



**Karolinska
Institutet**

KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnor och barns hälsa

Enheten för reproduktiv hälsa

Kurs: Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa (15hp)

”Vissa kvinnor är stolta över sin erfarenhet och det måste jag respektera”

En intervjustudie om barnmorskors erfarenheter av att möta kvinnor
inom förlossningsvården som är infibulerade.

“Some women are proud over their experience and I have to respect that”

An interview study about midwives' experiences of caring for
infibulated women during childbirth.

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp
(Avancerad nivå), 2019

Författare:

Cecilia Boisen

Leg. sjuksköterska

Barnmorskestudent

Nana Gilmore

Leg. sjuksköterska

Barnmorskestudent

Handledare:

Anna Wahlberg

MSc, PhD

Bihandledare:

Louise Lundborg

Leg. barnmorska,
doktorand

Examinator:

Claudia Lampic

Docent

Sammanfattning

Bakgrund: Kvinnlig könsstympning omfattar alla ingrepp som innebär borttagande av de externa genitalierna, delvis eller helt, eller annan åverkan på de kvinnliga könsdelarna av icke medicinska skäl (WHO, 2008). En form av könsstympning är infibulation och innebär borttagande av yttre genitalia samt tillslutning/försnävning av vaginalöppningen. Infibulation har flest komplikationer och störst inverkan på barnafödande av de olika typerna av könsstympning. I takt med en ökad invandring till Sverige från länder där könsstympning är vanligt förekommande, möter barnmorskor i allt högre utsträckning dessa patienter i sjukvården.

Syfte: Att beskriva barnmorskors erfarenhet av att möta kvinnor inom förlossningsvården som är infibulerade.

Metod: En semistrukturerad intervjustudie utfördes med barnmorskor verksamma vid fem förlossningskliniker i Sverige. Materialet analyserades utifrån en tematisk analys.

Resultat: Två teman framkom. Upplevda utmaningar under förlossningen och Barnmorskans känslomässiga upplevelse.

Slutsats: Barnmorskorna upplevde utmaningar i mötet med infibulerade kvinnor på förlossningen och mötet väckte olika känslor. Avsaknad av generella riktlinjer och rutiner kring handläggning av infibulerade kvinnor komplicerade barnmorskans arbete.

Klinisk betydelse: Studien har klinisk relevans för barnmorskor inom förlossningsvården då den visar på de utmaningar barnmorskan upplever i mötet med en infibulerad kvinna.

Nyckelord: kvinnlig könsstympning, infibulation, barnmorska.

Abstract

Background: Female genital mutilation (FGM) includes all procedures that involve partial or total removal of the external female genitalia, or other injury to the female genital organs for non-medical reasons (WHO, 2008). One type of FGM is infibulation which involves removal of the external genitalia and narrowing of the vaginal orifice. Infibulation has the most complications and the greatest impact on childbearing. With increased migration to Sweden from countries where FGM is commonly exist, midwives are likely to meet these patients in the healthcare system.

Aim: To describe midwives' experiences of caring for infibulated women during childbirth.

Method: A semi-structured interview-study was conducted with midwives working at five obstetric clinics in Sweden. Thematic analysis was used to analyse the data.

Result: Two themes were identified. Experienced challenges during the process of childbirth and Midwives emotional experience.

Conclusion: Midwives experienced challenges during their professional encounters with infibulated women and a variety of feelings and emotions were evoked when caring for the women. Lack of general guidelines and standardized routines for treatment of infibulated women complicate the midwife's work.

Clinical relevance: The study has clinical relevance for midwives in obstetric care since it shows the challenges midwives experience when caring for infibulated women during childbirth.

Key words: female genital mutilation, infibulation, midwife.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Klassificering av könsstympning	2
Förekomst globalt och i Sverige	2
Lagar och förebyggande arbete i världen och Sverige	3
Komplikationer av könsstympning	3
Infibulering	4
Defibulering	5
Barnmorskans roll och kompetens	7
Barnmorskans möte med könsstympade kvinnor	7
Problemformulering	9
Syfte	10
Metod	10
Design	10
Urval	10
Datainsamlingsmetod	11
Dataanalys	12
Etiska överväganden	13
Resultat	15
Upplevda utmaningar under förlossningen	15
Barnmorskans känslomässiga upplevelse	19
Diskussion	22
Resultatdiskussion	22
Metoddiskussion	26
Slutsats	29
Fortsatta studier	29
Klinisk relevans	29
Referenser	31
Bilaga I	41
Bilaga II	42

Inledning

Första terminen på barnmorskeprogrammet hade vi en föreläsning om kvinnlig könsstympning med två personer som arbetar på Amelmottagningen på Södersjukhuset i Stockholm. En mottagning som tar emot kvinnor med erfarenhet av könsstympning. Föreläsarna betonade att vi som barnmorskor har en viktig uppgift bland annat inom mödrahälsovården att fråga våra patienter om könsstympning. När vi sedan gjorde praktik inom mödrahälsovården reflekterade vi över att frågan sällan, eller aldrig, ställdes. Kvinnlig könsstympning är ett ingrepp som bryter mot mänskliga rättigheter och ett komplext fenomen som vi barnmorskor, oavsett arbetsplats, kommer att möta. Vårt intresse för ämnet handlar därför delvis om att förbereda oss inför vårt kommande arbetsliv som barnmorskor.

Bakgrund

Världshälsoorganisationen (WHO) klassificerar kvinnlig könsstympning som alla kirurgiska ingrepp som omfattar borttagande av de externa genitalierna, delvis eller helt, eller annan åverkan på de kvinnliga könsdelarna av icke medicinska skäl (WHO, 2008). Utövandet av kvinnlig könsstympning hittas vanligtvis i samhällen med stark patriarkal social kultur (Obadina, 2008). Förekomsten av könsstympning har inte bara varit begränsat till länder i Afrika utan har tidigare långt tillbaka i historien även utförts i västvärlden (Johnsdotter, 2012).

Kvinnlig könsstympning utförs vanligtvis av traditionella omskärerskor, som ofta anses vara betydelsefulla personer i samhället. Dessa personer har inte någon medicinsk utbildning (Obadina, 2008; Payne et al., 2019). Även vårdgivare utför kvinnlig könsstympning i tron om att det är mer säkert när ingreppet sker inom vården, så kallad medikalisering (WHO, 2016). En studie pekar på att detta kan innebära en ökad acceptans för ingreppet även inom vården, vilket gör det ännu svårare att överge traditionen (Shell-Duncan, 2001). Könsstympning utförs på unga flickor, oftast i tidig barndom och upp till 15 års ålder. Anledningarna till könsstympning varierar från region till region samt påverkas av olika sociokulturella faktorer inom familjer och samhällen (Nour, 2003; Obadina, 2008). WHO (2018) beskriver att könsstympning ofta utförs för att det ingår i det aktuella samhällets övertygelse om vad som anses vara socialt accepterat och att det fungerar som en försäkran om att kvinnan är oskuld innan giftermålet. Det anses även vara ett kulturellt kvinnligt ideal om att kvinnan ska vara anspråkslös och feminin och att de kroppsdelar som inte anses rena eller vackra ska tas bort (WHO, 2018).

Klassificering av könsstympning

Det finns olika termer för att beskriva borttagande av genitala delar hos flickor där kvinnlig omskärelse och kvinnlig könsstympning är vanligast förekommande. Kvinnlig omskärelse är det begrepp som används mest frekvent i samhällen där könsstympning förekommer (Johnsdotter, 2012; WHO, 1998). WHO, UNFPA och Unicef har tillsammans med andra aktörer kritiserat användandet av begreppet kvinnlig omskärelse som missvisande då de anser att det inte är jämförbart med manlig omskärelse, som i deras mening är betydligt mindre skadligt än könsstympning av flickor (WHO, 2008). Enligt Socialstyrelsen infördes begreppet könsstympning i Sverige 1998, då lagstiftningen reglerades till en striktare lag och den tidigare benämningen omskärelse ersattes med ordet könsstympning (Socialstyrelsen, 2016).

WHO (2008) definierar könsstympning utifrån fyra kategorier:

- Typ 1: Borttagande av förhuden runt klitoris och/eller del av eller hela yttre klitoris.
- Typ 2: Delvis eller helt borttagande av yttre klitoris samt partiellt eller totalt borttagande av de inre och yttre blygdläpparna.
- Typ 3: Delvis eller fullständigt borttagande av yttre genitalia samt tillslutning/försnävning av vaginalöppningen (infibulation), med eller utan borttagande av yttre klitoris.
- Typ 4: Oklassificerade stympningar, allt som inte inkluderas i typ 1-3. Alla andra skadliga ingrepp i de kvinnliga könsorganen av icke medicinska skäl, till exempel prickning, piercing och skrapning.

Förekomst globalt och i Sverige

Enligt WHO (2016) är 200 miljoner flickor och kvinnor i världen könsstympade, varav största andelen är koncentrerad till 30 länder i Afrika, Mellanöstern och Asien. Unicef (2013) visar att förekomsten av de olika typerna av könsstympning varierar mellan länder och etnicitet. Av all kvinnlig könsstympning som utförs är 90 procent av typ 1, 2 och 4. Infibulation, typ 3, utgör därmed cirka 10 procent och är vanligast förekommande i de nordöstra regionerna av Afrika; Djibouti, Eritrea, Etiopien, Somalia och Sudan. I Somalia uppskattas 97 procent av kvinnorna i åldern 15-19 år vara könsstympade och 63 procent av dessa är infibulerade (Unicef, 2013).

Socialstyrelsen (2015) beskriver att enligt WHO:s beräkningar bedöms 3 miljoner flickor årligen ligga i riskzonen för att utsättas för könsstympning. Uppskattningar visar att närmare 40 000 flickor och kvinnor kan ha blivit utsatta för någon form av könsstympning innan de kom till Sverige, där de är bosatta idag (Socialstyrelsen, 2015). Då det har skett och sker en tilltagande migration av

människor från länder där könsstympning utförs, måste Sverige och andra länder i väst hantera könsstympning på ett nytt sätt (Leval, Widmark, Tishelman, & Ahlberg, 2004).

Lagar och förebyggande arbete i världen och Sverige

Könsstympning tillämpas fortfarande trots att det är förbjudet i de flesta länder (WHO, 2016).

Unicef (2018) beskriver att officiella strategier mot könsstympning har utvecklats i flera afrikanska länder. Det innebär att det numera finns lagar som förbjuder könsstympning i länder som Burkina Faso, Egypten, Etiopien och Sudan. Även inom Afrikanska Unionen (AU) finns det avtal och deklARATIONER som innebär att de anslutna länderna aktivt ska arbeta för att motverka förekomst av kvinnlig könsstympning. Genom att vidta de åtgärder som är nödvändiga ska länderna därigenom förhindra de skadliga kulturella och sociala sedvänjor som könsstympning innebär (Unicef, 2018).

Som Regeringskansliet (2018b) beskriver är könsstympning enligt Förenta Nationernas (FN) deklARATION om de mänskliga rättigheterna, och då särskilt Barnkonventionen, ett allvarligt hälsoproblem samt en kränkning av mänskliga rättigheter. I FN:s globala mål för hållbarhet (Sustainable Development Goals) ingår målet att utrota kvinnlig könsstympning (Regeringskansliet, 2018b). FN gav år 2013 medlemsstaterna i uppdrag att öka medvetenhet, kompetens och intensifiera arbetet för att på sikt avskaffa kvinnlig könsstympning. Från 1 januari 2018 fram till år 2030 arbetar FN:s medlemsstater med att uppnå målen (Regeringskansliet, 2018a). Socialstyrelsen (2018) beskriver att i länder där könsstympning är vanligt förekommande och där man vill minska utövandet av kvinnlig könsstympning, är det mer effektivt med insatser som fokuserar på mänskliga rättigheter, jämställdhet och demokrati än med insatser som lyfter fram hälsokonsekvenser av könsstympning. Det har då varit den sociala normen som påverkat en förändring i positiv riktning snarare än attityder på en individuell nivå (Socialstyrelsen, 2018).

Lagen med förbud mot könsstympning av kvinnor (SFS 1982:316) förbjuder all kvinnlig könsstympning i Sverige. Lagen innebär även att det ej är tillåtet att återställa könsstympningen (reinfibulera) efter förlossningen.

Komplikationer av könsstympning

Könsstympning kan medföra stora hälsokonsekvenser, både fysiska, sexuella och psykosociala (Kimani, Muteshi, & Njue, 2016; Rashid & Rashid, 2007; Widmark, Tishelman, & Ahlberg, 2002). Hälsokonsekvenserna är beroende av vilken typ av könsstympning som kvinnan utsatts för (Isman, Ekéus, & Berggren, 2013). Omedelbara komplikationer som kan uppstå av könsstympning är blödning, infektioner, skador på omkringliggande genital vävnad, allvarliga psykologiska trauman

och även mortalitet (Kimani, Muteshi, & Njue, 2016; von Rége & Campion, 2017). De flesta infektioner uppträder vid infibulation (Iavazzo, Sardi, & Gkegkes, 2013). Könstympning kan lämna psykologiska ärr och en rädsla för barnafödande, vilket i sin tur kan utlösa depression och ångest (Rashid & Rashid, 2007). Som von Rége och Campion (2017) beskriver kan könstympning ses som en form av misshandel och det har visats att kvinnor som har erfarenhet av könstympning som barn kan återuppleva traumatiska minnen vid möte med vården och vaginala undersökningar. Kvinnors erfarenhet av könstympning och den sociala acceptansen inom ett samhälle kan vara av stor variation. När kvinnan migrerar till ett annat land och därmed ingår i en ny kontext där könstympning förkastas och kriminaliseras, kan kvinnan förlora de strategier som hon tidigare använt för att hantera sitt trauma (von Rége & Campion, 2017).

Infibulering

Infibulering innebär ett delvis eller fullständigt borttagande av yttre genitalia samt tillslutning/försnävning av vaginalöppningen och även borttagande av hela eller delar av yttre klitoris kan ingå (WHO, 2008). Efter man tagit bort delar av genitalierna sys vagina ihop och det som finns kvar är en liten öppning för urin och menstruationsblod (Obadina, 2008). Infibulering har störst inverkan på barnafödande av de olika formerna av könstympning då den orsakar flest komplikationer. Eftersom vagina är tillsluten kan det bidra till en förlängd förlossning, vilket även ökar antalet episiotomier (klipp), perineala bristningar, instrumentella förlossningar samt kan leda till en ökad mödradödlighet (Berg & Underland, 2013; Bjälkander et al., 2012; Chibber, El-saleh, & El harmi, 2010; Kimani, Muteshi, & Njue, 2016; Okusanya, Oduwole, Nwachuku, & Meremikwu, 2017; Rashid & Rashid, 2007; WHO, 2006). Särskilt i fattiga samhällen med begränsad tillgång till mödravård är komplikationer vanligare (Balogun, Hirayama, Wariki, Koyanagi, & Mori, 2013).

En svensk kohortstudie av Berggren, Gottvall, Isman, Bergström och Ekéus (2013) påvisade sambandet mellan infibulerade kvinnor och en signifikant ökad risk för sfinkterruptur. Forskarna pekade på att mer forskning behövs kring förlossningsrutiner för kvinnor som är infibulerade (Berggren, Gottvall, Isman, Bergström, & Ekéus, 2013). En ytterligare svensk studie av Essén et al. (2002) visade dock att komplikationer relaterat till kvinnlig könstympning som perinatal död, inte kunde sägas bero på könstympningen. Författarna menar att andra suboptimala faktorer som inte kan härledas till själva könstympningen påverkade förloppet. Faktorer som nämns är försenad handläggning vid förlossningskomplikationer, felaktiga CTG-tolkningar och födande kvinnor som avböjde kejsarsnitt trots fetal indikation. De födande kvinnorna kunde ha negativa erfarenheter med

sig från sitt hemland där mödradödligheten var hög och rädslan för att behöva genomgå ett kejsarsnitt gjorde att de försenade eller avböjde detta (Essén et al., 2002). En annan studie visade dock att kvinnor som var infibulerade hade en ökad risk för kejsarsnitt utförda på oklara indikationer men att detta sannolikt berodde på att vårdpersonal saknade tillräcklig kompetens och träning i att utföra defibulering eller att handlägga förlossning med infibulerade kvinnor (Payne et al., 2019). Att antalet kejsarsnitt ökar när kvinnan är infibulerad bekräftas av en studie av Rashid och Rashid (2007). De menar att ökningen är relaterad till svårigheter att utföra fosterövervakning samt brist på adekvat utbildad personal.

Widmark, Tishelman och Ahlberg (2002) påvisar att infibulation skapar problem för både kvinnan som ska föda och för barnmorskan. Eftersom vaginalöppningen är så liten är det inte alltid möjligt att utföra en vaginal undersökning för att fastställa förlossningens progress, omöjligt att sätta intrauterin tryckmätare, urinkateter om kvinnan har svårt att miktera, skalpelektrod, likaså att ta ett fetalt skalpblodprov om barnet visar tecken på stress (Widmark, Tishelman och Ahlberg, 2002).

Defibulering

Enligt Vårdgivarguiden (2016) är defibulering, även kallat öppningsoperation, en operation som innebär att ärrvävnaden efter infibuleringen öppnas upp och introitus (vaginalöppningen) blir synlig. Labia minora och/eller labia majora (de inre och yttre blygdläpparna) sutureras därefter i sårkanterna. Idag görs defibulering på gravida i Sverige vanligtvis under andra trimestern. Detta för att operationssåret ska kunna läka till förlossningen. Efter att defibuleringen gjorts ska även en förlossningsplanering göras med den gravida och dokumenteras i hennes journal (Vårdgivarguiden, 2016). Defibulering inför förlossning möjliggör korrekta vaginala undersökningar, minskar risk för blodförlust under förlossning och möjliggör för kvinnan att kunna genomgå en säker vaginal förlossning. Defibulering kan även göras vid pågående förlossning men kräver då att kompetent och erfaren personal finns på plats (Gordon, Comerasamy, & Morris, 2007; McCafrey, Jankowska, & Gordon, 1995; Rouzi et al., 2012).

Som Edqvist (2016) beskriver kan det i samband med en normal förlossning kan det vara nödvändigt med episiotomi, som innebär att ett klipp görs för att vidga förlossningskanalens och vulvas öppning. Rekommendationen är att använda episiotomi restriktivt vid förlossning men vid exempelvis infibulerade kvinnor och skulderdystoci är rekommendationen liberal. Det finns tre olika tillvägagångssätt vid episiotomi; mediant, mediolateralt och lateralt. Det mediala utgår från introitus rakt ner mot anus, det mediolaterala utgår från medellinjen vid introitus och riktas sedan

snett nedåt mot spinae. Det laterala läggs 1-2 cm vid sidan om medellinjen och riktas snett nedåt mot spinae (Edqvist, 2016). Om kvinnan är infibulerad läggs episiotomin (defibulering) istället uppåt vilket innebär att ärrvävnaden efter infibuleringen öppnas upp (Albert, Bailey, & Duaso, 2015). Vid defibuleringen är det viktigt att vara aktsam för att undvika att skada urinröret (Rouzi, et al., 2012). Som flera studier visar kan en defibulering även utföras om kvinnan inte är gravid och har komplikationer relaterat till könsstypningen i form av dysmenorré och miktionssvårigheter. Kvinnans underliv blir genom defibuleringen inte återställt till sitt ursprung men innebär oftast hälsovinster i form av ett förbättrat sexuellt samliv samt att besvären till följd av könsstypningen minskar eller försvinner (Johnsson & Nour, 2007; Nour, Michels, & Bryant, 2006; Paliwal, Ali, Bradshaw, Hughes, & Jolly, 2014).

Om kvinnan genomgått en öppningsoperation minskade risken för kejsarsnitt och blödning postpartum jämfört med om kvinnan varit infibulerad vid förlossningen. Däremot sågs ingen signifikant skillnad avseende risk för episiotomi, blodförlust, bristning eller förlängt öppningsskede avseende en defibulerad kvinna jämfört med en kvinna som inte var könsstymptad (Okusanya, Oduwole, Nwachuku, & Meremikwu, 2017). Andra studier har dock kommit fram till att det inte är någon obstetrisk skillnad om kvinnan genomgått defibulering före eller under förlossningen (Esu, Udo, Okusanya, Agamse, & Meremikwu, 2017; WHO, 2016). En svensk studie av Widmark, Tishelman och Ahlberg (2002) pekar på problem som kan uppstå vid förlossning om det i journalen inte finns dokumenterat att kvinnan är könsstymptad. Det kan leda till en försämrad vård och påverka förlossningsupplevelsen och utfallet. Kejsarsnitt eller akut defibulering under förlossningen kan då bli aktuellt om kvinnan är infibulerad (Widmark, Tishelman, & Ahlberg, 2002).

Safari (2011) skriver att det kan vara problematiskt ur en social aspekt för kvinnan att genomgå defibulering. I de fall där den gifta kvinnan fått acceptans av sin make att genomgå defibulering var processen mer lätthanterlig. För en ogift kvinna fanns däremot svårigheter att få social acceptans för att hon valt att göra ingreppet. Något som även stöds av en intervjustudie av Johansen (2017). En annan studie visade att om kvinnan gjorde defibulering av medicinska orsaker kunde ett intyg från en läkare ge en ökad social acceptans. Kvinnor beskrev även svårigheter att relatera till sitt könsorgans nya utseende (Vloeberghs, Van Der Kwaak, Knipscheer, & Van Den Muijsenbergh, 2012).

Barnmorskans roll och kompetens

Grunden för all sjukvård i Sverige utgår från Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 2017:30). Lagen innebär att all vård vilar på en humanistisk grund där vårdpersonalen ska bemöta varje patient med respekt utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. Parallellt finns Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) vars syfte är att stärka patientens ställning och rättigheter och betonar hälso- och sjukvårdens ansvar kring förebyggande av vårdskador. Barnmorskor i Sverige arbetar även utifrån Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska. I kompetensbeskrivningen betonas att arbetet kräver stor förmåga till självständigt arbete och att vara barnmorska ställer krav på att aktivt förebygga hälsorisker och komplikationer genom att identifiera fysiologiska och psykosociala riskfaktorer (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018). Barnmorskan ska i sitt arbete även utgå från den internationella etiska koden (International Confederation of Midwives, 2014). Att ta hänsyn till kvinnor som individer med fullständiga mänskliga rättigheter, att utgå från ett rättvis- och jämlikhetsperspektiv avseende tillgång på sjukvård och att visa ömsesidig tillit och respekt, är de grundvalar koden vilar på.

Lindgren och Wiklund (2016) skriver att när den födande kvinnan möter barnmorskan på förlossningsavdelningen bör en noggrann anamnes tas. Därefter gör barnmorskan en yttre palpation för att genom detta fastställa vilken del som är föreliggande fosterdel. För att bedöma förlossningsprogressen gör barnmorskan vaginala undersökningar med cirka tre timmars intervall (Lindgren & Wiklund, 2016). Viktiga faktorer som påverkar om kvinnan får en positiv förlossningsupplevelse är bland annat om kvinnan upplever sig ha blivit sedd som en individ, om relationen med barnmorskan byggt på tillit och om barnmorskan varit närvarande (Dahlberg et al., 2016).

Barnmorskans möte med könsstympade kvinnor

I takt med en ökad invandring från länder där könsstympning är vanligt, har ett kunskapsbehov inom hälso- och sjukvården identifierats (Korfker et al., 2012; Leye, Powell, Nienhuis, Claeys, & Temmerman, 2006). Könsstympade kvinnor ska erbjudas adekvat vård före graviditet för att på detta sätt kunna genomgå en defibulering och därigenom undvika komplikationer från könsstympningen under förlossning och efterförlopp (Kumani, Muteshi, & Njue, 2016; Lundberg & Gerezgiher, 2008). Studier har dock visat att vårdpersonal upplever att de inte har tillräcklig kunskap inom området (Dubourg et al., 2011; Jordal & Wahlberg, 2018; Relph, Inamdar, Singh, & Yoong, 2013; Terry & Harris, 2013; Thierfelder, Tanner, & Bodiang, 2005; Widmark, Leval, Tishelman, & Ahlberg, 2010).

Socialstyrelsen tog år 2015 fram utbildningsmaterialet *Kvinnlig könsstympning - Ett utbildningsmaterial för skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård*. De såg ett ökat behov av kunskap om könsstympning bland hälso- och sjukvårdspersonal (Socialstyrelsen, 2015). En studie av Berggren, Bergström och Edberg (2006) visade på en efterfrågan av en mer individualiserad vård för de kvinnor som genomgått könsstympning och ett behov av systematisk utbildning för hälso- och sjukvårdspersonal. Kvinnor som är infibulerade riskerar att få sämre vård under graviditet och förlossning och detta kan även påverka förlossningsupplevelsen och utfallet (Widmark, Tishelman, & Ahlberg, 2002). Ny (2006) betonar i boken *Reproduktiv hälsa* att barnmorskan särskilt ska informera kvinnor och familjer som enligt tradition tillämpar könsstympning om eventuella komplikationer under graviditet och förlossning. Det har dock visat sig att det finns en osäkerhet bland barnmorskor inom exempelvis mödravården, att ställa frågan om könsstympning (Socialstyrelsen, 2016).

”Att ställa frågor till flickor och kvinnor som kommer från berörda länder när det är relevant är inte diskriminerande i sig utan är väl grundat i vetenskapen om att könsstympning praktiseras i dessa länder. Man kan jämföra med många andra företeelser där man frågar om till exempel utlandsvistelser i anamnesen.” (Socialstyrelsen, 2016, s. 27)

Det finns även ett annat perspektiv: nämligen den könsstympade kvinnans. Könsstympning är vanligtvis ett tabubelagt ämne i de samhällen där det förekommer och talas ofta om i fördömande ordalag av hälso- och sjukvårdspersonal i västvärlden. Detta leder till att det kan vara svårt även för kvinnan att berätta att hon genomgått könsstympning i sitt möte med vården (Berggren, Bergström, & Edberg, 2006; Leval, Widmark, Tishelman, & Ahlberg, 2004; Vissandjée, Denetto, Migliardi, & Proctor, 2014). På Södersjukhuset (2017) i Stockholm finns Amelmottagningen som öppnade 2003 och riktar sig till kvinnor som genomgått könsstympning. Till mottagningen kommer kvinnor med eller utan remiss från skolhälsovård, barnmorskemottagningar, gynekologer i öppen- och slutenvård samt från olika specialiteter inom slutenvården. Amelmottagningen har sedan 2017 i uppdrag att utbilda hälso- och sjukvårdspersonal inom Stockholms läns landsting (SLL) för att vårdpersonal bättre ska kunna identifiera, behandla och remittera kvinnor som genomgått könsstympning. Från och med i år, 2019, ska Amelmottagningen även särskilt fokusera sina utbildningsinsatser för barnmorskor och läkare på barnmorskemottagningarna inom SLL (Södersjukhuset, 2017).

Enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) är vårdpersonal skyldig att alltid ge patienten individuellt anpassad information. En effektiv kommunikation mellan patienter och hälso-och

sjukvårdspersonal samt mellan närstående, är ett av vårdens grundläggande mål (Škodová, 2016). Forskning visar att patienter som inte fått tillgång till tolk trots att behovet funnits, i högre utsträckning känner sig otrygga och därmed kan sägas utsättas för ett personligt lidande (Entrena, 2013). Att använda sig av tolk är även ett sätt för, i detta fall barnmorskan, att få en insikt och förståelse för kvinnans situation. På förlossningsavdelningar är det angeläget för den födande kvinnan att tolken är av kvinnligt kön och att använda sig av anhörigtolk rekommenderas inte. En professionell tolk ger ofta en mer precis översättning och tolken förmår också i större utsträckning att skilja mellan sak och person (Hanssen, 2007). Det finns även i vissa delar av Sverige en frekvent användning av kulturtolksdoula istället för tolk (Västra Götalandsregionen, 2012).

Det har framkommit att barnmorskor upplevt att mötet med könsstympade kvinnor kunde vara problematiskt då de sympatiserade med kvinnan och samtidigt ville visa att de starkt tog avstånd till de övergrepp hon blivit utsatt för. Att då kommunicera professionellt med familjen var svårt (Jordal & Wahlberg, 2018). Det har även visats att barnmorskor i stor utsträckning inte upplevde att de hade tillräckliga kunskaper om vilken vård och handläggning som var den bästa för en infibulerad kvinna (Dawson et al., 2015; Vangen, Johansen, Sundby, Træn, & Stray-Pedersen, 2004; Widmark, Tishelman, & Ahlberg, 2002). I en nyligen publicerad litteraturöversikt framkom att osäkerheten kring handläggning under förlossningen av en infibulerad kvinna bland barnmorskor och gynekologer ledde till improviserade beslut (Jordal & Wahlberg, 2018).

Problemformulering

Rekommendationer inför förlossning med en kvinna som är infibulerad, är att en planerad öppningsoperation görs i andra trimestern. En plan för förlossningen ska även dokumenteras i journalen tillsammans med kvinnan. Men för de kvinnor är infibulerade och som inte identifierats inom mödrahälsovården och därmed inte erbjudits möjligheten att genomgå en planerad defibulering, blir handläggningen mer akut i samband med förlossning. Kvinnlig könsstympling är ett område som genom den ökade invandringen till Sverige kommit att beröra allt fler barnmorskor. Studier har visat att det finns kunskapsluckor bland hälso- och sjukvårdspersonal inom ämnet och att barnmorskor upplever en osäkerhet kring handläggningen under förlossningen med infibulerade kvinnor. Förhoppningsvis kan uppsatsen komma att tillföra nya perspektiv och ge en grund för vidare forskning inom området.

Syfte

Syftet med uppsatsen är att beskriva barnmorskors erfarenhet av att möta kvinnor inom förlossningsvården som är infibulerade.

Metod

Design

Detta är en empirisk studie med en induktiv kvalitativ ansats där semistrukturerade intervjuer användes som datainsamlingsmetod. En induktiv ansats innebär att förutsättningslöst utgå från datamaterialet vid analysen och att forskaren strävar efter att inte ha en förutfattad mening (Kvale & Brinkmann, 2014). Semistrukturerade intervjuer utformades så att respondenterna besvarade öppna frågor, för att forskarna på så sätt kan nå en djupare förståelse för ämnet. Intervjuerna utgick från en semistrukturerad intervjuguide med en schematisk presentation av frågorna (Jamshed, 2014). Den semistrukturerade intervjumodellen innebär att forskaren tar initiativet i intervjuens första fas. Därefter är det informanten som har initiativet, dock inom ramen för det definierade området (Dahlberg, 1997).

Urval

För att kunna besvara studiens syfte gjordes ett strategiskt urval till studien. Syftet med detta var att inkludera deltagare som kunde ge givande beskrivningar av det som undersöktes (Henricson & Billhult, 2017). Inklusionskriterier för att medverka i studien var att deltagarna skulle vara legitimerade barnmorskor, ha handlagt förlossning med en infibulerad kvinna samt ha jobbat på förlossningen i minst ett år. Intervjupersonerna rekryterades genom att e-post med informationsbrev (bilaga I) om studien skickades till chefer vid tre olika förlossningsenheter i Stockholm. En av cheferna vidarebefordrade informationen till sina medarbetare tillsammans med veckobrevet. De två övriga cheferna återkopplade inte på e-postmeddelandet, dock kontaktade barnmorskor verksamma vid dessa förlossningsenheter uppsatsförfattarna. Samtidigt skrevs en kortfattad information om studien på relevanta internetforum. Detta efter att tillåtelse getts av administratörerna av de aktuella grupperna. Barnmorskor som var intresserade av att delta kontaktade uppsatsförfattarna.

Totalt sex personer hörde av sig, alla föll inom ramen för inklusionskriterierna. Av dessa rekryterades tre barnmorskor från internetforum. Resterande tre barnmorskor rekryterades via informationsbrevet som skickades till förlossningsenheterna i Stockholm. I studien inkluderades de sex barnmorskor som kontaktat uppsatsförfattarna. Efter att de sex intervjuerna genomförts

bedömdes att teoretisk mättnad uppnåtts. Detta innebar att ny data inte tillförde nya insikter eller perspektiv (Thorén-Jönsson, 2017). Fyra av barnmorskorna arbetade på tre olika förlossningsenheter i Stockholm med omnejd. Två barnmorskor var verksamma vid förlossningsenheter i Göteborg och Kristianstad. Intervjupersonernas åldrar varierade mellan 30-57 år. Intervjupersonerna hade arbetat som barnmorskor i 1-30 år och inom förlossningsvården mellan 1-30 år. Intervjuerna genomfördes mellan 28 januari och 6 februari 2019.

Datainsamlingsmetod

Semistrukturerade individuella intervjuer med barnmorskor verksamma vid förlossningsenheter i Sverige användes som datainsamlingsmetod för att undersöka barnmorskors upplevelse av mötet med infibulerade kvinnor på förlossningsavdelningen. En förhandsarbetad intervjuguide som fokuserade på det aktuella ämnet användes under intervjuerna. Intervjuguiden konstruerades av uppsatsförfattarna och godkändes av handledare och bihandledare efter att en fråga lagts till. Intervjuguiden bestod av fem öppna frågor (bilaga II). Intervjuguiden fungerade som ett stöd vid intervjun och enstaka följdfrågor ställdes vid respektive intervju. Intervjuaren ansvarade för att alla frågor blev besvarade.

Danielson (2017) beskriver att en pilotintervju bör utföras för att prova frågorna och upplägget av intervjun. En pilotintervju utfördes med en barnmorska för att säkerställa att intervjuguiden fångade de aspekter som avsågs samt att inspelningsutrustningen fungerade. Det framkom inga synpunkter på ändringar av intervjuguiden under pilotintervjun. Pilotintervjun har ej inkluderats i resultatet då barnmorskan som intervjuades hade arbetat inom förlossningsvården mindre än ett år.

Intervjuerna fokuserade på handläggning av förlossning när kvinnan var infibulerad och därmed inte hade genomgått en planerad öppningsoperation som är rekommendationen i Sverige. Skälen till att detta inte gjorts skiljer sig åt mellan patientmötena. Materialet i uppsatsen bygger på sex enskilda intervjuer med barnmorskor som efteråt har transkriberats ordagrant. För att kunna hantera den insamlade datan mer effektivt och transkribera materialet på ett korrekt sätt, spelades intervjuerna in med två mobiltelefoner efter att intervjupersonerna gett sitt muntliga samtycke till detta. Fyra av intervjuerna har gjorts gemensamt av de två uppsatsförfattarna. En av uppsatsförfattarna ställde frågorna och den andra personen förde anteckningar för att fånga icke verbal kommunikation vid de intervjuer som gjordes via personligt möte. Rollerna alternerades mellan intervjutillfällena. Författarna gjorde en intervju vardera enskilt på grund av sjukdom hos den andra vid dessa tillfällen. Intervjupersonerna fick själva välja plats för intervjun när den skedde

via ett personligt möte. Syftet med detta var att intervjupersonen skulle känna sig mer trygg och avslappnad då det var en välkänd miljö, vilket Wibeck (2010) anger är viktigt vid en intervju i forskningssyfte. Tre av intervjuerna skedde via telefon. För två av intervjuerna var det inte geografiskt möjligt att träffas och för en av intervjupersonerna var telefonintervju mer fördelaktigt. Vid telefonintervjuerna fanns begränsningen att det outtalade och kroppsspråk gick förlorat.

I början av samtalet gavs information om studien och om att deltagandet var frivilligt och kunde avbrytas närhelst under intervjun. Intervjupersonerna informerades även om att all data hanteras konfidentiellt. Därefter gav intervjupersonerna sitt muntliga samtycke. De fick möjlighet att ställa eventuella frågor innan intervjun påbörjades. Längd för intervjuerna varierade mellan 30-55 minuter. I slutet av samtalet fick intervjupersonen möjlighet att vid behov själv lägga till aspekter som upplevdes som viktiga och som ej lyfts fram under intervjun.

Dataanalys

Syftet med att använda en tematisk analys var att genom analysmetoden kunna identifiera, analysera och hitta mönster i den insamlade datan. Braun and Clarke (2006) uttrycker vikten av att fördjupa sig i materialet samt att analysprocessen börjar när forskaren ser ett mönster i råmaterialet som kan vara av betydelse för ämnet. Efter att materialet hade transkriberats gemensamt av de två uppsatsförfattarna lyssnades intervjuerna igenom igen för att säkerställa att de transkriberade texterna överensstämde med intervjuerna. Texterna lästes även igenom enskilt ett flertal gånger. Därefter kodade uppsatsförfattarna enskilt det som ansågs vara av intresse för forskningsfrågan enskilt genom att använda kommentarfunktionen i Word på datorn. Koderna diskuterades sedan mellan uppsatsförfattarna och vissa koder omformulerades. De färdiga koderna var utgångspunkten för att skapa möjliga teman. Detta gjordes med hjälp av tankekartor för att överskådligt kunna se vilka koder som formade ett övergripande tema. En fortlöpande diskussion skedde mellan de två författarna och all tolkning och indelning av teman skedde gemensamt. Detta ledde till en samling av möjliga teman som formats utifrån råmaterialet av de koder som utformats. Därefter lästes förslagen till teman igenom och författarna reflekterade över betydelsen av teman för att se om de korrelerade med forskningsfrågan. Enligt Braun och Clarke (2006) är detta en organisk process som kan börja från transkribering fram till färdig analys. För att slutligen definiera och namnge teman ställde uppsatsförfattarna frågorna:

- Vad menas med detta tema?
- Vad är det som stödjer detta tema?
- Vad säger de olika teman i det stora hela om ämnet?

Frågorna användes för att vägleda uppsatsförfattarna genom analysen och skapade därigenom en diskussion i relation till forskningsfrågan (Braun & Clarke, 2006).

Tabell I. Exempel på intervjutext, kod och tema.

Intervjutext	Kod	Tema
<i>"De är oroliga över hur barnet ska komma ut och att det överhuvudtaget ska kunna komma ut." (Barnmorska 4)</i>	Kvinnans oro vid framfödandet.	Upplevda utmaningar under förlossningen.
<i>"Då har vi ett jätteproblem om vi inte kan garantera en kulturdoula eller tolk. Jag menar det funkar inte att ha telefontolk vid krystningsskedet." (Barnmorska 3)</i>	Vikten av att kunna kommunicera med kvinnan under födandet.	Upplevda utmaningar under förlossningen.

Etiska överväganden

Enligt Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) krävdes inte ett etiskt tillstånd för att utföra intervjuer med barnmorskor i denna uppsats då det är ett studentarbete.

Information om studien lämnades muntligt och skriftligt och muntligt samtycke inhämtades från intervjupersonerna. Studiedeltagarna gavs samtidigt möjlighet att ställa sina egna frågor. Författarna till den aktuella studien strävade genom hela arbetsprocessen att tillsammans kontinuerligt göra etiska reflektioner. Detta går i linje med hur Kjellström (2017) betonar hur man som forskare bör handla. Sandman och Kjellström (2013) menar att en studie bör handla om väsentliga frågor som kan vara till gagn för en eller flera personer, för att få kallas etisk. Detta synsätt bar författarna med sig under arbetets gång. Polit och Beck (2016) lyfter fram att det är viktigt att tydligt visa vad forskarna till den aktuella studien kommer fram till och vad som är resultat från tidigare forskning. Uppsatsförfattarna visar detta genom att använda korrekta citat- och referathänvisningar och en noggrann språkgranskning har gjorts för att därigenom undvika feltolkningar och missförstånd. Även vad gäller transkribering av intervjuerna utfördes dessa sanningsenligt och förvanskades ej.

All transkribering utfördes tillsammans av de två författarna. Intervjupersonerna är avidentifierade i uppsatsen och benämns barnmorska 1, barnmorska 2 och så vidare. Det insamlade datamaterialet

förvarades under den pågående studien i säkert förvar där ingen utomstående hade tillgång till den.
Efter avslutat uppsatsarbete raderas materialet.

Resultat

Fokus för intervjuerna var barnmorskornas erfarenhet av att möta kvinnor på förlossningsavdelningen som var infibulerade, trots att riktlinjerna i Sverige rekommenderar en planerad öppningsoperation i andra trimestern. Efter bearbetning och analys av det transkriberade textmaterialet som innefattade kodning av texten, identifierades två teman: *Upplevda utmaningar under förlossningen* och *Barnmorskans känslomässiga upplevelse*.

I resultatet använder barnmorskorna begreppet klipp i sammanhanget defibulering (klipp uppåt) och episiotomi (klipp nedåt), som är de medicinska termerna. Därför har uppsatsförfattarna valt att använda samma vokabulär som intervjupersonerna i resultatdelen.

Upplevda utmaningar under förlossningen

Barnmorskorna i den aktuella studien upplevde alla en rad utmaningar vid handläggning av förlossning med en infibulerad kvinna. Eftersom infibulation innebär att vaginans öppning förslutas innebär det svårigheter för barnmorskan att utföra vaginala undersökningar under förlossningen.

”En del kvinnor är till och med så pass ihopsydda att det är svårt att undersöka liksom med två fingrar. Man får liksom stoppa in ett finger i taget och vara där en stund för att kunna stoppa in det andra fingret också.” (Barnmorska 1)

En barnmorska lyfte fram ett möte med en infibulerad kvinna där de vaginala undersökningarna varit särskilt problematiska och då inte utifrån de fysiologiska förutsättningarna. Hon upplevde att kvinnan stängde av sina känslor och försvann in i sig själv vid undersökningarna. En annan barnmorska berättade att kvinnorna kunde uppleva smärta i samband med de vaginala undersökningarna. Hennes egen tanke kring detta var att smärtan kunde förvärras i och med att den kunde väcka minnen från könsstympningen. Båda dessa barnmorskor lyfte fram aspekten att begränsa antalet vaginala undersökningar för att därigenom inte utsätta kvinnan för mer smärta och obehag. De kunde istället utvärdera förlossningsförloppet utifrån yttre palpation och genom att bedöma hur kvinnan tedde sig:

”Det är ju en utmaning i det då att man i väldigt hög grad vill liksom ja, minska lidandet för de här kvinnorna och det kan kännas jobbigt i en själv att man måste vara där och undersöka och orsaka dem smärta.” (Barnmorska 4)

Konsekvenserna av könsstympningen skiljde sig åt mellan kvinnorna beroende på hur omfattande infibulationen var, beskrev barnmorskorna. Relaterat till den trånga vaginalöppningen var utförandet av klipp något som nämndes i alla intervjuer. Barnmorskorna hade olika syn på klipp och vad det kunde innebära för kvinnan, både fysiskt och ur ett psykologiskt perspektiv. I en av intervjuerna framkom ett starkt inre motstånd mot klippet som sådant då det som barnmorskan beskrev, innebar att tillfoga kvinnan ytterligare ett trauma och var något som hon undvek in i det längsta:

”Det värsta jag gör är att klippa en omskuren kvinna.” (Barnmorska 3)

Men en av barnmorskorna reflekterade inte över vad klippet kunde innebära för kvinnan utan följde gängse rutiner. Hon beskrev att hon la klippet uppåt efter att bedövning lagts på båda sidor. En annan barnmorska beskrev att inställningen till klipp på förlossningsavdelningen var att man skulle vara frikostig med klipp under förlossning med en infibulerad kvinna.

”Vi lägger alltså, när man tänker i samma skede som man lägger ett vanligt snedklipp, det är ju när huvudet börjar pressa på för att det inte ska blöda så mycket.” (Barnmorska 3)

Att utföra ett klipp uppåt i hudbryggan under förlossningen var för barnmorskorna vanligtvis nödvändigt för att barnet skulle kunna födas fram. Men i vilket skede ingreppet skulle utföras skiljde sig åt. Två av barnmorskorna klippte alltid när kronan på barnets huvud skymtade och stod kvar. Att våga avvakta för att se om ett klipp inte behövde utföras var något som en av barnmorskorna framhöll var viktigt då hon inte ville orsaka onödig skada på vävnaden. Att det fanns ärrvävnad och att vävnaden var stram komplicerade handläggningen. En barnmorska lyfte fram att hon kunde behöva klippa både uppåt och nedåt på grund av att vävnaden var så stram. En annan barnmorska beskrev att hon var mer vaksam på hur vävnaden reagerade på trycket från barnets huvud och var beredd på att hålla perinealskydd.

”Man får bara vara beredd på perinealskydd kanske lite extra så att de inte går sönder för mycket.” (Barnmorska 1)

Utifrån den födande kvinnans perspektiv beskrev barnmorskorna att det fanns en oro över att barnet inte skulle kunna komma ut. De födande kvinnorna var i många fall även rädda för att få en stor bristning och det var ett område som de flesta barnmorskor lyfte fram i intervjuerna som

problematiskt. I de fall när kvinnan själv lyft fram önskan om klipp beskrevs kvinnan i dessa fall bli trygg när hon visste att barnmorskan skulle klippa.

”... de här kvinnorna är rädda för en sak: att spricka. Andra kvinnor som föder barn kan vara rädda för allt möjligt som smärta till exempel. Ibland behövs det inte ens att jag klipper men för kvinnan är det avgörande för att hon ska våga föda sitt barn.” (Barnmorska 2)

En av barnmorskorna beskrev att en del kvinnor ville att barnmorskan skulle klippa tidigt under förlossningsarbetet. Barnmorskan förklarade då för kvinnan att ett klipp tidigt ökade risken för blödning och att kvinnan då accepterade detta. Att i efterhand reflektera över sin handläggning och hur utfallet blev förekom:

”Jag har ingen aning om det hade hjälpt, om det hade räddat sfinktern. Men det är min känsla, där borde jag ha agerat, en värk tidigare och lagt ett klipp... Sen vet jag inte hur utfallet hade blivit ändå.” (Barnmorska 6)

Barnmorskorna berättade att infibulationen innebar en ökad risk för bristning. Att språkförbistringar var vanligt förekommande i mötet mellan barnmorskan och den infibulerade kvinnan beskrevs i intervjuerna. Särskilt i krystningsskedet, när barnmorskan ville ha en nära kommunikation och samspel med den födande kvinnan, var en fungerande kommunikation avgörande för att barnmorskan skulle kunna hjälpa till att motverka en större bristning.

”Då har vi ett jätteproblem om vi inte kan garantera en kulturdoula eller tolk. Jag menar det funkar inte att ha telefontolk vid krystningsskedet.” (Barnmorska 3)

En aspekt som även belystes i en annan intervju:

”Ja många av dem är så oroliga att det ska vara helt och hållet sönder. Tyvärr så är det många av dem som inte pratar svenska och då är det ju svårt att förklara.” (Barnmorska 1)

Användning av tolk förekom ofta men uppfattades som problematiskt. Att det inte rent praktiskt gick att ha en tolk under hela förlossningen var en av aspekterna. Det innebar att barnmorskan inte kunde utvärdera vad kvinnan förstod och att kvinnan inte själv kunde uttrycka sina behov. Att det var en kvinnlig tolk var en förutsättning.

”Alltså superdåligt. Det kan jag känna, att jag är inte ett stort fan av det här med tolk. Det är ju liksom något som missas i hela samtalet och kommunikationen mellan mig och patienten, det blir liksom inte rätt och speciellt när det är så här sköra delar, när man ska prata om något så här känsligt. Men hur ska jag annars kunna förklara vad jag ska göra?” (Barnmorska 4)

I två av intervjuerna beskrevs användandet av anhörigtolk. I de fallen hade kvinnan en närstående med sig som talade mer svenska än kvinnan. Eftersom tolk inte fanns på plats under hela förlossningen, och i vissa fall inte alls, användes istället kvinnans närstående som tolk. Något som barnmorskorna beskrev som problematiskt utifrån flera aspekter. Att berätta för kvinnans make att hon behövde klippa, var inte något som barnmorskan ville säga. En av barnmorskorna beskrev att när hon använde anhörigtolk inte visste vilken information som förmedlades till kvinnan och att det kunde skapa svårigheter. Att använda sig av kulturtolksdoula gjordes på tre av förlossningsenheterna. En av förlossningsenheterna hade gjort det sedan 1980-talet och barnmorskan som arbetade där beskrev att de var vana att handlägga förlossningar med infibulerade kvinnor och att de även hade ett flertal barnmorskor som själva kom från Somalia. Hennes upplevelse var att detta arbetssätt var väl integrerat i verksamheten.

Att ha tydliga riktlinjer avseende handläggning av infibulerade kvinnor på förlossningsavdelningen var något som de flesta barnmorskor önskade. Tre av barnmorskorna upplevde att de riktlinjer som fanns på förlossningskliniken var tillräckliga. De övriga tre barnmorskorna beskrev dock att riktlinjer saknades, var bristfälliga eller alltför detaljerade. Barnmorskan kunde då istället ta hjälp av sin intuition och erfarenhet.

”Ja det kan stå till exempel att kvinnan måste ligga i gynstol eller att man ska använda en träspatel. Så kan man inte göra.” (Barnmorska 2)

Att det inte fanns ett entydigt handläggningsförfarande och att kunskapen inom vissa områden upplevdes som bristfällig av barnmorskorna, gjorde att även den egna kompetensen ifrågasattes. En av barnmorskorna reflekterade över om alla åtgärder som utfördes var nödvändiga eller det kanske rentav behövde göras färre åtgärder. Flera barnmorskor lyfte fram att det behövs mer fokus på området inom barnmorskeutbildningen.

”I barnmorskans roll är det här jätteviktigt. Jag tycker att vi borde steppa upp rejält i det. Det finns ett empowerment i det, jag hoppas att ni idag på barnmorskeutbildningen får mycket mer av det här med policys och det.” (Barnmorska 3)

En av barnmorskorna bekräftade att hon upplevde en osäkerhet hos nya kollegor och att de gärna ville att en barnmorskekollega eller läkare istället la klippet. En annan beskrev att det som nyexaminerad barnmorska var svårt första gången hon skulle handlägga en förlossning med en infibulerad kvinna.

”Osäkerhet. Lite rädsla för att orsaka mer ont och då hade jag ju min erfarna kollega med. Det var en väldans tur för man var skakig på handen första gången man skulle förlösa och lägga det här klippet. Jag hade inte ens lagt något vanligt klipp.” (Barnmorska 4)

Barnmorskorna efterfrågade mer kompetens och utbildning generellt i vården, inte enbart inom förlossningsvården. Flera av barnmorskorna hade träffat kvinnor på förlossningen som inte känt till att de varit infibulerade eller att mödrahälsovården inte uppmärksammat detta. Att kvinnan var infibulerad uppdagades vid den första vaginalundersökningen på förlossningen och det riktades skarp kritik mot handläggningen. Det beskrevs även som ett svårt samtal att ha då kvinnan var i ett aktivt värkarbete och hade sitt fokus på annat håll.

”... man ska inte missa en infibulerad kvinna på mödravården. Det slår mig med chock.” (Barnmorska 3).

Barnmorskans känslomässiga upplevelse

I samtliga sex intervjuer berättade barnmorskorna om vilka känslor mötet med en infibulerad kvinna väckte hos dem. De hade olika strategier för att hantera sina känslor. Att inte kunna förstå hur ett ingrepp som infibulation kunde utföras var vanligt:

”Jag tycker bara synd om dem. Kan inte begripa att man kan göra så mot kvinnor och barn. Jag tycker bara synd om dem. Jag tycker många gånger att männen lider med dem. Det är liksom inte dem som vill att de ska vara så här. Ja kanske de extrema men inte de här unga killarna.” (Barnmorska 1)

En av barnmorskorna var noga med att poängtera att hennes egna känslor aldrig fick komma i vägen i mötet med kvinnan. En annan beskrev hur hon försökte lägga sina egna känslor åt sidan. En tredje beskrev att hon upplevde att det som kvinnorna gått igenom var förfärligt. Hos två andra väcktes ilska över traditionen och den begränsning som könsstympningen medförde för kvinnan. En av barnmorskorna berättade att mötet med en infibulerad kvinna väckte ångest hos henne. Hon tyckte att det var jobbigt att hantera den uppkomna situationen och de risker infibulationen kunde medföra under förlossningen. En barnmorska beskrev att hon kände sorg i mötet med kvinnan. Hon berättade även om ett möte med en kvinna som inte visste om att hon var infibulerad när hon kom till förlossningen för att föda sitt barn.

”Jag minns att jag kände uppriktigt att det var så fruktansvärt för henne att hon hade behövt gå igenom det här och att hon hade behövt bli så rädd och utlämnad på något vis.” (Barnmorska 5)

De flesta av barnmorskorna kände medlidande med kvinnorna. En av barnmorskorna beskrev i intervjun komplexiteten i mötet. Hon upplevde att kvinnan å ena sidan i och med könsstympningen blivit fråntagen något och varit utsatt för ett våld och trauma. Å andra sidan ville hon inte stigmatisera de kvinnor hon mötte. Att inte stigmatisera innebar för henne att hon inte ville utgå från att kvinnan automatiskt skulle ha svårare att föda barn än en kvinna som inte var infibulerad. En annan barnmorska sa i intervjun att hon i mötet med kvinnan reflekterade över sin egen reaktion och den frustration och ilska som kunde väckas hos henne. Hon poängterade däremot att hon inte själv ville definiera det kvinnan gått igenom som ett trauma, att hon inte kunde utgå från att detta var kvinnans egna upplevelse.

”Vissa kvinnor är stolta över sin erfarenhet och det måste jag respektera.” (Barnmorska 2)

Något som bekräftades i en annan intervju. Att samtidigt som hon som barnmorska var väl medveten om att kvinnan var infibulerad och att hon försökte hantera de känslor som detta väckte, ville hon normalisera situationen:

”Jag tänker att hon ska föda barn precis som vem som helst och har säkert precis samma funderingar och rädslor kring det utöver att hon har blivit infibulerad.” (Barnmorska 5)

Förutom att det innebar en rad praktiska moment i handläggning av förlossning med en infibulerad kvinna, uppstod det för en av barnmorskorna tankar kring kulturskillnaden som hon upplevde. Hon

berättade att kollegor fått frågan om de kunde försnäva vaginan igen efter förlossningen. Känslorna detta väckte hade hon inte någon beredskap för. I en annan intervju beskrev barnmorskan att hon med hjälp av tolk pratade om infibulationen med kvinnan. Men att barnmorskan, när kvinnans närstående kom in i rummet, inte kunde prata om det mer med kvinnan.

”I och med att det är kulturskillnader som vi måste förhålla oss till. Jo men jag respekterar det på något vis, jag behöver inte bli tillsagd av henne. Jag läser av situationen och förstår att det här är inte ett tillfälle då jag ska ta upp det här eller börja prata djupare om det men jag vet inte om alla tänker så och känner så.” (Barnmorska 5)

Som resultatet ovan visat väckte mötet med kvinnorna på förlossningen många känslor hos barnmorskorna. De hanterade och agerade utifrån sina känslor på olika sätt. En barnmorska beskrev att den sorg hon kunde känna i mötet gjorde att hon försökte informera alla kvinnor på ett fint sätt. Flera barnmorskor beskrev att de känslor som väcktes hos dem, ledde till att de ville hjälpa och stärka kvinnorna på olika sätt. Vanliga strategier var att vänta in kvinnorna vid suturering av bristning efter förlossningen, att se till att kvinnan hade god smärtlindring både under och efter födandet och att kvinnorna i högre utsträckning suturerades på operation efter förlossningen. Detta för att kunna skapa en så god överblick över eventuella skador och göra det utifrån de bästa förutsättningarna. En av barnmorskorna beskrev detta som ett sätt att stärka kvinnan genom empowerment. En annan strategi var att ge kvinnan information om exempelvis Amelmottagningen och att alltid boka ett återbesök till bäckenbottenmottagningen för att kunna följa upp kvinnans eventuella symtom och behov. Detta menade hon var en rättighet kvinnan hade och en skyldighet som vården hade.

”Det är en rättighet, inte ett måste för att det måste vara så för alla kvinnor men vi informerar alla som är infibulerade om Amelmottagningen, att vi tycker att, dit går man. Man gör ett återbesök dit. Det gör alla.” (Barnmorska 3)

En av barnmorskorna använde begreppet compassion som ett verktyg i sitt arbete. Hon ville istället för att utgå från det hon själv kände, se till varje individs behov. Hon beskrev att hon kände ett starkt stöd från sina kollegor och att de hade en ständigt pågående diskussion kring ämnet. Att reflektera tillsammans med sina kollegor var något som de flesta barnmorskorna också gjorde. En av barnmorskorna saknade dock det kollegiala samtalet utifrån de egna känslorna. Hon upplevde att

ämnet endast diskuterades utifrån att det innebar en ökad risk vid framfödandet när kvinnan var infibulerad.

”Men jag tycker inte att vi pratar så värst mycket mer än att vi behöver vara två och att det är en riskfaktor och där ska man vara frikostig med klipp.” (Barnmorska 6)

Att känna en ilska över ingreppet var en av känslorna som beskrevs och att denna ilska fungerade som en drivkraft. Den gjorde att hon som barnmorska var noga med att informera alla kvinnor som var könsstympade och deras familjer om de lagar och riktlinjer som finns i Sverige.

”På ett väldigt tydligt sätt säga ’har ni koll på svensk lag har ni koll på traditioner och kultur och hur vi förhåller oss till det’ och helst göra det till hela familjen. Där är vi ju inte i Sverige idag.” (Barnmorska 3)

Diskussion

Resultatdiskussion

Syftet med uppsatsen var att beskriva hur barnmorskor inom förlossningsvården upplever mötet med kvinnor som är infibulerade. I resultatet framkom två teman: *Upplevda utmaningar med förlossningen* och *Barnmorskans känslomässiga upplevelse*.

I resultatet framkom att alla barnmorskor hade erfarenhet av att utföra ett klipp uppåt (defibulering) på en infibulerad kvinna under aktiv förlossning. Några av barnmorskorna la alltid ett klipp uppåt när huvudet började pressa på. Andra ville avvakta för att se om klippet behövde utföras eller om vävnaden var så pass elastisk att barnet kunde födas fram ändå. Som WHO (2018) skriver behöver i princip alltid klipp utföras för att barnet ska kunna födas fram. Det vanligaste är att klippet läggs när barnets huvud bjuds men klippet kan även läggas i ett tidigare skede, det vill säga före krystningsskedet, och suturering av hudflikarna kan då ske efter barnets födelse (Royal College of Obstetricians & Gynaecologists, 2015; WHO, 2001). Ingen av barnmorskorna i den aktuella studien hade erfarenhet av att lägga ett klipp i ett tidigt skede av förlossningen och det var inte heller något som stod i de riktlinjer de använde. Det förekom en oro hos barnmorskan att klipp under tidigt förlossningsarbete ökade risken för blödning. Men en *”Oro för blödning vid klipp i ärrvävnaden i medellinjen är ofta obefogad. Man behöver därför inte av den anledningen tveka att defibulera tidigt i förlossningsskedet för att få optimal möjlighet att undersöka och övervaka”* (Socialstyrelsen, 2016, s. 45). Att däremot avvakta för länge kan innebära en ökad risk för bristningar för kvinnan

och även leda till att ett klipp nedåt (episiostomi) behöver läggas (Albert, Bailey, & Duaso, 2015). Som en av barnmorskorna i den aktuella studien reflekterade över hade just detta förekommit under en förlossning då hon avvaktat med defibuleringen och kvinnan fick en större bristning.

Att kvinnor som är infibulerade har en ökad risk för bristning generellt har påvisats i flertalet studier (Berg & Underland, 2013; Bjälkander et al., 2012; Chibber, El-saleh, & El harmi, 2010; Kimani, Muteshi, & Njue, 2016; Okusanya, Oduwole, Nwachuku, & Meremikwu, 2017; Rashid & Rashid, 2007; WHO, 2006). Som visats i en svensk kohortstudie finns ett samband mellan infibulerade kvinnor och en signifikant ökad risk för sfinkterruptur (Berggren et al., 2013). Detta stärks av den systematiska utvärderingen *Analssfinkterskador vid förlossning* (SBU, 2016). Som barnmorskorna i uppsatsen beskrev var det svårt att ha ett bra tolksamtal, särskilt under krystningsskedet. Att ha en trepartskommunikation fördröjde processen och detta i just det skede när det var extra viktigt med en bra kommunikation för att kunna förebygga stora bristningar.

De kvinnor som barnmorskorna berättat om i intervjustudien hade inte genomgått en öppningsoperation inför förlossningen som är det rekommenderade i Sverige (Vårdgivarguiden, 2016). Att inte ha sökt vård i Sverige tidigare, inte vetat om att hon var infibulerad eller att barnmorskan på barnmorskemottagningen inte lyft frågan om könsstympningen var anledningar till detta. Barnmorskorna i intervjustudien lyfte fram svårigheter med att prata med kvinnan om infibuleringen på förlossningen, bland annat för att det var ett svårt samtal att ha då kvinnan var i ett aktivt värkarbete och hade sitt fokus på annat håll. En annan svårighet var språkbarriären. Som Entrena (2013) beskriver tolksamtalen bör det ske i lugn och ro med möjlighet för tolken att presentera sig och sin funktion. Som resultatet i den aktuella studien visade är inte alltid förutsättningarna under en förlossning dessa och att det inte rent praktiskt gick att ha en tolk under hela förlossningen var en av aspekterna som försvårade kommunikationen. Det innebar att barnmorskan inte kunde utvärdera vad kvinnan förstod och att kvinnan inte själv kunde uttrycka sina behov. Både språket och de kulturella skillnaderna kan utgöra en barriär som försvårar kommunikationen (Korfker et al., 2012).

I resultatet beskrev barnmorskorna uppkomna känslor som sorg, ilska och ångest i mötet med en infibulerad kvinna och hur de hanterade sina känslor. Barnmorskorna betonade att de inte ville att de egna känslorna skulle påverka mötet med kvinnan. De flesta barnmorskorna talade i intervjuerna om infibulationen som ett trauma. En av barnmorskorna menade tvärt emot att hon inte ville definiera och stigmatisera kvinnans upplevelse genom att själv tolka den. Vissandjine, Denetto,

Migliatdi och Proctor (2014) skriver att ha en icke-dömande attityd och ett etiskt förhållningssätt samt att reflektera över sina egna känslor, reaktioner och de egna värderingarna, är viktigt för att därigenom undvika ytterligare marginalisering och stigmatisering av kvinnorna (Vissandjé, Denetto, Migliatdi, & Proctor, 2014).

Att använda ilska som en drivkraft och att i mötet vilja stärka kvinnan och känslan av att vilja ge tillbaka henne makten över sin kropp beskrevs i den aktuella studien. Ett sätt att göra detta var att informera tydligt kring lagstiftningen om kvinnlig könsstympning i Sverige och vilken eftervård som kvinnan har rätt till. Ett annat sätt var att ta god tid på sig vid suturering och att säkerställa en god smärtlindring. Detta kan förstås utifrån begreppet empowerment. I Gibsons (1991) artikel beskrivs empowerment som en process med fokus på lösningar och inte på problem samt att empowerment syftar till att förstärka personens styrkor, rättigheter och möjligheter och inte fokusera på svårigheter och behov.

Det riktades i intervjuerna även kritik mot handläggningen på mödrahälsovården som inte hade identifierat de kvinnor som var infibulerade. Vad detta kan sägas bero på kan förstås i en litteraturstudie av Jordal och Wahlberg (2018). I litteraturstudien visades att det ofta saknades riktlinjer i vården och att det inte heller fanns någon konsensus i när och hur kommunikationen med könsstympade kvinnor skulle ske. En annan aspekt som lyftes fram var att hälso- och sjukvårdspersonal saknade samarbete mellan den antenatala vården och förlossningsvården, vilket ledde till att infibulerade kvinnor kom till förlossningskliniken utan att det upptäckts att de var infibulerade. Vidare beskrevs att hälso- och sjukvårdspersonal var osäkra på hur de skulle prata med kvinnan om könsstympning och därför istället undvek ämnet. Det ledde då till att kvinnan kom till förlossningen och att information saknades i journalen om att hon var infibulerad (Jordal & Wahlberg, 2018). Att barnmorskor är osäkra kring att fråga kvinnor om könsstympning bekräftas i andra studier (Korfker et al., 2012; Socialstyrelsen, 2016). Som studier visat kan det utifrån den könsstympade kvinnans perspektiv, som har immigrerat till ett land där det uttryckligen är förbjudet att utföra könsstympning och kanske även ses stigmatiserande, ingå känslor av skam kring att prata om ämnet (Berggren, Bergström, & Edberg, 2006; Gele, Johansen, & Sundby, 2012; Leval, Widmark, Tishelman, & Ahlberg, 2004; Momoh, Olufade, & Redman-Pinard, 2016; Vissandjé, Denetto, Migliardi, & Proctor, 2014). Som Jordal och Wahlberg (2018) skriver kan det vara en anledning till att kvinnan undviker att prata med sin barnmorska på mödrahälsovården om att hon är könsstympad, trots att hon kanske har besvär relaterade till könsstympningen. Det kan även vara så

att kvinnan, om barnmorskan inte frågar om könsstypning, tar för givet att barnmorskan vet hur handläggning av en infibulerad kvinna ska hanteras (Jordal & Wahlberg, 2018).

Widmark, Leval, Tishelman och Ahlberg (2010) lyfter fram att den obstetriska vården i Sverige effektivt har kunnat hantera psykosociala och somatiska problem genom att implementera rutiner, riktlinjer och infrastruktur på både lokal och nationell nivå. Dock så saknas denna implementering avseende vården för könsstypade kvinnor och deras särskilda behov tillgodoses inte (Widmark, Leval, Tishelman, & Ahlberg, 2010). Som Socialstyrelsen (2016) visat saknas generella riktlinjer och rutiner kring hur handläggning av kvinnor som genomgått könsstypning ska göras inom mödrahälsovården i Sverige. Enligt riktlinjer för mödrahälsovården i SLL avseende könsstypade kvinnor, ska barnmorskan fråga de kvinnor som bedöms befinna sig i en riskgrupp för könsstypning om detta (Vårdgivarguiden, 2016). Barnmorskan ska även *”ge detaljerad information om vad mödrahälsovården och förlossningsvården kan erbjuda och berätta om svensk lagstiftning gällande könsstypning och reinfibulering”* (Vårdgivarguiden, 2016). Socialstyrelsen skriver i stödet för hälso- och sjukvården avseende kvinnlig könsstypning att *”I samband med inskrivningssamtal med en kvinna från berörda delar av världen kan det vara bra att fråga henne om hon är könsstypad”* (Socialstyrelsen, 2016, s. 42).

Men begrepp som könsstypning eller genitala ingrepp saknas i nuläget på mödravårdsjournalen 1 (MHV1). Detta ska endast dokumenteras i sammanfattningen i det som kallas MHV3 som är den del som förlossningspersonalen läser (Vårdgivarguiden, 2016). Därmed finns ingen konsensus i handläggningen. Socialstyrelsen (2016) menar att det kan vara bra att fråga om könsstypning men skriver samtidigt att det kan vara en svår fråga att ställa och att det inte alltid heller görs. Det är en av anledningarna till att kvinnor som är infibulerade kommer till förlossningen utan att frågan ställts och därmed inte heller en plan för eventuell öppningsoperation och förlossning kunnat göras. Socialstyrelsen har nyligen genomfört en översyn av uppgifterna i MHV1. På förslag är nu att begreppet könsstypning ska läggas till (Socialstyrelsen, 2019). Som Socialstyrelsen (2015) visat finns brister i dokumentation av kvinnlig könsstypning i patientjournaler. Statistik över kvinnornas vårdbehov avspeglar därför inte verkligheten. Uppsatsförfattarna menar att om frågan om könsstypning blir obligatorisk kan detta ses som ett steg på vägen till förbättrat omhändertagande av de kvinnor som genomgått könsstypning.

I Socialstyrelsens (2016) stöd till hälso- och sjukvårdspersonal om kvinnlig könsstypning beskrivs att hälso- och sjukvårdspersonal ska våga fråga kvinnan om hon genomgått könsstypning. Att

utgå från att frågan är svår att ställa genom att skriva att vårdpersonal ska våga fråga, kan skapa en distans till patienten och frågan menar uppsatsförfattarna. Istället bör alla kvinnor som skrivs in i mödrahälsovården vid graviditet tillfrågas om de har genomgått något ingrepp i underlivet, som exempelvis intymkirurgi och kvinnlig könsstympning, och inte bara de kvinnor som söker vård relaterat till besvär från underlivet. I England rekommenderas att alla kvinnor som är gravida, oavsett ursprung, bör tillfrågas om könsstympning (Royal College of Obstetricians & Gynaecologists, 2015).

Som visats i bakgrund och resultat upplever barnmorskor att det behövs mer kunskap och studier om kvinnlig könsstympning både inom barnmorskeprogrammet och bland yrkesverksamma (Dubourg, et al., 2011; Jordal & Wahlberg, 2018; Relph, Inamdar, Singh, & Yoong, 2013; Terry & Harris, 2013; Thierfelder, Tanner, & Bodiang, 2005; Widmark, Leval, Tishelman, & Ahlberg, 2010). En fördjupad kunskap kan bidra till att barnmorskor lättare lyfter frågan om könsstympning (Thierfelder, Tanner, & Bodiang, 2005). Det saknas även konkreta riktlinjer om hur information kring kvinnlig könsstympning ska ges inom mödrahälsovården, på förlossningen och BB. Socialstyrelsen skriver att det *”I vissa länder förekommer könsstympning av spädbarn från en veckas ålder. Därför kan det förebyggande arbetet på förlossningen och BB vara viktigt. Information kanske inte har getts inom mödrahälsovården”* (Socialstyrelsen, 2016, s. 47).

Metoddiskussion

Uppsatsens syfte var att beskriva barnmorskors erfarenhet av möten med infibulerade kvinnor inom förlossningsvården. Att utgå från en kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer var det tillvägagångssätt som uppsatsförfattarna bedömde som lämpligast då det gav möjlighet till att belysa, analysera och beskriva detta ämne. Intervjun som forskningsmetod är ett sätt att förstå *”den levda vardagsvärlden ur den intervjuades eget perspektiv”* (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 41).

Enligt Graneheim and Lundman (2003) ska en kvalitativ studie för att ha en hög trovärdighet granskas utifrån dess tillförlitlighet, giltighet samt överförbarhet. Tillförlitligheten är beroende av hur urval, material och analys överensstämmer med studiens syfte. Lundman och Hällgren Graneheim (2017) lyfter fram att studien bör ha en röd tråd som följer genom hela arbetet, en bakgrund som innehåller centrala begrepp för syftet samt att resultatet återspeglar syftet.

Uppsatsförfattarnas fokus har genom uppsatsarbetet varit att undvika egna tolkningar i syfte att låta intervjupersonerna vara i fokus och att hålla en röd tråd under arbetets gång. Urvalet, det vill säga

informanterna, bör ha varierande egenskaper för att kunna bidra med en variation och ett djup till resultatet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Samtliga informanter i denna studie har olika lång erfarenhet från förlossningsvård och varierande bakgrund samt olika åldrar. Informanterna representerar fem olika förlossningskliniker i Sverige vilket kan anses ge en god variation i den totala deltagargruppen. Samtliga barnmorskor är kvinnor och kan inte ses påverka resultatet negativt då detta är realistiska förhållanden på förlossningskliniker i Sverige. Det fanns olikheter i varje enskild intervju samtidigt som många likheter kunde bekräftas vid nästkommande intervju. Det var utifrån dessa genomgående likheter som uppsatsförfattarna drog slutsatsen när teoretisk mättnad var uppnådd (Thorén-Jönsson, 2017). En ytterligare aspekt avseende studiens tillförlitlighet är att analysarbetet ska beskrivas noggrant (Graneheim & Lundman, 2003). Uppsatsförfattarna har därför strävat efter detta.

Som stöd för intervjuerna användes en intervjuguide (bilaga II). Denna guide godkändes av handledare och bihandledare efter att en fråga lagts till. Författarna genomförde en pilotintervju med en barnmorska i syfte att undersöka om den aktuella intervjuguiden var relevant i förhållande till uppsatsens syfte. Inga ändringar gjordes i intervjuguiden efter pilotintervjun. Intervjuerna har avlyssnats och lästs igenom flera gånger, samt bearbetats i analysen gemensamt av de två uppsatsförfattarna. Detta kan bidra till en ökad tillförlitlighet av resultatet. Att citat från deltagarna presenteras i resultatet kan även det sägas stärka tillförlitligheten. Vidare presenterar uppsatsförfattarna all information som svarade på syftet i den aktuella studiens resultat. En ytterligare aspekt som noga beaktats under arbetsprocessen är att författarna under arbetets gång tillsammans diskuterat tolkningar och resultat samt säkerställt att ingen information förvrängts utifrån originaltexten. Det insamlade materialet har även diskuterats med handledare och bihandledare och genom detta kunnat klargöra konsensus av innehållet. Detta stärker studiens tillförlitlighet och giltighet.

En studies giltighet belyser om det som var avsett att studeras blev studerat, det vill säga om syftet besvarats. För att stärka studiens giltighet har en konsekvent datainsamling och dataanalys genomförts (Henricson, 2017). Datainsamlingen skedde inom en tvåveckorsperiod och av samma personer. Uppsatsförfattarnas förförståelse och egna erfarenheter kan ha påverkat förståelsen av innehållet i materialet i en viss riktning. För att undvika detta har fortlöpande samtal förts mellan uppsatsförfattarna, handledare, bihandledare och studiekamrater. Dessa samtal kan fungera som ett sätt att distansera sig från resultatet vilken även kan sägas öka studiens tillförlitlighet och giltighet (Henricson, 2017). Uppsatsförfattarnas förförståelse i ämnet är som barnmorskestudenter med

teoretisk och viss praktisk kunskap om förlossning, komplikationer och kvinnlig könsstympning. Författarna har ingen egen erfarenhet av att handlägga en förlossning med en infibulerad kvinna. Under praktik på barnmorskemottagningar har båda uppsatsförfattarna träffat kvinnor med erfarenhet av könsstympning, men inte av infibulation. Uppsatsförfattarnas delaktighet i studien är uppenbar och oundviklig då den kvalitativa intervjun innebär ett samspel mellan intervjupersonen och intervjuaren. Vid insamlandet av kvalitativ data kan forskaren ses som ett instrument för datainsamlingen (Creswell & Creswell, 2018). Uppsatsförfattarna har tidigare genomfört varsin kvalitativ intervjustudie men anser sig dock vara noviser inom området. Detta kan ha påverkat uppsatsen på så sätt att de utförda intervjuerna samt den tematiska analysen inte fått det djup som en erfaren forskare hade uppnått. Ett exempel på detta är att intervjuerna hade kunnat fördjupas ytterligare med hjälp av fler följdfrågor som berörde klipp och bristningar.

Att barnmorskorna i den aktuella studien var av olika ålder, hade varit barnmorskor olika länge och hade varierande erfarenheter samt representerar fem förlossningsenheter i Sverige, anser författarna är en fördel. Det ger ett variationsrikt innehåll och speglar dessa personers erfarenheter. Resultatet gör inte anspråk på att vara generaliserbart men ger en djupare förståelse för hur just de här barnmorskorna upplever fenomenet.

Under hela studien har författarna noggrant följt Vetenskapsrådets (2017) forskningsetiska riktlinjer. En av dessa riktlinjer rör konfidentialitet. Som Kjellström (2017) skriver består konfidentialitet av två delar. Den första avser vikten av att data förvaras på ett sådant sätt att ingen obehörig kan ta del av den. Detta har uppsatsförfattarna noga beaktat genom att inte lämna inspelningsutrustning eller insamlad data obebakad. Den andra delen betonar att data ska redovisas på ett sätt som gör att den inte kan kopplas till en enskild person. Informanterna benämns som Barnmorska 1, Barnmorska 2 och så vidare, istället för med namn för att därigenom säkerställa konfidentialitet.

Att istället utgå från gruppintervjuer eller en enkätstudie var andra metoder som diskuterades. Gruppintervjuer kräver dock ett stort antal informanter och bedömningen gjordes att det inte fanns tillräckligt med tid för att rekrytera det antal barnmorskor som krävdes. Det ställer även krav på informanterna att de skulle kunna ses på en plats och en tidpunkt som passar alla. Som Kvale och Brinkmann (2014) skriver kan gruppintervjun passa för explorativa studier och att *”den livliga kollektiva interaktionen kan frambringa mer spontana expressiva och emotionella uppdateringar än den individuella, ofta mer kognitiva intervjun”* (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 191). Med en

enkätstudie hade materialet kunnat ge en saklig information av ämnet men informanternas egna erfarenheter uttryckta med deras egna ord hade gått förlorad. Enkätstudier är mer passande när mycket information ska samlas in från ett större antal personer (Billhult, 2017). Den aktuella studiens syfte hade varit svårt att fånga i enkätstudie. Den kvalitativa intervjumetoden gav istället möjlighet att sätta fokus på intervjupersonernas subjektiva erfarenheter (Fejes & Thornberg, 2015).

Slutsats

Uppsatsen visade att barnmorskorna upplevde en rad utmaningar i mötet med infibulerade kvinnor på förlossningen. Kommunikation var ett av de områden som barnmorskorna lyfte fram som problematiskt och betonade att det var särskilt viktigt med en fungerande kommunikation för att kunna motverka en stor bristning. Att kunna säkerställa ett kommunikativt samarbete med kvinnan trots de språkförbristningar som förekom, var svårt. Avsaknad av tolk, användandet av anhörigtolk och den treparts kommunikation som tolksamtalen innebar, fördröjde och försvårade processen och detta i just det skede när det var extra viktigt med en bra kommunikation för att kunna förebygga stora bristningar. Barnmorskorna behövde även hantera en rad olika känslor som mötet med kvinnorna väckte. Barnmorskorna betonade att de inte ville att de egna känslorna skulle påverka mötet med kvinnan och hade olika strategier för detta. Avsaknad av generella riktlinjer och rutiner inom vårdkedjan kring handläggning av kvinnor som är könsstympade komplicerade barnmorskans arbete. En tydlighet och konkretisering av rutiner inom exempelvis mödrahälsovården, som införandet av begreppet könsstympning på MHV1, kan bidra till att kvinnor erbjuds en likvärdig vård över hela landet. Parallellt krävs en kompetenshöjning både inom barnmorskeutbildningen och hälso- och sjukvården.

Fortsatta studier

Denna uppsats beskriver hur sex barnmorskor upplevt mötet med infibulerade kvinnor. Fortsatta större kvalitativa studier kan fånga komplexiteten som mötet mellan barnmorska och en infibulerad kvinna kan innebära. Detta kan fördjupa kompetensen inom området och ge en utökad kunskap inför implementering av de rutiner och det stöd som efterfrågas av barnmorskorna. Att närmare undersöka hur mödrahälsovården kan förbättra sina rutiner och öka kompetensen inom barnmorskekåren och inom barnmorskeutbildningen är relevant.

Klinisk relevans

Studien kan ha en klinisk relevans för barnmorskor som arbetar inom förlossningsvården då studien visade på vilka utmaningar barnmorskan upplevde i mötet med en infibulerad kvinna och hur de

uppkomna känslorna hanterades. Den tydliggör även variationen av kunskap som finns inom barnmorskeprofessionen.

Referenser

- Albert, J., Bailey, E., & Duaso, M. (2015). Does the timing of deinfibulation for women with type 3 female genital mutilation affect labour outcomes? *British Journal of Midwifery*, 23(6), 430-437.
- Balogun, O., Hirayama, F., Wariki, W., Koyanagi, A., & Mori, R. (2013). Interventions for improving outcomes for pregnant women who have experienced genital cutting. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group*, (2). doi:10.1002/14651858.CD009872.pub2
- Berg, R., & Underland, V. (2013). The Obstetric Consequences of Female Genital Mutilation/Cutting: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obstetrics and Gynecology International*, 2013(2013), 15.
- Berggren, V., Bergström, S., & Edberg, A. (2006). Being Different and Vulnerable: Experiences of Immigrant African Women Who Have Been Circumcised and Sought Maternity Care in Sweden. *Journal of Transcultural Nursing*, 17(1), 50-57.
- Berggren, V., Gottvall, K., Isman, E., Bergström, S., & Ekéus, C. (2013). Infibulated women have an increased risk of anal sphincter tears at delivery: A population-based Swedish register study of 250 000 births. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 92(1), 101-108.
- Billhult, A. (2017). Enkäter. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 121-132). Lund: Studentlitteratur.
- Bjälkander, O., Bangura, L., Leigh, B., Berggren, V., Bergström, S., & Almroth, L. (2012). Health complications of female genital mutilation in Sierra Leone. *International journal of women's health*, (4), 321-331. doi:10.2147/IJWH.S32670
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Chibber, R., El-saleh, E., & El harmi, J. (2010). Female circumcision: obstetrical and psychological sequelae continues unabated in the 21st century. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 24(6), 833-836.

Creswell, J., & Creswell, J.D. (2018). *Research design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (5th ed.). Thousand Oaks: SAGE Publications.

Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Dahlberg, U., Persen, J., Skogås, A-K., Selboe, S-T., Torvik, H.M., & Aune, I. (2016). How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 7, 2-7.

Danielsson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 143-154). Lund: Studentlitteratur.

Dawson, A. J., Turkmani, S., Varol, N., Nanayakkara, S., Sullivan, E., & Homer, C.S.E. (2015). Midwives' experiences of caring for women with female genital mutilation: Insights and ways forward for practice in Australia. *Women and Birth*, 28(3), 207-214.

Dubourg, D., Richard, F., Leye, E., Ndame, S., Rommens, T., & Maes, S. (2011). Estimating the number of women with female genital mutilation in Belgium. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 16(4), 248-257.

Edqvist, M. (2016). Förebygga bristningar under förlossning. I H. Lindgren., K. Christensson., & A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa – barnmorskans kompetensområde*. (s. 481-494). Lund: Studentlitteratur.

Eide, H., & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation. Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.

Entrena, E. (2013). Att kommunicera med hjälp av tolk. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation*. (s. 335-352). Lund: Studentlitteratur.

Essén, B., Bödker, B., Sjöberg, N.O., Gudmundsson, S., Östergren, P.O., & Langhoff-Roos, J. (2002). Is there an association between female circumcision and perinatal death? *Bulletin of the World Health Organization*, 80(8), 629-632.

Esu, E., Udo, A., Okusanya, B., Agamse, D., & Meremikwu, M. (2017). Antepartum or intrapartum deinfibulation for childbirth in women with type III female genital mutilation: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 136, 21-29.

Fejes, A. & Thornberg, R. (2015). Kvalitativ forskning och kvalitativ analys. I A. Fejes & R. Thornberg. (Red.). *Handbok i kvalitativ analys*. (s. 16-43). Liber: Stockholm.

Gele, A., Johansen, E., & Sundby, J. (2012). When female circumcision comes to the West: Attitudes toward the practice among Somali Immigrants in Oslo. *BMC Public Health*, 12, 697.

Gibson, C H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 354-361.

Gordon, H., Comerasamy, H., & Morris, N. H. (2007). Female genital mutilation: Experience in a West London clinic. *Journal of Obstetrics & Gynecology*, 27(4), 416-419. doi: 10.1080/01443610701327511

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

Hanssen, I. (2007). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle*. Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. (2017). Forskningsprocessen. I M. Henricson. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 43-55). Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 111-119). Lund: Studentlitteratur.

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Stockholm: Socialdepartementet.

Iavazzo, C., Sardi, T., & Gkegkes, A. (2013). Female genital mutilation and infections: A systematic review of the clinical evidence. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 287(6), 1137-1149.

International confederation of midwives. (2014). *International Code of Ethics for Midwives*. Hämtad från <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>

Isman, E., Ekéus, C., & Berggren, V. (2013). Perceptions and experiences of female genital mutilation after immigration to Sweden: An explorative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 4(3), 93-98.

Jamshed, S. (2014). Qualitative research method-interviewing and observation. *Journal of Basic and Clinical Pharmacy*, 5(4), 87-88.

Johansen, R. (2017). Virility, pleasure and female genital mutilation/cutting. A qualitative study of perceptions and experiences of medicalized defibulation among Somali and Sudanese migrants in Norway. *Reproductive Health*, 14(1), 25.

Johnsdotter, S. (2012). Projected Cultural Histories of the Cutting of Female Genitalia: A Poor Reflection as in a Mirror. *History and Anthropology*, 23 (1), 91–114.

Johnson, C., & Nour, N. M. (2007). Surgical Techniques: Defibulation of Type III Female Genital Cutting. *Journal of Sexual Medicine*, 4(6), 1544-1547.

Jordal, M., & Wahlberg, A. (2018). Challenges in providing quality care for women with female genital cutting in Sweden – A literature review. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 17, 91-96. doi:10.1016/j.srhc.2018.07.002

Kimani, S., Muteshi, J., & Njue, C. (2016). Health impacts of FGM/C: A synthesis of the evidence. Hämtad från https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2016RH_HealthImpactsFGMC.pdf

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 69-94). Lund: Studentlitteratur.

Korfker, D., Reis, G., Rijnders, R., Meijer-van Asperen, M., Read, E., Sanjuan, B., & Buitendijk, L. (2012). The lower prevalence of female genital mutilation in the Netherlands: A nationwide study in Dutch midwifery practices. *International Journal of Public Health*, 57(2), 413-420.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lag om etikprövning av forskning som avser människor, (SFS 2003:460). Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Lag med förbud mot könsstympning av kvinnor, (SFS 1982:316). Stockholm: Socialdepartementet.

Leval, A., Widmark, C., Tishelman, C., & Ahlberg, B. (2004). The encounters that rupture the myth: contradictions in midwives' descriptions and explanations of circumcised women immigrants' sexuality. *Health Care for Women International*, 25(8), 743-760. doi: 10.1080/07399330490475593

Leye, E., Powell, R., Nienhuis, G., Claeys, P., & Temmerman, M. (2006). Health Care in Europe for Women with Genital Mutilation. *Health Care for Women International*, 27(4), 362-378.

Lindgren, H., & Wiklund, I. (2016). Förlossningens förlopp. I H. Lindgren., K. Christensson., & A-K. Dykes. (Red.). *Reproduktiv hälsa – barnmorskans kompetensområde*. (s. 446-457). Lund: Studentlitteratur.

Lundberg, P., & Gerezgiher, A. (2008). Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden. *Midwifery*, 24(2), 214-225.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund Nielsen., & M. Granskär. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 219-234). Lund: Studentlitteratur.

McCafrey, M., Jankowska, A., & Gordon, H. (1995). Management of female genital mutilation: The Northwick Park Hospital experience. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 102(10), 787-790. doi:10.1111/j.1471-0528.1995.tb 10843.x

Momoh, C., Olufade, O., & Redman-Pinard, P. (2016). What nurses need to know about female genital mutilation. *British Journal of Nursing* (Mark Allen Publishing), 25(9), 30-4.

Nour, N. (2003). Female genital cutting: A need for reform. *Obstetrics & Gynecology*, 101(5), 1051-1052.

Nour, N.M., Michels, K.B., & Bryant, A.E. (2006). Defibulation to Treat Female Genital Cutting: Effect on Symptoms and Sexual Function. *Acta Obstetrica et Gynecologica* (108), 55–60.

Ny, P. (2016). Barnmorskan i ett mångkulturellt samhälle. I Lindgren, H., Christensson, K., Dykes, A-K. (Red.), *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde*. (s. 49-53). Lund: Studentlitteratur.

Obadina, S. (2008). Female genital mutilation: A complex dilemma. *British Journal of School Nursing*, 3(1), 25-29.

Okusanya, B., Oduwole, O., Nwachuku, N., & Meremikwu, M. (2017). Deinfibulation for preventing or treating complications in women living with type III female genital mutilation: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 136, 13-20.

Paliwal, P., Ali, S., Bradshaw, S., Hughes, A., & Jolly, K. (2014). Management of type III female genital mutilation in Birmingham, UK: A retrospective audit. *Midwifery*, 30(3), 282-288.

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Stockholm: Socialdepartementet.

Payne, C., Abdulcadir, J., Ouedraogo, C., Madzou, S., Kabore, F., & De, E. (2019). International continence society white paper regarding female genital mutilation/cutting. *Neurourology and Urodynamics*, 91-99. doi: 10.1002/nau.23923

Polit, D., & Beck, C. (2016). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Rashid, M., & Rashid, M.H. (2007). Review Obstetric management of women with female genital mutilation. *The obstetrician & Gynecologist*, 9, 95-101.

Regeringskansliet. (2018a). *Handlingsplan Agenda 2030*. Hämtad från <https://www.regeringen.se/rapporter/2018/06/handlingsplan-agenda-2030/>

Regeringskansliet. (2018b). *Handlingsplan mot könsstympning av flickor och kvinnor*. Hämtad från https://www.regeringen.se/4a34bd/contentassets/3257c5e17acb44258a8a1caf5b343414/handlingsplan-mot-konsstympning-av-flickor-och-kvinnor_webb.pdf

Relph, S., Inamdar, R., Singh, H., & Yoong, W. (2013). Female genital mutilation/cutting: Knowledge, attitude and training of health professionals in inner city London. *European Journal of Obstetrics and Gynecology*, 168(2), 195-198.

Rouzi, A.A., Al-Sibiani, S. M., Al-Mansouri, N.S., Al-Sinani, N., Al-Jahdali, E., & Darhouse, K. (2012). Defibulation During Vaginal Delivery for Women With Type III Female Genital Mutilation. *Obstetrics & Gynecology*, 120(1), 98-103. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182590343

Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. (2015). *Female Genital Mutilation and its Management*. (Green-top Guideline No. 53). Hämtad från <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/>

Safari, F. (2011). A qualitative study of women's lived experience after deinfibulation in the UK. *Midwifery*, 29(2), 154-158.

Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). *Etik: etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.

Shell-Duncan, B. (2001). The medicalization of female "circumcision": harm reduction or promotion of a dangerous practice? *Social Science & Medicine*, (52), 1013-1028.

Škodová, Z. (2016). Communication and interpersonal skills enhancement in midwifery: Review. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 7(3), 504-510.

Socialstyrelsen. (2015). *Flickor och kvinnor i Sverige som kan ha varit utsatta för könsstympning: En uppskattning av antal*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-1-32>

Socialstyrelsen. (2016). *Kvinnlig könsstympning - ett stöd för hälso- och sjukvårdens arbete*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20282/2016-6-59.pdf>

Socialstyrelsen (2018). *Underlag till handlingsplan mot könsstympning av flickor och kvinnor*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-3-32>

Socialstyrelsen (2019). *Variabler mödrahälsovård*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2019/2019-2-13>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). (2016). *Analsfinkterskador vid förlossning. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska, sociala och etiska aspekter*. Hämtad från <https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/analssfinkterskador-vid-forlossning/>

Svenska barnmorskeförbundet. (2018). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad från <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2018/05/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-2018.pdf>.

Södersjukhuset. (2017). AMEL-mottagningen. Hämtad 2019-01-22 från <https://www.sodersjukhuset.se/avdelningar-och-mottagningar/amelmottagningen/>

Terry, L. & Harris, K. (2013). Female genital mutilation: a literature review. *Nursing standard*, 28(1), 41-47.

Thierfelder, C., Tanner, M., & Bodiang, C. (2005). Female genital mutilation in the context of migration: Experience of African women with the Swiss health care system. *The European Journal of Public Health*, 15(1), 86-90.

Thorén-Jönsson, A-L. (2017). Grounded theory. I B. Höglund Nielsen & M. Granskär. (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 153-178.). Lund: Studentlitteratur.

Unicef. (2013). *Female genital mutilation/cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change*. Hämtad från <https://data.unicef.org/resources/female-genital-mutilationcutting-statistical-overview-exploration-dynamics-change/>

Unicef. (2018) *Kvinnlig könsstympning*. Hämtad från <https://unicef.se/fakta/kvinnlig-konsstympning>

Vangen, S., Johansen, R.E.B., Sundby, J., Træen, B., & Stray-Pedersen, B. (2004). Qualitative study of perinatal care experiences among Somali women and local health care professionals in Norway. *European Journal of Obstetrics and Gynecology*, 112(1), 29-35.

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. Hämtad från <https://www.vr.se/analys-och-uppdrag/vi-analyserar-och-utvarderar/alla-publikationer/publikationer/2017-08-29-god-forskningssed.html>

Vissandjée, B., Denetto, S., Migliardi, P., & Proctor, J. (2014). Female Genital Cutting (FGC) and the ethics of care: Community engagement and cultural sensitivity at the interface of migration experiences. *BMC International Health and Human Rights*. doi: 10.1186/1472-698X-14-13

Vloeberghs, E., Van Der Kwaak, A., Knipscheer, J., & Van Den Muijsenbergh, M. (2012). Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands. *Ethnicity & Health*, 17(6), 677-695.

von Rège, I., & Campion, D. (2017). Female genital mutilation: implications for clinical practice. *British Journal of Nursing (Urology Supplement)*, 26(18), 22-27.
doi:10.12968/bjon.2017.26.18.S22 38

Vårdgivarguiden. (2016). *Könsstympade kvinnor*. Hämtad 2019-01-25 från <https://www.vardgivarguiden.se/behandlingsstod/barnmorskemottagning/riktlinjer/konsstympade-kvinnor/>

Västra Götalandsregionen. (2012). *Kulturtolkens erfarenhet av tvärkulturella interaktioner*. Hämtad från <https://www.doulakulturtolk.se/forskning/>

Wibeck, V. (2010). Fokusgrupper. *Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.

Widmark, C., Leval, A., Tishelman, & Ahlberg, B.M. (2010). Obstetric care at the intersection of science and culture: Swedish doctors' perspectives on obstetric care of women who have undergone female genital cutting. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 30(6), 553-558. doi: 10.3109/01443615.2010.484110

Widmark, C., Tishelman, C., & Ahlberg, B. M. (2002). A study of Swedish midwives' encounters with infibulated African women in Sweden. *Midwifery*, 18(2), 113-125.

World Health Organisation. (1998). *Female genital mutilation: An overview*. Hämtad från <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42042>

World Health Organisation. (2001). *Female genital mutilation: integrating the prevention and the management of the health complications into the curricula of nursing and midwifery. A teacher's guide*. Hämtad från https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/RHR_01_16/en/

World Health Organisation. (2006). *Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries*. Hämtad från <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/fgm-obstetric-study-en.pdf>

World Health Organisation. (2008). *Eliminating female genital mutilation: An interagency statement UNAIDS, UNPD, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCHR, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO*. Hämtad från <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/9789241596442/en/>

World Health Organisation. (2016). *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*. Hämtad från <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en/>

World Health Organisation. (2018). *Female genital mutilation*. Hämtad 2019-01-17 från <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>

Bilaga I



KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnor och barns hälsa: Enheten för reproduktiv hälsa

Hej!

Vi är två barnmorskestudenter som studerar tredje och sista terminen vid Barnmorskeprogrammet på Karolinska Institutet. Vi ska nu påbörja vår magisteruppsats som handlar om hur barnmorskor inom förlossningsvården upplever mötet med kvinnor som är infibulerade. Vi planerar att intervjua barnmorskor på förlossningsenheter i Sverige. Vi vill därför gärna komma i kontakt med dig som är barnmorska, arbetar på förlossningen och har handlagt förlossning där kvinnan varit infibulerad eller genomgått öppningsoperation inför förlossning.

Ditt deltagande i studien är helt frivilligt och om du väljer att delta kan du när som helst avsluta fortsatt deltagande i studien. Intervjumaterialet som samlas in inom studien skyddas av bestämmelser om sekretess enligt offentlighets- och sekretesslagen, vilket innebär att ingen obehörig får ta del av uppgifterna. Intervjuerna kommer att spelas in och transkriberas (skrivas ut). Materialet kasseras efter studiens avslutande.

Karolinska Institutet (se kontaktuppgifter nedan) är ansvarig för studien. Om du har frågor om studien eller är intresserad av att delta är du välkommen att ringa, sms:a eller skicka e-post. Intervjuerna planeras att göras under vecka 5 och 6 och beräknas ta 45 minuter - 1 timme att genomföra.

Med vänlig hälsning

Cecilia Boisen och Nana Gilmore

Kontaktuppgifter: Cecilia Boisen, E-post: cecilia.boisen@student.ki.se, Mobil: 0708-508150

Nana Gilmore, E-post: nana.ohenewa.akuku.gilmore@stud.ki.se, Mobil: 0704-533979

Handledare: Anna Wahlberg, E-post: anna.wahlberg@ki.se

Bilaga II

Intervjuguide

1. Presentation av oss och vår studie
2. Delge syftet med studien
3. Delge information om deltagandet i studien
4. Informera om upplägget: Ljudupptagning, anteckningar, tidsåtgång
5. Frågor från informanten
6. Intervju

Introfrågor

Ålder?

Hur länge har du arbetat som barnmorska?

Hur länge har du arbetat inom förlossningsvården?

Hur ofta skulle du uppskatta att du möter infibulerade kvinnor?

Frågeställningar

Kan du beskriva hur en förlossning med en infibulerad kvinna vanligtvis ser ut?

Hur upplever du mötet med den infibulerade kvinnan?

Upplever du några utmaningar i mötet med den infibulerade kvinnan?

Hur planerar du inför förlossningen med en infibulerad kvinna?

Upplever du att en förlossning med en infibulerad kvinna skiljer sig åt från en förlossning med en icke könsstympad kvinna och i så fall, på vilket sätt?