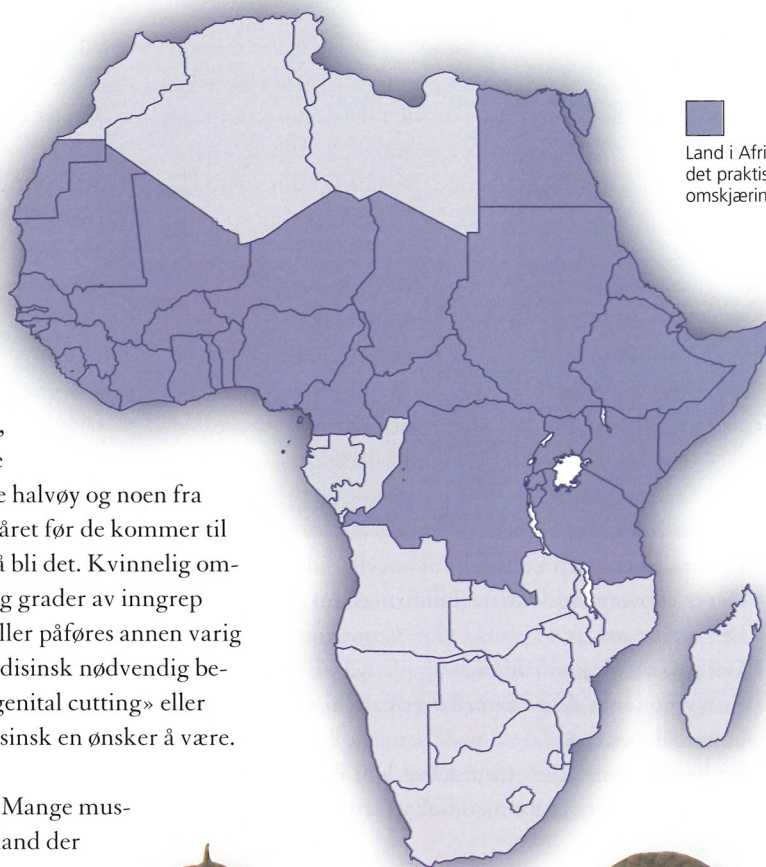


Om omskjæring av kvinner

AV JOHANNE SUNDBY

Det finnes mange kvinner som er omskåret i Norge. De lever sine kvinneliv blant oss, og noen ganger dukker de opp på legekontoret. Ofte er det ikke omskjæringen som er i fokus, men noen ganger er det graviditet, prevensjon eller fødsel som skal ha sin del av oppmerksomheten. Vi vet ikke hvor mange som er rammet av dette fenomenet. Men vi vet at i Norge dreier dette seg om kvinner og deres døtre, der de kommer som immigranter og flyktninger fra land der omskjæring er vanlig. Det er Somalia, Etiopia, Eritrea, Sudan og noen vestafrikanske land, og sannsynligvis kvinner fra den arabiske halvøy og noen fra Malaysia og Indonesia. Kvinnene er ofte omskåret før de kommer til Europa, og døtrene deres er av og til i fare for å bli det. Kvinnelig omskjæring er en fellesbetegnelse på ulike typer og grader av inngrep hvor ytre kjønnsdeler fjernes helt eller delvis eller påføres annen varig skade, og som foretas av andre årsaker enn medisinsk nødvendig behandling. Man kaller det kjønnslemlestelse, «genital cutting» eller omskjæring, etter som hvor politisk eller medisinsk en ønsker å være.

Ingen religion krever omskjæring av kvinner. Mange muslimer er omskåret, men det finnes muslimske land der dette ikke praktiseres (palestinske områder, Iran, Pakistan etc). Koptiske kristne i Egypt praktiserer



Afrika trenger friske barn – her er Eboy, Bintu, Isalou og Adjii, glade og friske.



omskjæring. Folk fra andre religioner omskjærer jenter. Dette skjer likevel på grunn av tradisjon og ikke religion. Kvinnelig omskjæring handler mye om kvinnelighet, hva det er å være en god og riktig kvinne. Det er noe vi strever med over hele verden og som gir seg ulike utslag. Kvinnelig omskjæring er en type inngrep som ofte knyttes til skjønnhet, ønske om å fremme ønskelig seksualitet, fruktbarhet og renhet. Og til det å være jomfru, eller det å kunne gifte seg med rett person. Ærbarhet og kvinnelighet hånd i hånd, undertrykt kvinnelig seksualitet og normer for kvinnelig framferd.

Her er noen grunner som ofte anføres:

- Man konstruerer kvinneligheten, den er ikke medfødt.
- Hvis man ikke omskjærer, kan klitoris vokse og bli som en penis.
- En omskåret kvinne sees som mer «ren» eller vakker
- Det er en religiøs skikk, selv om Islam ikke eksplisitt sier det så tolkes det dit hen av noen Imamer.
- Det øker sjansene for å bli gift
- Det er deler av den kulturelle arven eller identiteten
- Det er et overgangs-rituale (konfirmasjon)
- Det ser bra ut
- Det garanterer jomfrudom
- En kvinne som ikke er omskåret kan bli seksuelt vill og utemmet – en hore
- En kvinne som ikke er omskåret kan ikke kontrolleres, hun blir som en mann med bukser, røyker, går ute med gutta.

WHO skiller mellom tre ulike typer omskjæring – men overgangsformer finnes

- **Klitoridectomi:** fjerne huden foran klitoris eller bare klitoris eller begge
- **Eksisjon:** fjerne klitoris samt deler av labia minora
- **Infibulasjon:** fjerne klitoris, deler av labia majora, minora, og sammensying av åpningen slik at den blir to til sju millimeter i diameter.

Omskjæring er forbudt i Norge. Vi har en egen lov mot omskjæring (Lov av 15. desember 1995 nr. 74 om forbud mot kjønnslemlestelse):

Den som forsettlig utfører et inngrep i en kvinnes kjønnsorgan som skader kjønnsorganet eller påfører det varige forandringer straffes for kjønnslemlestelse. Straffen er fengsel inntil tre år, men inntil seks år dersom inngrepet har som følge sykdom eller arbeidsudyktighet som varer over to uker eller en uheldredelig lyte, feil eller skade er voldt, og inntil åtte år dersom inngrepet har som følge død eller betydelig skade på legeme eller helbred. Medvirkning straffes på samme måte. Rekonstruksjon av kjønnslemlestelse straffes som nevnt i første ledd. Samtykke fritar ikke for straff.

Helsearbeidere har altså ikke lov til å gjøre noen former for omskjæring av kvinner på ikke-medisinsk grunn. De som bidrar til at dette skjer, kan straffes eller settes i fengsel. Det er heller ikke lov å sy igjen til omskåret status etter fødsel. Noen helsearbeidere i andre land utfører omskjæring fordi de tjener på det og det kan gjøres i anestesi (Sundby, Lancet 2003). Dette er sett på som uetisk i følge den internasjonale

Travel mor-barn klinikk.





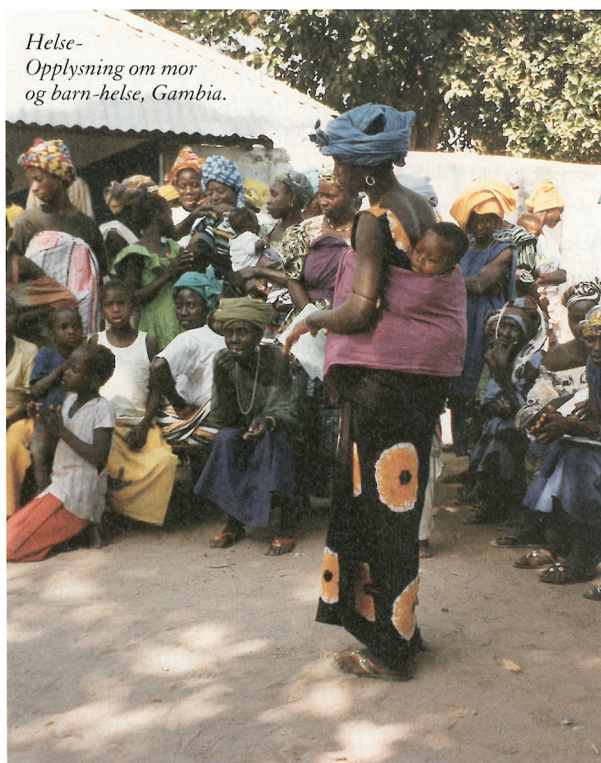
Nyfødt.

føderasjonen for gynekologi og obstetrikk. Helsearbeidere skal holde fingrene av fatet her. Det er likevel antatt at noen innvandrere sender sine barn til andre land for å få dem omskåret. Det finnes gynekologer i noen land i Sør som lever av slik praksis. Det er ikke lov for personer bosatt i Norge å omskjære barna sine i andre land heller. Barnevernet kan gripe inn dersom man tror det er risiko for dette.

Noen av argumentene mot omskjæring baserer seg på at dette er en helseskadelig praksis. Risiko knytter seg til selve omskjæringen, ofte uten anestesi og utført av en gammel halvblind klok kone med sløvt barberblad som ikke er desinfisert..., risiko som knytter seg til naturlige funksjoner som urinering, mens og seksualitet og risiko knyttet til fødsel.



*Post partum
(barsel) avdeling,
Gambia.*



*Helse-
Opplysning om mor
og barn-helse, Gambia.*



Ikke noen muslimsk skikk – Gambia.

Helsekonsekvenser – både på kort og lang sikt:

- Protrahert fødsel
- Risiko for perinealrifter
- Smerter ved samleie
- Større risiko for uheldige fødselskonsekvenser
- Unødvendige keisersnitt
- Urin/mens retensjon
- Mangel på seksuell nytelse
- Økt risiko for infeksjon (UVI, arrinfeksjon)
- Keloiddannelse, arr
- Vanskelig å gjøre GU
- Forblødning (ved inngrepet)
- Mentale problemer som skyld, depresjon, smerteangst

Hva trenger innvandrere å vite:

- De bør vite om loven i Norge
- De bør vite mer om helsekonsekvensene
- De bør vite om at det går an å åpne og rekonstruere omskjæringen for å få det bedre, også før fødsel.
- De må vite mer om kvinners situasjon i Norge, at kvinner her er ærbare selv om de ikke er omskåret, ikke går med skaut og går med busker.
- De må vite om hvor de kan få gode reproduktive helsetjenester for seg selv og døtrene sine.
- De trenger generelle helsetilbud og opplæring om seksualitet, prevensjon og reproduksjon. De vet knapt hvordan et underliv ser ut eller fungerer.

Hva trenger leger å vite?

Leger er ofte litt uforberedt på å snakke om det at en pasient de har foran seg faktisk er omskåret. De hemmes av sin egen redsel eller forlegenhet og unngår å nevne fenomenet i konsultasjonene. Det blir som et stort IKKE-tabu som ligger der, begge, både legen og pasienten vet at det finnes, men ingen tar det opp. Legen kan bryte tausheten ved å si « jeg ser at du er fra Somalia. Jeg vet at mange der er omskåret. Er det slik at du er det? » Matter-of-fact. Da får man ofte til svar « selvfølgelig, det er jeg. » Da kan legen spørre om



Seremoni – Gambia.

det er noe han/hun kan gjøre vedrørende det, og noen ganger kommer da temaer på banen. Andre ganger ikke.

Leger trenger altså å vite at det kan være en sjanse for at en kvinne de har foran seg er omskåret, uten å gjøre henne til en « omskjæring » med kvinne på. Hun er mye mer enn underlivet sitt. Legene trenger å lære å ta avstand fra omskjæring og likevel behandle kvinner som er omskåret med selvfølgelig empati.

De trenger altså å vite og å øve på hvordan man gir råd om omskjæring og hvordan man bringer temaet på banen uten å vise avsky, sjenertethet eller inkompetanse. Det kan bli for mye fokus eller situasjonen kan oversees helt.

De trenger fagkunnskap om hvordan man formidler kunnskap om abort, prevensjon, fødsler og GU hos kvinner som er omskåret, inkludert spesialtjenester som alle regionsykehusene nå har på GYN/OBST- siden, for rekonstruksjon og så videre.

Noen av dem trenger erfaring i forløsning av omskårede kvinner. Det er vist (Vangen et al) at somaliske kvinner har dårligere fødselsutfall enn alle andre etniske grupper kvinner, inkludert norske. Det er ikke sikkert det skyldes omskjæring, men man må være observante i slike situasjoner. Episiotomi legges « klokka 6 og 12 » hos disse kvinnene, ikke klokka 4 eller annet. Keisersnitt er ikke nødvendig med mindre det er tilleggssindikasjon. Somaliske kvinner er ofte redd for keisersnitt også fordi de er redd for å bli sterilisert uten at de vet det fordi de har så mange barn. Det er selvsagt ikke lov i Norge, men det vet de ikke.

Hva sier OK prosjektet?

OK-prosjektet er det norske prosjektet, som er forankret i Barne og Familiedepartementet, som i mange år har jobbet med temaet spesielt rettet mot opplysningsarbeid blant og til innvandrere. Dette prosjektet er nå avsluttet, men arbei-



Nyfødte jenter, fødeavdeling i Tanzania.

det har også vært rettet inn mot opplæring av ulike helsearbeidere. Det videreføres nå på NAKMI, på Ullevål sykehus. OK sier følgende på sine hjemmesider:

Kvinnekroppen er flott som den er skapt. Det er ingen grunn til å forandre på kvinnekroppen. Den er skapt til glede og nytte av Gud eller naturen, og alle deler har en funksjon.

Kvinnelig omskjæring er et skadelig og unødvendig inngrep i jenters og kvinners kropp.

Kvinnelig omskjæring handler mye om kvinnelighet, hva det er å være en god og riktig kvinne. Det er noe vi strever med over hele verden, og som gir seg ulike utslag. Kinesisk fot-binding, halsforlengende smykker og kosmetiske operasjoner er noen av de mange inngrep kvinner går igjennom for å tilpasse seg kulturelle og sosiale forventninger. Kvinnelig omskjæring er et type inngrep som ofte knyttes til skjønnhet, ønske om fremme ønskelig seksualitet, fruktbarhet og renhet.

Regjeringens handlingsplan mot kjønnslemlestelse

Offentlige institusjoner kan bestille trykt utgave på e-post: publikasjonsbestilling@ft.dep.no eller faks: 22 24 27 86.

Private institusjoner kan bestille fra Akademika, Postboks 8134, Dep 0033 Oslo

Statens Helsetilsyn har utarbeidet en *veileder for helsepersonell*. Den kan lastes ned fra nettet (se OK-prosjekt) eller bestilles som trykksak. Statens helsetilsyns veileder for helsepersonell

Andre ressursbaser og litteratur:

- <http://www.okprosjekt.no/>
- <http://www.rainbo.org/>
- http://www.who.int/reproductive-health/pages_resources/listing_fgm.en.html
- Vangen, Siri: Perinatalo health among Immigrants, Doktoravhandling, UIO, 2002
- Essen, Birgitta. Perinatal mortality among immigrants from Africa's Horn, Doktoravhandling, Universitetet i Lund, Malmö 2001
- Sundby, Johanne. Lancet Supplement, 2003

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Helen Brandstorp. Kontakt henne på helenbra@hotmail.com

Cipralex® "Lundbeck"

Antidepressivum

ATC-nr.: N06A B10

T Tabletter filmdrasjerte 5 mg og 10 mg: Hver tablett inneholder: Escitalopramoksalat tilsvarende escitalopram 5 mg, resp. 10 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171). Tabletter 10 mg med delestrek.

Indikasjoner: Behandling av depressive episoder. Behandling av panikktilstand med eller uten agorafobi. Behandling av sosial fobi.

Dosering: Sikkerheten av doser på over 20 mg daglig er ikke undersøkt. Administreres som 1 enkelt dose daglig og kan tas med eller uten mat. **Depressive episoder:** Normal dosering er 10 mg 1 gang daglig. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til maks. 20 mg daglig. Vanligvis er 2-4 ukers behandling nødvendig for å oppnå antidepressiv respons. Etter bedring av symptomene bør behandlingen fortsette i minst 6 måneder for å vedlikeholde effekten. **Panikktilstand med eller uten agorafobi:** Anbefalt startdose er 5 mg daglig den første uken, før dosen økes til 10 mg daglig. Dosen kan økes til maks. 20 mg daglig avhengig av individuell respons. Maks. effekt nås etter ca. 3 måneder. Behandlingen varer i flere måneder. **Sosial fobi:** Anbefalt dose er 10 mg daglig. Symptomlindring oppnås vanligvis først etter 2-4 ukers behandling. Avhengig av individuell respons, kan dosen deretter reduseres til 5 mg eller økes til maks. 20 mg daglig. Sosial fobi er en sykdom med et kronisk forløp og 12 ukers behandling anbefales for å vedlikeholde respons. Langtidsbehandling av respondere er undersøkt i 6 måneder, og har vist seg på individuell basis å hindre tilbakefall. Effekt av behandlingen bør vurderes regelmessig. **Eldre >65 år:** Halvparten av normalt anbefalt startdose og en lavere maksimal dose bør vurderes. **Barn og ungdom <18 år:** Anbefales ikke da sikkerhet og effekt ikke er undersøkt i denne gruppen. For pasienter med nedsatt leverfunksjon anbefales en startdose på 5 mg daglig de første 2 behandlingsukene. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til 10 mg. En startdose på 5 mg daglig de første 2 behandlingsukene anbefales for pasienter som er kjent som sakte metabolisere av CYP 2C19. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til 10 mg. Når behandlingen avsluttes bør dosen gradvis reduseres over 1-2 uker for å unngå mulige seponeringsreaksjoner.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor escitalopram eller et eller flere av hjelpestoffene. Samtidig bruk av ikke-selektive MAO-hemmere.

Forsiktighetsregler: En eventuell økning i angstsymptomer avtar vanligvis innen de 2 første behandlingsukene. Lav startdose kan redusere symptomene. Escitalopram bør unngås hos pasienter med ustabil epilepsi. Preparatet bør brukes med forsiktighet hos pasienter med mani/hypomani i anamnesen, og bør seponeres dersom en pasient går inn i en manisk fase. Escitalopram kan påvirke glukosekontrollen hos diabetikere. Det kan være nødvendig å justere dosen med insulin og/eller perorale antidiabetika. Pasienter bør følges nøye i begynnelsen av behandlingen pga. økt suicidalfare initialt. Forsiktighet anbefales hos pasienter med risiko for hyponatremi, som eldre, cirrhotiske pasienter eller pasienter som samtidig behandles med legemidler som kan gi hyponatremi. Forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av orale antikoagulantia og legemidler kjent for å påvirke blodplatefunksjonen (f.eks. atypiske antipsykotika og fenotiaziner, de fleste tryssykliske antidepressiva, acetylsalisylsyre og ikke-steroid anti-inflammatoriske midler (NSAIDs), tiklopidin og dipyridamol), og hos pasienter med kjent blødningstendens. Pga. begrenset klinisk erfaring anbefales forsiktighet ved samtidig bruk av escitalopram og ECT. Kombinasjonen av escitalopram med MAO-A-hemmere anbefales generelt ikke pga. risikoen for serotonergt syndrom. Forsiktighet anbefales hvis escitalopram brukes samtidig med legemidler med serotonerge effekter slik som sumatriptan eller andre triptaner, tramadol og tryptofan. Samtidig bruk av escitalopram og urtepreparater som inneholder johannesurt (Hypericum perforatum) kan gi økt insidens av uønskede effekter. Forsiktighet anbefales hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (CLCR <30 ml/minutt). Escitalopram påvirker ikke intellektuelle funksjoner og psykomotoriske evner. Pasienten bør likevel informeres om den mulige risikoen for at evnen til å kjøre bil og bruke maskiner kan påvirkes.

Interaksjoner: Tilfeller av alvorlige reaksjoner er rapportert hos pasienter behandlet med SSRI i kombinasjon med en ikke-selektiv monaminoxidasehemmer (MAOH), og hos pasienter som nylig har avsluttet SSRI-behandling og påbegynt MAOH-behandling. I noen tilfeller utviklet pasienten serotonergt syndrom. Behandling med escitalopram kan starte 14 dager etter avsluttet behandling med irreversibel MAOH (selegilin) og minst 1 dag etter avsluttet behandling med den reversible MAOH (RIMA) moklobemid. Det bør gå minst 7 dager etter avsluttet escitalopram-behandling før behandling med ikke-selektiv MAOH påbegynnes. Pga. risiko for serotonergt syndrom er kombinasjonen med MAO-A-hemmer ikke anbefalt, og kombinasjon med selegilin (irreversibel MAOH) krever forsiktighet. Samtidig administrering med serotonerge legemidler (f.eks. tramadol, sumatriptan og andre triptaner) kan føre til serotonergt syndrom. Forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av andre legemidler som kan senke krampetterskelen. Det foreligger rapporter på forsterkede effekter når SSRI har vært gitt samtidig med litium eller tryptofan. Forsiktighet bør derfor utvises når escitalopram kombineres med disse legemidlene. Kombinasjon med alkohol anbefales ikke. Samtidig administrering av legemidler som hemmer CYP 2C19, som f.eks. omeprazol, kan gi økte plasmakonsentrasjoner av escitalopram. Forsiktighet bør utvises når escitalopram i øvre del av doseringsintervallet tas samtidig med høye doser cimetidin. Escitalopram er en hemmer av CYP 2D6. Forsiktighet anbefales når escitalopram gis samtidig med legemidler som i hovedsak metaboliseres via dette enzymet, og som har smal terapeutisk indeks, som f.eks. flekainid, propafenon og metoprolol (ved hjertesvikt) eller enkelte CNS-virkende legemidler som i hovedsak metaboliseres via CYP 2D6, f.eks. antidepressiva som desipramin, klomipramin og nortriptylin, eller antipsykotika som risperidon, tioridazin og haloperidol. Justering av dosen kan være nødvendig. Samtidig administrering med CYP 2D6-substratene desipramin eller metoprolol ga en dobling av plasmakonsentrasjonen av disse to. Forsiktighet anbefales ved samtidig administrering av legemidler som metaboliseres via CYP 2C19.

Graviditet/Amning: **Overgang i placenta:** Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Ingen humandata foreligger for escitalopram. I reproduksjonstoksikologiske studier i rotter med escitalopram, ble det observert embryo-føtotoksiske effekter, men ingen økt insidens av misdannelser. Bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko. **Overgang i morsmelk:** Risiko ved bruk under amning er ikke klarlagt. Det forventes at escitalopram går over i morsmelk. Kvinner som ammer bør ikke behandles med escitalopram eller amming bør opphøre.

Bivirkninger: Bivirkninger er vanligst i første eller andre uke av behandlingen og avtar vanligvis i intensitet og frekvens ved fortsatt behandling. Svimmelhet, hodepine og kvalme er observert hos noen pasienter etter brå seponering av escitalopram. De fleste symptomene var milde og forbigående. For å unngå seponeringsproblemer anbefales en gradvis nedtrapping over 1-2 uker. **Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Kvalme forekommer svært hyppig. Diaré, forstoppelse. Hud: Økt svette. Luftrøst: Sinusitt, gjesping. Metabolske: Redusert appetitt. Psykiske: Nedsatt libido, anorgasme hos kvinner. Sentralnervesystemet: Søvnløshet, sømnlens, svimmelhet. Urogenitale: Ejakulasjonsforstyrrelser, impotens. Øvrige: Tretthet, feber. **Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Oppkast, munn- tørrhet, anoreksi. Hud: Utslett, ekkymer, kløe, angioødem, svette. Lever: Avvikende leverfunksjonsprøver. Metabolske: Hyponatremi, utilstrekkelig ADH-sekresjon. Muskel-skjelettsystemet: Leddsmerter, muskelsmerter. Neurologiske: Krampor, tremor, koordinasjonsproblemer, serotonergt syndrom. Psykiske: Hallusinasjoner, mani, forvirring, agitasjon, angst, depersonalisering, panikkanfall, nervøsitet. Sentralnervesystemet: Smaksforandringer, søvnforstyrrelser. Sirkulatoriske: Postural hypotensjon. Syn: Synsforstyrrelser. Urogenitale: Urinretensjon, Galaktoré, seksuelle bivirkninger inkl. impotens, ejakulasjonsproblemer, anorgasmi. Øvrige: Insomnia, svimmelhet, utmattelse, tretthet, anafylaktisk reaksjon.

Overdosering/Forgiftning: Doser på 190 mg escitalopram er tatt uten at alvorlige symptomer er rapportert. **Symptomer:** Symptomer på overdose med racemisk citalopram (>600 mg): Svimmelhet, tremor, agitasjon, sømnlens, bevisstløshet, krampor, takykardi, EKG-ændringer med ST-T-ændringer, utvidet QRS-kompleks, forlenget QT-intervall, arytmier, respirasjonsdepresjon, oppkast, rabdomyolyse, metabolsk acidose, hypokalemi. Det antas at overdose med escitalopram vil gi lignende symptomer. Behandling: Ingen spesifikk motgift. Etabler og oppretthold frie luftveier, adekvat oksygenering og ventilering. Maveskylling bør utføres så raskt som mulig etter tablettinntak. Bruk av medisinsk kull bør vurderes. Overvåkning av hjertefunksjonen og vitale funksjoner sammen med generell symptomatisk behandling anbefales.

Pakninger og priser: **Tabletter:** 5 mg: Enpac: 28 stk. kr 132,10, 10 mg: 200 stk. kr 1427,20, Endose: 49 stk. kr 375,40, Enpac: 28 stk. kr 246,70, 98 stk. kr 716,70.

T: 18b).

Sist endret: 22.04.2004

Referanser:

1. Montgomery SA et al. Escitalopram (S-Enantiomer of Citalopram): Clinical Efficacy and Onset of Action Predicted from a Rat Model. Pharmacology & Toxicology 2001; 88: 282-286
2. Auquier P et al. Comparison of escitalopram and citalopram efficacy: A meta-analysis. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice 2003; 7: 259-268
3. Sorbera LA et al. Escitalopram Oxalate. Drugs of the Future 2001; 26(2): 115-120

H. Lundbeck AS, postboks 361, 1326 Lysaker. Telefon: 67 52 90 70. Telefax: 67 53 77 07.
E-post: lundbeck-norge@lundbeck.com.
www.lundbeck.no