

Brister i handläggningen av könsstympade gravida kvinnor i svensk vård

Dags att skifta fokus från enbart underliv till hela kvinnoliv

Trots att gruppen könsstympade invandrarkvinnor i Sverige är liten är intresset för könsstympning stort. Att vi som kliniker möter invandrarkvinnor är inget nytt. Det nya är att 1960- och 1970-talens arbetskraftsinvandring från Europa har ersatts av flyktinginvandring från katastrofhärjade låginkomstländer. Vårt syfte med artikeln är att belysa vikten av att vården fokuserar på rätt problem och baseras på vetenskaplig och beprövad erfarenhet – även när det gäller mötet med könsstympade kvinnor.

BIRGITTA ESSÉN

med dr, specialistläkare i obstetrik och gynekologi, institutionen för obstetrik och gynekologi, Universitetssjukhuset MAS, Malmö
(birgitta.essen@obst.mas.lu.se)

SARA JOHNSDOTTER

fil dr, avdelningen för socialantropologi, Lunds universitet

■ Är det behäftat med ökad risk att vara invandrare och föda barn i Sverige? Ja, för kvinnor med ursprung i Afrika söder om Sahara [1]. (I denna artikel definierar vi invandrare såsom födda utomlands.) Den högre perinatale dödligheten kan inte helt förklaras av kända sjukdomar eller livsstilsfaktorer [2]. Trots att denna grupp löper ökad risk för komplikationer och för att föda tillväxthämmade barn är chansen till vård på neonatal intensivvårdsavdelning inte större för dessa barn än för barn till svenska mödrar. En norsk epidemiologisk avhandling visar på liknande resultat, nämligen att obstetriska riskgrupper i Norge utgörs av kvinnor från Afrika och Pakistan [3].

Konsekvenser av könsstympning

Har kvinnlig könsstympning något samband med perinatal morbiditet och förlossningskomplikationer i Sverige? Som forskare har vi ofta mött antagandet »det måste vara könsstympningen som är bakgrunden till problemen i just den afrikanska invandrargruppen«.

Vid en litteraturrenövring av internationellt publicerade artiklar finner man mest beskrivningar av könsstympningens medicinska komplikationer baserade på material från afrikanska länder. Studier av skiftande kvalitet beskriver att ärrbildning i kvinnans underliv

efter könsstympning i barndomen skulle försvåra framfödandet av barnet genom förlossningskanalen och att motståndet från äret leder till syrebrist hos barnet [4-9]. Påfallande är att många beskrivningar av medicinska komplikationer hos könsstympade kvinnor återkommer som citat i artiklarna och att endast få kontrollerade studier i ämnet har utförts [10].

I en svensk-dansk perinatal auditstudie visade det sig att könsstympning hos modern i sig inte hade något samband med att barnen dog under perinatalperioden [11]. I Malmö utfördes en fall-kontrollstudie av utdrivningsförloppet utifrån en jämförelse mellan icke-omskurna och omskurna förstföderskor. I motsats till tidigare internationella studier [12, 13] fann man att krystningstiden snarare var kortare hos afrikanska kvinnor än hos icke-omskurna. Slutsatsen drogs att könsstympning i sig inte påverkar utdrivningsskedet i en resursstark förlossningsmiljö med kultursensitiva riktlinjer [14].

I litteraturen beskrivs långsiktiga gynekologiska komplikationer av kvinnlig könsstympning, t ex dysmenorré, urinvägsbesvär, inflammationer i inre genitalier, infertilitet och sexuella problem. Flera forskare har dock under senare år ifrågasatt tidigare vetenskapliga konklusioner [15]. Bland annat har Obermeyer och medarbetare gjort en översikt över långsiktiga hälsokonsekvenser av kvinnlig könsstympning och pekat på en systematisk förekomst av dåligt underbyggda metoder och låg reliabilitet i forskningsresultaten [16].

Forskningen kring sexualitet är motsägelsefull. Könsstympning behöver inte utesluta förmåga till njutning och klimax, men ingreppen kan försvåra vä-

Intimkirurgi

Se även sidorna 2998, 2999 och tidigare artiklar i nr 37 och 38/2004.

gen dit. En studie kunde inte finna att infertilitet och urinvägsproblem var vanligare hos könsstympade kvinnor än hos icke-könsstympade [17].

Kunskap om handläggning av omskurna kvinnor är viktig, men egna känslor inför könsstympning skall inte hindra vårdgivare från att göra objektiva riskbedömningar. Socialstyrelsen har i sitt senaste utbildningsmaterial för hälso- och sjukvårdspersonal betonat vikten av korrekta riktlinjer för omhändertagande av könsstympade patienter [18].

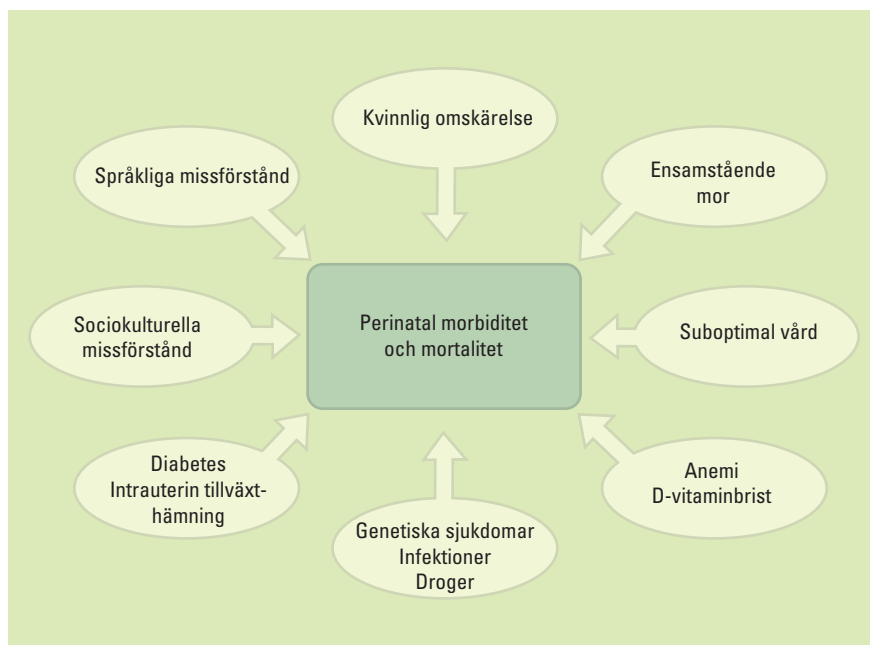
Afrikanska barnaföderskors strategier

I en antropologisk studie intervjuades somaliska barnaföderskor i Sverige om sina graviditetsstrategier och sitt risktänkande [19]. Många kvinnor uttryckte rädsla för att dö i samband med komplicerade förlossningar, t ex kejsarsnitt. Det framkom även att det finns en allmänt känd föreställning om att »ifall man äter mindre under graviditeten leder detta till ett mindre barn och därmed en lättare förlossning«. Ingen av kvinnorna upplevde omskärelse som ett problem. Utifrån detta empiriska material generades några hypoteser:

1) Det kunde tänkas att kvinnorna var mindre benägna att söka vård, trots svåra symtom, om de misstänkte att handläggningen skulle resultera i kejsarsnitt; ett ingrepp som för dessa kvinnor har samband med mödradöd. I resurssvaga

Birgitta Essén

är verksam som specialistläkare och forskare vid kvinnokliniken vid Universitetssjukhuset MAS i Malmö och har varit gästredaktör för serien Intimkirurgi. Hennes forskning är inriktad på reproduktiv hälsa i ett migrationsperspektiv med flervetenskaplig ansats. Hon har startat en specialistmottagning inriktad på kultursensitiv handläggning av kvinnosjukdomar.



Figur 1. Könssstympning är bara en bland många faktorer att ta hänsyn till vid riskbedömning av afrikanska invandrarkvinnor i Sverige.

Fakta 1

Migration och förändring: faktorer som förändrar synen på omskärrelse bland svenska somalier

Motiv för kvinnlig omskärrelse i Somalia

Upplevelse av »att vara omskuren är det normala och naturliga«.
Övertygelse om att islam kräver att flickor är omskurna.

Rädsla för att en icke-omskuren dotter inte accepteras vid giftermål.

Det faktum att nästan alla flickor är omskurna gör att en icke-omskuren flicka riskerar att bli stigmatiserad.
Samhället i stort accepterar sedvänjan.

Omständigheter som leder till förändring i svensk exil

Det »normala« med kvinnlig omskärrelse ifrågasätts i exilen.

Möten med andra muslimer som inte tillämpar omskärrelse. Debatt uppstår om hur islam förhåller sig till omskärrelse.

Förändrade kulturella mönster kring äktenskap: unga människor väljer själva vem de vill gifta sig med. Somaliska män som vuxit upp i exil är motståndare till omskärrelse.

I Sverige omskärs inte flickor. Här är det en omskuren flicka som riskerar att bli stigmatiserad.

Rädsla för svenska myndigheter och medvetenhet om risken att förlora vården om barnen.

länder, som t ex Somalia, är risken för kvinnor att dö under förlossning bland de högsta i världen [1]. Invandrarkvinnornas strategi kan därför ses som rationell i deras hemmiljö men inte i Sverige.

2) Svenska läkare och barnmorskor är inte medvetna om invandrarkvinnors risktänkande, och därmed förbises risker och allvarliga symtom.

3) Dessa sociokulturella missförstånd bidrar till suboptimal handläggning med perinatal död som följd. Ett

missförstånd kan uppstå mellan vårdgivaren och den somaliska kvinnan då ett tillväxthämmat foster diagnostiseras på mödravården. Å ena sidan fokuserar doktorn/barnmorskan på att tillväxthämmade foster är en risk och vill intensifiera graviditetsövervakningen. Å andra sidan utgår den afrikanska kvinnan från en föreställning om att det är lättast och bäst att föda ett litet barn. Resultatet kan bli att vårdplaner inte uppfattas på samma sätt av vårdtagare och vårdgiva-

re, eftersom »självklarheter« uppfattas olika. Om det dessutom finns språksvårigheter, t ex brist på tolk, eller om vårdgivaren lägger ett alltför ensidigt fokus på att kvinnan är könssstympad stärks ovan givna hypoteser (Figur 1).

Risken för suboptimal vård Sverige

En studie med syftet att undersöka vårdkvaliteten för en grupp perinatalt döda barn till mödrar födda i Sverige respektive Afrika vid sjukhus i Sverige visade stora skillnader mellan de olika etniska grupperna [20]. Med hjälp av perinatal medicinsk audit bedömdes skillnader mellan grupperna i relation till troliga orsaker till att barnet dött.

Man studerade om faktorerna bakom perinatal dödlighet berodde på modern, på kommunikationen mellan vårdtagare och vårdgivare eller på den medicinskt givna vården. Det visade sig bl a att fler dödsfall bland de afrikanska döda barnen troligtvis hade kunnat förhindrats om:

- Modern hade sökt vård tidigare vid allvarliga symtom under graviditeten.
- Modern inte uteblivit från tillväxtkontroller av fostret.
- Modern inte avböjt kejsarsnitt när situationen var akut.
- Tolk använts vid uppenbar språkförbistring.
- Graviditetsövervakning av fostrets tillväxt följt befintliga rutiner.
- Förlossningsövervakning med CTG handlagts adekvat av barnmorska/läkare.
- Adekvat medicinering givits till moder/prematurfött barn.
- Barnläkarens insatser hade påbörjats tidigare vid födseln av ett sjukt barn.

Att diskutera innebörden av graviditetskontroller av t ex fostertillväxt utifrån såväl den gravida kvinnans attityder som vårdgivarens medicinska aspekter är extra viktigt vid handläggning av invandrarkvinnor. Att informera patienten tidigt under graviditeten om de medicinska indikationerna för kejsarsnitt och om säkerheten kring ingreppet i Sverige är ett annat sätt att förbättra förlossningsutfallen i nämnda grupp.

Konklusion

Sammanfattningsvis anser vi att när det gäller kvinnlig könssstympning i Sverige är vårdpersonalen relativt väl utbildad, och ansvariga myndigheter har lyckats i sitt informativa arbete, även om det finns förbättringspotential [21, 22]. Hittills utförd forskning i Sverige visar att de flesta somalier, eritreaner och etiopier (majoriteten av afrikanska invandrare i Sverige) överger traditionen att låta omskä-

ANNONS

ANNONS

II Fakta 2

Kliniska rekommendationer vid riskbedömning av gravida invandrarkvinnor

- Förbättra dina kunskaper om handläggning av omskurna kvinnor. Låt inte egna känslor mot könsstympningen vara ett hinder för objektiva bedömningar.
- Diskutera innebörden av graviditetskontroller utifrån såväl kvinnans attityder som dina egna medicinska aspekter.
- Upplys kvinnan om vad du som läkare eller barnmorska menar med allvarliga symtom. Självklarheter kan uppfattas olika.
- Informera kvinnan tidigt under graviditeten om indikationerna för kejsarsnitt och om den medicinska säkerheten i Sverige jämfört med i kvinnans hemland.
- Intensifiera den perinatale övervakningen utifrån samma medicinska kriterier som för svenskfödda patienter.
- Förbättra tolkanvändningen.

ra sina flickor när de migrerar [19, 23, 24]. Obstetriska studier talar för att det inte är könsstympningen som är den avgörande faktorn för ett sämre förlossningsutfall bland afrikanska invandrarkvinnor i Sverige.

Mot bakgrund av detta hoppas vi att vårdpersonal och myndigheter skiftar fokus, från att lägga en alltför ensidig tonvikt på könsstympning till att se de afrikanska invandrarkvinnorna i ett vidare reproduktivt hälsoperspektiv. Vården av könsstympade kvinnor skall förstås baseras på medicinsk kunskap, men även sociokulturella faktorer som patienternas erfarenhet, rationellt tänkande och traditioner bör beaktas.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

- Essén B. Perinatal mortality among immigrants from Africa's Horn – The importance of experience, rationality, and tradition for risk assessment in pregnancy and childbirth [dissertation]. Malmö, Lund: Lunds universitet; 2001.
- Essén B, Hanson BS, Östergren PO, Lindquist PG, Gudmundsson S. Increased perinatal mortality among sub-Saharan immigrants in a city-population in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79: 737-43.
- Toubia N. Female circumcision as a public health issue. *N Engl J Med* 1994;331:712-6.
- Elchalal U, Ben-Ami B, Gillis R, Brzezinski A. Ritualistic female genital mutilation: current status and future outlook. *Obstet Gynecol Surv* 1997;52:643-51.
- Baker CA, Gilson GJ, Vill MD, Curet LB. Female

circumcision: obstetric issues. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169:1616-8.

- Lightfoot-Klein H, Shaw E. Special needs of ritually circumcised women patients. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1991;20:102-7.
- Hosken F. The Hosken report: genital and sexual mutilation of females. In: 4e. édition révisé. Lexington MA: Women's International Network News; 1993.
- Essén B, Wilken-Jensen C. How to deal with female circumcision as a health issue in the Nordic countries. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82:683-6.
- Essén B, Bodker B, Sjöberg NO, Gudmundsson S, Östergren PO, Langhoff-Roos J. Is there an association between female circumcision and perinatal death? *Bull World Health Organ* 2002;80:629-32.
- De Silva S. Obstetric sequelae of female circumcision. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1989;32: 233-40.
- Vangen S, Stoltenberg C, Johansen RE, Sundby J, Stray-Pedersen B. Perinatal complications among ethnic Somalis in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81:317-22.
- Essén B, Sjöberg N, Gudmundsson S, Östergren P, Lindqvist P. No association between female genital circumcision and prolonged labour: a case control study of immigrant women giving birth in Sweden. *Eur J Obstet Gyn Reprod Biol*. In press 2004.
- Shell-Duncan B, Hernlund Y. Female circumcision in Africa: dimensions of the practice and debates. London: Lynner Rienner Publishers; 2000.
- Obermeyer CM. Female genital surgeries: the known, the unknown, and the unknowable. *Med Anthropol Q* 1999;13:79-106.
- Morison L, Scherf C, Ekpo G, Paine K, West B, Coleman R, et al. The long-term reproductive health consequences of female genital cutting in rural Gambia: a community-based survey. *Trop Med Int Health* 2001;6:643-53.
- Essén B, Johnsdotter S, Hovelius B, Gudmundsson S, Sjöberg NO, Friedman J, et al. Qualitative study of pregnancy and childbirth experiences in Somali women resident in Sweden. *Br J Obstet Gyn* 2000; 107: 1507-12.
- Essén B, Bodker B, Sjöberg NO, Langhoff-Roos J, Greisen G, Gudmundsson S, et al. Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services? *Br J Obstet Gyn* 2002;109: 677-82.
- Widmark C, Tishelman C, Ahlberg BM. A study of Swedish midwives' encounters with infibulated African women in Sweden. *Midwifery* 2002;18:113-25.
- Ahlberg B, Krantz I, Lindmark G, Warsame M. »It's only a tradition«: making sense of 4radication interventions and the persistence of female »circumcision« within a Swedish context. *Critical Social Policy* 2004;24:50-78.
- Johnsdotter S. Somali women in Western exile: reassessing female circumcision in the light of Islamic teaching. *Journal of Muslim Minority Affairs* 2003; 23(2): 361-73.



I Läkartidningens elektroniska arkiv
<http://lakriv.lakartidningen.se>
är artikeln kompletterad med fullständig referenslista

Särtryck

Läkartidningen

Artros är inte en enhetlig sjukdom utan snarare ett gemensamt slutstadium av olika patogena processer, som kan starta av olika orsaker. De viktigaste symtomen är ledsmärta, stelhet och inskränkt rörlighet, som leder till nedsatt funktion och handikapp.

Idag finns ingen behandling som kan bromsa artrosens fortskridande. Däremot finns det en rad behandlingar som kan minska smärtan och bidra till att bibehålla eller förbättra patientens funktion.

I en serie artiklar publicerade i Läkartidningen belyses artros i olika perspektiv. Dessutom speglas aktuell forskning.

Det häfte som har tagits fram omfattar nio artiklar på 33 sidor och kan beställas med kupongen nedan.

Priset är
60 kronor

Artros



Beställer härmed.....ex
av "Artros"

.....

namn

.....

adress

.....

postnummer

.....

postadress

Insändes till Läkartidningen
Box 5603
114 86 Stockholm

Faxnummer: 08-20 74 35

www.lakartidningen.se
under särtryck, böcker