



**Karolinska
Institutet**

KAROLINSKA INSTITUTET
Institutionen för kvinnor och barns hälsa
Enheten för reproduktiv hälsa
Kurs: HK -11

Barnmorskors möten med könsstympade kvinnor inom mödrahälsovården

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp

(Avancerad nivå), 2013

Författare:
Johanna Dahlander
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestudent

Terese Palmgren
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestudent

Handledare:
Anna-Berit Ransjö-Arvidson
Leg. Barnmorska
Docent, PhD

Examinator:
Helena Lindgren
Leg. Barnmorska
PhD, Lektor



**Karolinska
Institutet**

KAROLINSKA INSTITUTE
Department of Women's and Children's Health
Division of Reproductive Health
Course: HK-11

Midwives' meetings in maternity care with women who have undergone female genital mutilation

Master Thesis in Sexual, Reproductive, and Perinatal Health, 15 academic units

(Advanced level) 2013

Authors:
Johanna Dahlander
Reg. Nurse
Midwife student

Terese Palmgren
Reg. Nurse
Midwifestudent

Supervisor:
Anna-Berit Ransjö-Arvidson
Reg. Midwife
Docent, PhD

Examinator:
Helena Lindgren
Reg. Midwife
PhD, Senior lecturer

FÖRORD

Arbetsfördelning

Uppsatsförfattarna har under hela arbetets gång haft ett mycket nära samarbete med varandra. Alla intervjuer har genomförts med båda närvarande. Transkriberingen av det inspelade materialet delades upp för att vara tidseffektiva men genomlyssnades av båda två. Allt analysarbete har skett gemensamt. Likaså har all text i uppsatsen skrivits tillsammans.

Tack!

Vi vill framföra ett stort tack till alla de barnmorskor som har deltagit i intervjuerna samt till vår handledare Anna-Berit Ransjö-Arvidson, som varit vägledande under arbetets gång.

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Kvinnlig könsstympning innebär ett helt eller delvis borttagande av de externa könsdelarna. Det innebär alltid ett trauma såväl fysiskt som psykiskt. Defibulering (öppningsoperation) rekommenderas för infibulerade, gravida kvinnor under graviditeten för att minimera risker om kan uppstå vid förlossning. Under de senaste decennierna har invandringen till Sverige ökat. Det genererar fler tillfällen till att barnmorskorna inom mödravården möter könsstympade kvinnor.

Syfte: Att belysa hur barnmorskor inom mödravården upplever och beskriver möten med könsstympade kvinnor.

Metod: En kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer genomfördes med nio barnmorskor inom mödravården och analyserades enligt manifest innehållsanalys.

Resultat: Barnmorskorna upplevde mötet som okomplicerat och könsstympning ett ämne det inte var svårt att prata om. Fokus i mötet låg på att se likheter istället för olikheter. Barnmorskorna beskrev att kvinnorna ofta hade en bristande kroppskunskap. Som redskap i informationen användes ofta illustrationer och tolk. Några barnmorskor planerade för defibulering under graviditeten och några planerade för att det skulle ske i samband med förlossningen.

Slutsats: Möten med könsstympade kvinnor upplevs okomplicerade men komplexa. Många barnmorskor planerar för defibulering under graviditet i enlighet med de riktlinjer som finns. Några barnmorskor planerade dock att defibulering görs på förlossningen i samband med partus. Konsensus för handläggning av könsstympade kvinnor inom svensk mödravård kan underlätta för såväl barnmorskor som könsstympade kvinnor.

Nyckelord: Barnmorska, Kvinnlig könsstympning, Upplevelse, Defibulering, Graviditet

ABSTRACT

Background: Female genital mutilation implies a partial or complete removal of the female genitalia. It always signifies a trauma both physically and mentally. Defibulation is recommended for infibulated, pregnant women during pregnancy to minimize the risks that may appear during delivery. In recent decades immigration to Sweden has increased, generating more occasions for the midwives working with maternity care to meet mutilated women.

Aim: The aim of the study was to elucidate the maternity care midwife's experiences and description of the meetings with genitally mutilated women.

Method: A qualitative study using semi-structured interviews was conducted with nine maternity care midwives. The chosen method of analysis was a manifest content analysis.

Results: The midwives saw the meeting as uncomplicated and female genital mutilation as a topic that was not difficult to talk about. In the meetings they focused on the similarities rather than differences. The midwives described that the women often had a insufficient body knowledge and used an interpreter and illustrations as a tool when information was given. Some midwives planned for defibulation during pregnancy. Others meant that it would be done during delivery.

Conclusion: Maternity care midwives saw that the meeting with the genital mutilated women as uncomplicated. Defibulation was planned to be done during pregnancy according to existing guidelines. Some midwives meant that it would be done during delivery. A consensus of female genital mutilation management in Swedish maternity care clinics based on evidence facts might facilitate for both midwife's and women who have undergone female genital mutilation.

Keywords: Midwife, Female Genital Mutilation, Experience, Defibulation, Pregnancy

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	1
2. BAKGRUND	1
2.1 Historik	1
2.2 Könststypning	2
Tabell 1. Klassificering av könststypning enligt WHO	2
2.3 Förekomst	3
2.4 Orsaker till könststypning	4
2.5 Utförandet	4
2.6 Komplikationer	5
2.7 Defibulering	6
2.8 Reinfibulering	7
2.9 Lagar och förordningar	7
2.10 Könststypade kvinnor och den svenska hälso- & sjukvården	8
2.10.1 Riktlinjer	8
2.10.2 Mottagning för könststypade kvinnor	8
2.10.3 Det transkulturella mötet i vården	10
2.10.4 Barnmorskornas uppfattning och inställning	10
3. PROBLEMFORMULERING	11
4. SYFTE	11
5. FRÅGESTÄLLNING	11
6. METOD	11
6.1 Informanter	12
Tabell 2. Bakgrundsinformation om informanterna	12
6.2 Datainsamlingsmetod	13
6.3 Bearbetning och analys av det insamlade materialet	13
Tabell 3. Exempel på kodning	14
6.4 Begrepp	14
6.5 Etiska aspekter	14
7. RESULTAT	14
Tabell 4. Analysschema	15
7.1 Okomplicerade men komplexa möten	15
7.2 Se likheter istället för olikheter	15
7.3 Öppenhet trots negativa känslor	16
7.4 Att ta upp frågan första gången	17

7.5 Redskap i samtalet	18
7.6 Att skapa trygghet vid undersökning.....	19
7.7 Motivera till förändring	20
7.8 Avvaktande inställning	21
8. DISKUSSION	22
8.1 Resultatdiskussion	22
8.2 Metoddiskussion.....	25
8.3 Etisk diskussion.....	27
8.4 Förslag till vidare forskning	27
9. SLUTSATSER.....	27
10. REFERENSER.....	28
Bilaga 1. ORDLISTA	34
Bilaga 2. STATISTIK KVINNOR SOM LEVER I SVERIGE 2012, FÖDDA I AFRIKA	36
Bilaga 3. RIKTLINJER FÖR HÄLSOVÅRD UNDER GRAVIDITET	37
Bilaga 4. INTERVJUGUIDE	38
Bilaga 5. BREV TILL MÖDRAVÅRDSCENTRALER I STOCKHOMS LÄN	39

1. INLEDNING

Under de senaste decennierna har invandringen från Afrika till Sverige ökat vilket genererat fler tillfällen till att barnmorskor inom mödravården möter könsstympade kvinnor. Under förlossningspraktiken mötte vi ett flertal kvinnor som blivit könsstympade tidigt i livet. Flera av dem hade blivit defibulerade, det vill säga genomgått en öppningsoperation medan andra inte hade blivit defibulerade. Det behövde därför göras på plats strax före partus. En förlossning som gjorde att intresset ytterligare stärktes för ämnet var mötet med en förstföderska som var könsstympad, typ III. Kvinnan var mycket smärtpåverkad och rädd. Hon talade dessutom ingen svenska, vilket ytterligare försvårade kommunikationen. Defibuleringen skedde på förlossningssalen av läkare. Även om kvinnan fick bedövning var hon fortfarande orolig och rädd för smärta vilket ledde till att ingreppet upplevdes som ett övergrepp av samtliga på salen. Denna episod fick oss att fundera över om kvinnan hade kunnat bli hjälpt av en defibulering redan under graviditeten. Vi ville därför undersöka hur barnmorskor på mödravårdcentralerna upplever och beskriver möten med dessa kvinnor samt hur de planerar inför en defibulering.

2. BAKGRUND

2.1 Historik

Kvinnlig könsstympning är en gammal sed. Det råder olika teorier om när och varför sedvänjan uppstod men ingreppet har beskrivits redan i förislamisk och förkristen tid. Det existerade redan under faraonernas era och benämns ”infibulation” eller ”faraonisk omskärelse”. Den grekiske historieskrivaren Herodotos beskrev ingreppet så tidigt som 500 före Kristus, vilket finns dokumenterat på papyrusrullar från antikens Grekland. Infibulering har beskrivits uppkomma i patriarkala samhällen för att kontrollera flickor och bevara dem ”örörda” (Gruenbaum, 2001).

2.2 Könstympning

Världshälsoorganisationen (WHO) definierar att kvinnlig könstympning ”omfattar alla kirurgiska ingrepp som rör borttagande delvis eller helt av de externa genitalierna eller annan åverkan på de kvinnliga könsdelarna av kulturella eller andra icke medicinska skäl”. Det finns ett konsensusbegrepp om att använda termen *female genital mutilation* (FGM) som betyder kvinnlig könstympning. Anledningen till att använda den benämningen är för att förtydliga att ingreppet är ett övergrepp och att det bryter mot kvinnors mänskliga rättigheter (WHO, 2012).

Det finns olika typer och klassificeringar av könstympning beskrivna. Vilken typ av könstympning som förekommer beror delvis på vilket land kvinnan kommer ifrån. Enligt WHO (2012) klassificeras könstympning beroende på hur omfattande ingreppet är.

Tabell 1. Klassificering av könstympning enligt WHO

TYP	UTFÖRANDE	KLASSIFICERING
I	Delvis eller helt borttagande av klitoris och/eller förhuden.	A: Borttagande av förhuden runt klitoris B: Borttagande av hela klitoris
II	Delvis eller totalt borttagande av klitoris samt labia minora. Ibland även labia majora.	A: Enbart borttagande av labia minora B: Delvis eller totalt borttagande av klitoris samt labia minora. C: Delvis eller totalt borttagande av klitoris, labia minora och labia majora.
III	Förminskning av vaginans öppning med eller utan borttagande av klitoris. De avskurna kanterna på labia minora eller labia majora förs samman och skapar en försegling över vulvan. Detta benämns infibulering eller faraonisk omskärelse.	A: Suturering av labia minora B: Suturering av labia majora
IV	Oklassificerade ingrepp som inte inkluderas i någon av ovanstående grupper. Det kan till exempel innebära att frätande ämnen eller örter förs in i vagina för att framkalla en blödning eller förträngning. Det kan även innebära bränning, skrapning, prickning, piercing eller att skära i klitoris.	
(WHO 2012)		

Utöver de fyra typerna av könsstympning används också begreppet "Sunna" som betyder *tradition* och innebär att någon form av könsstympning har genomförts (Almroth, 2008). De vanligast förekommande generellt sett är typ I, II och IV som 90 procent av flickorna utsätts för (Yoder & Khan, 2008). Typ III förekommer framför allt i Sudan och Somalia. Andelen kvinnor som utsätts för könsstympning är oftast högre på landsbygden än i städerna. Det förekommer också en skillnad i utbildningsnivå. Familjer med hög utbildning tenderar att i lägre grad könsstympa sina flickor (Unicef, 2005, Yoder & Kahn, 2008).

2.3 Förekomst

Idag lever närmare 140 miljoner flickor och kvinnor som blivit utsatta för någon form av könsstympning och varje år riskerar tre miljoner flickor att utsättas för ingreppet. Könsstympning utförs idag i 28 afrikanska länder med störst utbredning i Somalia, Eritrea, Sudan, Djibouti, Egypten, Guinea, Mali och Sierra Leone. I dessa länder är förekomsten över 90 procent. Ingreppet utförs även i vissa länder i mellanöstern samt i Asien. Genom den globala migrationen förekommer könsstympning numera i alla delar av världen (WHO, 2012).

Könsstympning utförs på såväl nyfödda flickor som inför stundande giftermål, på gravida eller nyförlösta men vanligast sker det vid 4 till 14 års ålder (Unicef, 2005). För flertalet kvinnor i de här länderna är normen att vara könsstympad och därmed tror många att ingreppet förekommer bland alla kvinnor världen över (Berggren, Bergström & Edberg, 2006).

Genom den ökade flyktingströmmen under 1990-talet, kom många flyktingar från Afrikas horn till Sverige och övriga Europa. De könsstympade kvinnor blev så småningom en del av svensk sjukvård. Det ökar kraven på hur dessa kvinnor ska bemötas (Tammadon, Johnsdotter, Liljestränd & Essén, 2006). Enligt Statistiska Centralbyråns årliga undersökning framkommer det att idag lever ungefär 42 500 flickor och kvinnor i Sverige som har sitt ursprung från något land i Afrika där könsstympning förekommer (Bilaga 2). Därmed inte sagt att alla dessa kvinnor har utsatts för könsstympning då utbredningen ser olika ut i dessa länder.

2.4 Orsaker till könsstympning

Könsstympning är ett kulturellt fenomen. Det är inte religiöst betingat utan förekommer bland såväl kristna och muslimer som judar. Den främsta orsaken anses vara sedvänja och tradition. Några tror dock att ingreppet krävs av den religion de tillhör. Ett annat vanligt förekommande skäl till varför könsstympning utförs är att det anses förhindra ett omoraliskt uppträdande och ett promiskuöst leverne bland ogifta kvinnor. Det anses även öka chanserna för ett bättre giftermål samt ge mannen en större njutning. Hygien och renlighet uppges också som orsaker till utförandet (Bjälkander, et al., 2012; Litorp, Franck & Almroth, 2008; UNICEF, 2005).

I många etniska grupper förväntas det att flickorna ska genomgå könsstympning för att få vara del i den sociala gemenskapen. De flickor som inte genomgår ingreppet riskerar att bli utfryssta, förolämpade och anses skamliga. Flytten till ett nytt land gör att pressen på att utföra könsstympning minskar från omgivningen (Berggren et al., 2006).

2.5 Utförandet

Ingreppet utförs vanligen av en traditionell hjälpkvinna (traditional birth attendant) som inte har någon medicinsk skolning och görs utan bedövning med enkla redskap som glasskärvor eller rakblad. Det förekommer även att ingreppet utförs av medicinskt kunnig personal på klinik, såsom läkare eller barnmorska (Litorp et al., 2008; Unicef, 2005).

När en könsstympning av typ III utförs lämnas ofta en pinne kvar i den förminskade vaginalöppningen för att inte såret ska sluta sig. Direkt efter ingreppet binds flickans ben samman under en till två veckor för att såret ska läka. Hon spenderar den tiden liggandes med ett minimalt intag av föda och dryck för att minska mängden urin och faeces. När såret sedan har läkt återstår en minimal öppning och genom den ska urin och menstruationsblod passera (Johnson & Nour, 2007).

Beslutet om könsstympning tas oftast av flickans familj och släkt men det är vanligtvis de äldre kvinnorna i släkten som arrangerar ingreppet och ceremonin runt

omkring (Litorp et al., 2008; WHO, 2008). Genom ceremonin blir flickorna ofta uppmärksammade, får gåvor och blir upptagna i kvinnornas sociala gemenskap. Detta kan göra att flickorna själva uttrycker en önskan om att få göra ingreppet (Bjälkander et al., 2012; WHO, 2008).

Det finns också beskrivet hur könsstympningen sker mot flickans vilja. Under ingreppet blir hon fasthållen, ibland av sin egen mor, vilket kan leda till en känsla av att vara förrådd och övergiven av den person som står henne närmast. Kvinnor har beskrivit ingreppet som oerhört smärtsamt och att de upplevde det som att de skulle dö (Berggren et al., 2006).

En studie gjord av Shell-Duncan (2001) visar på en ökning av medikaliseringen av könsstympning i flera länder i Afrika. En medikalisering innebär att ingreppet enbart utförs på klinik under säkrare och renare omständigheter för att reducera riskerna för komplikationer. Baksidan med att upprätta riktlinjer för hur ingreppet ska utföras är dock att det kan signalera ”grönt ljus” för fortsatt könsstympning, vilket gör det ännu svårare att överge traditionen. Det skulle även kunna innebära att resurser som borde läggas på vård av sjuka och forskning går till ett ingrepp utan någon som helst medicinsk indikation. Enligt WHO ska kvinnlig könsstympning aldrig utföras av hälso- och sjukvårdspersonal och organisationen tar avstånd från så kallad medikalisering av ingreppet (WHO, 2008).

2.6 Komplikationer

Flickor och kvinnor som könsstympas utsätts alltid för ett trauma mot den egna kroppen och autonomin. Könsstympning kan innebära allvarliga komplikationer. Komplikationerna delas in i omedelbara eller sena. Omedelbara komplikationer innebär att de uppkommer inom tio dagar efter ingreppet och kan vara stor blödning, anemi, infektioner i urinvägarna, tetanus eller sepsis samt chock. Komplikationerna kan ha en dödlig utgång. Sena komplikationer kan vara abnorm ärrbildning som fibros eller keloid, cyst- eller fistelbildning, upprepade urinvägsinfektioner, svårigheter att tömma urinblåsan, samlagssmärta, infertilitet och eller utgöra ett förlossningshinder (Kaplan, Hechavarria, Martin, & Bonhoure, 2011; Unicef, 2005;). Infibulerade kvinnor har dessutom en ökad risk för att drabbas av analsfinkterruptur i

samband med förlossning (Berggren, Gottvall, Isman och Bergström, 2012). Det kan även uppstå psykologiska besvär som rädsla för gynekologiska undersökningar, samlag och traumatiska minnen (Litorp et al., 2008).

Majoriteten av de kvinnor som utsatts för könsstympning drabbas av komplikationer som en följd av ingreppet. Om komplikationer uppstår är det vanligt att kvinnorna i första hand vänder sig till en traditionell medicinman (healer) eller traditionell omskärare och inte till sjukvårdskunnig personal. Det är dock så att kvinnor som blivit könsstympade som små flickor och som lider av sena komplikationer inte alltid sammankopplar att besvär såsom miktionssvårigheter eller samlevnadsproblem härrör från könsstympningen (Bjälkander et al., 2012).

2.7 Defibulering

Defibulering innebär att ärrvävnaden hos den infibulerade kvinnan öppnas upp och introitus exponeras samt att labia majora sutureras i sårkanterna men kvinnans underliv kan aldrig återställas till sitt ursprung. Defibulering rekommenderas för infibulerade gravida kvinnor samt för de kvinnor som lider av olika komplikationer till följd av könsstympningen (Johnsson & Nour, 2007).

I Stockholms läns landstings regionala vårdprogram (2007) beskrivs att defibuleringsoperation ska ske på sjukhus eller klinik och görs med hjälp av laser, diatermi, sax eller skalpell vertikalt mot uretra. Om kvinnan är gravid bör hon erbjudas en defibulering för att på ett säkert sätt kunna övervaka barnet under förlossningen. Öppnandet rekommenderas ske mellan graviditetsvecka 13 till 19, då risken för missfall och blödning beräknas som lägst samt att det då finns gott om tid för läkning. Det är dock aldrig för sent att defibulera och ingreppet kan utföras när som helst under graviditeten eller under förlossningen.

Indikationer för defibulering kan vara graviditet, dysmenorré, apareunia, dyspareunia samt miktionssvårigheter. Komplikationer efter operationen är sällsynta. Snarare är det en hälsovinst genom att det sexuella samlivet förbättras samt att de besvärande symtomen försvinner. I många fall har det också visat sig att klitoris är kvar under hudbryggan (Nour, Michels & Bryant, 2006). Även då en defibulering kan ge en

känsla av bättre hälsa och innebära en lättnad kan upplevelsen dock bli negativ för vissa kvinnor. Det kan innebära en egendomlig känsla, ovana samt att det egna könsorganet kan vara obehagligt att se på. Det finns en rädsla hos ogifta kvinnor att de ska uppfattas som promiskuösa eller att oskulden är förlorad och därmed blir det svårare att *”bli gift”* om de genomgår en öppningsoperation. Somliga män vill inte att deras kvinnor ska genomgå defibulering då de inte anser det vara normalt. Defibulering är något privat som ibland inte diskuteras ens med den närmsta familjen (Safari, 2011). Orsaker till att inte diskutera med familj eller make är ofta en känsla av skam och att andra inte skulle förstå. Det finns även en rädsla för att göra sina föräldrar besvikna och bli tillrättavisad. Många kvinnor vill dessutom upprätthålla makens position att han har öppnat kvinnan på bröllopsnatten (Nour et al., 2006).

2.8 Reinfibulering

Reinfibulering innebär att labia sutureras ihop igen i syfte att försnäva slidmyningen. Det görs till exempel efter en förlossning i vissa afrikanska länder (Persson et al, 2007). I en studie framkommer det att några män blir chockade när de förstår vilket lidande könsstympningen innebär för deras hustru och vill försäkra sig om att barnmorskan inte suturerar mer än nödvändigt efter förlossning. Andra män önskar dock att deras kvinnor blir reinfibulerade enlighet med den egna kulturen vilket väcker ilska och frustration hos barnmorskor (Widmark, Tishelman & Ahlberg 2002). Några kvinnor önskar själva bli reinfibulerade efter förlossning för att få en snävare öppning samt i tron att det kan hjälpa mot inkontinensbesvär (Safari, 2011).

2.9 Lagar och förordningar

Sverige antog 1982 en lag om förbud mot könsstympning av kvinnor: ”Ingrepp i de kvinnliga yttre könsorganen i syfte att stympa dessa eller åstadkomma andra bestående förändringar av dem (könsstympning) får inte utföras, oavsett om samtycke har lämnats till ingreppet eller inte” (SFS 1982:316). Lagen har genomgått revidering som innebär att en person kan bli dömd även om brottet begåtts utomlands (SFS 1999:267).

Könsstympling strider mot Förenta Nationernas barnkonvention där det enligt artikel 24 står att varje barn har rätt till att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård samt att traditionella sedvänjor som är skadliga för barns hälsa ska avskaffas (Förenta Nationerna, 1989).

2.10 Könsstympade kvinnor och den svenska hälso- & sjukvården

2.10.1 Riktlinjer

Mödrahälsovårdsenheterna i Stockholms läns landsting har utarbetat riktlinjer för hälsovård under graviditet för könsstympade kvinnor (Bilaga 3). Där framkommer det att hälso- och sjukvården ska ge detaljerad information om vad mödrahälso- och förlossningsvården kan erbjuda samt att läkartid ska föreslås tidigt i graviditeten för bedömning av könsstymplingens typ och omfattning. Enligt riktlinjer bör slidmynnningen vara öppen för minst två fingrar, är den mindre bör öppningsoperation göras under graviditeten. Operationen görs för att den kommande förlossningen ska kunna övervakas så säkert som möjligt och bör göras i graviditetsvecka 14 till 20. Både kvinnan och mannen behöver information om det, så att kvinnan kan få mannens stöd i att gå igenom öppningsoperationen. Om det är osäkert eller svårt att bedöma slidmynnningens öppning kan kvinnan remitteras till Södersjukhuset där en speciell mottagning finns för könsstympade kvinnor.

2.10.2 Mottagning för könsstympade kvinnor

På Södersjukhuset finns en mottagning för könsstympade kvinnor där särskild kompetens finns tillgänglig för dessa kvinnor. Avdelningen öppnade 2003 efter att HSAN (Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd) gjort en förfrågan för att starta en verksamhet dit könsstympade kvinnor skulle kunna vända sig, då det fanns ett behov av ökad kunskap inom området. Sedan dess har 600 nybesök gjorts varav cirka 90 kvinnor har genomfört en defibulering. Alla könsstympade kvinnor som bor i Stockholms läns landsting har möjlighet att söka dit genom mödravårdcentralen eller genom att själva kontakta mottagningen om de har någon form av besvär. Det kan vara för att de vill veta vilken typ av könsstympling de har eller att de undrar om de kan bli återställda (M. Liljegen, personlig kommunikation 2012-12-04).

För gravida finns det en klar indikation för defibulering om vaginans öppning är mindre än två fingrar, då det annars kan medföra svårigheter att säkerställa fosterövervakningen och förlossningens progress. Rekommendationen är att genomföra öppningsoperationen under graviditeten eller helst före. Det är försent att klippa upp när huvudet står mot bäckenbotten. Förr var det brukligt att klippa först när kvinnan skulle börja krysta men nu anses det vara den absolut sämsta tidpunkten (a.a).

En planerad defibulering görs med spinalbedövning eller i narkos och antibiotikaproylax behövs inte. Det görs aldrig i lokalbedövning då det förstärker traumat och kan väcka minnen från när kvinnan blev könsstympad. Vaginan öppnas genom klipp, diatermi eller laser till och med uretras mynning för att få bort hudlocket. Det går aldrig att återskapa blygdläpparna till sitt ursprung (a.a).

Efter defibulering kan kvinnan känna ett obehag men framförallt en rädsla för att det ska göra lika ont vid miktion som när hon blev könsstympad. Efter operationen ges Citodon[®] som analgetika samt att kvinnan kan behöva bedövningssalva i samband med miktion. Någon sjukskrivning behövs inte (a.a).

Ingen kvinna har drabbats av komplikationer till följd av defibulering vid mottagningen. Eftersom det inte sker någon långtidsuppföljning av dessa patienter vet verksamheten inte säkert utfallet. Defibulering är ett enkelt rutingrepp såvida det inte finns fistelbildningar eller cystor som försvårar operationen. Det är viktigt att öppnandet görs på rätt sätt. Om klippet blir snett kommer det att orsaka smärta vid samlag då det drar i huden. Defibulering innebär en hälsovinst och kvinnorna upplever att miktionen påverkas på ett positivt sätt efter operationen, då det inte längre tar upp till femton minuter att tömma urinblåsan. Beslutet om defibulering kommer från kvinnorna själva men barnmorskorna på mödravården kan göra kvinnorna mer motiverade (a.a).

2.10.3 Det transkulturella mötet i vården

För att komma kvinnorna närmare och för att kunna bygga upp en relation med dem är det viktigt att avsätta tid i mötet för att kvinnorna ska få berätta om sitt liv och sina upplevelser. Hur relationen sedan utvecklas beror till stor del på hälso- och sjukvårdspersonalens förmåga att ha förståelse för andra kulturer, traditioner och religioner. Kvinnorna lär sig sällan det nya språket och de kanske heller inte behärskar engelska vilket innebär att en tolk bör närvara. Många av kvinnorna kan också lida av posttraumatisk stressyndrom, depressioner eller sömnsvårigheter som orsakats av krigserfarenheter eller interaktionssvårigheter i det nya samhället vilket i sig leder till svårigheter i kommunikationen. Det kan finnas svårigheter att bygga upp en relation med en person som varken pratar samma språk, som inte känner personalen och som dessutom kan vara traumatiserad av tidigare erfarenheter som krig eller sexuella övergrepp.

Kvinnorna kan ha svårigheter att lita på okända personer. Många av kvinnorna vill helst inte bli behandlade eller undersökta av män. Detta kan leda till att undersökningar uteblir. (Degni et al., 2012).

...

I en studie gjord bland könsstympade kvinnor som har emigrerat till Sverige från Eritrea beskrivs att de upplever en trygghet av att vårdas av barnmorskor och läkare med erfarenhet och kunskap inom området. Däremot känner de rädsla och oro när kunskap om könsstympling saknas. Kvinnorna menar att Sverige är ett multikulturellt samhälle och att det därför är av stor vikt att hälso- och sjukvårdspersonal vet hur könsstympade kvinnor skall bemötas och vårdas på bästa sätt. Studien visade att det finns en oro och rädsla bland kvinnorna inför både graviditet och förlossning på grund av att i deras hemland kan det innebära död till följd av infektion eller blödning (Lundberg & Gereziher, 2006).

2.10.4 Barnmorskornas uppfattning och inställning

Barnmorskor verksamma inom förlossning och mödrhälsovård i Sverige har i en studie intervjuats angående deras uppfattning om och inställning till vården av könsstympade kvinnor. Det framkom att barnmorskorna kände sympati för kvinnorna men saknade kunskap kring hur de skulle ge vård till dem. De upplevde att de hade

kunskap om vad de inte fick göra enligt lag men att de saknade kunskap om vad de fick och kunde göra för dessa kvinnor. Det framkom att barnmorskorna hade en stereotyp bild av afrikanska män som aggressiva och själviska, där de förutsatte att männen genomförde samlag med våld (Leval, Widmark, Tishelman, & Ahlberg, 2004).

3. PROBLEMFORMULERING

De senaste decenniernas invandring genererar fler möten mellan barnmorskor och könsstympade kvinnor. Det är därför viktigt att undersöka hur barnmorskor i mödravården upplever och hanterar dessa möten. Vi har inte funnit några studier gjorda i Sverige som undersöker det specifika ämnet. Mer kunskap om vad barnmorskors upplevelse kan bidra till behövs.

4. SYFTE

Att belysa hur barnmorskor inom mödravården upplever och beskriver möten med könsstympade kvinnor.

5. FRÅGESTÄLLNING

- 1) Hur upplever barnmorskor inom mödravården möten med könsstympade kvinnor?
- 2) Hur beskriver barnmorskor inom mödravården möten med könsstympade kvinnor?
- 3) Hur planerar barnmorskor inom mödravården inför en defibulering av en gravid kvinna?

6. METOD

Uppsatsen genomfördes utifrån en kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer. Metoden innebär att intervjuaren ställer öppna frågor utifrån en intervjuguide (Bilaga 4) för att täcka in de områden som intervjuaren vill få svar på. Öppna frågor ger

informanten möjlighet till att prata fritt och själv utveckla sitt svar. Följdfrågor utformades för att ytterligare belysa vad intervjudeltagaren svarade. Metoden är på så vis flexibel (Polit & Beck, 2008).

6.1 Informanter

Totalt kontaktades 35 mödravårdscentraler i Stockholmsområdet som kunde tänkas ha erfarenhet av möten med könsstympade kvinnor. Nio av de 35 mödravårdcentralerna som kontaktades meddelade att de var intresserade av att delta. Fem av de 35 uppgav att de inte hade tid, 15 ringde aldrig tillbaka efter att den första kontakten hade tagits och sex uppgav att de inte träffade några könsstympade kvinnor. Alla informanter som deltog i studien var barnmorskor som hade stor erfarenhet av möten med könsstympade kvinnor. Även den barnmorska som hade kortast erfarenhet (sex månader) träffade könsstympade kvinnor flera gånger dagligen (Tabell 2).

Tabell 2. Bakgrundsinformation om informanterna

Antal år inom yrket	Antal år inom MVC	Års erfarenhet av möten med könsstympade kvinnor
38	33	32
42	11	11
14	11	11
36	17	17
30	29	25
21	4	9
10	0,5	0,5
16	3	16
7	6	6

6.2 Datainsamlingsmetod

Totalt genomfördes intervjuer med nio barnmorskor på nio olika mödravårdscentraler i invandrartäta förorter till Stockholm. Intervjuerna inleddes med informationen att prata så fritt som möjligt och gärna ge exempel i form av fall från verkligheten. Intervjuerna ljudinspelades. Båda uppsatsförfattarna deltog vid varje intervju och varje enskild intervju varade mellan 20 till 40 minuter. Intervjuerna fortlöpte tills tillräcklig variation insamlats för att besvara syftet. Miljön där intervjuerna tar plats är av stor betydelse, då det ska skapa möjlighet till ett avslappnat möte (Olsson & Sörensen, 2001). Alla intervjuer utfördes därför på barnmorskornas arbetsplats i ett avskilt rum.

6.3 Bearbetning och analys av det insamlade materialet

Analysen gjordes i flera steg. Det första steget var att det insamlade och ljudinspelade materialet genomlyssnades av båda uppsatsförfattarna. Materialet transkriberades ordagrant efter varje genomförd intervju. Det lästes därefter igenom ett flertal gånger för att få en helhetsbild av innehållet och för att bli väl förtrogena med materialet. Den transkriberade texten analyserades utifrån metoden kvalitativ innehållsanalys för att urskilja likheter och skillnader i materialet. Analysen var manifest och gjordes utifrån en induktiv ansats, vilket innebar en neutral analys av människors upplevelser och vad de har sagt (Lundman & Hällgren-Graneheim 2008).

Texten bröts ner i meningsbärande enheter som motsvarade uppsatsens syfte. Utifrån den metod som Lundman och Hällgren-Graneheim (2008) beskriver, kondenserades de meningsbärande enheterna och gjordes mer lättarbetade utan att ta bort essensen i dem. Den kondenserade texten angavs sedan med en kod som blev en etikett för textens innehåll (Tabell 3). Det kodade materialet granskades återigen och de koder som beskrev en liknande innebörd delades in i sju olika kategorier. Kategorierna utmynnade sedan i ett övergripande tema (Tabell 4). I resultatet presenteras flertalet citat från intervjuerna. De har valts ut för att belysa några av de åsikter eller upplevelser som informanterna berättade om. Enligt DePoy och Gitlin (1999) ger detta en adekvat representation av tolkningen. Handledaren har kontinuerligt fått ta del av allt material som samlats in och bearbetats.

Tabell 3. Exempel på kodning

Meningsbärande enhet	Kondenserad text	Kod
Jag ser likheter istället för olikheter och gravida kvinnor som jag möter här är ju från hela världen och då tycker jag och tror jag att det är jätteviktigt att se det lika i graviditet och förlossning än det olika.	Jag ser likheter istället för olikheter, det är jätteviktigt att se det lika i graviditet och förlossning	Se likheter istället för olikheter

6.4 Begrepp

Då det finns ett konsensusbegrepp att använda ordet "könsstympning" (WHO, 2012) har uppsatsförfattarna valt att använda den benämningen i uppsatsen.

6.5 Etiska aspekter

Information om syftet med uppsatsen delgavs informanterna både skriftligt i ett brev (Bilaga 5) samt muntligt. Efter att samtycke inhämtats genomfördes intervjuer med nio barnmorskor från nio olika mödravårdscentraler. Det stod informanterna fritt att när som helst under deltagandet avbryta utan att behöva ange orsak eller skäl vilket de också informerades om. Både informanter och deltagande kliniker avkodades efter transkriberingen för att säkerställa anonymiteten hos deltagarna (Kvale & Brinkmann, 2009).

7. RESULTAT

Det som framkom av intervjuerna med barnmorskorna handlade främst om de tankar som väcktes, hur barnmorskan kunde ge information på bästa sätt och hur frågan om könsstympning ställdes till kvinnorna. Många av barnmorskorna planerade för att en defibulering skulle ske under graviditet och försökte motivera kvinnorna till operation. Det förekom också att barnmorskorna hade en avvaktande inställning och deras rutin var att defibulering sker vid partus.

Resultatet presenteras utifrån de teman och kategorier som identifierades.

Tabell 4. Analysschema

TEMA	KATEGORIER
OMKOMPLICERADE MEN KOMPEXA MÖTEN	Se likheter istället för olikheter Öppenhet trots negativa känslor Att ta upp frågan första gången Redskap i samtalet Att skapa trygghet vid undersökning Motivera till förändring Avvaktande inställning

7.1 Okomplicerade men komplexa möten

Barnmorskorna upplevde mötena som okomplicerade tack vare den erfarenhet de hade. Mötena kunde dock upplevas som komplexa. Dels därför att starka känslor kunde väckas och dels därför att kvinnorna ofta hade mycket begränsad kroppskunskap. Barnmorskorna använde olika metoder för att hantera hur information gavs på ett sätt som bevarade kvinnans integritet och värdighet.

7.2 Se likheter istället för olikheter

Barnmorskorna upplevde mötet som okomplicerat och könsstämpning ett ämne som det inte var svårt att prata om. Barnmorskorna beskrev att ju mer erfarenhet de hade av möten med könsstämpade kvinnor, desto lättare blev samtalen och mötena blev en vanesak. Det upplevdes inte som någon större skillnad i jämförelse med att möta kvinnor som inte är könsstämpade. Fokus i mötet låg på att se likheter istället för olikheter:

”Jag tänker aldrig att jag möter en omskuren kvinna utan jag möter en kvinna och sen, beroende på var hon kommer ifrån, kan jag sluta mig till om hon är omskuren eller inte.”

”Egentligen tycker inte jag att det är så stor skillnad som mötet med andra kvinnor.”

7.3 Öppenhet trots negativa känslor

Barnmorskorna beskrev att de kunde uppleva känslor som ilska, aggressioner, sorg och oförståelse för traditionen med kvinnlig könsstympning. De underströk dock vikten av att försöka ha ett öppet synsätt och att inte förmedla de negativa känslorna till kvinnorna. Det fanns en acceptans för att det var något kulturellt förekommande men det var svårt att ha förståelse för att det genomfördes när det inte fanns några positiva eller medicinska orsaker utan bara lidande. En barnmorska beskrev:

”Jag blir ledsen när jag hör att de har blivit omskurna. Jag tycker det är synd och tragiskt men det är ju ingenting som jag får visa för det blir ju en skam för dem. Jag måste vara väldigt öppen.”

Barnmorskorna fick ta del av kvinnornas traumatiska livshistorier, samtidigt kunde mötena upplevas som spännande då de lärde sig mer om kvinnornas kultur och deras traditioner, något som gjorde mötet komplext.

”...sen hör man ju historier om hur de blev omskurna och varför de blev det men mötena är samtidigt så fantastiska och engagerande!”

En barnmorska menade att de är en grupp kvinnor som är mycket utsatta och ensamma då de inte behärskar språket och därför har de svårt att komma in i det svenska samhället. Barnmorskan upplevde att hon var den enda kontakten som kvinnorna hade med någon svensk person och såg därför att hon hade ett stort ansvar för dem:

”Jag är Sverige för många av de här kvinnorna!”

Andra tankar som barnmorskorna funderade över var hur samlivet fungerade i äktenskapet och hur en infibulerad kvinna kunde ha samlag:

”Tänk att kärleken kan vara så stark att man kan ha samlag. Det måste vara så att mannen måste använda våld. Jag tror inte att man kan penetrera en kvinna utan det måste bli skador och bristningar så jag tycker det låter hemskt.”

7.4 Att ta upp frågan första gången

Barnmorskorna valde oftast att ställa frågan om kvinnan var könsstympad vid inskrivningssamtalet på mödravården i samband med graviditet och framförallt tillfrågades kvinnor med afrikanskt ursprung. De flesta barnmorskorna ställde även frågan till de afrikanska kvinnor som sökte för samlivsbesvär, preventivmedel samt de som hade upprepade urinvägsinfektioner eller menstruationsbesvär. I de fall när barnmorskorna var osäkra på om könsstympning utförs i just det landet som kvinnan kom ifrån valde de ändå att ta upp frågan hellre än att undvika den. De barnmorskor som upplevde att det var en känslig fråga för kvinnan ansåg att det var viktigt att först få en god kontakt och skapa ett förtroende. Barnmorskorna berättade att de kunde sätta upp könsstympade kvinnor på fler och tätare kontroller för att möjliggöra bättre kontakt. Enligt en barnmorska var det möjligt att göra så, då kvinnorna inte hade vetskap om hur ofta besöken egentligen skulle ske.

”Det tar tid att få kontakt med kvinnan. Det är inget man frågar första gången. Det är väldigt känsligt för dem.”

Gemensamt för barnmorskorna var att ingen hade upplevt att någon kvinna blev arg eller tog illa vid sig när de blev tillfrågade om hon var könsstympad. Det handlade om hur frågan ställdes. De flesta barnmorskorna tyckte att det bästa var att ställa frågan rakt ut:

”Jag frågar rakt på om hon har blivit omskuren någon gång, jag håller inte på och lindar in i något ord utan så är det. Jag frågar rakt på för det är det jag får svar på.”

Somliga tog dock upp ämnet genom att de försiktigt bad kvinnorna berätta om sina upplevelser kring könsstympningen. Gemensamt var att alla barnmorskor tyckte det var viktigt att frågan togs upp och inte nonchalerades. Många mödravårdscentraler hade inarbetade rutiner för att ställa frågan. På några mödravårdscentraler fanns inga

rutiner och det upplevdes ibland av några barnmorskor att kollegor inte alltid frågade kvinnorna trots att de hade kunskap om könsstypning.

Några barnmorskor poängterade vikten av att ställa frågan om kvinnan blivit defibulerade vid varje ny graviditet. Om kvinnan tidigare genomgått ett sectio skulle defibulering kunna ha missats och därför var det viktigt att fråga.

7.5 Redskap i samtalet

Barnmorskorna beskrev att de könsstypade kvinnorna inte hade så mycket kroppskunskap. De berättade att en del kvinnor aldrig hade tittat på sitt underliv. I kvinnans egna ögon var hon som alla andra kvinnor i sin omgivning och såg inte sig själva som annorlunda. Det var inte alltid som kvinnan visste om att hon var könsstypad.

Okunskap om kroppen hos vissa kvinnor gjorde att informationen ofta fick bli väldigt basal. För att förklara använde sig barnmorskorna av illustrationer och anatomiska modeller över hur kvinnokroppen ser ut och fungerar. Bilder kunde användas dels för att få veta vilken typ av könsstypning kvinnan hade genomgått, dels för att visa hur en icke könsstypad kvinna ser ut. Det kunde ofta leda till djupare samtal då somliga kvinnor hade den uppfattningen att alla kvinnor blev könsstypade och att det var normen.

” Så här ser jag ut. Sen visar jag en bild på en icke könsstypad vagina och så tittar vi tillsammans på bilderna. Och då kan kvinnan säga : VA, ser du ut så här....nehe.....skojar du? ”

Genom sina erfarenheter av många möten med kvinnor från olika kulturer beskrev barnmorskorna att de anpassade samtalen och informationen utifrån vad kvinnorna redan visste. De flesta barnmorskor underströk vikten av att ge tydlig information. Det spelade ingen roll hur mycket material barnmorskan hade om hon ändå inte

kunde förmedla innehållet. Barnmorskorna upplevde att tydlig information till kvinnorna skapade trygghet.

För att kvinnorna skulle få korrekt information använde några av barnmorskorna tolk i samtalet. Även om barnmorskorna inte upplevde att samtalet var svårt för dem kunde det vara så att tolkarna var obekväma med att översätta. För att underlätta för kvinnan och tolken och för att minimera risken att de kände varandra kunde tolken placeras bakom en skärm i rummet så att denne inte såg kvinnan:

”Många etniska grupper umgås och bor nära varandra och därför är risken stor att de känner varandra privat.”

Det var även förekommande att tolken närvarade i rummet utan avskärmning. En av barnmorskorna använde telefontolk för att bevara anonymiteten. En barnmorska brukade samtala med tolken innan kvinnan kom för att ta reda på tolkens inställning till könsstympning. Det gjordes för att undvika risken att tolken var positivt inställd till kvinnlig könsstympning vilket skulle kunna inverka på samtalet och mötet enligt barnmorskan. Några av barnmorskorna poängterade även vikten av att använda en kvinnlig tolk.

7.6 Att skapa trygghet vid undersökning

För att gå vidare med planeringen och ta reda på om den gravida kvinnan behövde göra en defibulering inför förlossningen erbjöds alltid en gynekologisk undersökning för att se graden av könsstympning. Ibland valde barnmorskorna själva att genomföra undersökningen, vid svårighet att göra en bedömning konsulterades en kollega. Det fanns även tillfällen när undersökning inte gjordes av barnmorska utan fick utföras av läkare eller på mottagningen för könsstympade kvinnor på Södersjukhuset. I de fall när det var en manlig läkare så upplevde barnmorskorna att kvinnorna inte ville undersökas. De försökte då förklara vikten av undersökningen och för att få veta omfattningen av könsstympningen och för att på så vis kunna göra en bedömning för att kunna göra en eventuell vidare planering. Barnmorskorna såg även till att närvara vid undersökningen som ett stöd för kvinnan. Det kunde ibland vara svårt att få till en undersökning. Detta trodde barnmorskorna kunde bero på att kvinnorna var

obekväma med att visa sig nakna eller att kvinnorna själva inte ansåg sig ha några besvär.

”Oftast försöker jag vara med på undersökningen om det är en läkarbedömning, då brukar det gå bra. Har man pratat med dem innan och sagt att jag kan vara med så går de med på det.”

7.7 Motivera till förändring

Många av barnmorskorna planerade för att defibulering skulle ske under graviditeten. Reaktionen när kvinnorna fick information om det upplevdes ibland vara att de blev frågande och oroliga för att en operation skulle medföra en försämring. De var rädda för att bli förstörda. Det förekom att kvinnorna inte ville bli defibulerade under graviditeten utan hade själva en önskan att det skulle göras i samband med förlossningen. Många blev dock motiverade när barnmorskorna berättade att förlossningen skulle kunna underlättas. Barnmorskorna berättade för kvinnorna om fördelarna som att huden ska hinna läka och att de ska lära känna sin nya kropp.

Defibulering på förlossningen kunde enligt barnmorskornas egna erfarenheter upplevas som mycket jobbig för kvinnan. Det kunde framförallt vara om förlossningen gick fort framåt och huvudet stod mot bäckenbotten och barnmorskan skulle lägga bedövning, klippa upp samt ge information till kvinnan.

”Man har sett att det är mycket, mycket bättre att man gör det här tidigt under graviditeten... Det går att lösa på förlossningen men oftast så blir det inte lika bra som när man får göra det under kontrollerade förhållanden.”

Genom att infibulerade kvinnor öppnades under graviditeten istället för vid förlossning skulle de få samma förutsättningar på förlossningen som vilken kvinna som helst ansåg barnmorskorna. Det upplevdes också att kvinnornas oro minskade då de inte behövde vara oroliga för att den ansvariga barnmorskan på förlossningen saknade kunskap om defibulering.

Andra fördelar som några av barnmorskorna beskrev att de informerade kvinnan om var att en öppningsoperation underlättade samlivet samt att det går lättare att tömma urinblåsan. En barnmorska beskrev positiva reaktioner efter en defibulering:

”För ett antal år sedan kom det en omskuren kvinna från Sudan för inskrivning. När hon var på sitt dateringsultraljud så var det tvillingar och det visade sig att båda hade dött och det var såklart tråkigt och sorgligt. Sen kom hon igen efter ett år och var gravid och var glad över graviditeten men hon hade en annan glädje som tog över det hela och det var att man hade öppnat henne när tvillingarna skulle födas. Hon var så lycklig över att det hade skett. Att hon blivit öppnad tycktes överglänsa glädjen av graviditeten.”

7.8 Avvaktande inställning

Några av barnmorskorna planerade inte för defibulering under graviditeten. De dokumenterade i journalen att kvinnan var könsstympad och planerade att defibulering skulle ske i samband med förlossningen. Anledningen till att det skulle ske då var enligt barnmorskorna att det var av sedvanlig rutin. De gav information till kvinnan om att öppningsoperationen görs med sax, att det blir ett klipp rakt upp och ibland ett åt sidan men att de kommer att få smärtlindring.

”Man brukar ju klippa på förlossningen när de ska föda barnet åtminstone var det så förut...”

En barnmorska reflekterade över om rutinen att defibulering sker på förlossningen grundade sig i att det var mest kostnadseffektivt för vårdgivaren:

”Det kan säkert bero på flera olika saker att de inte blir öppnade under graviditeten. Jag tror att det här är en grupp kvinnor som inte har en stark röst, som inte kan prata och hävda sig själva och ställa krav därför så gör man det när det går att göra det i samband med något annat för det blir billigast och minst bekymmer för de som är omkring.”

Det rådde en osäkerhet bland några barnmorskor om när det bästa tillfället för defibulering skulle vara:

”Det vore intressant att veta om det inte är bättre att göra öppningsoperation under graviditet än under förlossningen. Jag har inte sett några studier på det.”

8. DISKUSSION

8.1 Resultatdiskussion

Gemensamt för de barnmorskor som intervjuades var att ingen fann mötet med könsstympade kvinnor som komplicerat. I det perspektivet avvek resultaten från intervjuerna mot studier som visar att personal inom hälso- och sjukvården kan uppleva mötet som komplicerat, eftersom de inte alltid vet hur de ska prata med den könsstympade kvinnan eller hur frågan ska tas upp. Tidigare studier visar att det i kombination med språkförbistring kan leda till att ämnet inte ens berörs i mötet med kvinnorna (Leval et al., 2004; Thierfelder, Tanner, Kessler-Bodiang, 2005; Vangena, Johansen, Sundby, Traen & Stray-Pedersen, 2004; Widmark, Tishelman & Ahlberg, 2002). Det var dock inte någonting som framkom i våra intervjuer där samtliga barnmorskor istället underströk vikten av att ställa frågan. Detta skulle kunna bero på att fler könsstympade kvinnor har invandrat till Sverige och att svenska barnmorskor därmed har fått en ökad vana sedan de tidigare studierna gjordes.

Informanterna framhöll att det var viktigt att vara professionell i mötet med kvinnorna. Trots att känslor som ilska och aggression väcktes över att könsstympning utförts fanns en acceptans gentemot kulturen. Det är i linje med den Internationella etiska koden för barnmorskor (1999). Där står det beskrivet att ”barnmorskor erbjuder vård till kvinnor och barnalstrande familjer med hänsyn till kulturella olikheter samtidigt som de arbetar för att eliminera skadliga åtgärder inom respektive kultur”. Det är betydelsefullt att barnmorskorna upprätthåller en professionell framtoning och inte låter egna tankar och känslor påverka den vård som ges. Även i kompetensbeskrivningen för barnmorskor understryks vikten av en humanistisk människosyn och att visa respekt för patientens integritet och värdighet (Socialstyrelsen 2006). Det är av stor vikt att mötet hålls utan att vårdgivaren har en överlägsen och fördömande attityd för att inte kränka kvinnorna (Abdulcadir, Margairaz, Boulvain & Iron, 2011). Om barnmorskorna skulle överföra sina negativa

tankar och åsikter om könsstympning tror vi att det kan finnas en risk att kvinnan känner sig utpekad och annorlunda. Studier gjorda i Norge och Schweiz åskådliggör hur könsstympade kvinnor inte såg sig själva som annorlunda förrän de undersöktes av hälso- och sjukvårdspersonal som tydligt visade avsmak och kommenterade deras underliv på ett nedlåtande sätt. Dessa kommentarer gjorde att kvinnorna kände skam över sin egen kropp (Thierfelder et al., 2005; Vangena et al., 2004).

Informanterna upplevde att kvinnorna hade en mycket begränsad kroppskunskap. Det skulle kunna bero på att kvinnorna från det att de var små har fått lära sig att kroppen ska vara orörd fram till giftermålet. Det kan eventuellt leda till att det blir tabu för kvinnorna att utforska sig själva vilket kan resultera i begränsad kroppskunskap. Då beslutet om könsstympning ofta tas av någon annan än kvinnorna själva ger det inte dem någon makt att bestämma över sin egen kropp (Berggren, V., Musa, A et al., 2006).

Gemensamt för alla informanter var att de använde sig av anatomiska modeller eller bilder som ett redskap i informationen till kvinnorna och för att illustrera hur kvinnokroppen ser ut och fungerar. Det framkom även att några av barnmorskorna valde att använda tolk i mötet. Genom att använda tolk minimeras risken för missförstånd och för att information uppfattas olika av vårdgivare och patient (Essén & Johnsdotter, 2004). I den svenska Förvaltningslagen (1986:23) 8 §, står det att när en myndighet har att göra med en person som inte behärskar svenska bör en tolk användas. Det var respektfullt att barnmorskorna var måna om kvinnornas integritet och att de hade en tanke om tolken eventuellt skulle kunna påverka kvinnan eller mötet.

Några informanter berättade att de alltid planerade för defibulering av infibulerade kvinnor under graviditeten och inte väntade till förlossningen. Motiveringen var att kvinnorna skulle få samma förutsättningar som alla andra kvinnor på förlossningen. På så sätt undviker kvinnorna dessutom risken att på förlossningen mötas av en barnmorska eller läkare som inte vet hur defibulering ska utföras. I sådant fall skulle det innebära att kvinnan utsätts för en osäkerhet vilket inte är försvarbart - en kvinna borde ha rätt att känna sig trygg med den personal hon möter i samband med sin förlossning anser uppsatsförfattarna. Att det finns en risk att kvinnorna utsätts för en

osäkerhet stärks av en studie där det framkom att barnmorskor på förlossningen känner sig osäkra på hur defibulering ska utföras. Barnmorskorna i studien vågade inte klippa uppåt på grund av rädsla att skada uretra. Det ledde till att fler episiotomier utfördes. I vissa fall ledde osäkerheten även till att förlossningen avslutades med sectio (Vangena et al., 2004). I ytterligare en studie undersöktes det huruvida förlossningsutfallet skiljde sig mellan en infibulerad och en icke infibulerad kvinna. Det framkom att infibulerade kvinnor löper en ökad risk för att förlossningen ska avslutas med sectio. Det berodde på svårigheten att möjliggöra en säker fosterövervakning samt genomföra vaginala undersökningar och på det sättet följa förlossningens progress (Wuest et al., 2009).

I en studie framkom det att barnmorskor ibland får känslan av att den födande kvinnan återupplever det tillfälle då hon blev könsstympad och drabbas av panik. En barnmorska beskrev att hon kände sig tvungen att hålla isär kvinnans ben så att barnet kunde födas fram, men kände också samtidigt att hon begick ett övergrepp gentemot kvinnan (Vangena et al., 2004). Då kvinnan befinner sig i värkar kan det bli svårare att kommunicera med henne. Hypotetiskt sett borde det därför vara bättre att låta en kvinna genomgå defibulering i ett lugnt och planerat skede så som överläkaren på Södersjukhuset beskrev. Även detta är alltså ett argument till varför defibulering bör ske under graviditeten.

Andra fördelar som vi kan se att defibulering skulle kunna medföra är att kvinnorna kan bli av med många av de komplikationer som könsstympning innebär redan under graviditeten.

Några av informanterna i vår studie planerade för och informerade de infibulerade kvinnorna om att enligt deras rutiner sker defibulering på förlossningen. En informant trodde att anledningen till att kvinnor inte blir defibulerade under graviditeten kan vara att det är kvinnor som inte har en stark röst och inte ställer krav. Därför väljer vårdgivaren att göra det billigaste alternativet. Enligt Rouzi et al. (2012) är defibulering på förlossningen mer kostnadseffektivt än att utföra det polikliniskt. Vi anser att det är anmärkningsvärt att ingreppet kan anses mer ekonomiskt om det utförs i samband med förlossningen när flera studier samtidigt visar på att det ökar risken för att förlossningen avslutas med sectio. Det är två

ekonomiska faktorer som skulle kunna ställas mot varandra. Det kan också vara så att kvinnorna själva föredrar att bli defibulerade under förlossningen för att undvika smärtsamma ingrepp fler gånger, vid fler tillfällen (Thierfelder, et al., 2005). Enligt överläkaren på Södersjukhuset har barnmorskorna på mödravården ett stort ansvar att motivera kvinnorna till tidig defibulering för att minimera risker vid förlossningen.

En informant beskrev att hon ofta upplevde att hon var den enda svenska kontakten för många av kvinnorna. Det borde därför vara barnmorskornas skyldighet att se till kvinnors bästa, stå på deras sida och erbjuda bästa möjliga vård samtidigt som kvinnans autonomi beaktas menar vi. Detta är också i enighet med riktlinjerna i Socialstyrelsens kompetensbeskrivning (2006) för barnmorskor där det står att ”barnmorskans arbete ska oavsett verksamhetsområde och vårdform präglas av ett etiskt och holistiskt förhållningssätt”.

8.2 Metoddiskussion

Totalt utfördes nio intervjuer. Då intervjuerna är utförda i invandrartäta områden till Stockholm går det inte att dra slutsatsen att alla barnmorskor i Stockholmsområdet skulle ha liknande erfarenheter av möten med könsstympade kvinnor. En styrka kan dock anses vara att intervjuerna genomfördes på nio olika mödravårdscentraler vilket enligt oss kan ha gett ett bredare underlag än om intervjuerna hade utförts med lika många barnmorskor men på färre mödravårdscentraler. Resultatet skulle eventuellt sett annorlunda ut om mödravårdscentraler från alla områden i Stockholm deltagit. Intresset låg dock framför allt i att tillfråga de barnmorskor som i sitt dagliga arbete träffar kvinnor från de länder där könsstympning utförs. Eventuellt skulle överförbarhet av resultatet kunna göras till andra barnmorskor inom mödravården från liknande områden. Överförbarhet innebär att kunna tillämpa resultatet från studien i andra sammanhang (Polit & Beck, 2008).

Alla intervjuerna genomfördes med båda uppsatsförfattarna närvarande. En nackdel med det skulle kunna vara att informanten upplevde det som obekvämt, det var dock inte någonting som vi upplevde. Samtidigt gav detta fördelen att den som inte intervjuade istället kunde uppfatta uttryck och komma med följdfrågor som den

intervjuande inte såg möjlighet till vilket vägde tyngre. Ytterligare en fördel med att båda var närvarande under samtliga intervjuer var att möjligheten att tillsammans ta del av allt material från början vilket gav en bra överblick för båda i vad som framkommit under intervjun. Vi ställde de huvudfrågor som vi ansåg mest relevanta för att besvara syftet. Intervjuerna transkriberades så fort som möjligt efter varje utförd intervju. Det var en fördel då det gav möjlighet att förtydliga vissa frågor eller ställa dem på ett annat sätt vid nästkommande intervju. Då ingen av uppsatsförfattarna hade någon erfarenhet av systematiska intervjuer sedan tidigare förekom det att följdfrågor ställdes som gav intressanta svar men som under analysen fick sorteras bort då de inte besvarade syftet. Intervjutekniken förbättrades ju fler intervjuer som genomfördes.

Analysen som ledde till resultatet gjordes gemensamt. Vi funderade över att först göra analysen var och en för sig och därefter tillsammans ytterligare en gång för att se om det fanns variationer i tolkningen. Då tiden var begränsad valde vi dock att göra analysen gemensamt från början. De teman och kategorier som analysen utmynnade i anses besvara syftet.

Till en början övervägde vi möjligheten att använda oss av en eller två fokusgrupper. Det skulle kunna vara en passande metod som skulle kunna skapa intressanta diskussioner, men då intervjuerna fick lov att styras efter barnmorskornas tidsmöjligheter mellan patientbokningar skulle det bli svårt att få till en tid och plats som kunde passa alla. Enskilda intervjuer ansågs därför vara en bra metod- också därför att det skapade en intimitet och öppenhet mellan informant och intervjuare som troligtvis inte skulle uppstå på samma sätt om det varit fler deltagare.

Genomgående under arbetet har ordet *könsstymning* använts då det är ett vedertaget konsensusbegrepp (WHO, 2012). I brevet till mödravårdscentralerna samt i intervjuguiden valde vi dock att använda ordet *omskärelse* för en mjukare framtoning. Det ses som en styrka i uppsatsen att handledaren kontinuerligt har tagit del av allt material som har samlats in. Detta menar Lundman och Hällgren-Graneheim (2008) förstärker trovärdigheten då hon har stor erfarenhet av likande studier samt är väl insatt i det belysta ämnet.

8.3 Etisk diskussion

Enligt Vetenskapsrådet (2011) ska de som är symbol för forskningen få ta del av syftet med undersökningen samt kunna avbryta deltagandet när som helst utan angiven orsak. Den informationen gavs skriftligt via det brev som skickades till informanterna samt genom muntlig information vid intervjutillfället. Allt ljudinspelat material avkodades efter transkribering för att säkerställa konfidentialiteten hos informanterna. Metoden är beskriven så att läsarna ska kunna följa de olika stegen i processen, vilket också rekommenderas av Vetenskapsrådet (2011). Uppsatsförfattarna anser att rekommendationerna har uppfyllts.

8.4 Förslag till vidare forskning

Det skulle vara av intresse att forska vidare om vilka kunskaper barnmorskor inom mödravården har om kvinnlig könsstympning. Ett annat tänkvärt ämne vore att studera om skillnader finns i barnmorskornas erfarenheter av arbetet med könsstympade kvinnor, beroende på var barnmorskan arbetar. Det vore också intressant att studera hur ofta defibulering förekommer under graviditet respektive förlossning.

9. SLUTSATSER

Barnmorskor inom mödrahälsovården upplever mötet med den könsstympade kvinnan som okomplicerat men komplext. Trots att starka känslor väcktes var informanterna noga med att agera professionellt. Möten med könsstympade kvinnor ställer stora krav på barnmorskorna i att alltid värna om kvinnans integritet och värdighet. Merparten av barnmorskorna inom mödravården planerade för en defibulering under graviditeten i enlighet med de riktlinjer Stockholms läns landsting har. Några barnmorskor planerade dock att defibulering görs på förlossningen i samband med partus. Konsensus för handläggning av könsstympade kvinnor inom svensk mödravård kan underlätta för såväl barnmorskor som könsstympade kvinnor.

10. REFERENSER

Abdulcadir, J., Margairaz, C., Boulvain, M., & Iron, O. (2011). Care of women with female genital mutilation/cutting. *Swiss Medical Weekly*. doi: 10.4414/smw.2011.13137.

Almroth, L. (2008). Vad är kvinnlig könsstympning?. Berggren, V. & Franck, M (Red.), *Kvinnlig könsstympning*. Lund. Studentlitteratur.

Berggren, V., Bergström, S. & Edberg, A-K. (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), 50-57. DOI 10.1177/1043659605281981

Berggren, V., Gottvall, K., Isman, E. & Bergström, S. (2012). Infibulated woman have an increased risk of anal sphincter tears at delivery: a population-based Swedish register study of 250000 births. *Acta Obstetrica et Gynecologica*. doi:10.1111/aogs.12010

Berggren, V., Musa Ahmed, M., Hernlund, Y., Johansson, E., Habbani, B & Edberg, A-K. (2006). Being Victims or Beneficiaries? Perspectives of Female Genital Cutting and Reinfibulation in Sudan. *African Journal of Reproductive Health*. vol 10 nr 2, 24-36

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.

Degni, F., Suominen, S., Essén, B., El Ansari, W. & Vehvilainen-Julkunen, K. (2012). Communication and Cultural Issues in Providing Reproductive Health Care to Immigrant Women: Health Care Providers' Experiences in Meeting Somali Women Living in Finland. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 14, 330-343. doi: 10.1007/s10903-011-9465-6

DePoy, E. & Gitlin, L. (1999). *Forskning: En introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Essén, B. & Johnsdotter, S. (2004). Brister i handläggningen av könsstympade gravida kvinnor i svensk vård: dags att skifta fokus från enbart underliv till hela kvinnoliv. *Läkartidningen*. (vol 101). Nr 39

Förenta Nationerna (1989). *Barnkonventionen : FN:s konvention om barnets rättigheter*. Hämtad 2012-12-28, från www.unicef.se.

Gruenbaum, E. (2001). *The Female Circumcision Controversy: An Anthropological Perspective*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

International Confederation of midwives. *Internationella etiska koden för barnmorskor*. (1999).

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

Kaplan, A., Hechavarria, S., Martin, M. & Bonhoure, I. (2011). Health consequences of female genital mutilation/cutting in the Gambia, evidence into action. *Reproductive Health*, 8 (26), 2-6.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Leval, A., Widmark, C., Tishelman, C., & Ahlberg, B-M. (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.

Litorp, H., Franck, M. & Almroth, L. (2008). Female Genital Mutilation Among Antenatal Care and Contraceptive Advice Attendees in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica* (87), 716-722.

Lundberg, P. & Gereziher, A. (2008). Experiences From Pregnancy and Childbirth Related to Female Genital Mutilation Among Eritrean Immigrant Women in Sweden. *Midwifery* (24), 214-225.

Lundman, B. & Hällgren-Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. Granskär, M. & B. Höglund- Nielsen. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård (159-171)*. Lund: Studentlitteratur.

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.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2001). *Forskningsprocessen, kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Falköping: Liber.

Persson, E., Liljegren, M., Lundgren, A-M., Mogess, L., Mörlin, B., Rolfhamre, L & Wiklund, I. (2007). *Fokusrapport: Mötet med könsstympade kvinnor i vården*. Stockholm: Stockholms läns landsting.

Polit, D. & Beck, C. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

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

Safari, F. (2011). A qualitative study of women's lived experience after deinfibulation in the UK. *Midwifery*. doi:10.1016/j.midw.2011.12.005.

SCB.Hämtad 2012-11-22 från

http://www.scb.se/Pages/SSD/SSD_TablePresentation____340486.aspx?rxid=49050087-6807-4ad3-a909-5ff57e3f339b.

SFS 1982:316. *Lag med förbud mot könsstympning av kvinnor*. Stockholm, Riksdagen. Hämtad 2012-11-03 från

<http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19820316.HTM>

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm. Riksdagen.

Hämtad 2013-01-02 från

http://www.riksdagen.se/sv/DokumentLagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

SFS 1986:223. *Förvaltningslag*. Stockholm. Riksdagen. Hämtad 2013-01-02 från

<http://www.riksdagen.se/sv/Dokument->

[Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Forvaltningslag-1986223_sfs-1986-223/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-)

SFS 1999:267. *Lag om ändring i lagen (1982:316) med förbud mot könsstympning av kvinnor*. Stockholm, Riksdagen. Hämtad 2012-11-13 från

http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-1982316-med-forbud-mot-_sfs-1982-316/

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

Socialstyrelsen. *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. (2006). Hämtad 2013-01-05 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2006/2006-105-1>

Tammadon, L., Johnsdotter, S., Liljestrand, J. & Essén, B. (2006), Swedish health care providers experience and knowledge of female genital cutting. 27 (8). 709-722.

Thierfelder, C., Tanner, M. & Kessler-Bodiang, C-M. (2005). Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system. *European Journal of Public Health*. (15). 1. 86-90.
doi: 10.1093/eurpub/cki120.

Unicef. (2005). *Female genital mutilation/cutting: A statistical expolaration*.
Hämtad: 2012-11-06 från http://www.unicef.org/publications/files/FGM-C_final_10_October.pdf

Vangena, S., Johansen, E., Sundby, J., Traen, 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 & Gynecology and Reproductive Biology*. (112).

Vetenskapsrådet (2011). *God Forskningssed*. Vetenskapsrådets rapportserie. 1.

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

WHO. (2007). *Elimination of Female Genital Circumcision in Nigeria*.
Hämtad 2012-12-30 från
http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=4959

WHO. (2008). *Eliminating female genital mutilation: an interagency statement*.
Hämtad 2012-11-07 från
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/9789241596442/en/index.html>

WHO. (2012). *Female genital mutilation Fact sheet N°241*
Hämtad 2012-11-06 från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>

Wuest, S., Raio, L., Wyssmueller, D., Mueller, MD., Stadlmayr, W., Surbek, DV. & Kuhn, A. (2009). Effects of female genital mutilation on birth outcomes in Switzerland. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynecology*. (116). 1204-1209. Doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02215.x

Yoder, P.S. & Khan, S. (2008). *Numbers of women circumcised in Africa: The Production of a Total (39)*. Demographic and Health Research.
Hämtad 2012-11-30 från: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/WP39/WP39.pdf>

Bilaga 1. ORDLISTA

Analsfinkterruptur	Förlossningsskada som innebär en bristning som engagerar ändtarmens slutmuskel
Anemi	Blodbrist
Apareunia	Tillstånd som försvårar eller omöjliggör penetration av vagina
Autonomi	Självbestämmanderätt
Cysta	Vätskefylld blåsa
Defibulering	Öppningsoperation av könsstymningen
Diatermi	Högfrekvent växelström, metod som används vid operation för att skära i kroppsvävnad
Dysmenorré	Smärtsam menstruation
Dyspareunia	Samlagssmärta på grund utav fysiologiska eller psykologiska orsaker
Episiotomi	Klipp för att vidga vagina
Infibulering	Könsstymning av grad III
Introitus	Slidöppning
Fibros	Fibrös bindväv omvandlad till fast bindväv
Faeces	Avföring
Fistel	En öppen förbindelse mellan två organ som normalt inte finns
Keloid	Ärr som uppkommer vid vävnadsskada och kan växa okontrollerat
Labia minora	Inre blygdläpparna
Labia majora	Yttre blygdläpparna
Miktion	Urinering
MVC	Mödravårdscentral
Narkos	Sövning, används vid operation
Partus	Födelse
Posttraumatisk stressyndrom	Ångest som kan uppkomma efter ett trauma
Reinfibulering	Vagina sutureras åter efter exempelvis en förlossning
Sectio	Kejsarsnitt
Sepsis	Blodförgiftning

Spinalbedövning	Bedövningsmedel ges direkt in ryggmärgsvätskan som finns i ryggmärgskanalen
Sunna	Innebär att någon form av könsstympning har genomförts
Tetanus	Stelkrampsinfektion
Uretra	Urinrör
Vertikalt	Lodrät

**Bilaga 2. STATISTIK ÖVER KVINNOR SOM LEVER I SVERIGE 2012,
FÖDDA I AFRIKA**

Land	Antal kvinnor i Sverige	Land	Antal kvinnor i Sverige
Benin	23	Liberia	467
Burkina Faso	36	Mali	48
Central-Afrikanska republiken	44	Mauretanien	9
Djibouti	88	Niger	11
Egypten	1480	Nigeria	1016
Elfenbenskusten	340	Senegal	224
Eritrea	6250	Sierra Leone	335
Etiopien	3934	Somalia	19900
Gambia	1708	Sudan	957
Ghana	886	Tanzania	776
Guinea	127	Tchad	15
Guinea-Bissau	44	Togo	135
Kamerun	455	Uganda	1628
Kenya	1582	Totalt antal kvinnor:42518	

Källa: SCB, 2012

Bilaga 3. KÖNSTYMPADE KVINNOR: RIKTLINJER FÖR HÄLSOVÅRD UNDER GRAVIDITET

Bakgrund

Könsstympning kan på olika sätt innebära ökade risker för graviditet och förlossning.

Könsstympning förekommer framförallt bland vissa etniska afrikanska grupper. I mötet med dessa kvinnor är det viktigt att uttryckligen fråga om kvinnan är omskuren. Det finns ingen anledning att avstå från att fråga.

- Ge detaljerad information om vad mödrahälsovården och förlossningsvården kan erbjuda.
- Läkartid ska erbjudas tidigt i graviditeten för bedömning av könsstympningens art och omfattning. Slidmynnningen bör vara öppen för minst två fingrar. Om öppningen är mindre ska man föreslå öppningsoperation under graviditeten. Den bör göras i intervallet 14 – 20 veckor för att den kommande förlossningen ska kunna övervakas så säkert som möjligt. Både kvinnan och mannen behöver information om detta så att kvinnan kan få mannens stöd i att gå igenom ”öppningsoperationen”.
- Urinodling ska tas tidigt i graviditeten
- Många kvinnor i denna grupp är i behov av särskild kostinformation med tanke på eventuell D-vitaminbrist. Kvinnor med heltäckande klädsel rekommenderas Kalcipos mite (receptfritt) 1 x 2. Om kvinnan är heltäckt och inte äter mjölkprodukter rekommenderas T. Kalcipos-D 1 x 2 eller motsvarande. Informera tydligt om att tillräckligt näringsintag inte innebär risk för ”stora barn”
- Tillväxtultraljud v 32 rekommenderas
- Om det är osäkert eller svårt att bedöma slidmynnningens öppning kan kvinnan remitteras till gyn.mottagningen Södersjukhuset. Där finns särskild kompetens och mottagningstider för dessa kvinnor.
- Boka uppföljningsbesöket till barnmorska redan före förlossning

Utfärdat av Mödrahälsovårdsenheterna i Stockholms läns landsting

Uppdaterat: 2011-09-15

Bilaga 4. INTERVJUGUIDE

1. Presentera 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

Hur länge har Du arbetat som barnmorska?

Hur länge har Du arbetat inom MVC?

Hur lång är Din erfarenhet av mötet med könsstympade kvinnor?

Frågeställningar

Hur upplever Du mötet med den könsstympade kvinnan?

Hur beskriver Du mötet med den könsstympade kvinnan?

I vilka sammanhang tar Du upp frågan om kvinnan är könsstympad?

Hur planerar du inför en defibulering av en gravid kvinna?

Bilaga 5. BREV TILL MÖDRAVÅRDSCENTRALER I STOCKHOMS LÄN

Förfrågan om intervjudeltagande till magisteruppsats.

Hej,

Vi heter Johanna Dahlander och Terese Palmgren. Vi är legitimerade sjuksköterskor och läser termin tre på barnmorskeprogrammet på Karolinska Institutet, Stockholm.

Vi arbetar just nu med vår magisteruppsats inom ämnet **"Barnmorskans möte med den omskurna kvinnan"**.

Syftet med uppsatsen är att belysa hur barnmorskor inom mödravården upplever och beskriver möten med omskurna kvinnor.

Vi är intresserade av att få träffa en barnmorska på Er klinik för en intervju på cirka 20 – 45 minuter. Utifrån vårt syfte hoppas vi kunna få en bra diskussion och material till vår uppsats. Vår målsättning är att genomföra intervjuerna snarast möjligt.

Intervjun kommer att ljudinspelas och det inspelade materialet kommer att aidentifieras. Deltagandet bygger helt på frivillighet och det står deltagarna fritt att när som helst under intervjun avbryta utan att ange orsak eller skäl.

Vi kommer att kontakta Er via telefon angående besked om Ert eventuella deltagande i studien.

Med vänliga hälsningar

Johanna Dahlander
Leg. sjuksköterska
BM-student
johanna.dahlander@stud.ki.se
070-777 19 93

Terese Palmgren
Leg. sjuksköterska
BM-student
terese.palmgren@stud.ki.se
070-721 37 19

Handledare:
Anna- Berit Ransjö-Arvidsson
Docent