

Bare et lite snitt

Helsepersonell flytter fra fattige til rike land

«Som helsearbeidere blir vi så dårlig betalt at jeg planlegger å reise. Jeg vil ikke reise. Jeg ønsker å arbeide i et mer moderne helsevesen. Jeg trenger en lønn til å underholde min familie. Det betyr at jeg reiser til England eller til Australia.» Dette sitatet fra en ung lege fra Zimbabwe er representativt for de mange tusen helsearbeidere som nå emigrerer til rike land. Denne innvandringen er oppmuntret av verdens rike land som trenger høyt utdannet personell.

Dette mobilitetsmønsteret er også kjennetegnet ved at det i lengre tid har vært problemer for norske bistandsorganisasjoner å rekruttere kvalifisert personell som vil arbeide i langsiktige bistandsprosjekter eller under mer akutte humanitære katastrofer.

Nylig presenterte en gruppe leger noen anbefalinger for at de fattige land skal beholde personell de har utdannet (1). Forslagene går ut på å bedre infrastrukturen innen helsesektoren i verdens fattige land, øke lønningene til helsepersonell og øke bevilgningene til utdanningsinstitusjonene. I tillegg trengs et internasjonalt regelverk som begrenser de rike lands iver etter å rekruttere utdannet personell fra de fattigste landene.

Bernt Lindtjørn

bernt.lindtjorn@cih.uib.no
Senter for internasjonal helse
Universitetet i Bergen

Litteratur

1. An action plan to prevent brain drain: Building equitable health systems in Africa. Boston: Physicians for Human Rights, 2004. <http://www.phrusa.org/campaigns/aids/pdf/brainrain.pdf> (31.8.2004).

Internasjonal migrasjon har ført til at norsk helsevesen i økende grad møter kvinner som er radikalt omskåret (infibulert). Infibulasjon kan sette dype mentale og kroppslige spor. De fleste infibulerte har kroniske plager som smerter i underlivet, problemer ved menstruasjon, vannlating og samleie. Rekonstruksjon av kjønnsåpningen kan lindre plager, noe ikke alle kvinner vet. Mange har også et ambivalent forhold til et åpnende inngrep, fordi de opplever krysspress fra forskjellige kulturer om hvordan en «riktig» kvinne skal se ut.

I Norge er alle former for omskjæring forbudt ved lov. På grunn av innvandringsmønsteret til Norge etter 1980 er norske leger i økende grad blitt konfrontert med kvinner som har gjennomgått infibulasjon som barn (1). Infibulasjon er den mest omfattende formen for kvinnelig omskjæring. Inngrep består i at ulike mengder av klitorishodet og indre kjønnslepper fjernes, innsiden av de ytre kjønnsleppene skrapes og sys sammen slik at hele kjønnsorganet dekkes av et hudsegl. Det kan bli bare en snau centimeter åpning igjen for å slippe ut urin og menstruasjonsblod. Inngrepet gjøres som regel av tradisjonelle omskjærere uten noen form for smertelindring mens mor eller andre familiemedlemmer holder barnet fast.

Inngrepet skjer også i økende grad hos lege eller ved sykehus (2). Møtet med disse pasientene er en utfordring fordi man fra norske helsearbeideres standpunkt står overfor en skikk som fremstår som meningsløs og barbarisk og som i tillegg er forbudt og straffbar. I en intervjuundersøkelse blant leger og jordmødre var et av spørsmålene om de synes de hadde tilstrekkelig kunnskaper om kvinnelig omskjæring (3). Mange leger svarte: «Vi kjenner den kvinnelige anatomi». Andre fortalte at de rygget baklengs og følte seg hjelpeløse første gang de så en infibulert vulva: «Jeg kjente jo ikke igjen anatomen». Slike uttalelser viser at møtet med den omskårne pasient er vanskeligere enn man foretrekker å tro.

De siste årene har det vokst frem en bevissthet hos helsepersonell at kvinnelig omskjæring er et medisinsk problem som krever kunnskaper om komplikasjoner og behandling (4). Likevel varierer interessen for å lære mer. Mange omskårne kvinner har fortalt at de opplever norsk helsepersonell som usikre eller fordømmende. Dette oppleves som en belastning. Infibulasjon er

et inngrep som i de fleste tilfeller setter varige spor i både kropp og sinn. Det gir en smerte de berørte bærer på hele livet, og som aldri kan leges helt (5, 6). I tillegg strever mange med gryende tanker om at inngrepet de har gjennomgått kanskje verken var bra eller uunngåelig. Derfor er det viktig at de møtes med kompetanse, trygghet og åpenhet, og at deres smerte, usikkerhet, frykt og savn blir sett og møtt.

Formålet med denne artikkelen er å beskrive hovedtreffpunkter mellom den omskårne pasient og norsk helsevesen. For å øke forståelsen for kulturelle faktorer, har vi forsøkt å se situasjonen fra de berørtes perspektiv.

Kultur

Infibulasjon er mer enn et tynt lag hud. For de berørte er det en urgammel tradisjon som deres mødre og alle andre kvinnelige slektninger har gjennomgått, en nødvendig del av det å bli en voksen, moralsk kvinne. I samfunn som praktiserer skikken er det den naturligste ting i verden – alle kvinner er jo omskåret (7, 8). Samtidig er det vondt og vanskelig og knyttet til minner om opplevd smerte, smerte kvinnen er redd skal komme igjen. Det var gjort i beste mening og betraktes ofte som en forutsetning for giftermål.

For nordmenn fremstår skikken som barbarisk, og man forventer at kvinnene skammer seg over den. Derfor tør som regel ikke helsepersonell å ta opp temaet med pasienten. Det er en ganske utbredt oppfatning blant infibulerte kvinner at norsk helsepersonell ikke vet hvordan de skal behandles. I frykt for at helsepersonell skal behandle dem dårlig, tør ikke de heller å ta opp temaet. Denne tausheten skaper unødig usikkerhet i stedet for åpenhet og dialog (9). Vi har sett eksempel på at tausheten førte til at helsepersonell gjettet på hva

kvinnen ønsket, på tvers av medisinske retningslinjer, og også det motsatte av det kvinnen faktisk ønsket. For eksempel er det en utbredt oppfatning blant helsepersonell at somaliske kvinner ønsker å bli sydd igjen etter fødsel. Nesten ingen kvinner ønsker dette, og det er heller ikke tradisjon for det i hjemlandet. I den nordlige delen av Somalia åpnes kvinnen når hun gifter seg og sys ikke igjen etter fødsel.

Ung og ugift

La oss illustrere med en historie fra virkeligheten ved et stort norsk sykehus våren 2002. Sykehuset har en stor andel pasienter berørt av denne problematikken. Kvinnen i vår historie, la oss kalle henne Amina, ble infibulert som barn. Amina er velutdannet innen helsefag, har bodd mange år i Norge og snakker utmerket norsk. Hun hadde likevel nølt i mange år med å gjennomføre en åpnende operasjon for å slippe mange av de plager den lille åpningen gav henne ved menstruasjon, når hun skulle tisse, og ved ikke å kunne gjennomføre et samleie. Hun var oppdratt til at en kvinnes moral og anstendighet, hennes verdighet som kvinne, var tett knyttet til en lukket kropp. Før hun kom til Norge hadde hun vært stolt av sin minimale kjønnsåpning. Med så liten åpning måtte hun være den beste av alle. I Norge fikk hun erfare at andre hadde et annet syn på hennes kropp og på den lidelse og smerte hun måtte bære for å være riktig. Til slutt tok hun mot til seg, hun ville åpnes.

Ved sykehuset ble dette sett på som et lite inngrep – bare et lite snitt, som kunne gjøres som dagkirurgi. Amina la seg på operasjonsbordet og seg inn i narkosen. Da hun våknet, bad hun om å få snakke med legen som hadde operert henne. «Det er ikke nødvendig,» var svaret. Det fikk holde at hun snakket med en sykepleier. Men Amina stod på sitt, og fikk til slutt snakket med legen. Hun bad om resept på smertestillende midler. «Det er ikke nødvendig,» mente legen, det var bare et lite inngrep. Amina insisterte, hun husket så altfor godt de ekstreme smertene som var forbundet med omskjæringen, både under operasjonen og i dagene og ukene etterpå. Hun orket ikke tanken på å gjennomleve noe slikt igjen. Nei, paracet fikk holde, mente legen. Amina gav seg ikke. «Han forstod ikke,» fortalte Amina, «at smerten ikke bare er mellom beina, den sitter i hodet også. Han forstod ikke hvor ekstremt smertefull omskjæringen var, hvilke spor det setter i kroppen og i hodet». Legen konkluderte annerledes; afrikanske kvinner opplever kanskje smerte annerledes enn norske. Dette var jo bare et lite snitt.

Amina ville vite mer. Hun spurte legen om å fortelle hvordan det så ut etter operasjonen. Hun hadde lært at mange infibulerte jenter har mer eller mindre intakt klitoris og kjønnslepper under det infibulerende

hudseglet. Personer som har lang erfaring med åpnende operasjoner, kan fortelle at ca. halvparten av infibulerte kvinner har tilnærmet intakt anatomi under infibulasjonseglet (jordmor Comfort Momoh, St. Thomas Hospital, London, personlig meddelelse). Legen svarte at hennes omskjæring hadde vært radikal. Hun bad han forklare hva han mente med radikal. «Det er ingenting igjen,» sa han, «verken klitoris eller kjønnslepper». Amina brast i gråt, mens legen gikk videre. Hun gråt i flere timer og innså at hun hele tiden hadde hatt et håp om at det i det minste skulle være litt igjen av organer hun etter hvert hadde kommet til å se på som vitale. Skulle hun aldri få noen glede av sexlivet? Ville en fremtidig kjæreste bli misfornøyd med henne og se henne som en ufullstendig kvinne siden hun følte mindre? Hun fikk trøst av noen sykepleiere, men dagkirurgien stengte snart og hun måtte reise hjem.

For kvinner som er infibulert, er et åpnende inngrep ikke bare et lite snitt, men en stor og vanskelig avgjørelse som skaper mange tanker og følelser. Før operasjonen ønsker de å hilse på legen som skal operere dem og få informasjon om selve inngrepet. Selv de som trodde de var godt mentalt forberedt, kan få sterke reaksjoner etter inngrepet. De ønsker informasjon om hva som er gjort og hvordan det ser ut. De ønsker også informasjon om hvordan såret skal behandles for å hindre smerter og infeksjoner. Mange trenger en bekreftelse på at de har valgt rett og at dette er bra for hennes helse.

Gynekologiske komplikasjoner

Nær 90 % av infibulerte kvinner utvikler kroniske fysiske plager (10). De vanligste er menstruasjonsmerter og smerter i det berørte området. Gynekologisk undersøkelse bør gjennomføres med varsomhet og kun på medisinsk indikasjon. Inklusjons-cyster pga. ødelagte kjertelutførsels ganger og arrdanning ses også. Cystene er som regel små og trenger ingen spesiell behandling. De kan bli infisert eller vokse til sjenerende tennisball- eller grapefruktstore svulster som bør korrigeres kirurgisk. Ansamling av gammelt menstruasjonsblod i skjeden, langvarig, vanskelig vannlating med residiverende urinveisinfeksjoner forekommer også og skal behandles med et åpnende inngrep. Det er viktig at slike tilstander blir diagnostisert i tide for å forhindre varige skader på indre organer.

Fastlegene spiller en nøkkelrolle i denne sammenhengen. For å gjøre det lettere for primærhelsetjenesten å henvise pasienter og få veiledning og svar på spørsmål er det utpekt en ressursperson på kvinneklinikkene ved regionsykehusene. Siktemålet er å bygge kompetanse og spre kunnskaper, slik at helsepersonell er utrustet til å gi omskærte kvinner god behandling



Omsorg og kunnskap mot kvinnelig omskjæring. For mer informasjon se www.okprosjekt.no. Foto Alexander Hagstadius

(11, 12). Det er åpnet for en liberal henvisningspraksis og vi oppfordrer alle som møter kvinner med omskjæringsrelaterte plager, å henvise pasientene til ressurspersonene på kvinneklinikkene. På kvinneklinikken, Ullevål universitetssykehus er det også opprettet en direktetelefon hvor de berørte kan henvende seg.

Gravid i Norge

Somalierne er den største innvandrergruppen som praktiserer kvinnelig omskjæring. Rundt 80 % av somalierne er infibulert. Det fødes ca. 300 barn av somaliske kvinner årlig, halvparten i Oslo. Intervjuer med helsepersonell viste at legenes bekymring primært var rettet mot disse kvinnes motstand mot keisersnitt (13). Det var mange antatte forklaringer på dette inkludert deres kultur, religionen og en idé om at kvinner skal lide og føde naturlig. Den mest nærliggende, redsel for et inngrep som i deres hjemland ofte er ensbetydende med døden, ble ikke nevnt.

Forekomsten av hastekeisersnitt hos somalierne i Norge (15,4 %) er tredoblet sammenliknet med etnisk norske kvinner (14). Mange leger reagerte med forbauselse over dette funnet. Blant de somaliske kvinnene kom ikke informasjonen om de mange keisersnittene som noen overraskelse, det var jo nettopp dette de erfarte som et problem. De var usikre på om helsepersonell ved norske sykehus var kompetente til å følge dem opp under fødsel og om de visste hvordan de skulle håndtere en omskåret kvinne. Vi har snakket med helsepersonell som har latt være å klippe opp infibulasjonen i den tro at det er kvinnens ønske – mens kvinnen derimot ønsket å bli åpnet. Men ingen spurte henne, i hvert fall ikke slik at hun forstod (13). Andre klippet både to og tre episiotomier for å slippe å klippe opp infibulasjonen. Vi har snakket med helsepersonell som har sydd kvinner igjen etter fødselen i den tro at det var kvinnens ønske, men uten at de hadde diskutert med kvinnen på forhånd (15). Sett fra et

medisinsk synspunkt skal infibulasjonen åpnes i forbindelse med en fødsel og det er forbudt ved lov å sy igjen etterpå.

Leyla skulle føde ved et mindre sykehus sist vinter. Under fødselen hadde hun med seg en venninne som var utdannet innen helsefag. Hun spurte jordmor om hun visste hvordan hun skulle behandle en infibulert kvinne. «Det er ikke noe problem,» var svaret. Fødselen trakk ut og endte til slutt med keisersnitt. Jordmor forklarte at arrvevet var for stramt til at barnet kunne komme ut. Et sånt lite hudsegl kan vel ikke hindre en fødsel, mener andre. Men er det bare et tynt lag hud? Eller er det også et symbolsk budskap for kvinnen, et minne om de ekstreme smertene hun opplevde og frykter å oppleve igjen. For helsepersonell kan det oppfattes som et kjernesymbol på kvinneundertrykkelse, et hudsegl som gir dem enda et problem å hankses med i en dramatisk fødselssituasjon.

Vi mener at en på forhånd godt planlagt fødsel vil bedre situasjonen både for helsepersonell og kvinnene selv. En slik plan for fødselen bør utarbeides i samråd med den enkelte kvinne og personalet ved sykehuset hvor hun skal føde. Planen bør inneholde en beskrivelse av når og hvordan hun skal åpnes og hvilken form for smertelindring hun ønsker (13). Det beste er at infibulerte kvinner åpnes før graviditet inntreffer.

Små grep – stor forbedring

Vi har vært til stede som forskere ved fødsler der kvinnene var infibulert og intervjuet både helsepersonell og somaliske kvinner som har møtt disse. Det er et stort potensial for forbedring. Noen forslag: snakk med kvinnen, ikke vær redd for å stille spørsmål og vis omsorg og støtte. Vis at du har kunnskap og ikke bagatelliser. Selv om det er et lite snitt for en lege, er det et stort inngrep for den berørte kvinnen.

God behandling er sentralt for å hjelpe de berørte til å forstå hva som har skjedd med dem. Ved å bygge relasjoner basert på tillit og respekt kan helsearbeidere spille en nøkkelrolle i bevisstgjøringen av den omskårede kvinne slik at hun kan overkomme sin smerte og stå opp og beskytte sine døtre mot omskjæring.

R. Elise B. Johansen

OK-prosjektet Oslo

Asha Barre

Sentralsykehuset i Akershus

Johanne Sundby

Internasjonal helse, Institutt for allmenn- og samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Oslo

Siri Vangen

siri.vangen@fhi.no
Nasjonalt folkehelseinstitutt
Postboks 4404 Nydalen
0403 Oslo

Litteratur

- Vangen S. Perinatal health among immigrants. Doktoravhandling. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2002.
- Sundby J. Female genital mutilation. *Lancet* 2003; 362; 26–7.
- Johansen REB. Kvinnelig omskjæring – taushet og smerte i møtet mellom pasienter og helsepersonell – kommunikasjon, innlevelse og behandling. Etnisitet og helse. Symposium IV. Oslo: Lovisenberg Diakonale Sykehus, 2002.
- Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000.
- Johansen REB. Omskjæring – kultur og kommunikasjon. *Familia, nyhetsmagasin for Barne- og familiedepartementet* 2000; 5: 22–3.
- Barre A. Den smertefulle prosessen. Sykepleierens pedagogiske muligheter til å lindre smerte og infeksjoner hos omskårede kvinner uten å krenke kvinnens selvbylde. Avsluttende eksamen i sykepleie. Oslo: Oslo sykepleiehøgskole, 1998.
- Johansen REB. Pain as a counterpoint to culture. Towards an analysis of pain associated with infibulation among Somali immigrants in Norway. *Med Anthropol Q* 2002; 16: 312–40.
- Johansen REB. Makonde MD. Performing identity. I: Gunderson & Barz, red. *Mashindano! Competitive music performance in East Africa*. Dar-es-Salaam: Mkukina Nyota Publishers, 2000.
- Widmark C, Tishelman C, Ahlberg BM. A study of Swedish midwives' encounters with infibulated African women in Sweden. *Midwifery* 2002; 18: 113–25.
- Momoh C, Ladhani S, Locrie DP et al. Female genital mutilation: analysis of the first twelve months of a southeast London Specialist Clinic. *BJOG* 2001; 108; 186–91.
- Regjeringens handlingsplan mot kjønnslemlestelse. Oslo: Barne- og familiedepartementet, 2000.
- Toubia N. *Caring for women with circumcision*. New York: Rainbo, 1999.
- Vangen S, Johansen REB, Sundby J et al. Qualitative study of perinatal care experiences among Somali women and local health care professionals in Norway. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004; 112: 29–35.
- Vangen S, Stoltenberg C, Johansen REB et al. Perinatal complications among ethnic Somalis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; 8: 317–22.
- Johansen REB. Jordmødre og omskårede kvinner: Myter og usikkerhet. *Tidsskr Jordmødre* 2002; 24: 4–6.