

Vårdprogram avseende kvinnlig könsstympning

Kvinnlig könsstympning omfattar alla ingrepp som rör borttagande delvis eller helt av de yttre genitalierna, eller annan åverkan på de kvinnliga könsdelarna av kulturella eller andra icke medicinska skäl.

WHO uppskattar att 200 miljoner kvinnor i världen är könsstympade. Incidensen är 3 miljoner per år. I Sverige är uppskattningsvis 38 000 kvinnor könsstympade och 19 000 flickor lever i riskzon för att könsstympas enligt Socialstyrelsens beräkningar. Den mångtusenåriga traditionen har inga positiva hälsoeffekter men kan medföra flera negativa konsekvenser, både fysiskt och psykiskt samt ökade risker vid graviditet och förlossning. Det är viktigt att veta att alla könsstympade inte behöver ha besvär eller upplever lindriga besvär.

Könsstympning är en form av hedersrelaterat våld och förtryck. Det innebär att en könsstympad kvinna även kan vara utsatt för andra former av hedersrelaterat våld och förtryck.

WHO's klassificering av kvinnlig könsstympning:

Typ 1. Borttagande av klitoris förhud och/eller del av eller hela klitoris.

Typ 2. Partiellt eller total borttagande av klitoris samt labia minora, med eller utan borttagande av labia majora.

Typ 3. Tillslutning/försnävning av vaginalöppningen genom borttagande och hopfästande av labia minora och/eller labia majora, med eller utan borttagande av klitoris (infibulation).

Typ 4. Oklassificerad stympling. Andra skadliga ingrepp, innefattar alla andra ingrepp på de kvinnliga könsdelarna, exempelvis prickning, snittning, skrapning, brännande med flera.

Besvär och konsekvenser enligt WHO

Nedan listas komplikationer i samband med könsstympling. Viktigt att notera är att alla som är könsstympade inte lider av eller har besvär med samtliga eller ens några av nedan listade komplikationer. Ett tydligt samband ses dock mellan allvarligare ingrepp och antalet eller svårighetsgraden av komplikationerna.

Omedelbara hälsokonsekvenser	Långsiktiga konsekvenser	Konsekvenser vid graviditet och förlossning	Psykosociala konsekvenser
<ul style="list-style-type: none"> - Akut smärta - Blödning - Chock - Infektion - Skador på angränsande organ, såsom ändtarm, vagina och uretra - Dödsfall 	<ul style="list-style-type: none"> - Miktionsbesvär med återkommande urinvägsinfektioner, svårigheter att tömma blåsan (typ III) - Bäckeninflammation - Fistlar - Abscesser - Cystor på vuvla - Neurinom vid klitoris - Problem vid menstruation med smärta då blod samlas i vagina eftersom öppningen är för snäv - Sexuella besvär med samlagssmärta, vaginism, nedsatt tillfredsställelse 	<ul style="list-style-type: none"> - Smärtsam undersökning - Svårighet att ta skalpprov - Utdraget förlossningsarbete - Ökad risk för instrumentell förlossning - Ökad perinatal dödlighet (länder utan modern sjukvård) 	<ul style="list-style-type: none"> - Posttraumatiskt stresssyndrom (PTSD) - Ångest och/eller depression - Lågt självförtroende - Svårighet med tillit - Psykosexuella problem med känslor av skam, eller svårighet att känna lust

I MÖTET

Det är viktigt att inte begränsa sig till att bara fråga kvinnor från de vanligaste riskländerna då det finns mindre folkgrupper inom många länder som praktiserar seden. Det är möjligt att kvinnor är omedvetna om att de har blivit könsstympade, en del känner inte till den normala anatomin och/eller utsattes vid mycket ung ålder och har därför inga minnen.

Rädsla för smärta, vårdgivarens reaktion och brist på kunskap tillhör de vanligaste orsakerna till att kvinnor med erfarenhet av könsstympning upplever det svårt att söka vård. I samband med undersökningen kan både det fysiska och psykiska traumat aktualiseras vilket för en del kan innebära kraftiga flashbacks.

En kvinna som är könsstympad enligt typ III kan söka vård på grund av smärtsamma menstruationer, att det tar lång tid att kissa eller för att hon har en delad miktionsstråle. Hon kan även ha svårt att genomföra ett penetrerande samlag eller uppleva smärta vid samlag. Kvinnan kan även vara gravid och känna oro inför den kommande förlossningen. Alla ovanstående sökorsaker kan vara skäl att tillsammans med patienten diskutera en öppningsoperation: defibulering.

För att minska missförstånd på grund av språkbarriär eller kulturella olikheter är det av stor vikt att använda sig av en professionell kvinnlig tolk. Då samtal gällande kvinnliga könsorgan, sex, samlevnad och könsstympning är kraftigt tabubelagda är det viktigt att säkerställa att tolken inte har problem att tolka samtliga ord. Glöm inte heller att informera patienten om att tolken är belagd med tystnadsplikt.

Eftersom könsstympning är en form av hedersrelaterat våld är det i mötet med en könsstympad kvinna viktigt att ställa frågor kring hennes

livssituation, erfarenhet av våld och begränsningar. Ett exempel på fråga man kan ställa är om det finns något som kvinnan skulle vilja göra men inte får för sin partner eller familj? Eller om det finns något hon måste göra som hon inte vill.

I samtalet med kvinnan kan man använda sig av begreppet omskärelse. Ordvalet kan behöva anpassas för att man ska göra sig bättre förstådd i vissa situationer. Var saklig och inte fördömande i samtalet.

Ge information om:

- hur den normala anatomin ser ut
- att könsstymningen saknar fördelar
- vad könsstymning kan ge för besvär (fysiska och psykiska) och hur de kan förändras under livets gång under puberteten, barnafödande och klimakteriet
- vilken hjälp som finns att få
- hur den svenska lagstiftningen ser ut

GYNEKOLOGISK UNDERSÖKNING

Vid en gynekologisk undersökning bör undersökaren oavsett patient visa varsamhet, ödmjukhet och respekt för patienten.

Börja med att försäkra henne om att du inte kommer att utföra något som hon inte godkänt och att du kommer att börja med att bara titta. Det är mycket viktigt att patienten känner sig trygg med att undersökningen inte kommer att vara smärtsam. I fall där patienten är infibulerad får öppningsgraden ligga till grund för huruvida du kan undersöka med spekulum, fingrar eller inte undersöka vagina alls. Forcera aldrig en undersökning.

Kan undersökning av vagina/bimanuell palpation eller vaginalt ultraljud inte utföras kan man istället vänta med undersökningen efter defibulation

(öppningsoperation). Man kan då passa på att undersöka patienten i samband med operationen.

Vid behov kan patienten remitteras till AMEL-mott på Södersjukhuset som har stor kunskap kring att bemöta och undersöka könsstympade kvinnor. Besvären kan både vara av fysisk och psykisk karaktär. Det finns även möjlighet till rekonstruktionskirurgi efter utredning.

DOKUMENTATION

I samtalet med kvinnan bör man använda sig av begreppet omskärelse medan man i dokumentationen alltid använder begreppet könsstympling.

Det viktigaste är inte att exakt klassificera graden av stymplingen utan att dokumentera det som ses. Frågor att ha med sig i samband med dokumentation och undersökning kan bland annat vara om klitoris och preputiet är skuret i, om det finns synlig ärrvävnad och om de inre blygdläpparna är intakta. Är slidmynningen försnävad via en hudbrygga är det viktigt att både dokumentera hur öppningen är samt om det finns flera öppningar över hudbryggan. Även annan synlig ärrvävnad samt cystor ska dokumenteras.

Denna dokumentationsmall kan användas:

- Klitoris och klitoris förhud: orörd, synlig del helt eller delvis borttagen?
- Inre blygdläppar: orörda, helt eller delvis borttagna?
- Yttre blygdläppar: orörda, helt eller delvis borttagna?
- Ihopsydd? På vilken nivå (inre eller yttre blygdläppar) samt storlek på öppningen.
- Andra fynd: t.ex. cystor, keloid, ärrbildning, rodnad.

Alla kvinnor som är könsstympade ska diagnossättas med korrekt diagnoskod/åtgärdskod.

ICD-10

- Vård av blivande moder för abnormitet i vulva och perineum i form av tidigare könsstympning **O34.7A**
- Kvinnlig könsstympning i den egna sjukhistorien **Z91.7**.
- Defibulering **LTF00**

DEFIBULERING

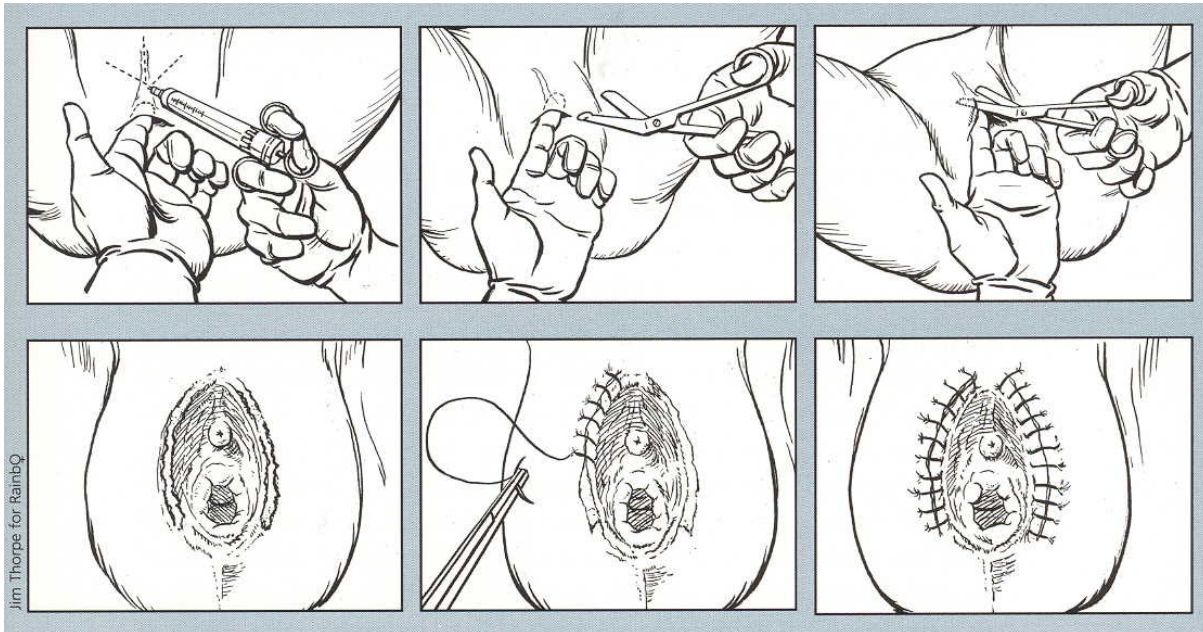
Då bristande kunskaper om anatomi är vanligt är det viktigt att vårdgivaren tar ansvar för en pedagogisk förklaring, gärna med ritade bilder eller med spegel. Informera också praktiskt om hur ingreppets olika moment går till så som suturering och narkos. En vanlig missuppfattning är att kvinnan tror att hon kommer bli ”aldeles” för vid i slidöppningen eller få ett exponerat underliv.

Lokalbedövning bör inte vara förstahandsmetoden då det både kan förstärka traumat från könsstympningstillfället samt försvårar utförandet av själva ingreppet. Är kvinnan gravid kan det utföras med hjälp av spinalbedövning, i annat fall kort sövning. Öppningsoperation ska utföras av läkare med erfarenhet av ingreppet.

Defibulering kan utföras med diatermi, kniv eller sax. Tanken är att man öppnar förbi uretramynningen så att den blir synlig men inte högre upp än så utifrån risk att komma nära och skada klitoris. Varje defibulering bör individuellt anpassas efter vad patienten vill och hur högt upp hudbryggan är fri från underliggande vävnad. Skydda underliggande vävnad genom att använda en peang eller fingrar in under ärret vid incisionen. Suturening av sårkanter på respektive blygdläpp sker med tunt resorberbart material. I samband med defibuleringsoperation är det viktigt att inte klippa för högt

upp utan spara vävnad över klitoris där nervtrådar annars kan skadas.

Viktigt att våga sy tillräckligt annars finns risk för obehag eller skavning.



Sårläkningen tar ca 4–6 veckor och kvinnan bör informeras om att undvika penetrerande samlag under den tiden. Det finns fördelar med att kvinnan får ett uppföljande samtal till en barnmorska för att kunna ställa frågor och diskutera hur den förändrade anatomin påverkat hennes hälsa och livskvalitet.

UNGDOMSMOTTAGNING

På ungdomsmottagningen bör alla flickor/kvinnor som kommer från länder där könsstympning förekommer få frågan om de utsatts för könsstympning. Ha i åtanke att det är viktigt att inte begränsa sig till att bara fråga kvinnor från de vanligaste riskländerna då det finns mindre folkgrupper inom många länder som praktiserar seden. Många gånger kan kunskapen om den egna anatomin vara begränsad och vårdgivaren kan behöva ta hjälp av bildstöd för att visa exempel på hur de kvinnliga genitalierna ser ut och hur de kan se

ut om man blivit könsstympad. Om flickan/kvinnan inte vet hur hon själv ser ut kan hon erbjudas en gynekologisk undersökning för att försöka fastställa om hon blivit utsatt för könsstympning.

Då könsstympning är en del av det hedersrelaterade våldet och förtrycket bör frågor och information om könsstympning följas upp med frågor kring flickan/kvinnans situation för övrigt. Kan hon vara utsatt för andra former av hedersförtryck eller våld? Frågor som kan vara relevanta att ställa då är t.ex. finns det något som du vill göra men inte får för din partner/familj/släkt? Finns det något du inte vill göra men blir tvingad till av din partner/familj/släkt? Det är viktigt att ha i åtanke att en flicka som inte är könsstympad men kommer från ett land/kultur där detta är vanligt förekommande kan i större utsträckning vara utsatt för andra former av hedersrelaterat förtryck i syfte att försöka kontrollera hennes sexualitet.

Erbjud kuratorskontakt om flickan/kvinnan bekräftar att hon är könsstympad eller lever under andra former av hedersrelaterat våld eller förtryck. Psykiska besvär som ångest och depression förekommer som konsekvenser av den upplevelse flickan/kvinnan varit med om. Det är vanligt att unga flickor/kvinnor som varit utsatta för könsstympning får en negativ självbild och ett försämrat sexuellt självförtroende när de växer upp i Sverige där könsstympning inte är en norm. Detta är något som de kan behöva hjälp att samtala kring.

Om flickan/kvinnan har fysiska besvär relaterade till könsstympning sätts hon upp för en läkarbedömning för att utreda om det finns behov av åtgärd som t.ex. en defibuleringsoperation. En defibulering innan giftermål är ofta inte accepterat inom kulturer där könsstympning är norm. Var därför medveten om att t.ex. kallelse till besök/operation inte bör skickas hem till patienten om hon saknar stöd hos familjen för den åtgärd hon planerar. Ha gärna ett uppföljande samtal efter en eventuell öppningsoperation där

flickan/kvinnan får möjlighet att prata om de förändringar som hon kan uppleva.

Alla som arbetar inom sjukvården har en skyldighet att göra en anmälan till socialtjänsten vid misstanke om att en flicka under 18 år riskerar att utsättas för könsstympning eller om vårdgivaren upptäcker att en flicka som är bosatt i Sverige könsstympats i eller utanför Sveriges gränser.

MÖDRAHÄLSOVÅRD

Tidigt samtal/inskrivning

Ämnet kvinnlig könsstympning bör tas upp med alla kvinnor som skrivs in på Bm-mottagningen och som har sitt ursprung i ett land där könsstympning praktiseras. Använd tolk vid behov, alltid kvinnlig telefontolk. Använd inte familjemedlemmar som tolk. Frågan om könsstympning bör tas upp så fort som möjligt under mödravårdstiden. Det kan tas upp t.ex. i samband med frågan om våldsutsatthet. Kvinnlig könsstympning är en form av hedersrelaterat våld. Var uppmärksam på att om kvinnan är könsstympad finns också risk för att hon lever under andra former av hedersrelaterat våld och förtryck. Exempel på frågor som kan ställas går att hitta under rubriken ”I mötet”.

Alla könsstympade kvinnor bör rekommenderas en gynekologisk undersökning efter tidigt samtal/inskrivning. Om kvinnan är könsstympad bör man klargöra vilken typ av könsstympning som hon utsatts för vgs beskrivningen av de olika typerna under klassificering. Om könsstympningen kan innebära en komplikation i samband med förlossning bör kvinnan bokas in för läkarbedömning.

Alla kvinnor som utsatts för könsstympning ska erbjudas kuratorskontakt. Det är relativt vanligt att könsstympade kvinnor lider av exempelvis depression, ångest, dålig självbild och svårigheter med tillit.

Det är vanligare förekommande med urinvägsinfektion hos könsstympade kvinnor – urinodling bör tas som rutin på alla könsstympade kvinnor som skrivs in, därefter frikostigt vid symtom.

Patientinformation på olika språk

□ En broschyr med information kring kvinnlig könsstympning finns på svenska, arabiska, somaliska, tigrinja och sorani. Broschyren finns att hitta på 1177 under sökord "Kvinnlig könsstympning".

□ Ett "könsstympningspass" finns översatt till flertal språk, innehåller information om vad könsstympning är, hälsokonsekvenser och information om den svenska lagen. Finns att hitta på Länsstyrelsen Östergötlands hemsida.

Läkarbedömning under graviditet

Följdfrågor bör ställas för att klargöra funktioner kring blåstömning, urinstrålen, kontinens, menstruation, funktioner relaterat till sex och samliv samt om kvinnan upplever besvär så som smärta, stramhet eller skavning. Kvinnan kan även ha psykiska men från könsstympningen.

Vid behov av defibulation bör det utföras under andra trimestern av graviditeten mellan v.14-20. Det bör ske efter v 13 för att utesluta risk för att pat sätter operation i samband med eventuellt missfall. Det är dock aldrig försent att utföras och kan vid behov utföras senare i graviditeten.

Kvinnan ska få god information om fördelarna med en defibulering innan förlossning. En planerad öppningsoperation ger möjlighet till samtal om kvinnans egna förväntningar och frågor samt för att såret ska hinna läka innan förlossningen. Alla planerade öppningsoperationer utförs av erfaren personal, vilket inte kan garanteras vid ett akut ingrepp under pågående förlossningsarbete. Tidig öppningsoperation minskar risken för att minnen från könsstympningen ska väckas till liv under pågående förlossningsarbete. Informera om eventuella svårigheter till god fosterövervakning om kvinnan avstår öppningsoperation

Operationen ska ske i spinal eller narkos för att ge optimala förutsättningar för patienten och operatören, och för att minska risken att spä på det trauma kvinnan kan genomgått i samband med sin könsstympning.

Viktigt att informera kvinnan om de förändringar hon kommer att uppleva efter operationen så som förändrad vattenkastning, menstruering och sexliv.

Information i förebyggande syfte

Information ges till kvinnan, partner eller annan medföljande under graviditetsbesöket v. 32 för att förebygga risken att det väntade barnet blir könsstympad. Samtalet kan föras utifrån följande frågor: inställning till könsstympning, finns det olika synsätt i familjen? Finns det kännedom om svensk lagstiftning?

Informera om svensk lagstiftning kring könsstympning, medicinska och psykologiska konsekvenser och risker med ingreppet samt missuppfattningar kring könsstympning som framkommer vid samtalet. Var noga med att informera om att det finns olika typer av kvinnlig könsstympning och att alla de olika typerna kan ge negativa hälsokonsekvenser för flickan och att alla typer, även t.ex. prickning, är förbjudet.

Överlämna skriftlig information om lagen och konsekvenser.

Informationsöverföring mellan MHV och BHV

Som dotter till en mor som har sitt ursprung i ett land där kvinnlig könsstympning är tradition och där modern själv eventuellt är könsstympad räknas flickan tillhöra riskgruppen för att drabbas. En välfungerande vårdkedja är värdefull i arbetet för att förebygga att flera flickor blir könsstympade. Information om att traditionen förekommer i familjen ska föras över till BVC efter samtycke med den gravida.

Informationsöverföringen kan ske via telefon. Informationsöverföringen ska dokumenteras i MHV3. Den gravida ska alltid informeras och hennes godkännande skall eftersträvas. Om hon inte samtycker till informationsöverföring, tillåter ändå offentlighets- och sekretesslagen (2009:400;25 kap 12§) att detta sker om det sker i syfte att skydda det väntade barnet. Anmälan till socialtjänsten skall i dessa fall övervägas.

Sammanfattning i graviditetsvecka 36

Ange i sammanfattningen att kvinnan är könsstympad och om medicinska och/eller psykiska besvär förekommer, och eventuella åtgärder under graviditet exempelvis kuratorskontakt eller kirurgiska ingrepp.

Eftervårdsbesök

Erbjud och uppmana den könsstympade kvinnan att komma på ett återbesök efter partus. Informera återigen om förändringar som man kan räkna med om en defibulering utförts. Sköra och tunna slemhinnor är normalt under puerperiet och amningsperioden, och behöver inte vara ett resultat av en öppningsoperation. Skavningskänsla kan dock besvära kvinnor som har genomgått en öppningsoperation. Relevanta frågor vid eftervårdsbesöket är:

funktion kring blåstömning, urinstrålen, kontinens, sex, samliv, smärta.

Skavningskänsla och/eller stramhet?

Om behov av öppningsoperation kvarstår postpartum tas frågan om remiss upp vid eftervårdsbesöket.

FÖRLOSSNING

Endast i de fall då den könsstympade kvinnan själv väljer det alternativet, efter noggrann information om fördelar med åtgärd under graviditet, bör defibulering utföras i samband med förlossning. Det bör då utföras av en van operatör. Var god se rubriken ”defibulering”. Om kvinnans infibulation försvårar en säker handläggning av förlossningen t.ex. genom att omöjliggöra vaginal undersökning av öppningsgrad, applicering av skalpelektrod eller laktatprovtagning bör en defibulation ske redan under öppningsskedet. Vid defibulering i samband med förlossning ska adekvat anestesi alltid ges. Vid suturering av förlossningsskada till följd av patientens könsstympning eller resultat av defibulering i samband med framfödandet bör man överväga suturering på operationsavdelningen för att ha optimala sutureringsförhållanden gällande anestesi/ljus m.m.

Reinfibulation får aldrig utföras efter en förlossning, det är olagligt i Sverige. Om förlossningen avslutas med sectio bör man överväga att åtgärda eventuell infibulation i samband med operation. Detta bör även planeras för och åtgärdas i samband med planerade kejsarsnitt.

Vid utskrivning från BB ska en könsstympad kvinna som inte fått sin könsstympning åtgärdad under graviditet eller förlossning få en remiss för åtgärd postpartum.