent patients. Acta Paediatr 2000;89:431–435.
13. Orbac Z, Sagsoz N, Alp H, Tan H, Yildirim H, Kaya D. Pelvic ultrasound measurements in normal girls: relation to puberty and sex hormone concentration. J Pediatr Endocrinol Metab 1998;11:525–530.
14. Korteniemi-Poikela E, Cacciatore R: Seksuaalisuuden Portaati / Sexualitetten steg för steg. Opetuspaketti peruskoulun 1.-9. Luokille. Opetushallitus 2000.
15. R Cacciatore: Aggression portaati. Opetushallitus 2008.
16. Cacciatore R: Huomenna pannaan pussauskoppiin! Eväitä tyttöä ja poikana kasvamisen haasteisiin syntymästä murrosikään. WSOY 2007.
17. Kontula O, Meriläinen H. Koulun seksuaalikasvatus 2000-luvun Suomessa. Väestöliitto Väestöntutkimuslaitos Katsauksia E 26/2007.
18. Brusila P, Hyvärinen S, Kallio M, Porras K, Sandberg T: Eikö se kuulu kenellekään? Rohkene kohdata seksuaalisesti kaltoinkohdeltu nuori. VL-Markkinointi Oy 2009.
19. Aho T, Kotiranta-Ainamo A, Pelander A, Rinkinen T: Puhuttan seksuaalisuudesta – nuori vastaanotolla. VL-Markkinointi 2008.
20. Cacciatore R, Apter D: Seksuaalikäyttäytyminen ja sukupuolitaudit, s. 231–243, kirjassa Sukupuolitaudit. Duodecim kustannus Karisto Oy 2003.
21. Makkonen K, Kosunen E. Nuorten seksuaaliterveyspalvelujen erityispiirteitä. Kirjassa: Kosunen E, ja Ritamo M, toim. Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen. STAKES raportteja 282, 2004 s. 85–92.
22. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care, Clinical Effectiveness Unit. FFPRHC Guidance (July 2006): First prescription of combined oral contraception. <http://www.ffprhc.org.uk/admin/uploads/FirstPrescCombOral-ContJan06.pdf>. Läst 22.6.2009.
23. Institutet för hälsa och välfärd, registret över smittosamma sjukdomar. <http://www3.ktl.fi/stat>. läst 21.6.2009.
24. Cacciatore R: Lasten ja nuorten seksuaalisuus, kirjassa Seksuaalisuus. Kustannus Oy Duodecim 2006. Toim. D Apter, L Väisälä, K Kaimola.
25. Kosunen E, Cacciatore R, Hervonen A: Seksuaalisuus elämänkaareissa. Duodecim 2003;119:209–216.
26. Väestöliiton Seksuaaliterveysklinikka internetissä: www.seksuaaliterveys.org
27. Folkhälsan, Tonärspolikliniken i Helsingfors www.folkhalsan.fi – vård & service – tonärspolikliniken.