

BERIT AUSTVEG

Kjønnslemlestelse og behandling

— JORDMOR SARA FORTELLER —

© NAKMI, Nasjonalt kompetansesenter
for migrasjons- og minoritetshelse 2017
Tittel: Kjønnslæstelse og behandling. Jordmor Sara forteller.
Forfatter: Berit Austveg
Foto: Rolf Øhman / NTB scanpix
Grafisk design: Kristine Steen, 07 Media
Trykk: 07 Media 2017
ISBN: 978-82-92564-33-2

www.nakmi.no

Fortellingen

Dette er fortellinger om et behandlingstilbud for kvinner som levde med omskjæring.

Fortellingene er fra Ullevål sykehus, hvor et behandlingstilbud for disse kvinnene ble etablert i 2004. Tilbudet kom i stand i et nært samarbeid mellom den eritreiske jordmoren Sara Kahsay og den norske gynekologen Sverre Sand.

Fortellerstemmen tilhører Sara Kahsay. Hun forteller om sine erfaringer og reflekterer over dem. Dette er altså ikke forskning, men fortellinger og observasjoner fra det som var et pionerarbeid. Forhåpentligvis kan de være til hjelp i andres arbeid.

Sara Kahsay er født 1959 i Asmara, Eritrea. Som 17-åring kom hun til Norge, hvor hun etter endt utdannelse ved Stavanger høyskole skapte seg en karriere som sykepleier. Noen år senere, i 1995, fullførte hun sin utdannelse ved Akershus høyskole som jordmor.

Forfatteren

Berit Austveg er lege, og har jobbet med innvandrerhelse og internasjonale helse spørsmål, inklusive kvinnelig kjønnslemlestelse.

Innholdsfortegnelse



Innledning	7
Sara forteller om erfaringer fra behandlingstilbudet	11
Forfatterens kommentarer	39
Referanser	47



Innledning

Kjønnslemlestelse, som også kalles kvinnelig omskjæring,¹ skjer særlig i et belte som strekker seg tvers over det afrikanske kontinentet. I Norge bor det anslagsvis 17 300 jenter og kvinner som er omskåret (Ziyada et al., 2016). De fleste av disse er fra Somalia, og de fleste lever med type III omskjæring, såkalt infibulering. Det spesielle ved type III-omskjæring er at kjønnsleppene sys sammen, slik at det dannes et seil som dekker skjedeåpningen nesten helt. Det er den vanligste formen for omskjæring i Somalia.

I hele verden sett under ett er det betydelig flere av dem som er omskåret som har type I og type II (WHO, 2017), som er et mindre omfattende enn type III. Type III er altså vanligst i Norge, og det er denne omskjæringstypen som gir størst plager på lang sikt.

1 I denne boka har vi valgt å stort sett bruke uttrykket omskjæring. Grunnen er at dette bestemte uttrykket har vist seg å fungere godt i kontakt med de berørte kvinnene.

Norge har satset sterkt på forebygging av kjønnslemlestelse. Utfra hva vi nå har kunnskap om, har det omfattende arbeidet med å skape motforestillinger mot tradisjonen båret frukter.

Forsker Abdi Gele viste i sin doktoravhandling at somaliere i Norge har endret sine holdninger til kvinnelig omskjæring. Blant personer som hadde bodd kort tid i Norge var det forholdsvis stor støtte, men denne støtten avtok raskt (Gele, 2013). Dette, sammenholdt med at det knapt kjennes til at det har foregått omskjæring av jenter bosatt i Norge, gjør at vi må anta at det forebyggende holdningsarbeid som skjot fart etter år 2000, har hatt god effekt.

Et mer langsiktig arbeid er å bygge opp et godt helsetjenestetilbud til jenter og kvinner som lever med omskjæring, slik at det oppleves som relevant og støttende, og at de som ønsker det kan få hjelp for plagene sine. Det eksisterer et tilbud til disse kvinnene i alle helseregionene (Helsedirektoratet, udatert).

Jordmor Sara Kahsay er fra Eritrea, og kom til Norge som 17-åring. Hun har vært aktiv i frivillig helsearbeid i en årrekke, i tillegg til sin sykehusjobb. Hun kom med i OK-prosjektet («Omsorg og kunnskap») som ble startet som regjeringens landsomfattende prosjekt mot kvinnelig kjønnslemlestelse i 2001, og varte frem til 2004. Det var stor, allmenn oppmerksomhet rundt OK-prosjektet.

I sitt arbeid som jordmor opplevde Sara Kahsay at noen kvinner kom til sykehuset for å føde eller for å få utført abort uten at de hadde blitt tilbudt en åpnende operasjon på forhånd, såkalt deinfibulering. Dette er et mindre inngrep hvor de sammen-vokste delene av kjønnsleppene skilles. Hun hadde også kontakter i afrikanske miljøer, og hørte om plagene mange av kvinnene hadde.

På møter og seminarer knyttet til OK-prosjektet, møttes Sara Kahsay og Sverre Sand. Han er gynekolog, og også interessert i temaet. Etter at OK-prosjektet var avsluttet, opplevde de begge at noe burde gjøres. Dette førte til et samarbeid, og samarbeidet førte til opprettelsen av et behandlingstilbud på Kvinneklubben ved Ullevål sykehus. Der skulle jenter og kvinner som hadde plager få hjelp, og de skulle helst få hjelp før de ble gravide. Også kvinner som ikke hadde plager men som ønsket et åpnende inngrep skulle tilbys det, slik at de kunne få mest mulig naturlige forhold i underlivet.

Sara og Sverre reklamerte ikke på andre måter enn gjennom jungeltelegrafene. Flere organisasjoner hadde allerede vært involvert i informasjonsarbeid, og de og andre informerte om tilbudet. Det ble også gitt muntlig informasjon til leger, sykepleiere, helse-søstre og jordmødre som kom til seminarene og på forelesninger.



Sara forteller om erfaringer fra behandlingstilbudet

Selv om Sara og Sverre var forberedt på mye, kan hun fortelle om mange overraskelser underveis. Opplegget måtte være fleksibelt. Ikke to tilfeller var like. Samtidig som det skulle det lages rutiner, måtte jordmoren og legen være åpne for justeringer underveis.

Lav terskel – hva er det?

For å møte behovene var det viktig at det skulle være lav terskel. Første bud var at kvinnene kunne komme uten henvisning. Dette ble ansett som viktig av diskresjonshensyn. Hvis det trengtes henvisning fra fastlege, var det kanskje hele familiens lege. Frykt for informasjonslekkasje gjorde at kvinnene kanskje ikke turte komme. Noen ganger var det nettopp fastlegene som informerte kvinnene om tilbudet og henviste dem. Men Sara og Sverre opplevde at henvisning kunne skje uten at legene snakket ordentlig med pasientene sine på forhånd, og uten å bringe på det rene hva kvinnene selv ønsket.

Til å begynne med ble vanlig rutine for poliklinikk fulgt. Det ble sendt brev hjem til dem som henvendte seg for å få time

Men så kom den første overraskelsen. Veldig mange av de som hadde fått time, møtte ikke. Det kunne være 10-12 pasienter på lista, men mindre enn halvparten møtte opp. De som uteble, ga ikke beskjed. Det hendte at de ringte i ettertid, og de hadde mange slags unnskyldninger. «Jeg fikk menstruasjon». «Jeg fikk hodepine». «Jeg hadde vondt i magen». «Jeg var litt forkjølet». Hva var problemet? Forsto de ikke systemet, visste de ikke at de skulle avbestille timen når de så at de likevel ikke kunne komme? Eller var det noe galt i måten de ble invitert på? Selv om det var ment som et lavterskeltilbud, kunne det tenkes at terskelen var høy sett fra deres side. Var det engstelse for hva som skulle skje som gjorde at de kom med nesten desperate unnskyldninger for ikke å møte til avtalene? Sverre og Sara hadde vært på studiereise til en klinikk i London, og der var det tilsvarende erfaringer. Mange bestilte time, men kom ikke likevel.

Så ble rutinen endret. Alle kvinnene hadde mobiltelefon, og de fikk først tilsendt beskjed om time på telefonen. Deretter ble de oppringt like før de hadde time. Da kunne de bli spurt følgende: «Du har fått time hos oss, og jeg lurer på om du har noen spørsmål». Eller: «Kom, så snakker vi sammen for å finne en løsning på problemene dine». Noen ønsket å komme på et mer nøytralt kontor enn på poli-

klinikken i første omgang. Særlig for ugifte kunne det være vanskelig å gå til en kvinneklinikk, et sted hvor det skjer fødsler og aborter. Det var steder de var vant til var forbeholdt gifte kvinner. Det kunne også hende at de fryktet at de kunne bli overrumplet og behandlet før de var rede til det. Alle ble spurt om det var noen de ville ha med seg. Når henvendelsene så ble fulgte opp med sms i dagene før de hadde time, var de veldig aktive med å svare.

Dette hjalp, og ble faktisk et vendepunkt i arbeidet. Å tilby bare samtale, uten at kvinnene følte seg fanget i et nett de ikke forsto, skapte en helt annen situasjon. Forhåpentlig opplevde de at de ble møtt med et åpent hjerte, og at de kunne dele problemene sine med noen. De begynte å fortelle om angsten de hadde hatt for å komme. Noen hadde til og med vært på sykehusområdet når de hadde timeavtale, men gått rundt huset eller snudd før de kom til kontoret eller til poliklinikken. Hvis de hadde fått avtale flere ganger, husket de nøyaktig hvor mange ganger de hadde fått time, men ikke klart å komme. Selv for jenter som hadde vokst opp i Norge var det en barriere for å be om hjelp; flere fortalte at de hadde utsatt det flere ganger.

Til å begynne med var det omtrent halvparten som trengte en samtale før en ordinær konsultasjon med undersøkelse. Etter hvert var det færre. Særlig de unge jentene var ivrige etter å skaffe seg informasjon på egenhånd, fra nettet eller media, og fra andre som

hadde fått behandling. Det somaliske miljøet er dessuten et veldig muntlig miljø, de informerer hverandre mye. Venninner forteller til venninner. De tok etter hvert over mye av den tidligere jobben med å fortelle hvordan behandlingen foregikk, og hva slags forandringer de kan merke i kroppen sin etterpå.

Hvilke plager kom de for?

De fleste kom fordi de skulle starte opp et seksualliv. Omskjæringen er ofte ment å være et kyskhetsbelte, og kanskje fungerer den også slik for noen. En del kvinner ville ikke bli åpnet før rett før de skal starte et seksualliv som er allment akseptert, slik at deres tilkommende kan oppleve seg sikker på at de ikke har vært sammen med andre menn.

Noen kom fordi de var gravide, og ønsket å bli åpnet før fødsel. Det var også kvinner som hadde barn, men som ville få åpnet sin vulva for lettere å bli gravide igjen.

Overraskende få kom for å få hjelp med vannlatingsproblemer. Selv om kvinner fortalte at de brukte ti-tolv minutter på å late vannet, hadde de levd med og akseptert det uten å ha sett på det som et problem. Men når temaet ble brakt opp, kunne de fortelle at det på barneskolen hadde hendt at andre banket på døra på toalettet og spurte om de glemte seg bort eller sov der inne. Når de ble satt på tanken om at de kanskje brukte ekstra lang tid på å late vannet, kunne

de bekrefte at det nok var slik. Noen fortalte at de av og til trykket inn magen for å bli tømt. Mange hadde gått med truseinnlegg eller blitt våte i trusa fordi noe urin holdes igjen av hudseilet som dekker skjedeåpningen, og så lekker det innimellom.

Det var også overraskende få som kom på grunn av menstruasjonsproblemer, som er en kjent komplikasjon ved infibulering. De som kom med den plagen, var stort sett de som hadde vokst opp i Norge. Det kunne dreie seg om menstruasjonssmerter, eller tilleggsproblemer med at blodet ikke renner fritt. Noen av dem hadde moderate plager mens andre hadde svære problemer.

At mange ikke hadde satt plagene sine i forbindelse med omskjæringen, vistes på reaksjonene etter vellykket behandling. Noen snakket om bedret livskvalitet. «Dette skulle jeg visst før», kunne de si, «nå kan jeg tisse veldig lett, menstruasjonen er ikke et problem lenger, ikke når jeg er sammen med mannen min heller».

Dette arbeidet skjedde på en gynekologisk poliklinikk, og underlivsproblemene sto i fokus for undersøkelsen og behandlingen. Men det er viktig å huske på at omskjæring er et anslag mot hele personligheten. En kvinne fortalte at hun følte at hun hadde en piggråd rundt hele kroppen. Det er et veldig sterkt bilde på hvordan kvinner som er omskåret kan oppfatte seg.

Det er et stort behov for forståelig informasjon

Også mange norske kvinner har liten kunnskap om hvordan deres ytre kjønnsorganer ser ut og om variasjonene i naturlig anatomi, og de kan trenge informasjon. Kvinner som lever med omskjæring kan ha et enda større behov for informasjon. Mens noen har nytte av tegninger, var det andre som oppfattet dem som stiliserte, unaturlige og uforståelige. Noen sa til og med at det er stygge tegninger som europeere lager av afrikanere. Bruk av fotografier kan derfor fungere bedre. Det kan være fotografier som i en anatomibok med bilde av vulva der kjønnsleppene er trukket til side, slik at urinrørsåpning, skjedeåpning og klitorisområdet kan ses tydelig. Noen blir overrasket, og sier: «Er det sånn vi ser ut?» «Er det sånn vi skal være?».

Mange var opptatt av om skjedekransen («jomfruhinnen») kunne ødelegges ved inngrepet. De ble forsikret om at den ikke skulle røres, og at den sitter mye lengre inn enn der operasjonen skulle foretas. I den situasjonen kvinnene var, var de allerede såpass anspente at det ikke var grunn til å gå inn i en diskusjon om «jomfruhinner», som kan være nokså krevende.

Smerter, smerter og atter smerter

Når kvinnene ble spurt om hva de var aller mest redd for i forbindelse med behandlingen, sa de aller fleste at det var smerter. Smerter var også det som helt dominerte i hva de husket fra da de ble omskåret. Det de ellers husket fra omskjæringen varierte sterkt. Men alle husket smertene.

Smertene ved omskjæringen har de fleste opplevd som uhyrlige. De ble omskåret uten bedøvelse, de opplevde å bli lurt inn i det, og de ble holdt med makt. Det var mye smerter også i tiden like etterpå, mens såret ble helet, og når de fikk komplikasjoner som vannlatingsproblemer eller infeksjoner. En ikke ubetydelig andel hadde blitt omskåret flere ganger. Slike gjentatte smerteopplevelser setter sine spor i kroppen. Bare tanken på at det skal gjøres noe med underlivet, er nok til å utløse panikk.

Det ble lagt stor vekt på at hjelpen skulle oppleves som god, og ikke være skremmende på noen måte. Det viste seg at de trengte veldig detaljert informasjon. Det ble brukt mye tid på å forklare at de vil få god hjelp for smertene. De ville kjenne et stikk når bedøvelse settes, men derfra ville de ikke ha det vondt. Smertestillende og betennelsesdempende medikasjon i etterkant av inngrepet er det også viktig å informere om. Det var helt sentralt at de fikk nøyre informasjon om dette i forberedelsen, for å redusere frykt for smerter.

Om blødning

Selv om den blødningen som kommer fra de sydde sårkantene etter behandlingen er sparsom, var det noen som kunne oppleve blødningen som skremmende stor. Det var derfor viktig å informere på forhånd at en ordinær blødning ikke var noe å bekymre seg for.

Redde for immobilitet, og for å bli syke igjen

Det er som om selve omskjæringen og den behandlingen de tilbys for plagene sine flyter sammen for kvinnene. Som barn lå mange av dem i sengen etter omskjæringen med bena bundet sammen. De fikk ikke lov til å reise seg opp før såret var grodd og kjønnsleppene var grodd sammen. Noen trodde at de skulle ligge på klinikken lenge etter behandlingen, at de skal bli syke og hjelpeløse på nytt. Helt konkret informasjon om hva som skal skje, og å lytte til de spørsmålene de har, er derfor helt nødvendig for at de skal kunne ta imot behandlingstilbudet.

Noen av de som kom hadde med en kjæreste, forlovede, ektemann, mor eller venninne. Disse ble med på samtaler, og kunne hjelpe til å avklare viktige spørsmål: Hvorfor ønsket hun å bli åpnet? Hva ønsket hun? Hva var hun redd for? De pårørende kunne være en god støtte for kvinnene.

«Kjønnsorganet ditt må puste»

– om livskvalitet

Kvinnene ble forklart at problemene deres skyldtes at skjedeinngangen var lukket. Sara hadde et håp om at forklaringen skulle hjelpe dem se på den naturlige anatomen på en positiv måte. Behandlingen, med åpning av den lukkede skjedeåpningen, skal ikke bare fjerne problemer, den skal også være noe godt, noe positivt i seg selv. Det viste seg at formuleringen om at «kjønnsorganet skal puste» faktisk var en formulering som ble forstått og satt pris på. Det er jo mange kvinner som har oppfatningen av at skjeden er et område som ikke er helt integrert i kroppen så og si, et tabuområde som de egentlig kjenner dårlig til. Men pust vet de hva er, og det ser ut til at de tar poenget. Kanskje hjelper det dem til å ta sin skjede i besittelse, og se at den er en viktig del av kroppen.

«Det blir ikke et stort hull»

Men bildene av kjønnsorganer er jo ikke helt lett å forstå, så det er veldig viktig å forklare dette for kvinnene. Skjedeåpningen er en elastisk spalte, men på bilder ser skjeden nesten ut som et åpent rom. Kvinnene blir fortalt at det er bilder av en kvinne som ligger på en benk, og med kjønnsleppene trukket fra hverandre. Hos de som er omskåret, er kanskje kjønnsleppene skadet, så det ser ikke likt ut. «Når du står og går er åpningen lukket, og det vil det også være etter behandlingen», ble de fortalt.

Mange kvinner som er sammensydd, har helt urealistiske oppfatninger av hvordan de vil bli etter åpning. De er redde for at det vil bli et stort, åpent hull, og at de vil miste kontroll over vannlating og avføring. Dette må avmystifiseres. Derfor blir de forklart at etter åpningen vil urinrørsåpningen være fri, og skjedeåpningen ikke dekket, slik at de plagene de har vil bli mindre eller de vil forsvinne helt.

Fordi mange har oppfatningen av dette store hullet, vil de forhandle, og spør de om det går an å åpne bare litt. Her må det ofte en nøye forklaring til om hvorfor det som gjøres er medisinsk nødvendig for at de skal få et best mulig liv, og at alt som er blitt lukket må åpnes. På den måten kan en vri samtalen fra myter og tabuer til fakta, for å sikre at de får det best mulige resultatet av behandlingen.

Forberedelser til operasjonen

Mens de ligger i GU-stolen oppfordres de til å se på sitt eget underliv i et speil. Da trengs det godt lys. Noen få har allerede sett på seg selv med speil, men for mange er det veldig fremmed. Islam setter også noen forbud mot å berøre egne kjønnsorganer, samtidig som det er religiøst påbudt med stell og renhold. Når de tilbys å se sitt underliv, er det få som sier «ja, takk» med en gang, men andre må få en detaljert forklaring før de vil det. Noen ser nøye, andre kaster bare et blick, and andre igjen snur seg vekk og ser ikke i speilet i det hele tatt. Noen får en

aha-opplevelse. De kan ha et vanskelig forhold til denne delen av kroppen sin, fordi de har hatt så vonde opplevelser. Og så har de lært i sin oppdragselse at kroppsdelen tilhører mannen på en måte, den skal tas vare på for ham.

Fordi de automatisk kobler til situasjonen da de ble omskåret, blir mange overrasket over å bli fortalt at de i dagene etterpå skal leve normalt, og gjøre noe de synes er hyggelig. De godt kan slappe litt av, ligge på sofaen og ta det litt med ro. Men de kan også godt lage mat, rydde, lese, kose seg, gå på tur.

De første tre dagene kan sårflatene være litt ømme og hovne, men kvinnen ble fortalt at det går over etterhvert. Fordi smerte er et så sentralt anliggende og minner om vonde opplevelser, får kvinnene informasjon om å ta smertestillende tabletter før de får smerter de første tre dagene. De blir også fortalt at de kan bli litt slappe og trøtte av medisinerne, og da kan de hvile seg en time eller to, men ikke legge seg til i senga. I det hele tatt ble det lagt vekt på å ikke sykeliggjøre pasientene, og at dette er noe helt annet enn da de ble omskåret og fikk bena bundet sammen i to-tre uker for at sårflatene skulle gro sammen. De blir fortalt at mange som har fått behandling har blitt overrasket over hvor fort de er i funksjon igjen.

Når de kommer til operasjonen

En kvinne som kom til samtale før behandlingen, fortalte hun at hun ikke hadde sovnet hele natten, så redd var hun. Usikkerhet kunne vise seg når kvinnen og kanskje hennes ledsager ble ropt inn, og jordmor hilste på dem, og de hilste på legen. I omkleddningsrommet kunne kvinnene bli forskrekket over at de måtte ta av seg trusa også. De fikk et tøyestykke til å ha om livet for ikke å føle seg nakne.

En eventuell ledsager ble først igjen utenfor behandlingsrommet. Det var en erfaring at når kvinnen kommer inn dit, reagerer hun ofte sterkt på å se instrumentene som ligger der. Det kan være en ide å skjule dem for henne, altså ikke pakke dem ut før hun har lagt seg i den gynekologiske stolen. Sprøytene som brukes kan virke monstrøse. Å legge bena i benholdere kan være vanskelig, det er en situasjon som minner om den låste, hjelpeløse stillingen hun var i da hun ble holdt fast ved omskjæringen. Mange begynner spontant å fortelle om den dagen de ble omskåret, og det kan være nyttig å bruke litt tid på det. Mange gråter, noen skriker høyt, kaldsvetter, skjelver, noen vrir seg, løfter på baken, noen puster tungt og viser på alle måter at de er engstelige.

Under inngrepet står det alltid en ved siden av dem. Det kan være jordmor, eller hvis hun ønsker det, er ledsageren der. De får en hånd å holde i, og så liker mange å ha en klut de kan bite i. Det har vist seg å

roe dem. De får forklaring underveis på hva som skjer, og at bare det som er avtalt blir gjort med dem.

Selv om inngrepet i seg selv er ganske enkelt, er det altså dramatisk for kvinnen. Og selv om det brukes mye tid på å forberede inngrepet, får så og si alle sterke reaksjoner. Det er nesten ingen som blir åpnet uten å gråte. Det gjelder også de som har prøvd å akseptere de skadene de har fått. Men i situasjonen der de kommer for å få behandling, er det som om hele fortiden kommer veltende over dem, og de settes tilbake til de opplevelsene de hadde som barn da de ble omskåret. De kirurgiske instrumentene blir i deres hoder forvandlet til dem de ble skåret med den gangen, og gynekologen og andre blir forvandlet til de kvinnene som var rundt dem. Det er en forklaring en får om igjen og om igjen. «Dere likner plutselig på de kvinnene», kunne de si, «jeg vet at det ikke er slik, men inni hodet mitt er det slik det er».

Særlig de som har kommet mens de er godt voksne, og som har lav utdanning og nokså tradisjonell bakgrunn, ønsker ofte å forhandle om hvor mye som skal åpnes, til tross for at dette har vært tatt opp tidligere. De kan på nytt be om at det bare åpnes litt, uten at dette er noe behandlere bør gå inn på.

Det vanskeligste trinnet i behandlingen er å få satt bedøvelsen. Bedøvelsen svekker smertesansen, mens berøringssansen er tilstede. Likevel går det

i ball for dem, og mange opplever berøring som smerte. Det er slike sammenblandinger en ofte ser i dette arbeidet.

Inngrepet er i seg selv vanligvis enkelt. Det består i, etter å ha gitt lokalanestesi, å spalte hudfolden i midten, og sy fortløpende langs kantene av kjønnsleppene. Det brukes resorberbart suturmateriell, som faller av etter et par uker. Mange reagerer på at de skal sys. «Hvorfor skal jeg sys på nytt?», kan de spørre, selv om de er informert på forhånd, og sammenlikner det med gjensying etter omskjæringen.

Vanligvis tar inngrepet rundt 15 minutter fra bedøvelsen settes og til det hele er over, noen ganger opp til 30 minutter. Det hender at kvinnene får panikk og ber om at det stoppes. Enkelte har måttet dra hjem med bedøvede kjønnslepper, for å komme tilbake til nytt forsøk, eller fastende en senere gang for å få behandling i narkose.

Det har også hendt at kvinner har besvimt under inngrepet, og noen har besvimt på veien hjem og blitt hentete av ambulanse. Andre kaster opp. Det kan selvfølgelig være en reaksjon på selve inngrepet eller på anestesimiddelet, men det er nok mest en psykisk reaksjon. Bare en sjelden gang har de blitt akutt dårlige når de først har kommet hjem.

Det kan trenge tolk i forbindelse med inngrepet, men det er ikke tolk fysisk tilstede. I de tilfellene det

trengs, brukes det telefontolk, og da alltid kvinnelig tolk. Da snakker jordmor og lege med kvinnen rett før anestesimiddelet settes, og tar en siste gjennomgang av prosedyrene. Så er det ny samtale etter inngrepet. I denne siste samtalen tas det opp hvordan kvinnen skal behandle seg selv i de etterfølgende dagene. Noen av kvinnene er skeptiske til tolk, fordi de er redde for at uvedkommende får vite om at de får behandlingen. Det er et sterkt sosialt press om å være jomfru til de gifter seg. Siden den åpne behandlingen kan bli sett på som forberedelse til et sexliv, kan de være engstelige for at kunnskap om dem kan spres. Selv om tolkene har taushetsplikt, er denne frykten der. Da kan det være en fordel at det bare snakkes om rent medisinske forhold med telefontolken, og at det ikke nevnes navn, slik at pasienten kjenner seg trygg.

Når det har vært mannlig gynekolog, har dette i praksis ikke vært noe problem. Men igjen er det viktig at kvinnene er informert på forhånd og er forberedt. Hvis det har oppstått situasjoner som har blitt pinlige for pasienten, har det vært forsøkt på ulike måter å lette situasjonen. Humor har faktisk vist seg å kunne fungere bra, det kan løse opp anspenthet.

Etter behandlingen blir såret vasket rent og pent, og de får igjen se med speil for å se forandringen. «Nå er det litt hovent», blir de fortalt, «men om noen dager vil hevelsen gå ned, du bør se på deg selv da

også. Her er klitoris, her er urinåpningen, og her er skjedeåpningen». Noen er sjokkerte, andre beroliget. Særlig det at de ikke har et stort hull kan virke beroligende.

Når det er nødvendig med narkose

Når en ikke kommer til målet med lokalbedøvelse fordi reaksjonene blir voldsomme eller de ikke kan ligge stille nok til at inngrepet kan utføres, får de tilbud om å komme tilbake fastende til dagkirurgisk avdeling, der de kan få narkose. Også for kvinner som flere ganger hadde avlyst avtaler fordi de var engstelige, ble det vurdert behandling i narkose. Det var ikke så mange det dreiet seg om, men det kunne være dramatisk for dem. Igjen blir det opplevelser fra hjemlandet som dominerer i reaksjonene deres, og en operasjon med narkose er forbundet med døden for mange. «Hvor stor sjanse har jeg for å overleve?», kunne de spørre. Disse hadde naturligvis behov for spesiell omsorg.

Et illustrerende eksempel er her: En kvinne som tidligere hadde blitt undersøkt uten at det ble problemer, kom for å få behandlingen sin. Igjen gikk undersøkelsen helt greit. Men da hun så at det skulle brukes instrumenter, raste hele verden sammen for henne. Hun fikk veldig detaljert informasjon om hva som skulle gjøres, at hun skulle få bedøvelse og så vente litt slik at hun ikke skulle kjenne smerter. Men da bedøvelsen ble satt, fikk hun en voldsom

reaksjon. Hun skrek og skalv, og klarte ikke å ligge stille. Ingenting hjalp. Til slutt fikk hun tilbud om å komme tilbake fastende for å få behandling i narkose. Det var overraskende at hennes reaksjoner var så forskjellige, avhengig av om hun skulle ha en vanlig gynekologisk undersøkelse eller hun skulle ha et åpnende inngrep.

En annen kvinne, der behandlingen måtte utsettes fordi hun fikk så sterke reaksjoner, fikk tilbud om narkose. Men også det ble først helt galt. «Nei, jeg vil ikke ha narkose, jeg kan dø av narkose», sa hun. Hun dro hjem og tenkte seg om. Til slutt aksepterte hun narkose, og ble behandlet.

Ved spesielle komplikasjoner

En del kvinner får cyster fordi de er omskåret. Noen cyster hadde gitt symptomer tidligere, men hos andre ble innvendige cyster oppdaget i forbindelse med operasjonen. Hvis cystene var ukompliserte ble de behandlet samtidig med at omskjæringen ble åpnet. Men var de infiserte, måtte kvinnene først behandles for cystene, og så for omskjæringen.

Et «stille» tema?

Noen av kvinnene hadde vært behandlet flere ganger tidligere for cyster, med tømning og antibiotikabehandling, men uten at det hadde vært diskutert med dem om de ønsket å bli deinfibulert. Noen var hen-

vist til klinikken uten at det var drøftet med de kvinnene det gjaldt. Det virket som at det fortsatt er motstand hos leger mot å ta diskusjonen om infibulering og hva som er kvinnens ønske. Veldig mange blir bare behandlet for det de kommer for, men uten at det blir en diskusjon om bakenforliggende forhold. Det kan se ut som om omskjæring fortsatt er et «stille» tema, og at en skusler bort muligheten til å diskutere det med dem når de enten er i kontakt med en gynekologisk poliklinikk eller er hos fastlegen.

Etter operasjonen

Kvinnene fikk med seg skriftlig informasjon hjem om hvordan de skulle forholde seg. De fikk også tilbud om å komme rett tilbake til sykehuset de nærmeste dagene etter inngrepet om det skulle oppstå noen problemer. Hvis de fikk blødning eller andre problemer, trengte de ikke å gå veien om Legevakten. Vakthavende lege på gynekologisk avdeling tok imot dem direkte. Det viste seg å være viktig at de også i slike tilfeller opplevde lav terskel.

Kvinnen anbefales å ikke være alene dagene rett etter inngrepet. Hun anbefales å ha en søster eller et annet familiemedlem, eller en venninne hos seg, en som vet hva hun har vært igjennom.

De fleste jobber eller går på skole. På Ullevål var den polikliniske behandlingen på fredager, slik at kvinnene kunne bruke helgen til å komme seg. Oftest

var de i full funksjon igjen fra mandag av. Men noen trengte en ekstra dag til eller to for å komme til hektene. Da ble de anbefalt å bruke egenmelding. Bare ytterst sjeldent var det behov for sykmelding.

Vannlatning

Det er viktig å informere godt om at etter deinfibuleringen går vannlatningen mye fortere, men at de fortsatt har kontroll på den. Til tross for informasjon i forkant kan mange ha følelsen av at de har fått et stort hull, og det kan ta tid før de får ryddet vekk tankene.

Noen er redde for å tisse til å begynne med, og drikker lite for å unngå det. Mange har også opplevd å ha fått væskerestriksjoner den gangen de ble omskåret. Urinretensjon er en vanlig komplikasjon like etter omskjæringen. Det kan svi ved vannlating like etter operasjonen, men det går fort over.

Sårbehandling og grønnsåpebad

Etter inngrepet må en passe på at kjønnsleppene ikke gror sammen igjen. Noen bruker vaselinkompresser. Men kompresser kan være upraktiske for hjemmebehandling, og de er kanskje heller ikke nødvendige. De faller av ved toalettbesøk. Dessuten er de en stadig påminning om at kvinnene har hatt et inngrep, og det kan virke sykeliggjørende.

Noen ganger klager kvinnene over at den resorberbare tråden klør, og de syns det tar lang tid før den faller av. Da oppmuntres de til å være tålmodige og vente de to til tre ukene det kan ta.

Alle får med seg skriftlig informasjon om hvordan de skal rense seg med grønnsåpebad, og de blir vist hvordan det skal gjøres. Særlig for de som kan lite norsk, og som ikke kan lese den skriftlige informasjonen som gis, er det viktig å demonstrere hvordan det gjøres. De skal ta et vaskevannsfat med lunkent vann, og løse opp to spiseskjeer med medisinsk grønnsåpe som de kjøper på apoteket. Den er uten tilsetning av noe slag. Det greieste er å gjøre grønnsåpebadet om kvelden før de skal legge seg. De skal sitte med bena fra hverandre og «piske» opp såpevannet med hendene slik at de skyller sårflatene. Dette skal de gjøre i fem minutter, ikke lenger, en gang daglig i en uke etter inngrepet der alt har gått greit. Men det tas individuelle hensyn. Hvis det er store skader, kan de trenge det i 10-12 dager, og to ganger om dagen de første 4-5 dagene.

Etter grønnsåpebadet skal de lufttørres. Det er ikke noe problem at det er såpevann, det er såpass uttynnet at ingen får problemer med det. Særlig store kvinner kan trenge hårføner brukt med svak varme for å tørke; det er viktig å unngå at fuktigheten vedvarer.

Det med grønnsåpe kan de blir veldig overrasket over. Men de må informeres om hvordan det skal brukes, og at det er snakk om lite såpe. Kvinner som lever med omskjæring har som nevnt ofte et problem med urinlukt fordi urinen ikke kommer ut så lett, og de kan oppleve at de stadig lekker urin. Det er jo også en religiøs plikt for muslimer å vaske seg før de skal be og når de har vært på toalettet. Og noen vasker seg for mye, og blir såre av det. I forbindelse med behandlingen blir de fortalt at vann er greit, men at de skal bruke lite såpe, og aldri såpe inn i skjeden. Grønnsåpebad brukes jo også etter fødsel for kvinner som har episiotomi.² Grønnsåpe er et vidundermiddel, som er lett å bruke.

Det er veldig få som i etterkant forteller at de ikke har brukt grønnsåpebad. Og det ble faktisk ikke sett noen infeksjoner, selv om det jo dreier seg om et område av kroppen som er utsatt for infeksjon. Det blir ikke anbefalt å bruke vanlig desinfeksjonsmiddel.

Kvinnene blir anbefalt å se på seg selv i speil igjen når det har gått litt tid. De første dagene er det litt hovent, men det går over. De som tidligere har sett i speil hvordan det var, kan da se forandringen.

2 Ved en episiotomi lages et lite snitt i bunnen av skjeden. Dette gjør skjedeåpningen videre og forhindrer ukontrollerte rifter i skjedeveggen når babyens hode forløses. Etter fødselen sys snittet sammen.
Kilde: Norsk helseinformatikk <https://nhi.no/familie/graviditet/animasjoner/klipping-ved-fodsel-episiotomi/> [Lesedato: 14.12.2017].

Seksuelt avhold og seksualitet generelt

Det er viktig å snakke åpent om sex, kvinnene har ofte et sterkt ønske om det. Hvis en er sensitiv for hvordan kvinnene ønsker å snakke om dette, går det veldig bra. Å bruke humor kan igjen lette på stemningen.

Under inngrepet blir klitorishodet, eller rester av det, avdekket, og kvinnene blir fortalt hvordan det ser ut. Noen ser på det selv også. Når det er skadet informeres de om det, men samtidig om at det ser pent ut og at de vil ha følelser i klitoris. Anledningen kan benyttes til å diskutere seksuell stimulering rent generelt. Om brystvorter, andre erogene soner, og i det hele tatt omtale seksualitet i positive vendinger.

Det anbefales at de ikke har samleie fire uker etter operasjonen. Noen blir overrasket over det. De fleste er vant til at det er mannen som skal åpne en infibulering etter bryllupet. Etter en slik måte å åpne den på, er det vanlig å ha samleie daglig for at sårflatene ikke skal vokse igjen. Derfor må det forklares nøye at det er sydd langs kantene etter at infibuleringen er åpnet, og da trenger sårflatene ro for å gro. Og da gjelder det motsatte av situasjonen etter åpning ved penetrasjon.

Når de skal ha samleie igjen, anbefales det at de nærmer seg det skånsomt og forsiktig, med gjensidig stimulering, slik at hun opplever det som kjærlig og godt og kan overkomme en eventuell angst. Glide-

middel kan ofte hjelpe, og kan være lurt å ha for hånden. Kvinnene diskuterer ofte dette med sin partner, og hvis han er med på samtalene, tas det opp med dem begge. I noen tilfeller ber kvinnene om at det tas kontakt med ham.

Noen ganger blir det ekstra vanskelig. En kvinne var veldig tett gjensydd og mye vev var fjernet. Hun kom fordi hun skulle starte seksuelt samliv. Hun var glad i mannen, og ønsket seg barn med ham. Men hun klarte ikke en gang at han rørte ved henne hvis det var erotisk ladet, og samleie var utelukket. Det gikk ganske bra under undersøkelsen, og hun fikk se sitt eget underliv i speilet. Men da hun la seg i GU-benken for at gynekologen skulle behandle henne, klart hun ikke å ligge stille. Ved enhver berøring spratt hun i været. Etter behandlingen ringte hun for uutholdelige smerter. Igjen var det umulig å undersøke henne ordentlig, men hun tillot at stingene ble sett på. Alt så bra ut, stingene var ikke spesielt stramme. En full gynekologisk undersøkelse kunne først gjøres i ny narkose. Hun var dypt fortvilet. Da hun etter noen uker skulle forsøke å ha samleie, gikk det ikke, det var som om smertene kom før han i det hele tatt berørte henne. Hun sa selv at problemene satt i hodet hennes, men avviste et tilbud om å gå til psykolog. Hun sa «Nei, jeg vil ikke det, de som går til psykologer er gale mennesker». Etter ytterligere noen uker gikk det litt bedre med forsøkene på samleie.

Ingen rutinemessig etterkontroll

Det ble ikke gitt rutinemessig time til etterkontroll, fordi det ikke så ut til å være nødvendig. Siden det har vært lagt svært mye vekt på informasjon og dialog på forhånd, antas det at de kvinnene om har behov for oppfølging ville tatt kontakt, men det var det få som gjorde. Inntrykket er at kvinnene var fornøyde, at de ikke har smerter, har samleie uten problemer, og at menstruasjonen og vannlatningen går mye lettere enn før.

Noen kommer tilbake to-tre ganger, noen mange flere ganger. Ofte er det igjen smerter som er temaet. Da er det ofte slik at de klager over smerter uten at en finner infeksjon eller spesiell hevelse eller noen annen fysisk årsak. De kan ta smertestillende og betennelsesdempende medisiner uten at det hjelper noe særlig. De psykiske smertene plager dem. En masse vonde følelser i forhold til dem som en gang bestemte at de skulle omskjæres kan komme veltende. Det de får til å hjelpe seg med kan være mer eller sterkere smertestillende, mer betennelsesdempende tabletter, eller de kan få bedøvende salve til å smøre på sårflatene.

Unge jenter som har vokst opp i Norge, opplever ofte stor skam forbundet med å være omskåret. De er flau over kroppen sin, og er redde for at andre skal vite hvordan de er. De synes det er helt uakseptabelt at de er blitt så ødelagt, og kan si at de hater dem som har gjort det mot dem. De kan fortelle at

de har snakket med moren sin, som lot det skje, og hun kan ha bedt om unnskyldning. «Jeg beklager, jeg trodde det var riktig det vi gjorde den gangen. Det var ikke meningen å gjøre deg vondt», kan moren si. Noen av disse er de som kontaktet poliklinikken etter inngrepet og klaget over smerter. Andre derimot, også blant de som har vokst opp i Norge, ser på behandlingen omtrent som et vanlig kirurgisk inngrep for at de skal bli kvitt plagene sine. Men heller ikke de er følelsesmessig uberørte av det å motta behandling, ikke på noen måte.

Bare en gang har en kvinne kommet og sagt at hun angrer på inngrepet. En høyt utdannet kvinne mente at den seksuelle følsomheten var sterkere mens hun var lukket. Hun var av dem som opplevde at hun hadde fått et stort hull i sitt kjønnsorgan.

Etter behandlingen må kroppen tas i besittelse på nytt. Ikke alle klarer det. En kvinne insisterte på at hun ikke hadde blitt åpnet, til tross for at hun hadde sett seg med speil før og etter inngrepet, og var behandlet to ganger i narkose. Hun kom minst sju ganger til sammen. Til slutt måtte vi si: «Vi får ikke gjort noe annet med dette. Vi har gjort det vi skal, det fins ikke noe annet som skal åpnes her. Du er åpen, du må tro på det».

Mulighet for attest på nødvendighet av behandling

Særlig de unge jentene kunne være engstelige for å bli stemplet som løsaktige etter en åpnende operasjon. Da kunne de ha nytte av en attest som bekreftet at en slik operasjon var nødvendig av medisinske grunner. Attesten kunne de også gi til en potensiell partner eller ektemann hvis det ble behov for det.

Om barn

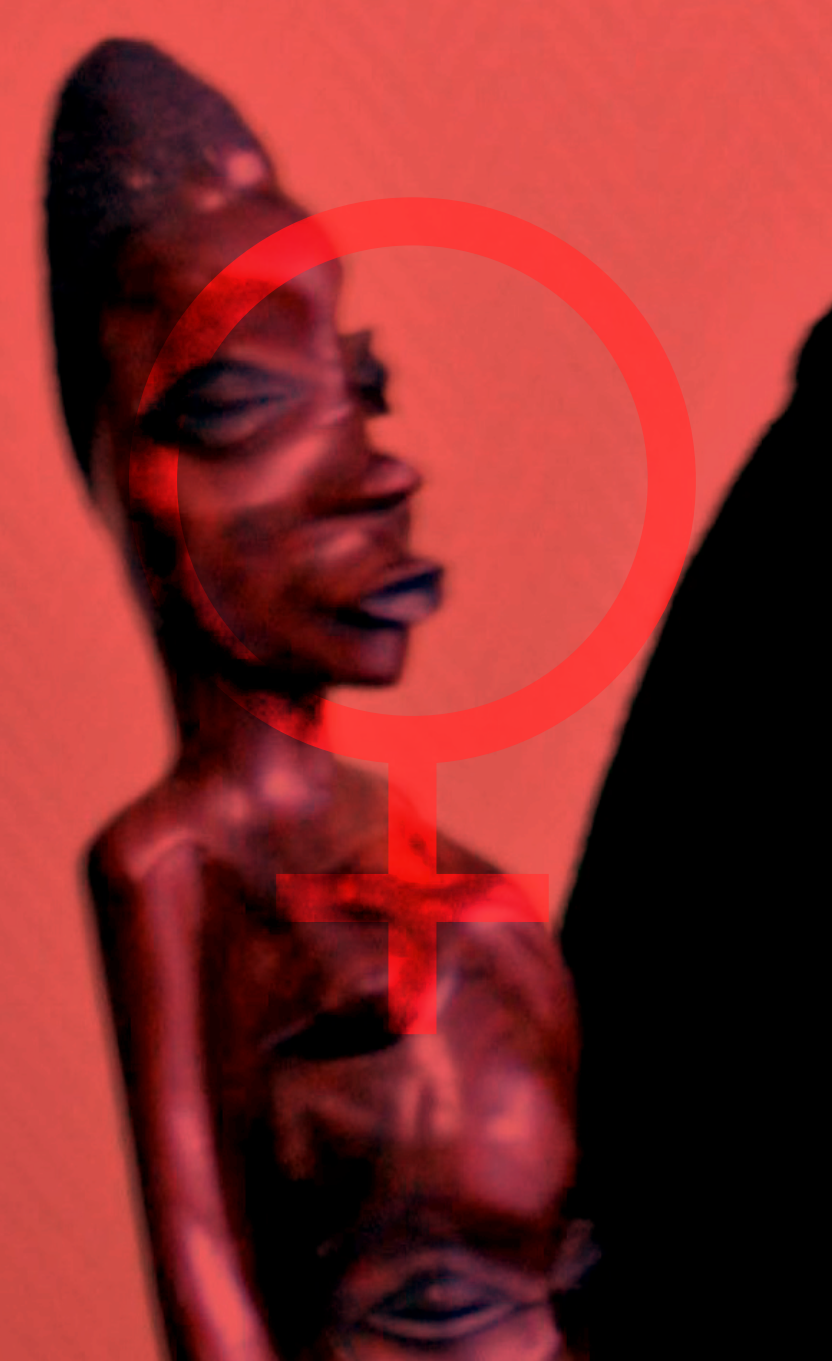
Kvinner og jenter over puberteten ble behandlet på Kvinneklubben. Men jenter før puberteten ble behandlet på barneklubben, og alltid i narkose med barneanestesiolog. Instrumenter ble da brakt med fra Kvinneklubben.

De største overraskelsene i arbeidet

Ved starten av arbeidet var nok forventningen at motstanden mot at kvinnene og jentene skulle få behandling ville komme fra deres omgivelser, fra foreldrene, fra mannen. En gang ville en mor hindre en jente i å bli åpnet. Men den største motstanden kom fra kvinnene selv og var i form av redsel. Det var overraskende at de trengte så mye tid og så mye innsats for å bli trygge nok til å komme til behandling.

Den neste, store overraskelsen var i hvilken grad de traumatiske opplevelsene de hadde hatt i forbindelse med selve omskjæringen skulle dominere

reaksjonene på behandlingen de fikk. Det gjaldt forventningene, at de trodde de skulle bli sengeliggende og syke, og de voldsomme reaksjonene under selve behandlingen. Det var særlig styrken i reaksjonene som overrasket.



Forfatterens kommentarer

Saras fortelling er på en og samme tid menneskelig gripende og faglig stimulerende. Jeg beundrer observasjonsferdighetene, pågangsmotet og engasjementet.

Som fagperson og kollega med Sara, og med etter hvert mange års erfaring fra feltet, vil jeg bidra med noen refleksjoner omkring temaet.

Medisinsk defibulering som et alternativ til tradisjonell måte

En infibulering er ment å bestå til den åpnes av ektemann rett etter bryllupet. Ved siden av de medisinske risikoene dette kan ha, som infeksjon og blødning, kan det være ytterst smertefullt for begge parter, og kan gå over uker og måneder, og til og med år (Johansen, 2017). Det kan være en svært vanskelig start på et seksualliv sammen. Det er derfor gode grunner til å tilby medisinsk defibulering, der smertelindring og sterilitet er ivaretatt, av hensyn til et godt seksualliv, i tillegg til andre årsaker.

Ambivalens

Men kulturelle normer står sterkt, og å bryte kulturelle regler kan i seg selv ha en høy pris. Det kan være en av grunnene til den store grad av nøling som kvinnene i Saras historie utviste. Også Elise Johansen omtaler stort frafall av kvinner som først sier at de ønsker medisinsk defibulering, og at det var skam forbundet med å søke slik behandling. Særlig defibulering før ekteskapsinngåelse kan bli sett ned på (Johansen, 2017). Ambivalensen kan overvelde kvinnene. Omskjæring av jenter oppbæres av svært omfattende kulturelle normer. En av hensiktene med infibulering er å sikre og å bevise jomfrudom for kvinnens del, og som senere skal åpnes av mannen etter bryllupet, som et tegn på hans virilitet og manndom (Johansen, 2017).

Når jenter og kvinner møter nye normer og idealer for seksualmoral og seksuell atferd, er det en enorm kollisjon av normer på et svært følsomt område. Den nølingen som mange viste for å komme til behandling etter at de hadde bestilt time, og de til dels svære reaksjonene knyttet til selve behandlingen, kan tolkes som et uttrykk for svær ambivalens. Et klinisk tilbud om defibulering må derfor ta høyde for denne ambivalensen for at tilbudet skal kunne bli akseptabelt.

En helhetlig behandling, hva betyr det?

Om smerten i endring

Ved poliklinikken på Ullevål sykehus var de kirurgiske inngrepene stort sett enkle og ukompliserte. Det har vært diskutert om en skal forsøke å rekonstruere et ødelagt klitorishode, og noen har rapportert gode resultater med det (Abdulcadir et al., 2015). Det skal bli interessant å se om det i framtiden kan bli et standard tilbud til kvinner som har fått klitorishoder kuttet, slik at de kan oppleve større seksuell nytelse. Men i arbeidet med å finne fram de beste kirurgiske metodene, er det viktig å ikke miste hele kvinnen av syne. Det framheves gjentatte ganger at omskjæring er et brudd på menneskerettighetene, blant annet retten til liv og helse, og retten til kroppslig integritet. Fortellingene fra Ullevål sykehus er en påminning om at omskjæring er et anslag mot hele personligheten. Når sykehuset tilbyr behandling, er det mange likhetspunkter med den gangen de ble omskåret. Omskjæring skjer i barneårene, før personligheten er modent formet og minner kan gjøres forståelige og bearbejdes. De sterke reaksjonene som en har sett i forbindelse med behandling, der fortid og nåtid flyter sammen, kan forstås på den bakgrunnen.

De veiledningene som fins om behandling av kvinner som er omskåret, dreier seg i stor grad om den kirurgiske behandlingen, om hvilke tidsrom kvinnene bør behandles i forhold til graviditeter, samt om resultater av de psykologiske traumene kvinnene

har opplevd i forbindelse med at de har blitt omskåret (Helsedirektoratet (udatert), WHO 2016, og Norsk gynekologisk forening 2016). Veiledningene sier noe om at tilbudet må legges opp slik at det er akseptabelt og forståelig for brukerne. Erfaringene fra tilbudet ved Ullevål sykehus indikerer at det bør legges ned et betydelig arbeid for å gjøre tilbudet akseptabelt for kvinnene.

Psykiske eller eksistensielle problemer?

WHO sin veileder om behandling av kvinner som er omskåret går langt i å omtale kvinnenenes reaksjoner som tegn på psykisk lidelse, og si at de er i behov av psykologisk hjelp (WHO, 2016).

Erfaringene fra Ullevål sykehus var at mange av kvinnene hadde sterke reaksjoner før og i forbindelse med inngrepet, men for de aller fleste ga disse reaksjonene seg etter kort tid. For et fåtall gikk ikke reaksjonene raskt over. Det dreide seg om det lille mindretallet som fikk åpenbare mentale problemer, og de som fikk vedvarende smerter uten at det ble funnet fysiske årsaker.

Flash-backs i behandlingssituasjonen, der opplevelser fra traumet og fra behandlingen ble blandet sammen, var relativt vanlig. Den nølingen som mange utviste før de kom til behandling, kan ses på som unngåelse av situasjoner som minnte om det opprinnelige traumet som omskjæringen utgjorde.

Ifølge den internasjonale klassifikasjonen av mentale lidelser, ICD 10, er påtrengende minner om traumer og unngåelse av situasjoner som minner om traumet ett av kriteriene på posttraumatisk stressforstyrrelse, PTSD. Men full PTSD er mer omfattende. De kvinnene som hadde forbigående symptomer, anses ikke å ha hatt PTSD. Det er mulig at de kvinnene som hadde persisterende symptomer kvalifiserte til PTSD eller en annen diagnose. Blant de kvinnene som fikk betydelige og vedvarende symptomer, kan det være kvinner som ble påført det ved behandlingen. Det er usikkert om enda bedre forundersøkelser kan hindre dette.

Kvinner som lever med omskjæring, tenderer til å inkludere omskjæringen som en del av sin identitet. Det kan særlig gjelde når en lever i diaspora. Å være for eksempel somalisk, etiopisk eller kurdisk kvinne i Norge kan knyttes til hudfarge, være muslim, og å være omskåret. Når avgjørelsen tas om å deinfibuleres, kan det utgjøre en identitetstrussel, og utløse en eksistensiell krise. Ikke alle eksistensielle kriser kan sies å utgjøre mental sykdom. Mestringsstrategier som den enkelte råder over, og støtte blant de nærmeste, kan være tilstrekkelig for å håndtere krisen, uten at helsevesenet trekkes inn. For å sikre at de som trenger behandling får det, kan det være nødvendig å skille eksistensielle kriser fra mentale lidelser. Dette er særlig viktig for å sikre at de som blir påført en psykisk lidelse ved behandlingen får et tilbud om oppfølging. Det kan sammenliknes

med vaksinebivirkninger: En type behandling som er et veldig godt tilbud, og som en stor gruppe har betydelig fordel av, men som for et fåtall gir bivirkninger de trenger oppfølging og behandling for.

Fortsatt behov for opplæring blant helsepersonell generelt

Personale på fødeavdelinger har i løpet av de senere årene fått mye opplæring om hvordan en omskåret kvinne skal hjelpes ved fødselen. Men alle i helse-tjenesten må ha kunnskap om hvordan omskjæring skader viktige organer, og hvilke konsekvenser det kan få. Hvis en kvinne skal opereres på en ortopedisk kirurgisk avdeling for eksempel, og hun skal kateteriseres, vil en støte på problemer om hun er omskåret, og dette må håndteres. Det er nok langt fram til at omskjæring er et tema helsepersonell er bekvemme med å ta opp. Mye tyder på at kunnskapen enda ikke er tilstede i tilstrekkelig grad. Det ble illustrert ved erfaringen om at kvinner som hadde cyster hadde blitt behandlet for disse gjentatte ganger uten at de fikk tilbud om deinfibulering. Noen hadde andre problemer knyttet til sine kjønnsorganer, uten at noen hadde tatt opp sammenhengen med omskjæringen, enten som årsak til plagene eller som noe som var relevant for behandlingen.

Kanskje er det en misforstått kulturrelativisme som stenger og forblinder helsepersonell, slik at de ikke spør. Eller kanskje de er så vant til å forholde seg til

faste rutiner, og behandler også disse kvinnene slik de alltid har vært vant til å behandle pasientene sine, uten å se at de kan trenge noe særskilt. Resultatet kan bli at kvinnenes problemer fortsatt overses, eller de vurderes og behandles på feil måte.

Fastleger og helsestasjoner er i unike roller til å hjelpe og veilede kvinnene over tid, slik at de er godt forberedt på spesialistbehandling. I de tilfellene kvinner ble henvist uten at grunnen til henvisningen var drøftet med kvinnene, mistet en anledning til å starte tidlig på en prosess som kunne ført til en lettere prosess. Helsesøstrene på skolene er i en viktig posisjon for å ha en god dialog over tid for å motivere og støtte jenter slik at de kan komme til behandling.

Delvis sentralisering, er det best?

Tilbudet på Ullevål sykehus ble startet som et prosjekt, men har blitt permanent. Samlet sett tyder erfaringene på at den måten tilbudet ble lagt opp på ved Ullevål sykehus hjalp kvinnene til å overkomme betydelige barrierer mot å nyttiggjøre seg et behandlingstilbud. I tillegg til tilbudet på Ullevål gis det spesielle tilbud om behandling for kvinnelig omskjæring på sykehus på en rekke steder i Norge: I Tromsø, Bergen, Trondheim, Drammen og Kristiansand (Helsedirektoratet, udatert). Samtidig kan det hevdes at tilbud til omskårne kvinner bør være en del av det en gynekologisk poliklinikk skal gjøre, fordi dette prinsipielt ikke er ikke annerledes enn

annen gynekologisk, poliklinisk behandling. Kanskje fungerer det allerede slik, i alle fall der det er snakk om et tynt hudseil som ikke utgjør noen kirurgisk utfordring. Dessuten utføres deinfibulering i graviditet eller ved fødsel ved de fleste sykehus, slik at erfaringen bygges opp.

En skal uansett alltid høre på pasienten om hva som er problemet, og være forberedt på at kjønnsorganer er særlig sensitive deler av kroppen. Det foreligger foreløpig ingen systematisert kunnskap om hvordan tilbudet til omskårne kvinner i Norge er, og hvordan kvaliteten oppleves. Erfaringen fra Ullevål er at terskelen for å søke behandling er svært høy. Fleksibilitet og lydhørhet er nøkkelord. Fordelen ved å sentrere tilbudet til noen få kvinneklinikker er at det vil gi erfaring slik at kvaliteten kan sikres. Ulempen er at noen kvinner på reise langt. Dette gjelder særlig i den nordligste delen av landet, der det bare er tilbud i Tromsø. Erfaringene fra Ullevål er at ikke så få kvinner trengte å komme flere ganger før inngrepet, for å få nøye informasjon og å trygges før de turte å la seg undersøke, enn si behandle. Der det er stor avstand til behandlingsstedet, kan samarbeid med primærhelsetjenesten være ekstra viktig for å informere og forberede pasientene.

Referanser

Abdulcadir, J, MI Rodriguez, P Petignat & L Say (2015):
Clitoral reconstruction after female genital mutilation/
cutting: case studies. J Sex Med 2015 Jan;12 (1):274-81

Helsedirektoratet (udatert):
Helsekonsekvenser og helsehjelp etter kjønnslemlestelse.
[https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/
Attachments/121/Helsekonsekvenser-og-helsehjelp-etter-
kjonnslemlestelse-IS-0420.pdf](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/121/Helsekonsekvenser-og-helsehjelp-etter-kjonnslemlestelse-IS-0420.pdf). Lesedato: 21.02.2017

Johansen, REB (2017):
Virility, pleasure and female genital mutilation/cutting.
A qualitative study of perceptions and experiences of
medicalized defibulation among Somali and Sudanese
migrants in Norway. Reprod Health. 2017;14: 25

Norsk gynekologisk forening (2016):
Veileder: Omskjæring (kjønnslemlestelse) [http://
legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/
Veiledere/Veileder-i-gynekologi-2015/Omskjaering-
kjonnslemlestelse/](http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-gynekologi-2015/Omskjaering-kjonnslemlestelse/). Lesedato: 22.02.2017

WHO (2017):

Female Genital Mutilation (FGM). Prevalence of FGM.

<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/prevalence/en/>. Lesedato:03.03.2017

WHO (2016):

WHO Guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. Geneva: World Health organization

Ziyada MM, Nordberg-Schulz M, Johansen REB (2016):

Estimating the magnitude of female genital mutilation/cutting in Norway: an extrapolation model. BMC Public Health 2016;16(1):1