



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

Praksisen rundt deinfibulering i Norge

En «mixed method»-studie

Regine Dahl Hovind

Masteroppgave i Profesjonsstudie i medisin MED-3950 Juni 2022

Veileder: Rigmor C. Berg, professor ved Institutt for samfunnsmedisin, UiT

Innholdsfortegnelse

Forord.....	1
1 Sammenheng	2
2 Innledning	3
2.1 Kvinnelig kjønnslemlestelse	3
2.2 Komplikasjoner og helserisikoer forbundet med KKL.....	5
2.3 Behandlingstilbud	6
2.4 Formål og definering av forskningsspørsmål	8
3 Materiale og metode	9
3.1 Valg av metode	9
3.1.1 Hva gjør studien anonym?	9
3.2 Spørreskjemaundersøkelsen.....	10
3.3 Beskrivelse av studiepopulasjonen og rekruttering av deltakere.....	11
3.4 Inklusjonskriterier	13
3.5 Analyser	13
3.5.1 Variabler	13
4 Resultater	14
4.1 Beskrivelse av studiedeltakerne.....	14
4.2 Tidspunkt for deinfibuleringen	14
4.3 Kjennskap til «Veileder i fødselshjelp» og helsepersonells personlige syn	15
4.4 Opplæring i deinfibulering.....	18
4.5 Bruk av anestesi	21
4.6 Bruk av instrument.....	22
4.7 Suturmetode	23
4.8 Tidsbruk	24
4.9 Forhåndsinformasjon om inngrepet	24
5 Diskusjon	27

5.1	Tidspunkt for deinfibulering og anbefalinger i Norge.....	28
5.2	Opplæring og kunnskap blant helsepersonell	29
5.3	Anestesi, instrument og sutur - den kirurgiske utførelsen av inngrepet	30
5.4	Viktigheten av informasjon kvinnene får om inngrepet på forhånd	31
5.5	Implikasjoner av studien	32
5.6	Styrker og svakheter med studien	33
6	Konklusjon	34
	Referanseliste	35
	Vedlegg	37
1:	Kontakt med klinikk/avdeling	37
2:	Skriv til ansatte ved klinikk/avdeling	38
3:	Informasjon om spørreskjemaet.....	38
4:	Spørreskjema	40
5:	Tekstsvaer fra spørsmål 16.....	44
6:	Tekstsvaer fra spørsmål 12	45

Tabelliste

Tabell 1:	Sykehus som fikk tilsendt spørreskjemaundersøkelsen.....	12
Tabell 2:	Beskrivelse av deltakerne (N=28).	14

Figurliste

Figur 1:	Illustrasjon av normalt/uendret ytre kvinnelig kjønnsorgan og kvinnelig kjønnslemlestelse type 1-3. Type I (klitoriektomi), type 2 (eksisjon) og type 3 (infibulasjon) (3).....	4
Figur 2:	Bilde hentet fra Veileder i gynekologi (2021). Viser teknikk for deinfibulering. Fra venstre: injisering av lokalanestesi, åpning av hudsegl og suturering (13).	7
Figur 3:	Tidspunkt når de fleste deinfibuleringer blir utført på de ulike respondentenes arbeidssted.....	15

Figur 4: Respondentenes kjennskap til «Veileder i fødselshjelp» og dens beskrivelse av kvinnelig omskjæring og deinfibulering.	16
Figur 5: Respondentenes personlige syn på når det er best å utføre en deinfibulering.	17
Figur 6: Sammenligning av respondentenes kjennskap til «Veileder i fødselshjelp» og deres personlige syn på beste tidspunkt for en deinfibulering.	18
Figur 7: Viser en fordeling av respondentenes opplæring i deinfibulering.	19
Figur 8: Hvor de ulike typene opplæring har funnet sted.	20
Figur 9: Anestesi respondentene bruker under inngrepet.	22
Figur 10: Instrument respondentene bruker under inngrepet.	23
Figur 11: Suturmetoder respondentene bruker under inngrepet.	24
Figur 12: Informasjon som blir gitt til kvinner om inngrepet.	25
Figur 13: Hvem som gir informasjon til kvinnene på avdelingen/klinikken som respondentene arbeider.	27

Forord

Jeg har alltid hatt en interesse for kvinnehelse, og da særlig gynekologi. Da vi skulle bestemme oss for tema for masteroppgaven hadde vi nylig hatt undervisning i gynekologi, og kvinnelig kjønnslemlestelse ble nevnt i korte trekk. Jeg bet meg merke i at dette var et tema som fikk lite oppmerksomhet, og ble nysgjerrig på hvor omfattende denne praksisen er og hvor mange kvinner den affiserer. Jeg tok derfor kontakt med Rigmor Berg som er professor ved Institutt for samfunnsmedisin og som har forsket og skrevet mange artikler om dette temaet, og spurte om hun ville være min veileder.

Etter å allerede ha skrevet en litteraturstudie på 2. året ønsket jeg i utgangspunktet å skrive en oppgave der jeg selv kunne samle inn data. Et kjapt litteratursøk avdekket hvor sparsomt med litteratur og forskning det finnes på dette feltet, og da spesielt i Norge. Etter forslag fra veileder valgte vi å se på behandlingstilbudet som finnes for kvinner med omskjæring i Norge, og mer spesifikt hvordan deinfibulering praktiseres blant helsepersonell. Vi tenkte derfor det ville være interessant å gjøre en spørreundersøkelse blant helsepersonell med erfaringer på dette feltet. Studien er utført og skrevet av meg, med veiledning av veileder Rigmor Berg.

Det har vært utrolig interessant å arbeide med dette prosjektet, og jeg tar med meg videre mange gode erfaringer. Jeg ønsker å utdele en stor takk til min veileder Rigmor Berg, som har vært engasjert, tilgjengelig og gitt svært god veiledning gjennom hele prosjektet. Samarbeidet har vært lærerikt, givende og ikke minst inspirerende. I tillegg ønsker jeg å utdele en takk til alle gynekologer og jordmødre som deltok i spørreundersøkelsen og gjorde denne studien mulig. Tusen takk!

1 Sammendrag

Bakgrunn

I 2013 ble det anslått at rundt 17,300 jenter og kvinner bosatt i Norge hadde blitt utsatt for kvinnelig kjønnslemlestelse før innvandring. Mange av disse kvinnene vil ha behov for helsehjelp og behandling som en følge av dette. Formålet med studien var å undersøke praktiseringen av deinfibulering ved ulike sykehus i Norge, og målet var videre å undersøke variasjonsomfanget i utførelsen på tvers av yrke.

Materiale og metode

Studien er en «mixed method»-studie der en anonym spørreskjemaundersøkelse med både lukkede (kvantitative) spørsmål og åpne (kvalitative) spørsmål ble brukt som metode. Spørreskjemaet inneholdt spørsmål for å kartlegge deinfibuleringspraksis ved sykehus i Norge. Det ble i hovedsak utført deskriptive analyser, men også noen statistiske analyser ble gjort i SPSS slik som kjikvadrattest.

Resultater

28 respondenter svarte på spørreskjemaundersøkelsen. Det var noen signifikante forskjeller mellom jordmødre og gynekologer bl.a. mht. grad av kjennskap til Veileder i fødselshjelp og dens anbefalinger om deinfibulering, og hvilken opplæring de har fått i utførelse av inngrepet. Resultatene viser at gynekologene i utvalget utfører flere deinfibuleringer enn jordmødre, og at utførelsen av inngrepet er noe varierende mellom de to yrkene.

Konklusjon

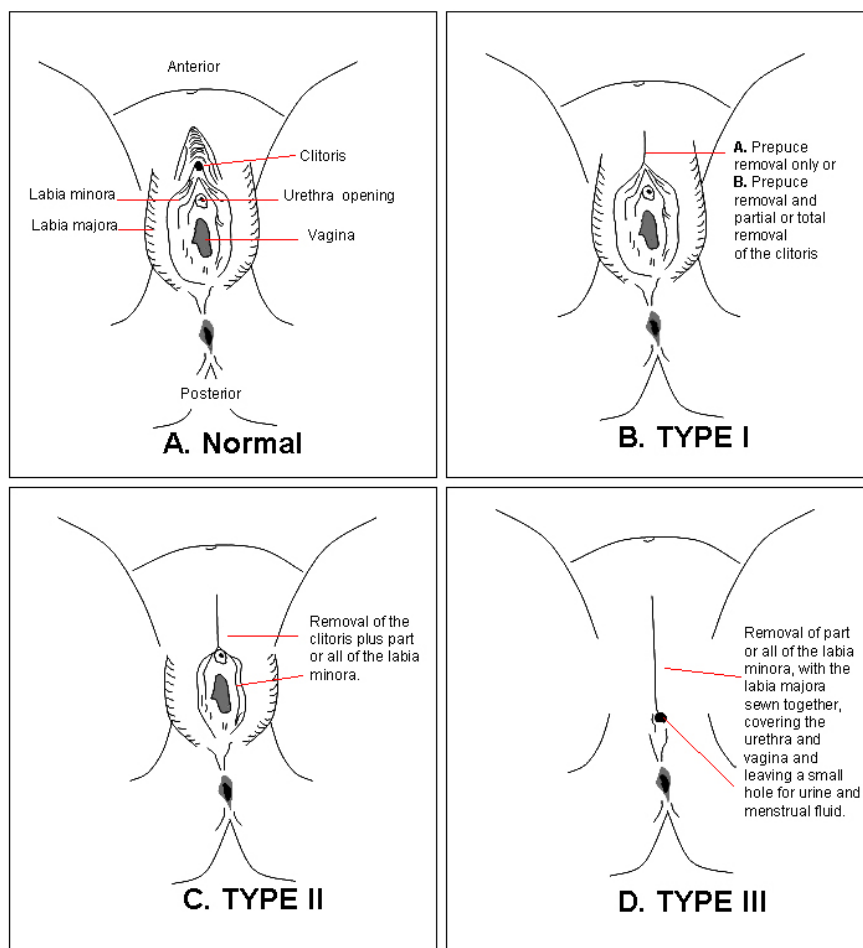
Studien indikerer at gynekologer i høyere grad enn jordmødre har fått opplæring i deinfibulering og kjenner til retningslinjene, og følger disse slik som anbefalt. Den avdekker et behov for mer forskning på deinfibulering i Norge, og da spesielt hvordan inngrepet utføres på tvers av yrke, opplæring, samt tilgang og kjennskap til retningslinjer og veiledningsressurser.

2 Innledning

2.1 Kvinnelig kjønnslemlestelse

Kvinnelig kjønnslemlestelse (KKL) er en kulturelt sanksjonert praksis som omfatter alle inngrep som involverer delvis eller total fjerning av de eksterne kvinnelige kjønnsorganer, eller andre skader på det kvinnelige genitalia, av ikke-medisinske årsaker (1).

Verdens helseorganisasjon (WHO) beskriver fire ulike typer KKL, i henhold til omfanget av inngrepet (Figur 1): Type 1: Delvis eller total fjerning av klitoris (klitoridektomi). Type 2: Delvis eller total fjerning av klitoris og labia minora (eksisjon), med eller uten eksisjon av labia majora. Type 3: Innsnevring av vaginalåpningen ved å lage et hudsegl ved kutting og sammensyning av labia minora og/eller labia majora (infibulasjon), med eller uten eksisjon av klitoris. Infibulasjon regnes som den mest invasive typen av KKL. Type 4: Alle andre skadelige prosedyrer utført på det kvinnelige kjønnsorgan av ikke-medisinske årsaker, f.eks. prikking, piercing, skraping, kutting og brenning (1;2)



Figur 1: Illustrasjon av normalt/uendret ytre kvinnelig kjønnsorgan og kvinnelig kjønnslemlestelse type 1-3. Type I (klitoriektomi), type 2 (eksisjon) og type 3 (infibulasjon) (3).

På verdensbasis er det estimert at over 200 millioner jenter og kvinner fra over 30 ulike land har blitt utsatt for KKL (2). Innvandring fra landene der KKL er utbredt har ført til at denne praksisen har fått mer oppmerksomhet og blitt en global bekymring. I Norge er alle former for kjønnslemlestelse forbudt ved lov, og personer som utfører eller medvirker til KKL risikerer fengselsstraff i følge paragraf 284 og 285 i Straffeloven (4). Imidlertid ble det anslått i 2013 at rundt 17,300 jenter og kvinner bosatt i Norge hadde blitt utsatt for KKL før innvandring. Av disse var halvparten innvandret fra Somalia, der type 3 dominerer (5;6). Man kan anslå at disse tallene vil fortsette å stige, da det hvert år er omtrent 3 millioner jenter og kvinner i fare for å bli utsatt for KKL, og dermed også risikerer de potensielt helseskadelige konsekvensene av denne praksisen (2).

2.2 Komplikasjoner og helserisikoer forbundet med KKL

Flere studier bekrefter at KKL medfører skader på kvinners fysiske helse gjennom hele livet. Herunder den fysiske og psykiske belastningen fra det øyeblikket de ble omskåret som barn, til negative konsekvenser som følger deres seksuelle helse, svangerskap og fødsel i voksenlivet (1;7-9).

I de fleste tilfeller av kjønnslemlestelse er det grove usterile instrumenter som tas i bruk av en tradisjonell omskjærer med lite kunnskap om kvinnelig anatomi. Representative studier indikerer at de vanligste umiddelbare komplikasjonene er store blødninger, urinretensjon, hevelse i kjønnsvevet, problemer med sårtilheling og smerter. Jentene opplever ofte mer enn én av disse umiddelbare komplikasjonene. Man finner også studier som taler for at det kan være større risiko for umiddelbare skader ved KKL type 3 sammenlignet med type 1-2 (1).

Selv om de umiddelbare plagene avtar, er det likevel mange komplikasjoner som kan utvikle seg de kommende årene etter inngrepet. Studier nevner flere urogenitale følgetilstander som kvinner med KKL har større risiko for; vaginal utflod, kløe, brennende eller smertefull urinering, ulike menstruasjonspåler, infeksjoner i forplantningssystemet og genitalia, urinveisinfeksjon (UVI) og bakteriell vaginose. Smerter under samleie (dyspareuni) er en plage som rapporteres av mange kvinner, og ser ut til å framtre i større grad hos de med KKL type 3 enn de med type 1-2 (1). Retensjonscyster og keloid arrdannelse er heller ikke uvanlig (10).

En systematisk oversikt utgitt av Berg m.fl. i 2013 (8) identifiserte en rekke forskjeller i obstetriske utfall for kvinner med KKL sammenlignet med kvinner uten KKL. Resultatene viser at kvinner med KKL har 3,3 ganger så stor sannsynlighet for å oppleve vanskelige fødsler og dobbelt så stor sjans for å oppleve obstetriske blødninger sammenlignet med kvinner uten KKL. Studien fant også høyere sannsynlighet for andre fødselskomplikasjoner, slik som forlenget fødsel, perinealrifter og instrumentell forløsning. Resultater fra flere metaanalyser gir dermed grunnlag for påstanden om at KKL har en negativ innvirkning på en rekke obstetriske områder.

2.3 Behandlingstilbud

KKL fører til endringer av den normale genitale anatomien og dens funksjonalitet, og mange opplever komplikasjoner og plager som følge av inngrepet. Ikke overraskende er det derfor at mange kvinner ber om kirurgiske inngrep som kan bedre deres plager relatert til kjønnslemlestelse. Årsaker for å søke helsehjelp omhandler ofte et ønske om å forbedre seksuell nytelse, vaginalt utseende, funksjon eller gjenopprette identitet (11).

En systematisk oversikt av Berg m.fl. fra 2017 (11) ga en vurdering av tilgjengelige intervensjonsalternativer og redegjorde for hva kvinner realistisk kan forvente av slike reparerende inngrep. Oversikten identifiserte tre ulike typer reparerende inngrep der alle var kirurgiske; deinfibulering eller kirurgisk separasjon av de sammensydde kjønnsleppene, eksisjon av en cyste med eller uten noen form for rekonstruksjon, og klitoris-labial rekonstruksjon (11). Resultatene fremlegger hovedgrunner for at kvinner med KKL søker kirurgiske intervensjoner. For deinfibulering var hovedgrunnene et ønske om å bedre seksuell tilfredsstillelse, funksjon og vaginalt utseende. Hovedgrunnen for at kvinner søkte eksisjon av cyste var hevelse av cysten, og for rekonstruksjon var grunnen som regel et ønske om å gjenopprette identitet. Resultatene viste også, selv om data på disse kvinners erfaringer er sparsomme, at de rapporterte enklere fødsler og forbedring av seksualliv, og at de fleste kvinner var fornøyd med deinfibulering. I Norge er det etablert et behandlingstilbud ved gynekologiske avdelinger i alle landets helseregioner for kvinner med KKL (12). Man tilbyr imidlertid kun deinfibulering og eksisjon av cyster, da forskning har konkludert med at det er svært usikker effekt av klitorisrekonstruksjon. Selv om de fleste kvinner rapporterte at de fikk et bedre seksualliv etter klitorisrekonstruksjon, rapporterte opptil 22% forverring (1;10).

Norsk gynekologisk forening har utarbeidet en veileder både i gynekologi (13) og fødselshjelp (10). Disse to veiledningskompendiene deler et felles kapittel om kvinnelig omskjæring, kjønnslemlestelse og deinfibulering. I dette kapitlet fremlegges retningslinjer og anbefalinger for behandling av KKL i Norge. Ifølge veilederen utføres deinfibulering med fordel før svangerskap inntreffer, men kan også gjøres fra andre trimester og helt fram til fødsel. Det anbefales ikke å utføre deinfibuleringen i 1. trimester da det generelt er økt abortrisiko på

dette tidspunktet, og at en påfølgende spontanabort etter inngrepet kan føre til at kvinnen tror det er en årsakssammenheng. Da det ikke er holdepunkter for at deinfibulering før graviditet eller i svangerskapet reduserer fødselskomplikasjoner (11), er anbefalingen at tidspunktet bestemmes i samråd med kvinnen og hennes preferanser (10;13). Veilederen lister opp en rekke indikasjoner for deinfibulering, bl.a. kvinnens eget ønske, urinretensjon, residiverende UVI, dyspareuni, smerter og fødsel. Det anbefales tilstrekkelig smertelindring både under inngrepet og postoperativt, da utilstrekkelig smertelindring kan være belastende og gi økt risiko for traumatiske gjenopplevelser. Det foreslås at åpningen gjøres i lokal, spinal eller generell anestesi. For den postoperative smertelindringen foreslås en kombinasjon av Naproksen og Paracetamol til ikke-gravide, gravide i 2. trimester eller de som har blitt åpnet under fødsel. Etter åpning hos gravide i 3. trimester foreslås Paracetamol eller kombinasjonspreparat med Paracetamol og kodein. Veilederen gir en beskrivelse av teknikk for det åpne inngrepet (Figur 2) der deinfibuleringen utføres ved at man fører inn to fingre, eventuelt en arteriepinsett, for å sprike inn under hudseglet, og det injiseres deretter lokalanestesi. Det legges så et snitt framover i midtlinjen til uretra er blottlagt, og deretter sys sårkantene på hver side med enten kontinuerlig eller avbrutt sutur. Det anbefales å forsøke å åpne helt opp til klitorisområdet hvis kvinnen ikke er i fødsel (13).

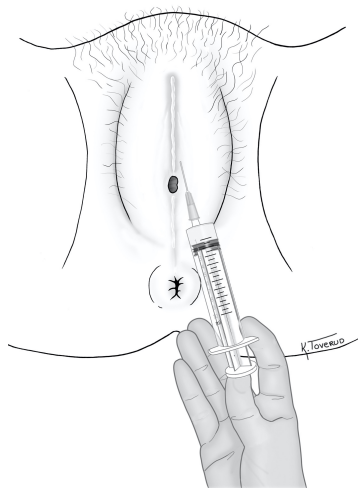


Fig 5 Injisering av lokalbedøvelse for åpne inngrep

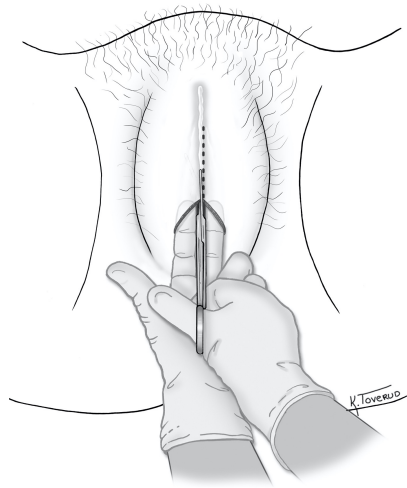


Fig 6 Kirurgisk åpning av hudbro/segl

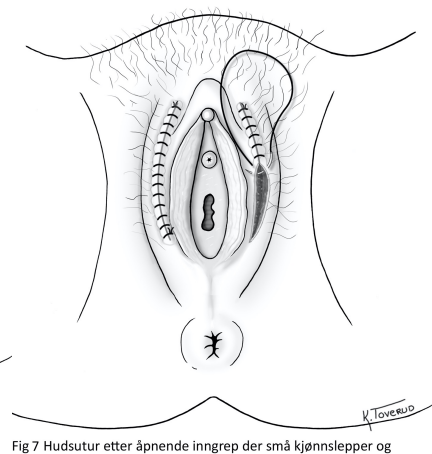


Fig 7 Hudsutur etter åpne inngrep der små kjønnslepper og klitoris var bevart under hudbro/segl

Figur 2: Bilde hentet fra Veileder i gynekologi (2021). Viser teknikk for deinfibulering. Fra venstre: injisering av lokalanestesi, åpning av hudsegl og suturering (13).

I 2004 etablerte seks kvinneklinikker i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet poliklinikker for behandling av kvinner utsatt for KKL. De ønsket med dette å forbedre helsehjelpen i de ulike helseregionene gjennom bl.a. å utvikle kompetanse, samle erfaring og gjøre det enklere for de andre helsetjenestene å henvise og konferere. Hensikten var også å gi et tilbud til kvinner som henvendte seg direkte til sykehusene (6). En studie utgitt av Taraldsen m.fl. i 2021 (6) presenterer en god oversikt over symptomer, funn og behandling hos kvinner som var til undersøkelse ved disse poliklinikkene i perioden 2004 til 2015. Denne studien ble basert på journaler av 913 kvinner fra sykehus med poliklinikktilbud for kvinner med KKL. Studien viser at 81 % av kvinnene hadde omskjæringstype 3, og at medianalder for første konsultasjon blant kvinnene var 26 år. Studien viser også at deinfibulering oftest var behandlingen for plagene kvinnene opplevde som følge av KKL, og at dette reparerende inngrepet ga få komplikasjoner. De fleste av deinfibuleringene (tre av fire) ble gjort under svangerskap, og 76 % av kvinnene fikk behandling på poliklinikken i lokalbedøvelse.

2.4 Formål og definering av forskningsspørsmål

Systematiske oversikter viser at det de siste årene er utført mange studier som omhandler både fysiske og psykososiale konsekvenser av kvinnelig kjønnslemlestelse. Det forskes også på ulike kirurgiske intervensjoner (11). Det finnes imidlertid lite forskning på hvorvidt kvinner er fornøyde med inngrepene, og erfaringene virker å være blandede (1;11). Studiefunn indikerer at rundt 17,300 jenter og kvinner i Norge kan ha behov for helsehjelp i forbindelse med plager som følge av kjønnslemlestelse, og da spesielt de 9100 som anslås å ha KKL type 3 (5). Det mangler fortsatt kunnskap for at helsevesenet skal kunne tilby nødvendig og best mulig helsehjelp for kvinner utsatt for KKL. Det finnes overraskende lite litteratur og forskning om deinfibuleringspraksis på verdensbasis tatt i betraktning hvor mange kvinner som har fått utført inngrepet, og som kommer til å ha behov for helsehjelp grunnet KKL i fremtiden. Enda mindre litteratur finnes det om deinfibuleringpraksis i Norge, og vi fant gjennom litteratursøk kun én studie med kvantitativ data om deinfibulering i Norge (6).

Gitt den store mangelen på kunnskap om deinfibulering ved sykehus i Norge var hensikten med denne studien å undersøke praktiseringen av deinfibulering ved de ulike sykehusene. Resultatene fra en slik studie ville kunne avdekke ev. uheldig variasjon i praksis, behov for

standardisering av kliniske praksisrutiner og kvalitativ bedre tilrettelegging for en trygg og effektiv deinfibuleringspraksis ved norske sykehus. Målet med studien var videre å undersøke variasjonsomfanget i utførelsen på tvers av yrke. Kunnskap om slik variasjon ville være nyttig for å se om det er behov for mer opplæring eller standardisering innenfor yrkesgruppene. Vi formulerte følgende forskningsspørsmål:

«Hvordan praktiseres deinfibulering blant helsepersonell i Norge?»

3 Materiale og metode

3.1 Valg av metode

Etter en grundig gjennomgang av eksisterende studier om KKL og mange diskusjoner valgte vi å utføre en «mixed method»-studie. I en «mixed method»-studie kan man kombinere innsamling og analyse av både kvantitative og kvalitative data for å kunne gi en bredere og dypere forståelse av tematikken man ønsker å belyse (14). Vi valgte å gjennomføre en anonym spørreskjemaundersøkelse, som inneholdt både lukkede (kvantitative) spørsmål og åpne (kvalitative) spørsmål. De lukkede spørsmålene kunne besvares med enten avkryssninger (ett eller flere svar mulig) eller fra en nedtrekksmeny (ett svar mulig). For de åpne spørsmålene kunne deltakeren gi kvalitative tekstbeskrivelser og utbroderinger.

I denne spørreskjemaundersøkelsen søkte vi å kartlegge praksisen rundt deinfibulering ved ulike sykehus i Norge ved å rekruttere helsepersonell og be de besvare et anonymt, nettbasert spørreskjema om praksisen som utføres ved den gitte institusjonen.

3.1.1 Hva gjør studien anonym?

For å forsikre oss om at spørreskjemaundersøkelsen oppfylte kriteriene for en anonym undersøkelse, og at vi dermed ikke trengte godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), kontaktet vi Personvernombudet (PVO) for rådgivning. For å vurdere om et datasett er anonymt eller ikke kreves god kjennskap til hvordan prosjektet planlegges å gjennomføres, datasettet og fagområdet. Vår rådgiver ved PVO bidro med veiledning om regelverk og ga oss sine synspunkter på den vurdering vi hadde gjort. Vi tok

også kontakt med REK Nord for en vurdering, og det ble konkludert med at det ikke var nødvendig med en søknad. Under følger en liste over tiltak som sikret anonymitet i studien:

1. På forespørsel fra oss (vedlegg 1) sendte overordnede ved avdelingen en e-post til de relevante ansatte i avdelingen med invitasjon til studiedeltakelse (vedlegg 2). Mottakerne kunne lese om studien i eposten, trykke på en lenke i eposten som tok dem til en informasjonsside (vedlegg 3) og spørreskjemaet (vedlegg 4). Spørreskjemaet ba ikke om informasjon som direkte eller indirekte kunne identifisere enkeltpersoner. Under ingen omstendigheter var vi i kontakt med helsepersonell som ble bedt om å delta i undersøkelsen.
2. Vi benyttet UiT Nettskjema (gjennom UiO) som har lagret og håndtert data anonymt. Prosjektet skal etter planen avsluttes juni 2022, og datamaterialet skal slettes innen prosjektslutt.
3. Vi har ikke registrert noen navn eller personidentifiserende bakgrunnsopplysninger i datamaterialet.

3.2 Spørreskjemaundersøkelsen

For å besvare forskningsspørsmålet søkte vi å utforme et spørreskjema med spørsmål som kunne gi oss direkte svar på hvordan deinfibulering blir gjennomført i praksis. Vi ønsket også at spørreskjemaet skulle kunne gi oss noe svar på hvem som utførte inngrepet, uten at det brøt med anonymiteten i studien. Vi valgte derfor å inkludere noen bakgrunnsopplysninger i undersøkelsen, slik som yrke, opplæring og tidligere erfaringer med deinfibulering. Av hensyn til deltakeren og for å øke sjansen for respons la vi vekt på at spørreundersøkelsen skulle være lite omfattende og minimalt tidkrevende.

Utarbeidelsen av spørreskjemaet startet i februar 2021 og etter mange revideringer og pilotering var det ferdigstilt i oktober 2021. For å avdekke eventuelt irrelevante eller uforståelige spørsmål gjennomførte vi en pilot med fire personer med helsefaglig bakgrunn: én gynekolog og tre leger med andre spesialiseringer. Disse personene ble rekruttert av veileder fra hennes nettverk av kolleger med helsefaglig bakgrunn. Disse fire ga konstruktive tilbakemeldinger og forslag til endringer av spørreskjemaet. Vi vurderte alle innspillene og implementerte de fleste. Vi utarbeidet deretter spørreskjemaet elektronisk via UiO sin nettside

«nettskjema.no». Spørreskjemaet inneholdt spørsmål om yrke, erfaring, informasjon gitt til kvinner, bruk av verktøy, anestesi, operasjonstid osv. (vedlegg 4). Totalt inneholdte spørreskjemaet 16 spørsmål fordelt på følgende tema:

1. Bakgrunnsinformasjon (6 spørsmål)
2. Utførelse av inngrepet (8 spørsmål)
3. Kunnskap og personlig syn på tema (2 spørsmål)

I tillegg ønsket vi at deltakeren utdypet noen av svarene sine, og vi inkluderte derfor noen åpne spørsmål. Av de 16 spørsmålene var 11 av dem flervalgsspørsmål, 3 var skalerte spørsmål og 2 var åpne spørsmål med mulighet for å komme med kvalitative beskrivelser. Noen av flervalgsspørsmålene kunne bare besvares med ett svar (fra nedtrekksmeny), mens andre kunne besvares med flere avkryssningssvar.

3.3 Beskrivelse av studiepopulasjonen og rekruttering av deltakere

Studiepopulasjonen består av helsepersonell som utfører deinfibulering på norske sykehus. Rekruttering av helsepersonell foregikk ved at vi tok kontakt med overordnede på kvinneklinikker og fødeavdelinger, som f.eks. avdelingsledere, ved de seks universitetssykehusene i Norge samt andre sykehus med kvinneklinikker eller fødeavdelinger. Etter samtykke om deltakelse videresendte overordnede ved disse avdelingene deretter en e-post med informasjon og lenke til spørreskjemaet til alle de relevante ansatte ved den gitte klinikken eller avdelingen. Relevante ansatte har vært gynekologer, jordmødre eller leger i spesialisering (LIS) som utfører eller har utført en deinfibulering de siste to årene. Vi har valgt å rekruttere helsepersonell på denne måten for å kunne bevare anonymiteten i studien, og har slik unngått å være i direkte kontakt med deltakerne i spørreskjemaundersøkelsen.

Vi tok kontakt med til sammen 53 kvinneklinikker og avdelinger i forbindelse med rekruttering av helsepersonell. De utvalgte klinikkene og avdelingen som ble kontaktet ble hentet fra en oversikt over fødesteder i Norge laget av Helse- og omsorgsdepartementet (15). Av disse var det 29 klinikker og avdelinger som svarte positivt på forespørselen, og som

derfor mottok spørreskjemaundersøkelsen (Tabell 1). De resterende 24 klinikkene og avdelingene responderte enten med avslag (14), hadde ikke lenger et fødetilbud (4), eller var vanskelig å oppnå kontakt med (6). Den hyppigste årsaken til avslag til deltagelse var at den gitte klinikken eller avdelingen ikke praktiserer deinfibulering grunnet ingen eller få tilfeller av kvinner med KKL. Ved disse få tilfellene vil pasienten bli overført til et større sykehus i nærheten med større kompetanse på feltet.

Spørreskjemaet var åpent i tidsrommet 01.11.21 til 29.04.22, og alle leverte svar ble lagret i nettskjema. Klinikken og avdelingene ble kontaktet fortløpende i denne perioden, og det ble sendt jevnlig påminnelser om å besvare spørreskjemaet.

Sykehus som fikk tilsendt spørreskjemaundersøkelsen:
Klinikk Hammerfest, fødeavdeling
UNN Tromsø, kvinneklinikk
UNN Harstad, fødeavdeling
UNN Narvik, fødeavdeling
Fødestua i Midt-Troms, Finnsnes
Bodø, kvinneklinikk
Vesterålen, Stokmarknes, fødeavdeling
St. Olav, kvinneklinikk
Sykehuset Levanger, fødeavdeling
Ålesund sjukehus, kvinneklinikk
Ullevål universitetssykehus HF (Oslo), kvinneklinikk
Sykehuset Østfold HF (Fredrikstad), kvinneklinikk
Sykehuset Asker og Bærum HF (Rud), fødeavdeling
Rikshospitalet HF (Oslo), kvinneklinikk
Sykehuset Vestfold (Tønsberg), kvinneklinikk
Kristiansand, kvinneklinikk
Arendal, fødeavdeling
Sykehuset Buskerud HF (Drammen), kvinneklinikk
Sykehuset Telemark HF (Skien), kvinneklinikk
Lillehammer, fødeavdeling
Elverum, fødeavdeling
Gjøvik, fødeavdeling
Kongsvinger, fødeavdeling
Ringerike sykehus (Hønefoss), fødeavdeling
Kongsberg, fødeavdeling
Haukeland universitetssykehus (Bergen), kvinneklinikk
Voss sjukehus, fødeavdeling
Stavanger universitetssykehus, kvinneklinikk
Stord sjukehus, fødeavdeling

Tabell 1: Sykehus som fikk tilsendt spørreskjemaundersøkelsen.

3.4 Inklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene for helsepersonellet var at de 1) har hel- eller deltidsstilling ved et sykehus i Norge som gjennomfører deinfibulering, 2) har utført minst én deinfibulering i løpet av de siste to årene, og 3) kan forstå og lese norsk. Disse kriteriene ble presentert i e-posten som deltakerne mottok, samt gjentatt i informasjonsdelen av spørreskjemaet. Det var ikke behov for å ekskludere noen av deltakerne i undersøkelsen.

3.5 Analyser

Etter at all data var samlet inn ble svarene lastet ned fra «nettskjema.no» og overført til et Excel-regneark. Data ble herfra overført til programvaren «Social Sciences Statistical Package» (SPSS), versjon 28.0.0.0, hvor vi gjennomførte analyser på de kvantitative svarene. Da dette var en beskrivende studie, utførte vi hovedsakelig deskriptive analyser, men også noen statistiske analyser. I SPSS utførte vi deskriptiv statistikk, slik som gjennomsnitt og standardavvik til de sentrale variablene, og vi utforsket resultater med krysstabeller. Deskriptive funn ble videre også presentert i tabeller. Vi utførte også noen analyser med kjikvadrattest for kategorisk data, for å undersøke om det var statistisk signifikant forskjell ($p < 0,05$) i svar fra jordmødre og gynekologer.

Mens vi analyserte de kvantitative svarene i SPSS kopierte vi svarene for de to åpne spørsmålene (mulighet for å skrive inn egen tekst) inn i et Word-dokument. Her ble svarene gjennomgått systematisk og tekst som potensielt kunne indikere hvor respondenten var eller hadde vært ansatt ble fjernet. Svarene fra disse åpne spørsmålene har blitt brukt til å styrke og bygge opp under resultatene fra de lukkede spørsmålene med samme tematikk.

3.5.1 Variabler

Dette er en beskrivende studie med en variasjon av ulike typer variabler. Alle utenom de åpne spørsmålene fungerte som egne variabler, enten kontinuerlige, diktome eller diskrete. For flervalgsspørsmålene med mulighet for å velge kun ett svar, kodet vi spørsmålet som en egen variabel og de ulike svaralternativene som verdier. Fire flervalgsspørsmål ga mulighet for å krysse av for flere svar. Disse flervalgsspørsmålene ble lagt inn i SPSS med hvert

svaralternativ som en egen variabel. Avkrysning av et svaralternativ ble kodet som 0=ikke valgt og 1=valgt. For fire spørsmål ble variablene som representerte hvert svaralternativ definert i SPSS under funksjonen «Define Multiple Respons Sets». Ved hjelp av denne funksjonen slo vi sammen variablene som tilhørte samme spørsmål slik at de kunne analyseres på samme måte som de resterende spørsmålene.

4 Resultater

4.1 Beskrivelse av studiedeltakerne

Totalt svarte 28 helsepersonell på spørreundersøkelsen. Det var kun én LIS som svarte på spørreskjemaet; vi valgte derfor å kategorisere denne deltakeren som «gynekolog». Årsaken til dette er at en LIS i denne sammenheng vil være i forløpet til å bli gynekolog, og vil derfor ha lignende arbeidsoppgaver og pasientkontakt som gynekologer har. Respondentene besto dermed av 16 gynekologer (57,1 %) og 12 jordmødre (42,9 %) (Tabell 2). Vi ga hver deltaker et ID-nr (fra 1 til 28).

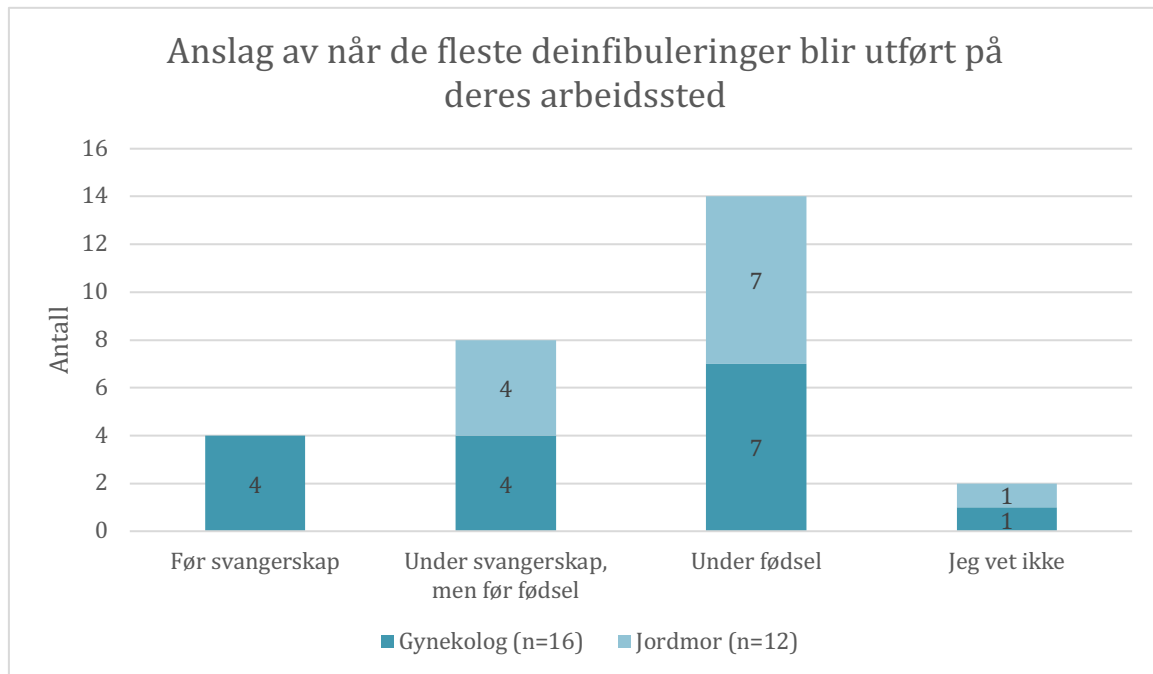
	Antall	Prosent
Yrke		
Gynekolog	16	57,1
Jordmor	12	42,9
Gjennomsnittlig antall utførte deinfibuleringer totalt	29,6 (SD=74,6)	
Gynekolog	47,8 (SD=95,8)	
Jordmor	5,3 (SD=5,2)	
Gjennomsnittlig antall utførte deinfibuleiringer siste året	2,4 (SD=4,7)	
Antall som har hatt opplæring i deinfibulering	24	85,6

Tabell 2: Beskrivelse av deltakerne (N=28).

4.2 Tidspunkt for deinfibuleringen

Vi spurte respondentene om når de ville anslå at de fleste deinfibuleringer utføres på deres arbeidssted. Svaralternativene for tidspunkt var «før svangerskap», «under svangerskap, men før fødsel» og «under fødsel». To respondenter, heriblant én gynekolog og én jordmor, svarte at de ikke visste når de fleste deinfibuleringer skjer på deres arbeidssted. De ble derfor ekskludert fra utvalget for videre analyse av deinfibuleringstidspunkt.

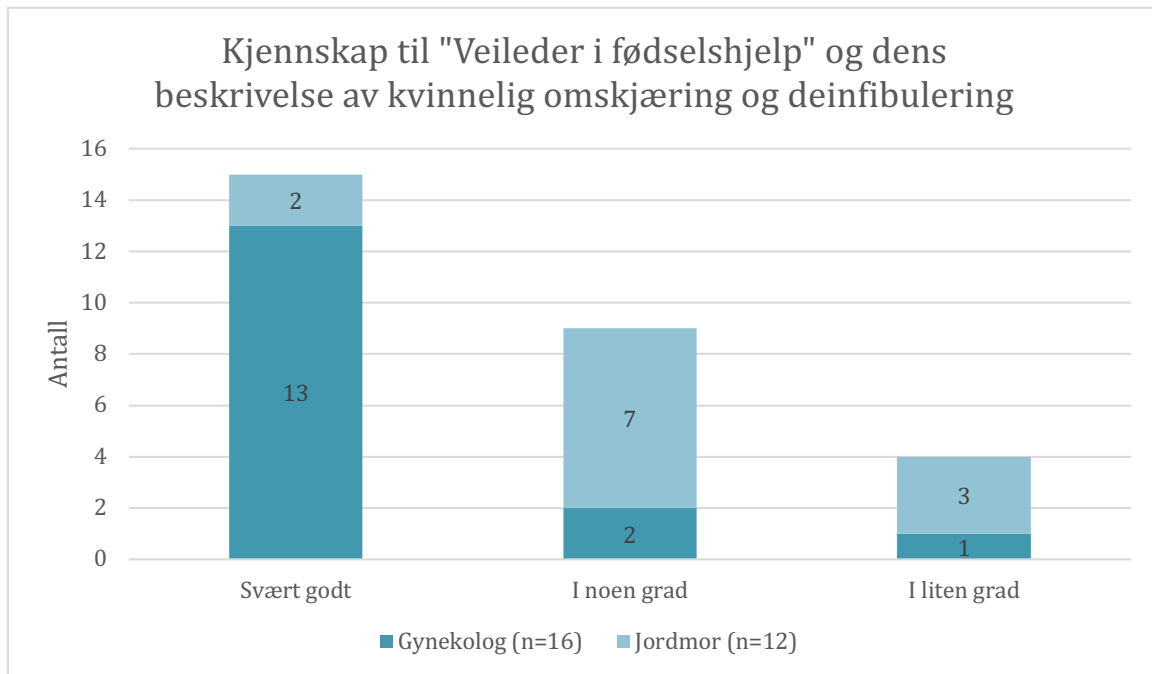
De fleste, 14 respondenter (53,8 %), mente at de fleste deinfibuleringene på deres arbeidssted skjer under fødsel (Figur 3). Åtte (30,8 %) mente at de fleste deinfibuleringene skjer under svangerskap men før fødsel, mens fire (15,4 %) mente at de fleste deinfibuleringene skjer før svangerskap. Det var ikke signifikant forskjell mellom yrkene (jordmødre og gynekologer) mht. tidspunkt for utførelse av deinfibuleringer ($P=0,321$).



Figur 3: Tidspunkt når de fleste deinfibuleringer blir utført på de ulike respondentenes arbeidssted.

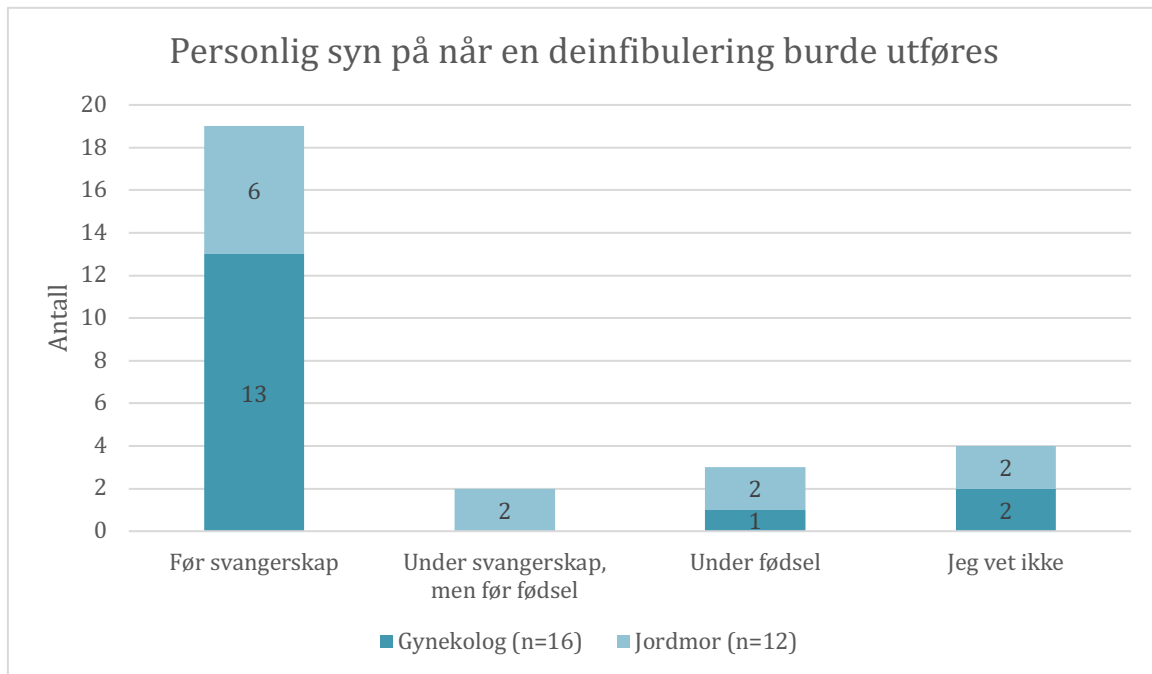
4.3 Kjennskap til «Veileder i fødselshjelp» og helsepersonells personlige syn

Vi spurte respondentene om hvor godt de er kjent med Norsk gynekologisk forenings «Veileder i fødselshjelp» og dens beskrivelse av kvinnelig omskjæring, kjønnslemlestelse og deinfibulering. Svaralternativene for grad av kjennskap til veilederen var svært godt, i noen grad, i liten grad, dårlig og ikke i det hele tatt. Litt over halvparten av 28 respondenter (53,6 %) kjente svært godt til «Veileder i fødselshjelp» og dens beskrivelse av deinfibulering osv. (Figur 4), heriblant 13 gynekologer og to jordmødre. Ni respondenter (32,1 %) kjente i noen grad til veilederen og fire (14,3 %) kjente i liten grad til den. De fleste gynekologer (81,3 %) kjente altså svært godt til veilederen, mens kun 16,7 % av jordmødre hadde svært god kjennskap. Det var signifikant forskjell mellom jordmødre og gynekologer mht. grad av kjennskap til veilederen ($P=0,003$).



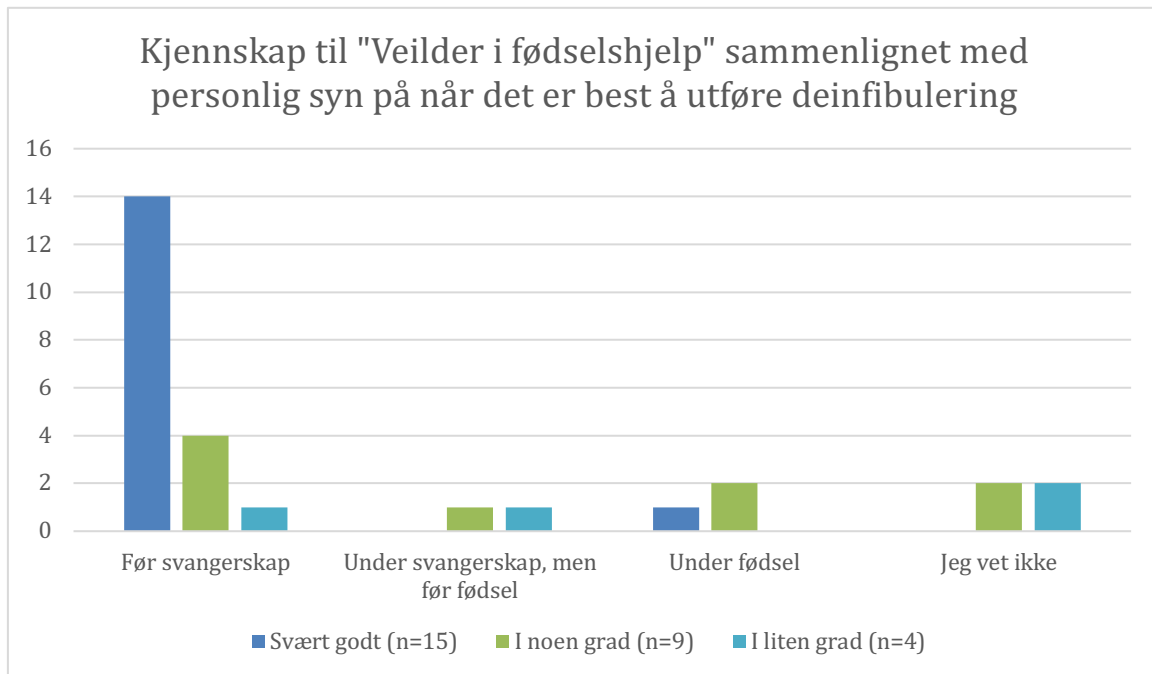
Figur 4: Respondentenes kjennskap til «Veileder i fødselshjelp» og dens beskrivelse av kvinnelig omskjæring og deinfibulering.

Vi spurte respondentene om hva som er deres personlige syn på når det er best å utføre en deinfibulering. Svaralternativene for tidspunkt var «før svangerskap», «under svangerskap, men før fødsel» og «under fødsel». De fleste, 19 respondenter (67,9 %), mente at beste tidspunkt for utføre deinfibulering er før svangerskap (Figur 5). Fire respondenter (14,3 %) visste ikke hva de syntes var det beste tidspunktet for deinfibulering, tre respondenter (10,7 %) mente det beste er at inngrepet utføres under fødsel, og to respondenter (7,1 %) mente at det beste er å utføre inngrepet under svangerskap men før fødsel. 81,3 % av gynekologer og 50 % av jordmødre mente det beste tidspunktet for en deinfibulering er før svangerskap.



Figur 5: Respondentenes personlige syn på når det er best å utføre en deinfibulering.

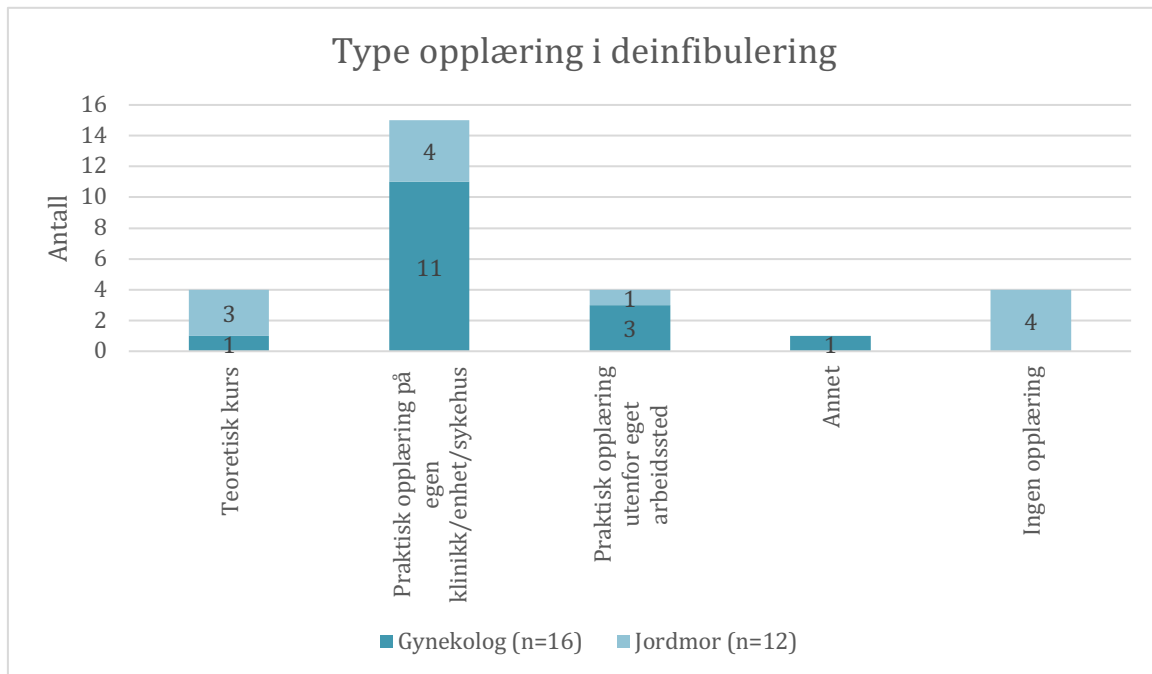
Vi ønsket å se om det var noen sammenheng mellom respondentenes kjennskap til «Veileder i fødselshjelp» og dens beskrivelse av deinfibulering, og deres personlige syn på beste tidspunkt for inngrepet (Figur 6). Nesten alle av de som kjente svært godt til veilederen (93,3 %) syntes personlig at beste tidspunkt for å utføre deinfibulering er før svangerskap. Blant de respondentene som var mindre kjent med veilederen, og som kun i noen eller liten grad kjente til dets innhold om deinfibulering osv., var synet på beste tidspunktet mer spredt. 50 % av de som i liten grad kjente til veilederen visste ikke hva de syntes var beste tidspunkt for deinfibulering. Kun én av 15 av de som kjente svært godt til veilederen mente at det beste tidspunktet for deinfibulering er under fødsel.



Figur 6: Sammenligning av respondentenes kjennskap til «Veileder i fødselshjelp» og deres personlige syn på beste tidspunkt for en deinfibulering.

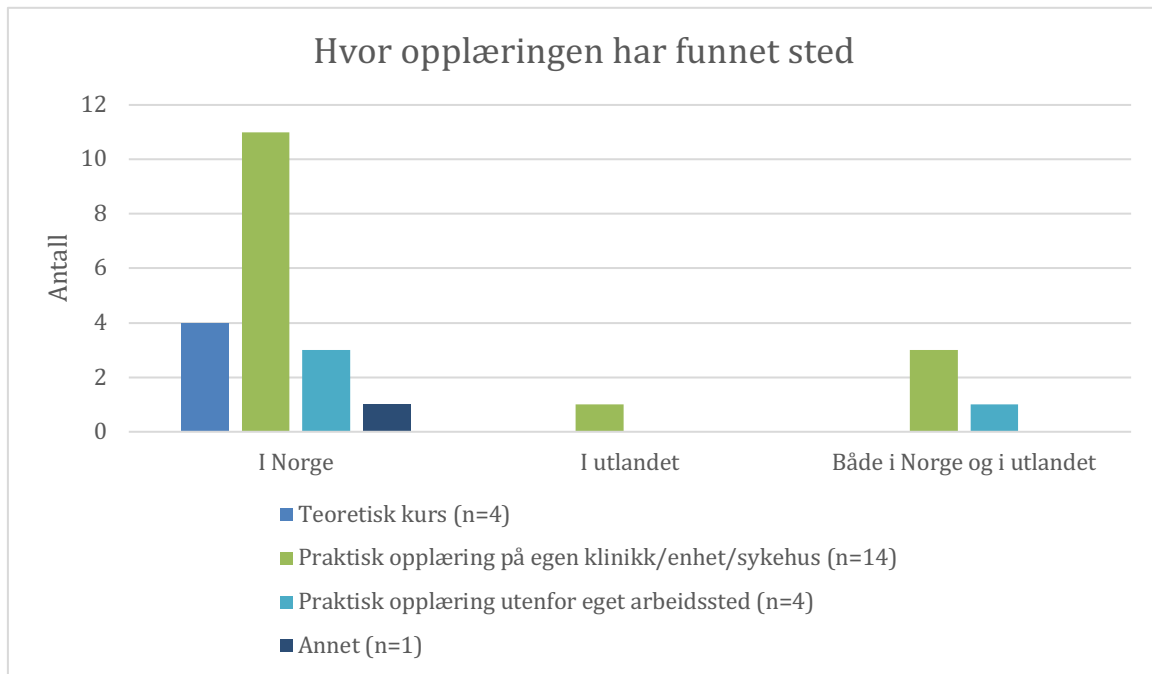
4.4 Opplæring i deinfibulering

Vi spurte respondentene om hvilken opplæring i deinfibulering de har hatt, enten som etterutdanning eller som ledd i deres spesialisering. Svaralternativene var «teoretisk kurs», «praktisk opplæring på egen klinikk/enhet/sykehus», «praktisk opplæring utenfor eget arbeidssted», «ingen opplæring» og «annet» (Figur 7). Litt over halvparten av 28 respondenter (53,6 %) har fått opplæring på eget arbeidssted, heriblant 68,8 % av gynekologer og 33,3 % av jordmødre. Fire respondenter (14,3%) har fått teoretisk kurs, fire (14,3%) har fått praktisk opplæring utenfor eget arbeidssted, fire (14,3%) har ikke fått noen opplæring i det hele tatt, og én (3,6%) har fått en annen type opplæring enn foreslått i svaralternativene. Det var en signifikant forskjell mellom yrkene når det kom til hvilken opplæring de har fått ($p=0,042$).



Figur 7: Viser en fordeling av respondentenes opplæring i deinfibulering.

Vi spurte respondentene om hvor de har hatt opplæringen. Svaralternativene var «i Norge», «i utlandet», «både i Norge og i utlandet» og «ikke aktuelt da jeg ikke har hatt noen opplæring». De fleste (79,2 %) av respondentene som har fått opplæring har hatt den i Norge, uavhengig av hvilken type opplæring de har fått (Figur 8). De som har hatt opplæring i utlandet (20,8 %) har fått praktisk opplæring.



Figur 8: Hvor de ulike typene opplæring har funnet sted.

Respondentene fikk også mulighet til å utdype og komme med et mer utfyllende svar på hvilken opplæring de har hatt i deinfibulering i et åpent spørsmål. 12 helsepersonell benyttet seg av dette (vedlegg 5). To gynekologer oppga at de var med i OK-prosjektet som var et treårig prosjekt etablert i 2001 som et ledd i regjeringens handlingsplan mot kjønnslemlestelse: «Jeg var med i OK-prosjektet og hadde derfor både den teoretiske, kulturelle og sosiologiske opplæringen, og senere en av få gynekologer som gjør inngrepet på et [type sykehus].». En annen gynekolog oppga å ha deltatt i en kompetansegruppe for kvinnelig omskjæring og deinfibulering der de reiste for å observere praksisen i utlandet.

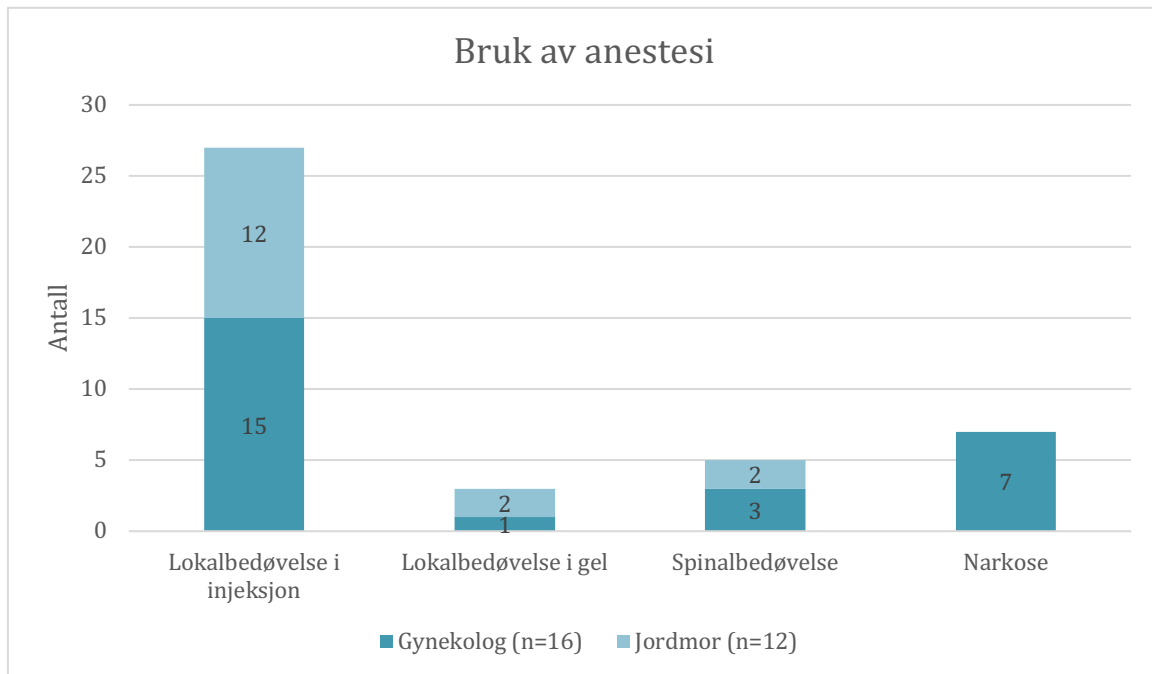
To gynekologer fortalte om hvilken opplæring de hadde hatt i utlandet: «Jeg har selv jobbet i høyendemiske afrikanske land hvor det utføres FGM (female genital mutilation) og behandling av komplikasjoner.» og «Jeg har hatt opplæring under spesialistutdanning i Sverige.». Flere fortalte at de har lært hvordan inngrepet skal utføres gjennom observasjon av kollega: «Har fått muntlig info om hvordan man skal utføre det, samt sett andre utført det.» og «Ingen direkte opplæring, men sett det utført under fødsel». To jordmødre fortalte at det var en del av jordmorutdanningen deres: «Jordmorutdanningen og som jordmorstudent på [navn på sykehus] i 2001.» og «Det har vært tema på jordmorhøyskolen (under utdanning) og

på kurs jeg har deltatt på. Men det er lenge siden siste kurs/forelesning om temaet.» En jordmor fortalte også om hvilke erfaringer hun selv hadde tilegnet seg etter hvert: «Jeg har erfart å bruke vaselinkompresser etter at seglet er åpnet og suturert for å hindre sammengroing. Jeg har også satt LoFric-kateter i uretra, de gangene omskjæring/rifter har nødvendiggjort suturering der.»

4.5 Bruk av anestesi

Vi spurte respondentene om hvilke(n) type(er) anestesi de som oftest benytter for deinfibulering. Hvis de som oftest benytter seg av flere ulike anestesityper under én og samme deinfibulering kunne de sette flere kryss. Alternativene for anestesi var «lokanestesi i form av injeksjon», «lokanestesi i form av gel», «spinalanestesi» og «narkose».

Alle respondentene svarte at de som oftest bruker en form for anestesi under deinfibuleringen (se Figur 9), og 11 av dem (39,3 %) bruker en kombinasjon av flere typer. 27 respondenter (96,4 %) brukte lokalanestesi i form av injeksjon (f.eks. Lidocain) under inngrepet. Av disse er det 11 respondenter (40,7 %) som brukte lokalbedøvelse i injeksjon i kombinasjon med en annen form for anestesi, mens de resterende respondentene (59,3 %) som oftest brukte det som eneste anestesiform. Én gynekolog og to jordmødre brukte lokalanestesi i injeksjon som oftest i kombinasjon med lokalbedøvelse i gel (f.eks. Xylocain), tre gynekologer brukte det som oftest i kombinasjon med spinalanestesi og narkose, tre gynekologer brukte det som oftest i kombinasjon med kun narkose og to jordmødre brukte det som oftest i kombinasjon med spinalanestesi (f.eks. epidural eller annen nerveblokkade). Det var kun én gynekolog som vanligvis brukte narkose som eneste anestesiform, og de resterende anestesiformene ble som oftest ikke brukt alene blant utvalget.

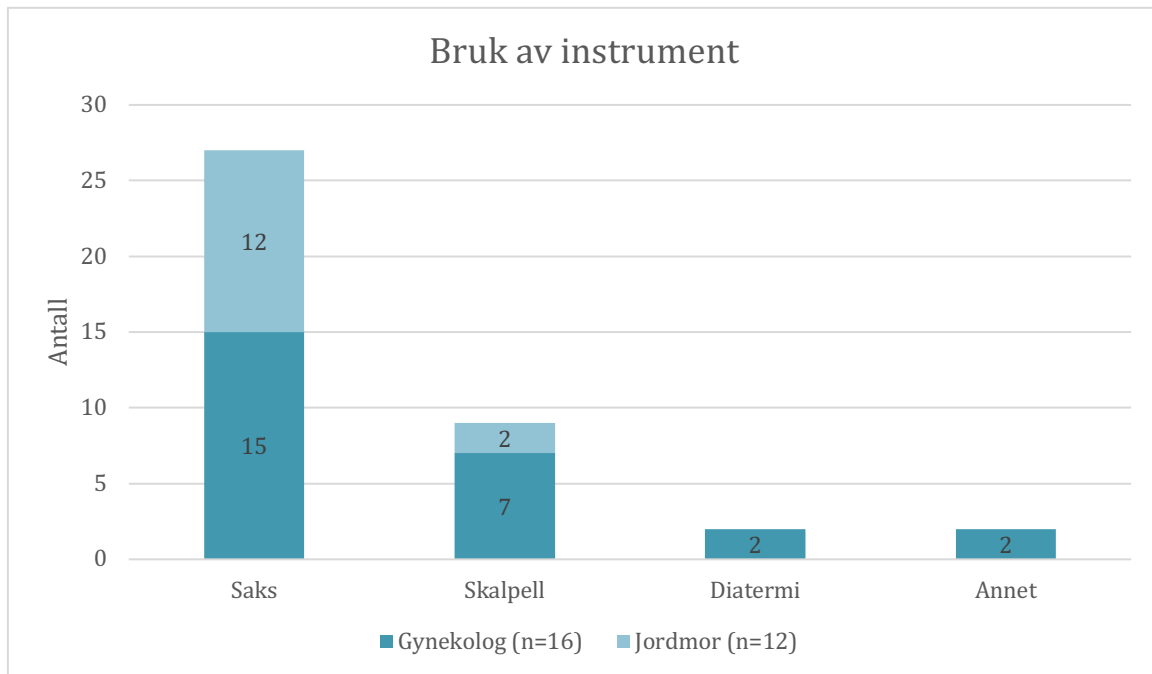


Figur 9: Anestesi respondentene bruker under inngrepet.

4.6 Bruk av instrument

Vi spurte respondentene om hvilke(t) instrument(er) de som oftest benytter for selve deinfibuleringen. Hvis de som oftest benytter seg av flere ulike instrumenter under en og samme deinfibulering kunne de sette flere kryss. Svaralternativene for instrument var «saks», «skalpell», «diatermi» og «annet».

27 av 28 respondenter (96,4%) brukte saks under deinfibuleringen (Figur 10). Av disse var det ti respondenter (37%), heriblant åtte gynekologer og to jordmødre, som kombinerte saks med andre instrument. 80% av respondentene som vanligvis benyttet flere instrumenter kombinerte saks og skalpell. Andre kombinasjoner med saks var diatermi, men det ser ut til å være mindre benyttet da kun to gynekologer i studien kombinerte disse instrumentene. Ingen av respondentene brukte diatermi som eneste instrument. Ni helsepersonell (32%) brukte skalpell under deinfibuleringen, heriblant syv gynekologer og to jordmødre. Åtte av dem (88,9%) brukte det i kombinasjon med saks.

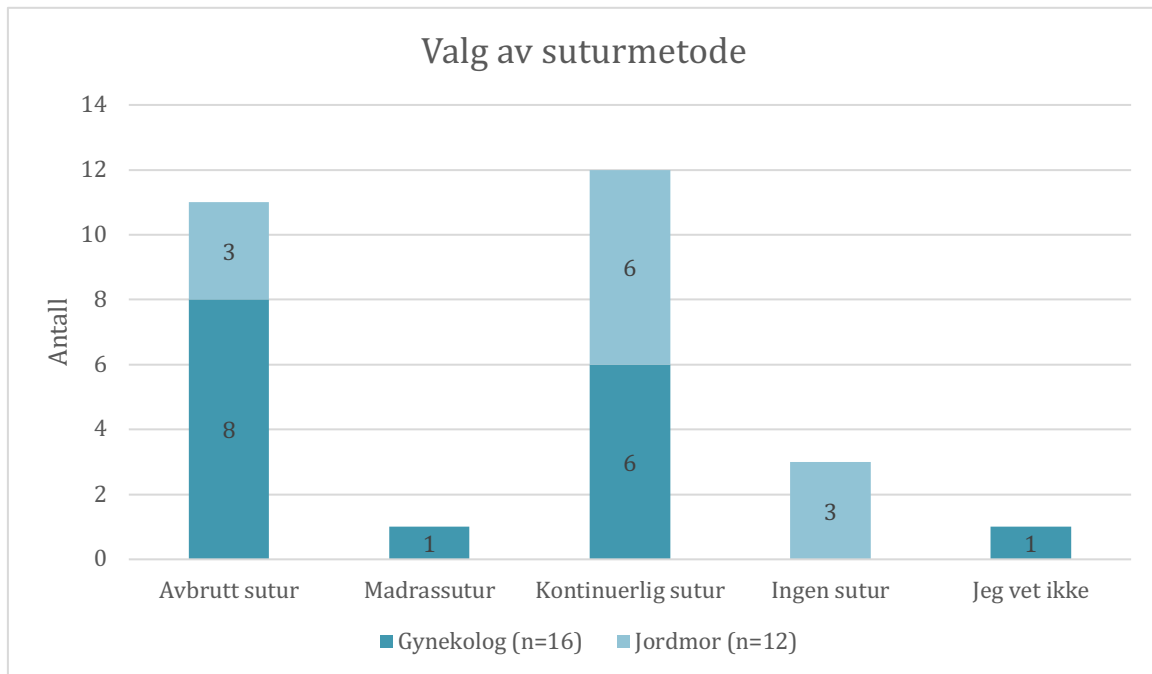


Figur 10: Instrument respondentene bruker under inngrepet.

4.7 Suturmetode

Vi spurte respondentene om hvilken suturmetode de som oftest benytter under deinfibuleringen. Alternativene for suturmetode var «avbrutt sutur», «madrassutur», «kontinuerlig sutur» og «ingen sutur». Det var én gynekolog som ikke visste hvilken suturmetode som oftest ble benyttet, og ble derfor ekskludert fra utvalget for videre analyse av suturmetode.

De fleste, 24 respondenter (88,9 %), brukte sutur under deinfibuleringen (Figur 11). Tre respondenter, alle var jordmødre, brukte som oftest ikke sutur. Litt under halvparten av respondentene (44,4 %) brukte kontinuerlig sutur, 40,7 % brukte avbrutt sutur og 3,7 % brukte madrassutur. Litt over halvparten av gynekologer (53,3%) brukte oftest avbrutt sutur, og 50% av jordmødre brukte kontinuerlig sutur. Det var ikke signifikant forskjell mellom yrkene mht. bruk av suturmetode ($P=0,145$).



Figur 11: Suturmetoder respondentene bruker under inngrepet.

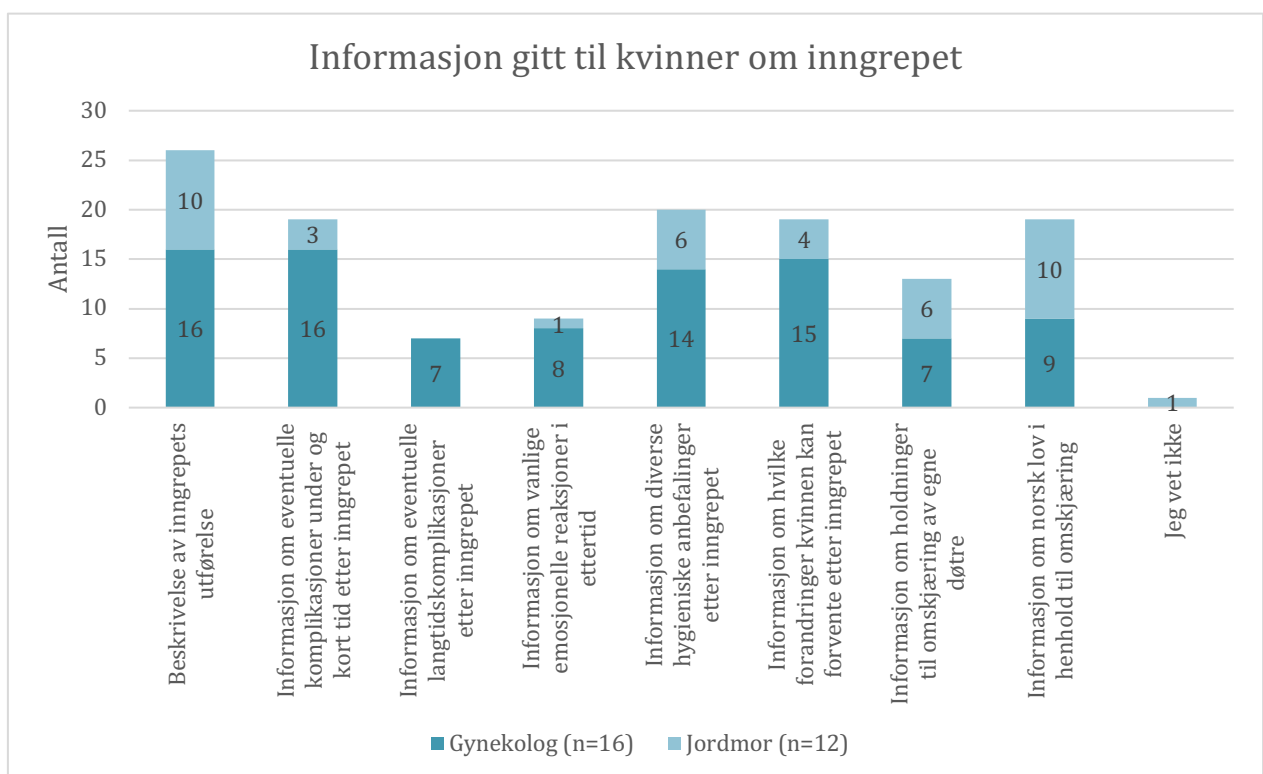
4.8 Tidsbruk

Vi spurte respondentene om hvor lang tid (i minutter) de vil estimere at et gjennomsnittlig inngrep tar, og at de ikke skulle regne med tiden det tar å legge anestesi. Det gjennomsnittlige antallet minutter for en deinfibulering var 11,5 minutter (SD=8,6). For gynekologer var gjennomsnittet 13,9 minutter (SD=6,0), og for jordmødre var gjennomsnittet 8,4 minutter (SD=10,6).

4.9 Forhåndsinformasjon om inngrepet

Vi spurte respondentene om hvilken informasjon kvinnene får om inngrepet på forhånd. Respondentene kunne sette flere kryss om de gir informasjon om mer enn ett av svaralternativene i spørreskjemaet (vedlegg 4). Det var én jordmor som ikke visste hvilken informasjon som blir gitt, og ble derfor ekskludert fra utvalget for videre analyse av informasjon.

De aller fleste av de 27 respondentene (92,6%) ga informasjon om flere enn ett svaralternativ. 96,3% av utvalget ga en beskrivelse av inngrepets utførelse (Figur 12), 74,1% ga informasjon om diverse hygieniske anbefalinger etter inngrepet, 70,4% ga informasjon om eventuelle komplikasjoner under og kort tid etter inngrepet, 70,4% ga informasjon om hvilke forandringer kvinnen kan forvente etter inngrepet, 70,4% ga informasjon om norsk lov i henhold til omskjæring, 48,1% ga informasjon om holdninger til omskjæring av egne døtre, 33,3% ga informasjon om vanlige emosjonelle reaksjoner i ettertid, og 25,9% ga informasjon om eventuelle langtidskomplikasjoner etter inngrepet. Alle gynekologer ga informasjon om mellom fire og åtte av alternativene, mens jordmødre ga informasjon om mellom én og seks.

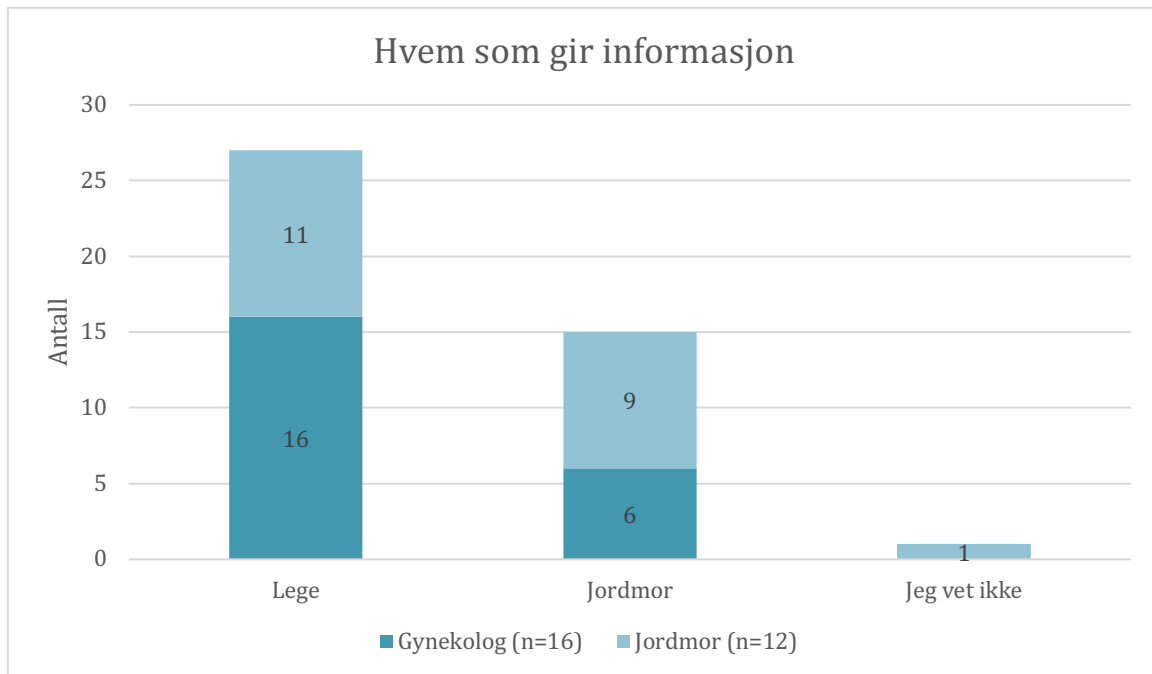


Figur 12: Informasjon som blir gitt til kvinner om inngrepet.

Respondentene fikk også mulighet til å utdype og komme med et mer utfyllende svar på hvilken informasjon som blir gitt til kvinnene før inngrepet i et tekstsvaer. Sju helsepersonell benyttet seg av dette (vedlegg 6). Flere av respondentene oppga at de bruker tolk hvis nødvendig, og at de benytter seg av plansjer og brosjyrer som de gjerne har på flere språk: «Vi går gjennom på skisser både anatomi og selve inngrepet. Bruker telefon eller oppmøtetolk», «Vi har utformet et informasjonsskriv som er oversatt til flere språk, i tillegg til samtale» og «Bruker oftest telefontolk. Bruker plansjer og viser til brosjyrene fra NKVTS på forskjellige

språk.» Angående informasjon om mulige komplikasjoner skrev en gynekolog: «*De informeres ved journalopptak dersom de kommer for defibulering før planlagt svangerskap eller vansker med å utføre samleie. De informeres om inngrepets art og mulige komplikasjoner under inngrepet som blødninger, skader på omkringliggende vev, smerter, etter inngrepet. De informeres om kortsiktige komplikasjoner som infeksjon, reblødning, sammenvoksinger, dannelse av keloid, retensjonscyster, urinveisinfeksjon, og langsiktige komplikasjoner som risiko for perineale rifter ved fødsel, arr og fisteldannelser.»* En gynekolog fortalte også at det tas en samtale om hvorvidt kvinnen ønsker at det frilegges rundt klitoris: «*Jeg pleier å diskutere om det ønskes at man frilegger rundt klitoris. Stort sett anbefaler jeg det ikke ved deinfibulering i først omgang, heller at man kan gjøre dette ved behov ved en senere anledning.»*

Vi spurte respondentene om hvem på klinikken/avdelingen som gir informasjon til kvinnene om inngrepet. Alternativene var «lege», «jordmor», «sykepleier» og «annet helsepersonell». Respondentene kunne sette flere kryss om det er flere enn én av alternativene som gir informasjon. Én jordmor oppga at vedkommende ikke visste hvem som gir informasjon på deres klinikk/avdeling (Figur 13). 15 (55,6%) av de som visste hvem som ga informasjon på deres klinikk/avdeling, oppga at både lege og jordmor gir informasjon. De resterende respondentene oppga at kun lege gir informasjon.



Figur 13: Hvem som gir informasjon til kvinnene på avdelingen/klinikken som respondentene arbeider.

5 Diskusjon

Denne studien søkte å finne svar på hvordan deinfibulering praktiseres blant helsepersonell i Norge. Hvordan deinfibulering praktiseres innebærer mer enn kun selve utførelsen av den kirurgiske delen av inngrepet. Det innebærer også hvilken informasjon kvinnene får på forhånd slik at de har forutsetninger for å ta et opplyst og informativt valg, og ikke minst hvem som utfører inngrepene og hva de besitter av opplæring og kunnskap. I denne studien fant vi at det er gynekologene i utvalget som i gjennomsnitt hadde utført flest deinfibuleringer totalt (47,8 (SD=95,8)), men det er likevel ikke en ukjent problemstilling for jordmødre å møte på under fødsel da jordmødre i gjennomsnitt hadde utført 5,3 (SD=5,2) deinfibuleringer totalt. Blant helsepersonell i vårt utvalg utføres de fleste deinfibuleringer på deres arbeidssted i forbindelse med svangerskap (84,6 %), enten før (30,8 %) eller under fødsel (53,8 %). Studien viste at de fleste (85,6 %) hadde fått opplæring i deinfibulering, men det var en signifikant forskjell mellom yrkene når det kom til hvilken opplæring de hadde fått. I tillegg var det kun jordmødre (33,3 %) som oppga at de ikke hadde fått noen form for opplæring. Det var også signifikant forskjell mellom jordmødre og gynekologer mht. grad av kjennskap til Veileder i fødselshjelp og dens beskrivelse av deinfibulering; de fleste gynekologer kjente til den svært godt mens de fleste jordmødre kjente til den i noen eller i liten grad. Ved selve

utførelsen av deinfibuleringer, mht. anestesi, instrument og sutur, følger de fleste gynekologer og jordmødre retningslinjer og anbefalinger fra Veileder i fødselshjelp, med unntak av 25% av jordmødre, som oppgir at de som oftest ikke bruke sutur. Resultatene viser også at gynekologene i vårt utvalg som oftest gir mer informasjon til kvinner om inngrepet på forhånd enn jordmødrene.

5.1 Tidspunkt for deinfibulering og anbefalinger i Norge

Blant helsepersonell i vårt utvalg utføres de fleste deinfibuleringer på deres arbeidssted i forbindelse med svangerskap (84,6%), enten før eller under fødsel. Dette stemmer overens med studien utført av Taraldsen m.fl. (6) som viste at de fleste (tre av fire) deinfibuleringer i perioden 2004-15 skjedde under svangerskap. Til sammenligning angir Norsk gynekologisk forenings Veileder i fødselshjelp (2020) at det åpne inngrepet med fordel utføres før svangerskap, men at det også kan utføres i svangerskap eller under fødsel.

Mange kvinner med KKL foretrekker at deinfibuleringen gjøres under fødsel framfor i svangerskapet (6;11), og Veilederen i gynekologi og fødselshjelp anbefaler at det legges vekt på kvinnens egne ønsker (10;13). Imidlertid mener de fleste av respondentene i vårt utvalg (67,9 %) at det beste tidspunktet for deinfibulering er før svangerskap. De fleste helsepersonell i vårt utvalg (53,6%) kjenner svært godt til Veileder i fødselshjelp og dens beskrivelse av KKL og deinfibulering, og ingen oppga at de kjente til den dårlig eller ikke i det hele tatt. Dette kan være en av forklaringene til at de fleste helsepersonell mener at «før svangerskap» er det beste tidspunktet for en deinfibulering, da veilederen angir at det er et fordelaktig tidspunkt. Vi ønsket å se nærmere på om det var noen sammenheng mellom kjennskap til veilederen og dens beskrivelse av deinfibulering og helsepersonells personlige syn på beste tidspunkt for inngrepet. Vi ser da at alle utenom én av de som kjenner veilederen «svært godt» synes å være enige om at «før svangerskap» er beste tidspunkt. De som er mindre kjent med veilederen, og som kun i «noen» eller «liten grad» kjenner til dets innhold om KKL og deinfibulering, synes å være mer spredt i deres syn på når det beste tidspunktet er.

Det var kun 15,4 % av helsepersonell, heriblant kun gynekologer, som anslo at de fleste deinfibuleringer på deres arbeidssted utføres før svangerskap. En årsak til den lave prosentandelen kan være at medianalderen ved første konsultasjon er høy og at omtrent halvparten (46 %) av kvinnene som undersøkes for KKL ved poliklinikkene er gravide (6). Mange kvinner med KKL venter lenge med å kontakte helsevesenet angående sine plager, og studien av Taraldsen m.fl. fra Norge fant en medianalder ved første konsultasjon på 26 år (6). Ofte henvises de til behandling først i forbindelse med svangerskapskontroller (6), og årsaken til dette og den høye medianalderen kan være manglende kjennskap til behandlingstilbud hos kvinner med KKL og den lave sosiale aksepten for deinfibulering utenfor svangerskap og fødsel (6;11;16). En naturlig årsak til at det kun var gynekologer som oppga at de fleste deinfibuleringer skjer før svangerskap, vil da være at det er gynekologer som utfører de elektive deinfibuleringene på poliklinikkene, mens jordmødre møter på denne problematikken under fødsel.

5.2 Opplæring og kunnskap blant helsepersonell

Flere kvalitative studier rapporterer svakheter ved behandlingstilbudet for kvinner med KKL i Norge (17;18). Disse svakhetene består bl.a. av at kvinner opplever mangelfull kunnskap blant helsepersonell (18). Selv om 85,6% av utvalget i vår studie oppga å ha fått opplæring i deinfibulering, enten teoretisk kurs eller praktisk opplæring, var det 33,3 % av jordmødrene i utvalget som svarte at de ikke har fått noen form for opplæring. 81,3 % av gynekologene kjente svært godt til veilederen og dens beskrivelse av deinfibulering, mens kun 16,7 % av jordmødre rapporterte det samme.

I Norge har blant annet Det nasjonale prosjektet Omsorg og Kunnskap mot Kvinnelig omskjæring (OK-prosjektet) hatt som mål å forebygge kjønnslemlestelse og øke kompetanse blant helsepersonell gjennom kursing. Dette var et treårig prosjekt etablert i 2001 som et ledd i regjeringens handlingsplan mot kjønnslemlestelse. To gynekologer fra utvalget i vår studie fortalte at de hadde deltatt i dette prosjektet, og gjennom dette hadde fått teoretisk, kulturell og sosiologisk opplæring om KKL og deinfibulering. 14,3 % av respondentene, heriblant tre jordmødre og én gynekolog, har hatt teoretisk kurs i utførelse av deinfibulering. Flere av respondentene, både gynekologer og jordmødre, fortalte at temaet har vært en del av

spesialistutdanningen deres. Vi fant at majoriteten av respondentene (67,6 %) har fått praktisk opplæring i utførelse av deinfibulering, enten på eller utenfor eget arbeidssted. Mange oppga å ha lært hvordan inngrepet skal utføres gjennom muntlig beskjed eller observasjon av kollega under f.eks. fødsel.

De fleste av respondentene (79,2 %) har hatt opplæringen i Norge, uavhengig av hvilken type opplæring de har fått. De som har hatt opplæring i utlandet (20,8 %) har kun fått praktisk opplæring. Én gynekolog oppga å ha deltatt i en kompetansegruppe for kvinnelig omskjæring og deinfibulering, der vedkommende gjennomførte observasjon av praksisen utenfor Norge. En annen gynekolog oppga å ha erfaring fra arbeid i høyendemiske afrikanske land hvor det utføres KKL og behandling av komplikasjoner.

5.3 Anestesi, instrument og sutur - den kirurgiske utførelsen av inngrepet

Veileder i gynekologi og fødselshjelp fremlegger retningslinjer og anbefalinger for teknisk utførelse av en deinfibulering. Dette inkluderer tilstrekkelig smertelindring, et instrument for å snitte opp hudseglet og deretter sutur for å sy sårkantene på hver side. Hvilken type anestesi, instrument eller suturmetode som skal benyttes er opp til helsepersonellet som utfører inngrepet, men veilederen gir noen forslag. Studien av Taraldsen m.fl. fant at av de kvinnene som fikk behandling for KKL på poliklinikker mellom 2004-15 fikk 76 % behandling på poliklinikk i lokalbedøvelse og de resterende på dagkirurgisk. Studien fant at kun 15 % av kvinnene som fikk utført deinfibulering ble lagt i narkose, men prosentandelen varierte mellom 5% og 46% mellom sykehusene (6). Studien nevner ikke hvilke instrument eller suturmetoder som ble benyttet.

I vår studie fant vi at alle respondentene i vårt utvalg bruker en form for anestesi under deinfibuleringen, og 39,3 % bruker en kombinasjon av flere typer. Lokalanestesi i form av injeksjon, som f.eks. Lidocain, er den mest brukte anestesitypen blant utvalget (96,4 %), og 39,3 % bruker det i kombinasjon med annen anestesi. Dette samsvarer med studien av Taraldsen m.fl. der opp i mot 94 % av kvinner på enkelte sykehus fikk utført deinfibulering

på poliklinikk i lokalbedøvelse (6). Imidlertid oppgir halvparten av gynekologene (43,6 %) i vårt utvalg at de som oftest bruker narkose, enten alene eller i kombinasjon med annen type anestesi, under inngrepet.

De fleste respondentene i vårt utvalg (96,4 %) bruker saks under deinfibuleringen for å åpne hudseglet, og 37% av disse bruker det i kombinasjon med andre instrument som skalpell og diatermi. Av de som bruker flere enn ett instrument er kombinasjonen av saks og skalpell den mest brukte (80 %), og flest gynekologer benytter denne kombinasjonen. Etter at hudseglet er åpnet i midtlinjen bruker de aller fleste av respondentene (88,9 %) sutur for å sy sårkantene på hver side slik som anbefalt i veilederen. Det er omtrent like mange av respondentene som benytter seg av kontinuerlig sutur som avbrutt sutur. Hovedgrunnen til at det anbefales å sy sårkantene etter åpning er å sikre hemostase og for å unngå sammenvoksninger (2;19). Imidlertid rapporterte 25% av jordmødre at de ikke handler iht. veilederen og som oftest ikke benytter seg av noen form for sutur under deinfibuleringen. Det kan være flere årsaker til dette, bl.a. manglende opplæring i utførelse av deinfibulering, liten kjennskap til Veileder i fødselshjelp og dens anbefalinger, eller erfaringer som tilsier at det ikke alltid er nødvendig med sutur. En jordmor fortalte imidlertid om erfaring med bruk av vaselinkompresser etter at seglet er åpnet og suturert for å hindre sammengroing.

5.4 Viktigheten av informasjon kvinnene får om inngrepet på forhånd

Studier viser at reparerende inngrep etter KKL, som f.eks. deinfibulering som innebærer estetiske og fysiologiske endringer, kan skape blandede reaksjoner hos kvinnen (11). Det anbefales derfor at helsepersonell gir utfyllende informasjon til kvinnen både før og etter inngrepet. Denne samtalen burde bl.a. inneholde informasjon om hvordan et «normalt» underliv kan se ut, hvilke typer kirurgiske intervensjoner som finnes, hva kvinnen realistisk kan forvente etter et slikt inngrep, og hvilke fysiologiske forandringer og emosjonelle reaksjoner som er vanlige (10;11;13). Alt dette er viktig for at kvinnen skal kunne ta et opplyst valg, og være rustet til å møte de endringer og reaksjoner som kan forekomme.

De fleste av respondentene i vårt utvalg gir som oftest en beskrivelse av inngrepets utførelse og mange oppgir at de benytter seg av plansjer og brosjyrer som de gjerne har på flere språk. Flere fortalte at det ofte blir tatt i bruk tolk. De fleste gir informasjon om eventuelle komplikasjoner som kan oppstå under eller kort tid etter inngrepet, hvilke forandringer kvinnen kan forvente etterpå, diverse hygieniske anbefalinger og informasjon om norsk lov i henhold til omskjæring. Kun en tredjedel av respondentene oppga at de gir informasjon om vanlige emosjonelle reaksjoner i ettertid.

5.5 Implikasjoner av studien

Denne studien er basert på en liten studiepopulasjon, og fungerer dermed mer som en sondering som gir et utgangspunkt for større studier heller enn et endelig svar på forskningsspørsmålet. Resultatene bør derfor tolkes med forsiktighet, men i denne studien kan tendensene indikere et visst forbedringspotensiale og potensielle problemområder. Blant annet oppgir én av fire jordmødre at de ikke benytter sutur under deinfibuleringen. Dette er i strid med veilederen, og gir grunn til å tro at ytterligere kjennskap til veilederen og opplæring er nødvendig. I den sammenheng er det to naturlige spørsmål som reiser seg: Hvor representativt er dette funnet? Og finnes det noen negative implikasjoner av denne praksisen? Nettopp fordi det er usikkert hvor representative disse tallene er, motiverer det i desto større grad til flere og større studier for å få klarhet i hvordan disse funnene ser ut i et større utvalg. Studien understreker ytterligere hvor lite vi vet om hvordan deinfibuleringspraksisen er i Norge og hvordan den bør være.

Tendensene som denne studien indikerer reiser også naturlige sekundærspørsmål. Et av disse er f.eks. hvilke følger variasjonen i utførelsen av deinfibulering får. Dette og ovenfornevnte problemstillinger er ikke-trivielle spørsmål som riktignok ikke nødvendigvis avspeiler en problematisk realitet, men det er nettopp dette ytterlige studier bør utforske. Denne studien viser at det ser ut til å være forskjell i hvordan deinfibulering utføres mellom gynekologer og jordmødre samt hvilken opplæring de får, og en implikasjon er å utføre nye studier og utforske dette. Videre studier burde med fordel være kvantitativ og inkludere flere deltakere, med fokus på f.eks. sutur, opplæring og yrke. Videre forskningsspørsmål som burde stilles er hvilken ev. konsekvens de ulike utførelsene av deinfibulering får for pasienten, og hva som er

årsaken til at det er variasjon mellom yrkene. En slik studie vil med fordel også være kvalitativ.

Denne studien gir dermed direkte implikasjoner for videre forskning, da den reiser en rekke ytterligere forskningsspørsmål, og gir indirekte implikasjoner for praksis, da dette vil avhenge av hva videre og mer dyptgående forskning finner.

5.6 Styrker og svakheter med studien

Denne studien har både styrker og svakheter. En av studien styrker er at vi klarte å rekruttere flere av de store sykehusene med høy prevalens av kvinner med KKL som søker behandling. Dette kan vi se på det høye antallet av totalt utførte deinfibuleringer blant flere av gynekologene i utvalget. Avdelingene og klinikkene ble bedt om å rekruttere relevant helsepersonell, og man kan da anta at det er de med mest erfaring på de gitte avdelingene som har svart på undersøkelsen. En annen styrke med studien er at vi også har rekruttert mindre lokalsykehus. Dermed oppnår vi et mer helhetlig bilde av hvordan deinfibulering faktisk praktiseres på tvers av klinikker Norge. I tillegg mener vi at vi gjennom inklusjonskriteriene har sikret oss at det kun er helsepersonell med nylige erfaringer med praksisen som har deltatt, da deltakerne måtte ha utført minst én deinfibulering de siste to årene for å kunne delta. Til slutt er det viktig å understreke at dette er en studie som fyller et stort kunnskapshull, særlig nasjonalt men også internasjonalt. Det finnes få studier med kvantitativ data om deinfibulering i Norge, og en systematisk oversikt viser at det er mangelfull data om praksis rundt deinfibulering også internasjonalt (11). Enhver tilføyelse av forskning på dette området har en nytteverdi. Studier som denne bidrar også til bevisstgjøring og å sette temaet på agendaen.

Svakheter med studien er at resultatene er basert på et lite utvalg, det var kun 28 deltakere i studien, noe som gjør at man må tolke resultatene med forsiktighet og forbehold. Ettersom at det finnes lite litteratur og forskning på dette området, er det vanskelig å tolke resultatene ut ifra hvilken praksis og utførelse som er bedre enn en annen. Det beste vi kan gjøre er å tolke resultatene opp mot de eksisterende retningslinjene og anbefalingene som foreligger, som f.eks. Veileder i fødselshjelp og gynekologi. En annen svakhet med studien er at

anonymiseringen gjør det vanskelig å vite om svarprosenten i spørreundersøkelsen er høy eller lav, da vi ikke vet hvilket sykehus deltakerne hører til.

6 Konklusjon

Dette er en av få studier om praksisen rundt deinfibulering i Norge. Den indikerer at gynekologer utfører mange flere deinfibuleringer enn jordmødre og at de to yrkesgruppene tar noen ulike valg når de utfører inngrepet. Videre ser det ut til at gynekologer i noe høyere grad har fått opplæring i deinfibulering og kjenner til retningslinjene, og følger disse slik som anbefalt. Det er viktig at alle som utfører deinfibulering har god opplæring, og stiller med gode forutsetninger for å utføre en trygg og effektiv deinfibulering. Enhetlige rutiner og prosedyrer samt tilstrekkelig kunnskap og gode ferdigheter burde være et viktig mål for å sikre et godt behandlingstilbud for deinfibulering i Norge.

Denne studien avdekker et behov for mer forskning på deinfibulering i Norge, og da spesielt hvordan inngrepet utføres på tvers av yrke, opplæring, samt tilgang og kjennskap til retningslinjer og veiledningsressurser.

Referanseliste

1. Berg RC, Underland V, Odgaard-Jensen J, Fretheim A, Vist GE. Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2014;4(11):e006316. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-006316
2. WHO. WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. World Health Organization 2016.
3. FGC Types[lest]. Tilgjengelig fra: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:FGC_Types.jpg#filelinks
4. Lov om straff. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/lov/2005-05-20-28>
5. Ziyada MM, Norberg-Schulz M, Johansen REB. Estimating the magnitude of female genital mutilation/cutting in Norway: an extrapolation model. *BMC Public Health* 2016;16:110. DOI: 10.1186/s12889-016-2794-6
6. Taraldsen S, Owe KM, Bødtker AS, Bjørntvedt IW, Eide BM, Sandberg M, et al. Omskjæring hos kvinner bosatt i Norge - konsekvenser og behandling. *Tidsskriftet - den norske legeforening* 2021;(15). DOI: 10.4045/tidsskr.21.0509
7. Berg RC, Denison E. Does Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) Affect Women's Sexual Functioning? A Systematic Review of the Sexual Consequences of FGM/C. *Sexuality Research and Social Policy* 2012. DOI: 10.1007/s13178-011-0048-z
8. Berg RC, Underland V. The obstetric consequences of female genital mutilation/cutting: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol Int* 2013;2013:496564. DOI: 10.1155/2013/496564
9. Rouzi AA, Berg RC, Al-Wassia H, Alamoudi R, Hariri W, Sindi G, et al. Labour outcomes with defibulation at delivery in immigrant Somali and Sudanese women with type III female genital mutilation/cutting. *Swiss Med Wkly* 2020;150:w20326. DOI: 10.4414/smw.2020.20326
10. Flo K, Taraldsen S, Vangen S, Hoffmann R, Hagemann C, Helgadottir L, et al. Veileder i fødselshjelp (2020)2020. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselshjelp/kvinnelig-omskjaring-kjonnslernestelse-deinfibulering/>
11. Berg RC, Taraldsen S, Said MA, Sorbye IK, Vangen S. Reasons for and Experiences With Surgical Interventions for Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C): A Systematic Review. *J Sex Med* 2017;14(8):977-90. DOI: 10.1016/j.jsxm.2017.05.016
12. Austveg B. Female genital mutilation - stigma and treatment. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2019;139(12). DOI: 10.4045/tidsskr.19.0163
13. Helgadottir LB, Taraldsen S, Flo K, Vangen S, Hoffmann R, Hagemann C, et al. Veileder i gynekologi (2021)2021. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-gynekologi/kvinnelig-omskjaring/>
14. Andersen J. «Mixed methods»-design i helseforskning. 2017. DOI: 10.4220/Sykepleiens.2017.64738
15. St.meld. nr. 12 (2008-2009). En gledelig begivenhet - Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. I: Helse- og omsorgsdepartementet, red.
16. Johansen REB. Virility, pleasure and female genital mutilation/cutting. A qualitative study of perceptions and experiences of medicalized defibulation among Somali and Sudanese migrants in Norway. *Reproductive Health* 2017. DOI: DOI 10.1186/s12978-017-0287-4

17. Ziyada MM, Johansen REB. Sexual norms and the intention to use healthcare services related to female genital cutting: A qualitative study among Somali and Sudanese women in Norway. PLOS ONE 2020. DOI: 10.1371/journal.pone.0233440
18. Vivian N. Mbanya, Laura Terragni, Abdi A. Gele, Esperanza Diaz, Kumar BN. Barriers to access to the Norwegian healthcare system among sub-Saharan African immigrant women exposed to female genital cutting. PLOS ONE 2020. DOI: 10.1371/journal.pone.0229770
19. Abdulrahim A. Rouzi, Sharifa A. Al-Sibiani, Nisma M. Al-Mansouri, Nawal S. Al-Sinani, Eetedal A. Al-Jahdali, Darhouse K. Defibulation During Vaginal Delivery for Women With Type III Female Genital Mutilation. OBSTETRICS & GYNECOLOGY 2012. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3182590343

Vedlegg

1: Kontakt med klinikk/avdeling

Hei,

Jeg er en medisinstudent som sammen med min veileder Rigmor Berg samler inn informasjon i forbindelse med min masteroppgave. Denne studien fokuserer på kvinnehelse, og da spesielt helsen til kvinner med omskjæring. Det mangler fortsatt kunnskap for at helsevesenet skal kunne tilby nødvendig og best mulig helsehjelp for kvinner som trenger hjelp i forbindelse med sin kvinnelige omskjæring, og i denne studien vil vi undersøke praksis for åpnende inngrep (deinfibulering) ved ulike sykehus i Norge, og kvinners egne erfaringer med deinfibulering.

Vi ønsker å kartlegge praksisen rundt deinfibulering ved å rekruttere relevant helsepersonell og be de om å besvare et anonymt, nettbasert spørreskjema om deres erfaringer med praksisen. Det vil være spørsmål vedrørende informasjon gitt til kvinner, bruk av verktøy, anestesi, operasjonstid o.l. Undersøkelsen vil være anonym, og svarene vil derfor aldri kunne spores tilbake til deltakeren. Deltagelse innebærer at man svarer på et kort spørreskjema om praksis for deinfibulering som vil ta omtrent 6-8 minutter. Undersøkelsen vil finne sted fra september 2021 til mars 2022, og hvis én eller flere av deres leger/jordmødre på avdelingen kunne tenke seg å delta så vil vi sende dere informasjon og link til spørreskjemaet på e-post når den tid kommer. Kunne dere tenke dere å være med å bidra til studien?

Med vennlig hilsen

Medisinstudent Regine Dahl Hovind og Professor Rigmor Berg

2: Skriv til ansatte ved klinikk/avdeling

Hei,

Takk for samtalen og for at dere ønsker å bidra til studien om deinfibulering. Håper du kan videresende denne mailen til relevante personer i avdelingen/på klinikken:

«Hei, vi er en medisinstudent (Regine) og professor/veileder (Rigmor) som utfører en studie om praksis for åpnende inngrep (deinfibulering) for kvinner med omskjæring. Det er fordi det internasjonalt og nasjonalt fortsatt mangler kunnskap for at helsevesenet skal kunne tilby nødvendig og best mulig helsehjelp for kvinner som trenger hjelp i forbindelse med sin kvinnelige omskjæring. Vi utfører derfor en anonym, nettbasert spørreundersøkelse om praksis rundt deinfibulering ved sykehus i Norge. (Vi har også en parallell spørreundersøkelse til kvinner som har gjennomgått deinfibulering). Det tar ca. 5-8 minutter å fylle ut spørreskjemaet.

Vi ber deg delta fordi vi antar at du har erfaring med deinfibulering. For å kunne svare på spørreskjema må du 1) Ha hel- eller deltidsstilling ved et sykehuset, 2) Ha utført minst én deinfibulering i løpet av de siste to årene, 3) Kunne forstå og lese norsk.

Klikk her for å gå til informasjon om undersøkelsen og spørreskjema: [link til spørreskjemaet](#)

Med vennlig hilsen

Medisinstudent Regine Dahl Hovind og Professor Rigmor Berg»

3: Informasjon om spørreskjemaet

Velkommen til en undersøkelse om praksisen rundt deinfibulering i Norge.

Formål

Formålet med studien er å kartlegge praksisen rundt deinfibulering i Norge, for dermed å vurdere om det vil være hensiktsmessig med tiltak for å kunne gi enda bedre helsehjelp for kvinner som gjennomgår deinfibulering.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi ber deg delta fordi vi antar at du har erfaring med deinfibulering. For å kunne svare på spørreskjema må du 1) Ha hel- eller deltidsstilling ved et sykehuset, 2) Ha utført minst én deinfibulering i løpet av de siste to årene, 3) Kunne forstå og lese norsk.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i studien, innebærer det at du besvarer et spørreskjema med 16 spørsmål. Det tar ca. 5-8 minutter å fylle det ut. Spørsmålene omhandler informasjon gitt til kvinner før deinfibuleringen, bruk av anestesi, operasjonstid o.l. Vi vil ikke be om ytterligere opplysninger, slik som navn.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i studien. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta. På grunn av at vi ikke ber om navn eller annen informasjon om deg vil det være umulig for oss å vite hvem som har svart.

Hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke svarene dine fra spørreskjema til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i henhold til personvernforordningen. Kun vi som utfører studien (Regine og Rigmor) vil ha tilgang til de enkelte svarene fra spørreskjema. På grunn av at vi ikke samler inn IP-adresser og ikke spør om personopplysninger så vil vi ikke kunne vite hvem som har svart. Det er kun Regine og Rigmor som vil behandle/analysere data. Vi behandler opplysninger du gir basert på ditt samtykke.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter studien?

All data vi samler inn er anonym og vil være anonym ved prosjektslutt. Regine skal skrive oppgaven og levere den inn til Universitetet i Tromsø i mai/juni 2022. Rigmor skal veilede. Datamaterialet skal slettes innen prosjektslutt.

Hvem er ansvarlig for studien?

Regine Hovind og Rigmor Berg, Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet, Det Helsevitenskapelige fakultet/Institutt for helse- og omsorgsfag. For ytterligere informasjon om studien kan du sende oss en mail på rho063@uit.no

Samtykkeerklæring

Ved å klikke videre til neste side som tar deg til spørreskjema erklærer du at du har mottatt og forstått informasjon om studien, har fått anledning til å stille spørsmål og samtykker til at dine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

Videresend gjerne denne undersøkelsen til en kollega som også arbeider innenfor dette feltet.
Tusen takk for din bistand!

Med vennlig hilsen

Medisinstudent Regine Dahl Hovind og Professor Rigmor Berg

4: Spørreskjema

Spørsmål 1: Hva er ditt yrke?

- Gynekolog
- Jordmor
- Kirurg – generell
- Kirurg – spesialist
- LIS
- Annet

Spørsmål 2: Omtrent hvor mange deinfibuleringer vil du anslå du har gjennomført (totalt)?

- Ratio skala - nedtrekksmeny

Spørsmål 3: Omtrent hvor mange deinfibuleringer vil du anslå du har gjennomført det siste året?

- Ratio skala - nedtrekksmeny

Spørsmål 4: Hvilket instrument benytter du som oftest for selve deinfibuleringen? *Hvis du som oftest benytter deg av flere ulike instrumenter under en og samme deinfibulering kan du sette flere kryss.*

- Saks
- Skalpell
- Diatermi
- Annet
- Jeg vet ikke
- Foretrekker å ikke svare

Spørsmål 5: Hvilken type anestesi benytter du som oftest for deinfibulering? *Hvis du som oftest benytter deg av flere ulike anestesier samtidig kan du sette flere kryss.*

- Ingen bedøvelse
- Lokalbedøvelse i injeksjon (eks: Lidocain)
- Lokalbedøvelse i gel (eks: Xylocain gel)
- Spinalbedøvelse (eks: nerveblokkade, spinal, epidural)
- Narkose
- Jeg vet ikke
- Foretrekker å ikke svare

Spørsmål 6: Hvilken suturmetode benytter du som oftest?

- Ingen sutur
- Avbrutt sutur
- Madrasssutur
- Kontinuerlig sutur
- Jeg vet ikke
- Foretrekker å ikke svare

Spørsmål 7: Hvor lang tid (i minutter) vil du estimere at et gjennomsnittlig inngrep (deinfibulering) tar? *Ikke inkludert anestesi.*

- Ratio skala - nedtrekksmeny

Spørsmål 8: Når vil du anslå at de fleste deinfibuleringer blir utført (på ditt arbeidssted)?

- Før svangerskap
- Under svangerskap, men før fødsel
- Under fødsel
- Jeg vet ikke
- Foretrekker å ikke svare

Spørsmål 9: Hvor godt er du kjent med Norsk gynekologisk forenings "Veileder i fødselshjelp" og dens beskrivelsen av kvinnelig omskjæring, kjønnslemlestelse og deinfibulering?

- Svært godt
- I noen grad
- I liten grad
- Dårlig
- Ikke i det hele tatt
- Jeg vet ikke
- Foretrekker å ikke svare

Spørsmål 10: Hva er ditt personlige syn på *når* det er best å gjennomføre en deinfibulering?

- Før svangerskap
- Under svangerskap, men før fødsel
- Under fødsel
- Jeg vet ikke
- Foretrekker å ikke svare

Spørsmål 11: Hvilken informasjon får kvinnene om inngrepet på forhånd (på ditt arbeidssted)? *Du kan sette flere kryss.*

- Beskrivelse av inngrepets utførelse
- Informasjon om eventuelle komplikasjoner under og kort tid etter inngrepet
- Informasjon om eventuelle langtidskomplikasjoner etter inngrepet
- Informasjon om vanlige emosjonelle reaksjoner etter inngrepet
- Informasjon om diverse hygieniske anbefalinger etter inngrepet
- Informasjon om hvilke forandringer kvinnen kan forvente etter inngrepet (eksempel: ved vannlating)
- Informasjon om holdninger til omskjæring av egne døtre
- Informasjon om norsk lov i henhold til omskjæring
- Jeg vet ikke
- Foretrekker å ikke svare

Spørsmål 12: Utdyp gjerne hvilken informasjon kvinnene får om deinfibuleringen på forhånd: [tekstboks]

Spørsmål 13: Hvem på klinikken gir informasjon til kvinnene om inngrepet på forhånd? *Du kan sette flere kryss.*

- Sykepleier
- Lege
- Jordmor
- Annet personell
- Jeg vet ikke
- Foretrekker å ikke svare

Spørsmål 14: Hvilken opplæring i deinfibulering har du (etterutdanning eller som ledd i din spesialisering)?

- Ingen opplæring
- Teoretisk kurs
- Praktisk opplæring på egen klinikk/enhet/sykehus
- Praktisk opplæring utenfor eget arbeidssted
- Annet
- Foretrekker å ikke svare

Spørsmål 15: Hvor har du hatt opplæring i deinfibulering?

- I Norge
- I utlandet
- Både i Norge og i utlandet
- Ikke aktuelt da jeg ikke har hatt noen opplæring

Spørsmål 16: Utdyp gjerne hvilken opplæring du har i deinfibuleringen: [tekstboks]

Nå har du svart på alle spørsmålene. Tusen takk for at du deltok på denne spørreundersøkelsen!

5: Tekstsvaer fra spørsmål 16

1. «Jeg har fått opplæring for omtrent 15 år siden i [norsk universitet] og i [utenlandsk by]. Jeg var del av en gruppe norske gynekologer som dannet en kompetansegruppe, en fra hver helseregion, og reise denne gangen til [navn på utenlandsk by] for å se hvordan det settes opp klinikker der og hvordan det gjennomføres deinfibulering der.»
2. «Vært med på OK prosjektet og har lært praktisk av kollega.»
3. «Kurs»
4. «Var med i OK prosjektet og hadde derfor både den teoretiske, kulturelle, sosiologiske opplæringen, og senere en av få gynekologer som gjør inngrepet på et [type sykehus]»
5. «Opplæring under spesialistutdanning i Sverige»
6. «Arbeid med kollega og u.t selv har jobbet i høyendemisk afrikanske land hvor det utføres FGM og behandling av komplikasjoner.»
7. «Var på kurs for flere år siden, og hadde hospitering på Ullevål sykehus»
8. «Det har vært tema på jordmorhøyskolen (under utdanning) og på kurs jeg har deltatt på. Men det er lenge siden siste kurs/forelesning om temaet. Jeg har lest i veilederen før fødsel og forberedt meg på hva som trengs å gjøres. Jordmødre og vakthavende lege har også snakket sammen i forkant. Dette tema er ofte oppe under rapport. Hvilken grad er kvinnen omskjært og om hun er åpnet i forkant? Jeg har erfart å bruke vaselinkompresser etter at seglet er åpnet og suturert, for å hindre sammengroing. Jeg har også satt lofrickateter i urethra, de gangene omskjæring/rifter har nødvendiggjort suturering der. Kvinnen får smertepakke med paracet 1 gram og Ibux 400 mg som hun admin. selv når det er mange stint og /eller episiotomi.»
9. «Ingen direkte opplæring, men sett det utført under fødsel, og utført selv i fødsel, men uhyre sjeldent.»
10. «Kvinner henvises i graviditet og vurderes for evt. åpning i svangerskapets 2. trimester, svært sjelden at de kommer i fødsel uten at åpnende inngrep er utført. Henvises direkte fra helsesøster eller jordmor. Dette må være vårt viktigste mål, at de slipper å komme inn og møte usikre jordmødre/ leger og få en vanskeligere fødsel med dårligere overvåking pga manglende helsehjelp på forhånd.»
11. «Jordmorutdanningen og som jordmorstudent på [navn på sykehus] i 2001»
12. «Har fått muntlig info om hvordan man skal utføre det, samt sett andre utført det.»

6: Tekstsvaer fra spørsmål 12

1. «Dere spør hvilken informasjon pas. får på forhånd. Mye av informasjon gis underveis under konsultasjonen/inngrepet, eller avslutningsvis etter inngrepet. Har svart i henhold til det. Flest kvinnene på mitt arbeidssted kommer til 1 konsultasjon hvor de får informasjon og inngrepet blir utført. Neste spørsmål svares også i henhold til det. Det finnes også informasjon på sykehusets hjemmesider.»
2. «Jeg pleier å diskutere om det ønskes at man frilegger rundt klitoris. Stortsett anbefaler jeg det ikke ved deinfibulering i først omgang, heller at man kan gjøre dette ved behov ved en senere anledning.»
3. «Vi går gjennom på skisser både anatomi og selve inngrepet. Bruker telefon eller oppmøtetolk»
4. «Hvis kvinnen er blitt åpnet i forbindelse med fødsel og føder et jentebarn, kan man benytte anledningen til å minne om norsk lov og den skadelige praksisen. Bruker oftest telefontolk. Bruker plansjer og viser til brosjyrene fra NKVTS på forskjellige språk.»
5. «De informeres ved journal opptak dersom de kommer for defibulering før planlagt svangerskap eller vansker med å utføre samleie. Informeres om inngrepets art og mulige komplikasjoner under inngrepet som blødninger, skader på omkringliggende vev, smerter, etter inngrepet kortsiktige som infeksjon, reblødning, sammenvokninger, dannelse av keloid, retensjonscyster, urinveisinfeksjon, og langsiktige risiko for perineale rifter ved fødsel, arr og fisteldannelser. Psykiske og emosjonelle reaksjoner på defibulering, endring i samliv. Fohåndsregler etter inngrepet mtp hygiene, unngå sitte på harde underlag så lenge det gror, unngå samleie, bading eller svømming til det gror (ca 2-4 uker), smertelindring, ikke behov for å fjerne stingene. Rekontakt ved symptomer.»
6. «Vi har utformet et informasjonsskriv som er oversatt til flere språk, i tillegg til samtale»
7. «De få gangene jeg har utført deinfibulering, har jeg snakket med kvinnen enten før fødsel eller i løpet av fødsel. Det hender at første møte med kvinne er i aktiv fødsel. Da informerer jeg om at jeg må åpne og evt. legge episiotomi før barnet kan fødes. Ofte bruker jeg tolk. jeg forteller også om norsk lovgiving.»

