



Kari Gulla, Helsesøster og
høgskolelektor, Høgskolen
i Sør-Trøndelag



Arne K. Myhre, Barnelege,
Ressurscenter om vold, trauma-
tisk stress og selvmordsfore-
bygging Region Midt-Norge,
St Olavs Hospital HF i Trondheim

**Gutters underliv blir
gjenstand for grundigere
oppfølging gjennom før-
skolealderen enn det som
blir jentene til del.**

www.sykepleien.no

Les mer og finn
litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:

Småbarnskontroll
Topp-til-tå-undersøkelse
Helsestasjon



IKKE KRENKENDE: Frem til 1993 inngikk underlivs-undersøkelse av småjenter som en naturlig del av en topp-til-tå-undersøkelse på helsestasjonen.

Foto: Colourbox.com

Rutineundersøkelse av småjenters underliv:

– Kunnskapsløs debatt

Før 1993 var det vanlig å inspisere jenters underliv som en del av rutineundersøkelsen av førskolebarn på helsestasjon. At dette ikke lenger gjøres savner faglig begrunnelse.

Diskusjoner om hvorvidt barns – og særlig jenters – underliv skal være gjenstand for rutinemessig helseundersøkelse dukker opp i media med jevne mellomrom. Kjønnslæstelse av jenter har særlig aktualisert debatten i de senere år. En kan få inntrykk av at rutinemessig underlivsundersøkelse av førskolejenter er et nytt påfunn, noe som slett ikke er riktig. Før 1993 var det vanlig å inspisere både gutters og jenters underliv, som en naturlig del av de rutinemessige undersøkelsene av førskolebarn på helsestasjonen, uten at noen reagerte negativt på dette. Først da debatten omkring seksuelle overgrep blusset opp på 90-tallet, og noen helsestasjonsleger ønsket å sette disse undersøkelsene i system, følte enkelte foreldre seg mistenkeliggjort og klaget på praksisen. Statens helsetilsyn reagerte med å beordre stopp av rutinemessig inspeksjon av jenters underliv etter fylte ett år (1). Begrunnelsen var at bluferdigheten kunne bli krenket. Gutteres testikler fortsatte man imidlertid å undersøke rutinemessig. Bestemmelsen er senere fulgt opp i to veiledere for helsestasjons- og skolehelsetjenesten og står fortsatt ved lag (2,3).

Diskusjonen er ofte preget av sterke følelser og, etter vårt syn, av at meningene er fundert på et noe

spinkelt kunnskapsmessig grunnlag og uklar begrepsbruk. Dessverre ser man tidvis at dette også gjelder for helsepersonell og -myndigheter. Det er etter vår mening på høy tid med en opprydding. Denne artikkelen er derfor et forsøk på å bringe oppdatert kunnskap inn i diskusjonen. I det følgende går vi gjennom ti «sannheter» om temaet som synes å ha festet seg i befolkningen, i media og i noen fagmiljøer, og korrigerer disse. Temaet slik det behandles her dreier seg i hovedsak om jenter i førskolealder.

1. Underlivsundersøkelse av førskolejenter er det samme som gynekologisk undersøkelse av voksne kvinner

Dette er ikke riktig. Prosedyren ved en gynekologisk undersøkelse av kvinner forutsettes kjent. En undersøkelse av småjenters underliv er fundamentalt forskjellig fra denne, og derfor er den mest korrekte betegnelsen en *klinisk observasjon* eller *inspeksjon*: En inspeksjon av barns kjønnsorgan vil inngå som en naturlig del av en «topp til tå»-undersøkelse på helsestasjonen. Den kan foretas mens jenter, akkurat som gutter, sitter trygt plassert på foreldrenes fang, alternativt i forbindelse med bleieskift på stelbordet. Lege eller helsesøster ser på området mens bena er adskilt og

de store kjønnsleppene holdes forsiktig til side, og det brukes ingen instrumenter. Denne situasjonen vil være et naturlig utgangspunkt for samtale med foreldre omkring vanlige underlivsplager hos barn. Hvis barnet av en eller grunn skulle vegre seg, vil man selvsagt ikke tvinge gjennom en slik undersøkelse. Som ved andre deler av helsestasjonsundersøkelsene vil man i stedet gjøre et nytt forsøk ved neste anledning.

2. Rutinemessig underlivsinspeksjon av jenter er krenkende

Det er ikke belegg for å hevde dette. Det finnes relativt få publiserte studier som belyser temaet, de fleste er gjort på seksuelt misbrukte barn som undersøkes som et ledd i en overgrepssutredning. Gjennomgående viser disse studiene at de seksuelt misbrukte barna *ikke* blir traumatisert i undersøkelsessituasjonen (4,5,6,7,8). Når det gjelder barn uten overgrepsbakgrunn, viser den eneste publiserte studien på området tilsvarende resultater. Denne ble utført av undertegnede sammen med kolleger ved St.Olavs Hospital i Trondheim (9,10).

I denne studien ble presumptivt ikke-misbrukte fem- og seksåringer spurt hvordan de opplevde ulike deler av en helkroppsun-

dersøkelse, nærmere bestemt øre, munn og underliv. I alt deltok 158 barn (hvorav 119 jenter) og deres foreldre. Konklusjonen var at de færreste av barna, uansett kjønn, opplevde noen del av undersøkelsen som spesielt traumatisk. Dette *på tross av* at underlivsundersøkelsen som her ble utført var betydelig mer omfattende enn det som vanligvis er rutineinspeksjon på helsestasjonen. En senere ikke publisert studie fra USA støtter disse funnene (11). Konklusjonen i vår studie bygger imidlertid på en svært viktig forutsetning, nemlig at inspeksjonen av underlivet følger som en naturlig del av en helkroppsun-

3. Seksuelle overgrep kan avdekkes ved rutinemessige underlivsinspeksjon

Dette er ikke riktig. Da diskusjonen omkring seksuelle overgrep blusset opp forsøkte noen lekfolk, godt hjulpet av media, å framstille det som om en av intensjonene med rutineinspeksjon skulle være screening på seksuelle overgrep. Dette ble sterkt tilbakevist fra fagmiljøet, og her var man på linje Statens helsetilsyn. Fagpersonell har alltid hevdet at rutineinspeksjon er en uegnet metode for å avdekke seksuelle overgrep. Det er flere grunner

til det. For det første setter de færreste seksuelle overgrep mot barn fysiske spor i det hele tatt. For det andre vil eventuelle fysiske skader, som kan ha vært til stede umiddelbart, leges fullstendig i løpet av kort tid (12,13). Altså betyr fravær av fysiske skader *ikke* at barnet ikke kan ha vært seksuelt misbrukt. Støtforeningen for seksuelt misbrukte barn støttet rutineinspeksjon av jenter i debatten i 1993. De så ikke på dette som en velegnet metode for å lete etter overgrepsbevis, men fokuserte på effekten av å administrere og avdramatisere denne type undersøkelser (14).

4. Helsepersonell er motstandere av rutinemessig underlivsinspeksjon av jenter

Dette er ikke riktig. Likevel hevdes det av media med jevne mellomrom. Tvert imot, de fleste faginstanser med barn som sitt fagområde (helsesøstre, barneleger, barneombud) var uenige i bestemmelsen som ble tatt i 1993 (15,16,17). Helsemyndighetene derimot, har vært imot rutinemessig underlivsinspeksjon av jenter siden 1993 (18). Flere barneleger og helsestasjonsleger har engasjerte seg i diskusjonen i årene etter Helsetilsynets beslutning (19,20,21,22). Det har vært hevdet at en rutinemessig inspeksjon av barnas underliv alltid har vært en naturlig del av en vanlig helkroppundersøkelse, og at den danner basis for legers kunnskap om barns normalanatomi. Dette leder direkte over i neste «sannhet»:

5. Leger vet hvordan alle deler av jentekroppen ser ut

Dette kan det reises spørsmål ved. I en amerikansk studie fra 2000 hvor leger ble bedt om å identifisere jenters underlivsanatomi fra et bilde, kunne bare 72 prosent identifisere urinrørsåpningen, 62 prosent jomfruhinna og 79 prosent de store kjønnsleppene korrekt (23). I en tilsvarende undersøkelse fem år senere, denne gangen med barneleger, var situasjonen *noe* bedre, med korrekt identifikasjon av de ovenfor

nevnte strukturer i henholdsvis 84 prosent, 71 prosent og 89 prosent av tilfellene (24). Når det gjelder norsk helsepersonell finnes imidlertid ingen studier som kan belyse dette. Men sett i lys av de siste 15 års praksis er det dessverre liten grunn til å tro at forholdene ved norske helsestasjoner og poliklinikker er bedre. Kliniske erfaringer har vist at jenter ikke sjelden har fått diagnosen residerende urinveisinfeksjon, når de egentlig har sammenvokste kjønnslepper. Denne tilstanden blir ofte henvist som hymen imperforata eller vaginalatresi, og illustrerer mangelfulle anatomikunnskaper. Dessverre har man også sett eksempler på at barn har fått diagnostisert seksuelle overgrep på grunn av feilaktig tolkning av «forandringer» i underlivet med påfølgende feilaktige dommer (25). Dette vitner om sviktende basiskunnskaper og det er nærliggende at manglende rutiner, etter at helsemyndighetenes pålegg har fått virke i 15 år, kan være noe av årsaken. Den opprinnelige begrunnelsen, om krenkelse av bluferdigheten som årsak til ikke å foreta rutinemessig underlivsinspeksjon av jenter, er imidlertid tonet ned av helsemyndighetene i det siste, og en ny er introdusert:

6. Rutinemessig underlivsinspeksjon av jenter er ikke medisinsk begrunnet

Denne påstanden savner belegg, både i litteraturen og i praksis. Testisretensjon forekommer hos cirka 1–2 prosent av fullbårne gutter, og hos de fleste retter tilstanden seg i løpet av første leveår (26). En parallell studie til den ovenfor nevnte i Trondheim (9,10), viste at vanlige «jenteplager» (sammenvoksninger, utflod, hudlidelser og så videre) var mye vanligere enn forekomsten av testikkelretensjon (27). For å identifisere avvik fra normalen kreves omfattende basiskunnskap om det normale. Både de epidemiologiske fakta og bekymringene omkring legers anatomikunnskaper, nevnt i avsnittet over, skulle gi grunnlag

for en annen praksis enn dagens. Barnelege Markestad skriver om undersøkelser av barn i sin lærebok i klinisk pediatri: «I prinsippet skal det alltid gjøres en fullstendig klinisk undersøkelse. Å unnlate å gjøre enkelte undersøkelser skal være en bevisst handling.» (26, s.8). Og videre: «Meningsfull undersøkelse krever riktig teknikk og kunnskap om hva som er normale funn i forhold til alderen.» (26, s.8-9). Det er imidlertid et åpent spørsmål hvordan helsepersonell skal kunne opparbeide rutine, erfaring og basiskunnskap på dette området etter bestemmelsen som kom i 1993. Dette kan også ha uheldige konsekvenser for kvalitet og gjennomføring, der man på medisinske indikasjoner må gjennomføre denne type undersøkelse, for eksempel i forbindelse med overgrepsmistanke.

7. Jenter og gutter får et likeverdig tilbud på helsestasjonen

Dette er ikke riktig. Bestemmelsen om ikke å undersøke jenters underliv etter fylte ett år, unntatt på spesielle indikasjoner, har resultert i at gutters underliv blir gjenstand for grundigere oppfølging gjennom førskolealderen enn det som blir jentene til del. Dette kan ha som konsekvens at sykdommer i jenters underliv blir diagnostisert feil eller på et for seint tidspunkt, som vist i eksemplene over. Bestemmelsen fra 1993 står imidlertid fortsatt ved lag, siden helsemyndighetene synes å ha bestemt seg en gang for alle. Senere tids relasjon til kjønnslemlestelse synes faktisk å ha kjørt diskusjonen ytterligere fast.

8. Innvandrerjenter og innvandrer-gutter får et likeverdig tilbud på helsestasjonen

Dette er ikke riktig. I Sosial- og helsedirektoratets gjeldende veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten anbefales rutinemessig undersøkelser «av testes på nytilflyttede gutter fra utenomvestlige land *frem til puberteten*» (3, s.62). Tilstanden man leter etter, testisretensjon, forekommer som nevnt

hos cirka 1–2 prosent av nyfødte gutter. Det står ingen tilsvarende anbefaling vedrørende jenter fra utenomvestlige land, til tross for at man vet at i flere av disse landene, for eksempel Somalia, kjønnslemlestes trolig *opp mot 90 prosent av jentene* (våre uthevninger) (28). Medisinsk begrunnet forskjellsbehandling?

9. Kjønnslemlestelse er vanskelig å se

Dette er ikke riktig. Påstanden tilbakevises også av helsepersonell som har erfaring fra denne type kartlegging (29). Imidlertid kan *noen* former for «mindre alvorlig» kjønnslemlestelse være vanskelig å oppdage. Men poenget er vel å identifisere flest mulig av disse overgrepene, og først og fremst de aller groveste? En rutinemessig inspeksjon vil kunne avdekke dette, blant annet med tanke på å forebygge flere av de alvorlige tilstander en kjønnslemlestelse kan påføre jentene.

10. Kjønnslemlestelse er irreversibelt

Dette er ikke riktig. I de alvorligste tilfellene, der deler av kjønnsorganet er skåret bort, kan man selvfølgelig ikke erstatte det som er borte. Imidlertid kan *noen* av plagene disse jentene har lindres ved å tilby kirurgisk åpning og rekonstruksjon. Dette må uansett skje i forbindelse med framtidig svangerskap/fødsel. En eventuell åpning kan blant annet hjelpe jentene til en bedre hverdag uten de store problemene de ofte får, eksempelvis i forbindelse med vannlating og menstruasjon. De psykiske skadene er sannsynligvis vanskeligere å behandle, men å avdekke at en lemlestelse er foretatt er i det minste en begynnelse. Det er straffbart for personer bosatt i Norge å kjønnslemleste sine barn, men det er ikke straffbart å *være* kjønnslemlestet, og tilstanden antas å gjelde en betydelig del av jenter fra utsatte områder som ankommer Norge.

Underlivsinspeksjon av førskolejenter er fundamentalt forskjellig fra en gynekologisk undersøkelse av voksne kvinner.

Konklusjon

I denne artikkelen har vi tatt tak i noen vedtatte «sannheter» for på den måten å legge grunnlag for at kunnskapsbaserte sannheter kan danne basis for diskusjonene om det berørte temaet. I korte trekk kan det foretas følgende oppsummering:

- Rutinemessig underlivsinspeksjon av førskolejenter på helsestasjonen er ikke et nytt påfunn, men var vanlig fram til 1993. Trolig medførte dette større kunnskap om jenters normalanatomien enn hva som kan være tilfellet i dag.
- Underlivsinspeksjon av førskolejenter er fundamentalt forskjellig fra en gynekologisk undersøkelse av voksne kvinner. Derfor er det riktigst å omtale undersøkelsen av jenters kjønnsorgan som en inspeksjon eller klinisk observasjon.
- Helsepersonell som arbeider med barn avviser i hovedsak ikke underlivsinspeksjon av førskolejenter. Helsemyndighetene er imidlertid sterkt imot, og har vært det siden 1993.
- Rutinemessig underlivsinspeksjon av jenter er ingen velegnet metode for å avdekke seksuelle overgrep. Imidlertid vil andre tilstander som krever behandling kunne identifiseres. Dette gjelder både alvorlige og mer uskyldige tilstander.
- Kjønnslemlestelse av jenter er grov kroppssødeleggelse satt i system, og må antas å oppleves

meget krenkende. Underlivsinspeksjon av førskolejenter er imidlertid ikke påvist å være krenkende.

- Jenter og gutter får ikke et likeverdig tilbud på helsestasjonen i dag. Denne forskjellen savner etter vårt syn faglig begrunnelse.

Tidligere statsråd Karita Bekkemellem og tidligere barneombud Trond-Viggo Torgersen fikk for en tid tilbake en menneskerettighetspris for sitt arbeid mot kjønnslemlestelse. Og for at alle barn, uavhengig av kjønn eller etnisk opprinnelse, skal få et likeverdig medisinsk tilbud i møte med det norske helsevesenet. En må kunne anta at også andre, politikere så vel som fagpersoner og befolkningen for øvrig, har barns beste totalt som utgangspunkt for de standpunkt den enkelte ender opp med. På grunn av de ulike helseutfordringene de to kjønn representerer skal de ikke nødvendigvis ha et *likt* helsetilbud. Men det er vel å forvente at tilbudet er *likeverdig*?

Helsestasjonen er et lavterskeltilbud og skal være en trygg arena for både barn og foreldre. Det er imidlertid en balanse om vi skal gjøre den så «ufarlig» at vi mister fokuset på barns beste som styrende for innholdet i tilbudet. Hensikten med denne artikkelen har vært å gi et kunnskapsbidrag til at helsepersonell kan ta standpunkt til et viktig spørsmål for jenters helse på et så bredt faglig grunnlag som mulig – det skylder vi *alle* jenter.

LITTERATUR

1. Statens helsetilsyn. Helsestasjons- og skolehelsekontroller: hva med genitalia? 1993. Rundskriv IK-07/93.
2. Statens helsetilsyn. Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Oslo: 1998. Veiledningsserie 2-98.
3. Sosial- og helsedirektoratet. Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450. Oslo: 2004.
4. Lazebnik R, Zimet GD, Ebert J, Anglin TM, Williams P, Bunch DL et al. How children perceive the medical evaluation for suspected sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1994;18(9):739-745.
5. Steward MS, Schmitz M, Steward DS, Joye NR, Reinhart M. Children's anticipation of and response to colposcopic examination. *Child Abuse Negl* 1995;19(8):997-1005.
6. Gully KJ, Britton H, Hansen K, Goodwill K, Nope JL. A new measure for distress during child sexual abuse examinations: The genital examination distress scale. *Child Abuse Negl* 1999;23(1):61-70.
7. Waibel-Duncan MK, Sanger M. Understanding and reacting to the anogenital exam: Implications for patient preparation. *Child Abuse Negl* 1999;23(3):281-286.
8. Palusci VJ, Cyrus TA. Reaction to videocolposcopy in the assessment of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 2001;25(11):1535-1546.
9. Gulla K. Hode, skulder, kne og tå – og midt på? Hvordan ikke-misbrukte førskolebarn opplever en undersøkelse av underlivet [Hovedfagsoppgave i helsevitenskap]. Trondheim: Rapportserie for sosialt arbeid og helsevitenskap nr. 53, NTNU; 2004.
10. Gulla K, Fenheim GE, Myhre AK, Lydersen S. Non-abused preschool children's perception of an anogenital examination. *Child Abuse Negl* 2007;31(8):885-894.
11. Berenson AB, Chacko MR, Wiemann CM, Mishaw CO, Friedrich WN, Grady, JJ. A case-control study of anatomic changes resulting from sexual abuse. [Discussion]. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182(4):820-34.
12. McCann J, Miyamoto S, Boyle C, Rogers K. Healing of hymenal injuries in prepubertal and adolescent girls: a descriptive study. *Pediatrics* 2007. 119(5):e-094-e1106.
13. McCann J, Miyamoto S, Boyle C, Rogers K. Healing of nonhymenal injuries in prepubertal and adolescent girls: a descriptive study. *Pediatrics* 2007. 120(5):1000-1011.
14. Støtteforeningen for seksuelt misbrukte barn. Undersøkelse av anogenitalregionen hos barn. Brev til Helsedirektoratet. 1993, 29. januar.
15. Landsgruppe av helsesøstre. Helsestasjonen i 90-årene og framover. Brev til Barneombud Trond Viggo Torgersen. 1993, 15. februar.
16. Norsk Barnelegeforening. Helsekontroller av barn: Hva med genitalia? Brev til Statens helsetilsyn v/direktør Anne Alvik. Oslo: 1993, 12. februar.
17. Barneombudet. Undersøkelse av jenters ytre genitalia ved rutinemessig helsekontroll. Brev til Helseminister Christie. Oslo: 1993, 25. januar.
18. Alvik A. Media har ikke makten over Helsedirektoratet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1993;113(10):1258-1259.
19. Mellbye F. Helsetjeneste i barneskolen. Heksejakt: Kan det være de som er satt til å håndheve instruksene, det er noe galt med? *Aftenposten*. 1993, 28. januar; s. 14.
20. Normann, EK. Undersøkelse av barn. En frisk insinuasjon. *Aftenposten*. 1993, 10. februar; s. 15.
21. Nylenna M. Når media tar makten. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1993;113(5):560.
22. Høyer SE. "4-årskontrollen bør få gjeninnført, som rutine, inspeksjon av underlivet." Omskjæring og kontroll på helsestasjonen. *Dagbladet*. 2000, 10. oktober; s. 45.
23. Lentsch KA, Johnson CF. Do physicians have adequate knowledge of child sexual abuse? The results of two surveys of practicing physicians, 1986 and 1996. *Child Maltreat* 2000;5(1):72-78.
24. Dubow SR, Giardino AP, Christian CW, Johnson CF. Do pediatric chief recognize details of prepubertal female genital anatomy: a national survey. *Child Abuse Negl* 2005;29(2):195-205.
25. Gulla K, Myhre AK, Bratlid D. Er underlivsundersøkelse av førskolejenter krenkende? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007;127(18):2402-2404.
26. Markestad T. *Klinisk pediatri*. Bergen: Fagbokforlaget; 2003.
27. Myhre AK, Berntzen K, Bratlid D. Genital anatomy in non-abused preschool girls. *Acta Pædiatr* 2003;92(12):1453-1462.
28. Yoder PS, Khan S. Numbers of women circumcised in Africa: The production of a total. *Demographic and health research*. 2008 No.39. Rapport lokalisert 19.08.08 på <http://www.who.int/reproductive-health/fgm/index.html>
29. I gang med sjekk. Klassekampen. 2007, 17.april. Intervju med overlege Jamileh Ghadir ved Helsetjenesten for nyankomne innvandrere i Bergen.