

Kvinnor som utsatts för könsstympning – handläggning vid barnmorskemottagning VGR

Förändringar sedan föregående version

1. Länk till aktuell RMR.
2. Bild och text på olika typer av könsstympning är uppdaterade.
3. Länkar till lokala rutiner på KK är tillagda.

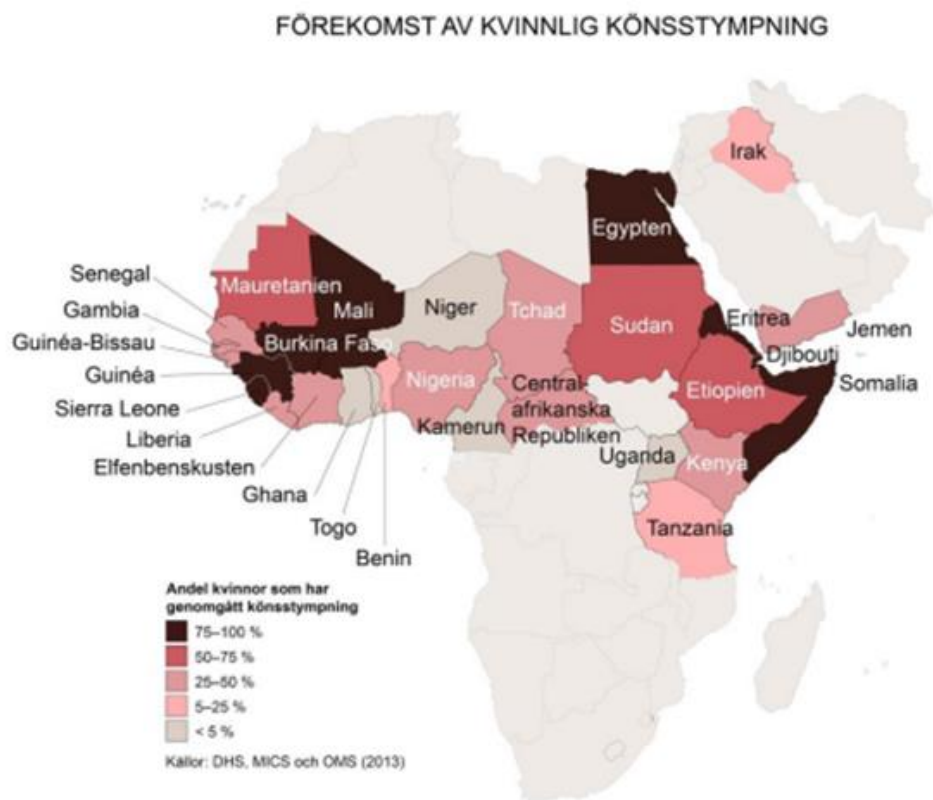
Innehållsförteckning

Bakgrund och syfte	2
Klassificering enligt WHO (2007).....	2
Konsekvenser av KKS.....	5
Utförande	5
Hur inleder man samtal om KKS.....	5
Undersökning.....	6
Bedömning.....	6
Psykosociala aspekter.....	7
När övervägs öppningsoperation (defibulering)?.....	8
Information inför förlossning, till kvinnor med KKS typ III.....	8
Sammanfattning, graviditet.....	9
Ansvar	9

Bakgrund och syfte

Denna rutin är ett komplement till VGR RMR [Könsstympning av flickor och kvinnor.pdf](#)

Kvinnlig könsstympning (KKS) är en mångtusenårig, ickereligiös tradition som tidigast beskrevs ca 500 år f Kr. Utbredningen är framför allt i östra och centrala Afrika, men förekommer även i vissa länder i Mellanöstern och Asien. UNICEF beräknar att drygt 200 miljoner flickor och kvinnor i världen är utsatta. Prevalensen är svagt sjunkande. Socialstyrelsen uppskattar att närmare 40 000 flickor och kvinnor som bor i Sverige kan ha blivit utsatta för någon form av könsstympning innan de kom hit. Se nedan karta; förekomst kvinnlig könsstympning.



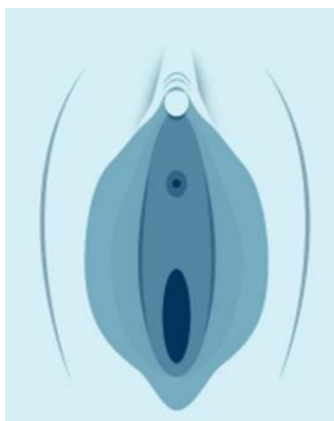
Klassificering enligt WHO (2007)

Kvinnlig könsstympning omfattar alla kirurgiska ingrepp som rör borttagande delvis eller helt av de externa genitalierna eller annan åverkan på de kvinnliga könsdelarna av kulturella eller andra icke medicinska skäl. Kliniskt är det ofta svårt att skilja de olika typerna åt,

då det kan vara svårt att avgöra vad som egentligen är gjort. Den normala variationen i anatomin är stor, vilket gör det än svårare. De allra flesta fallen av könsstympning gäller typ 1, II och IV, och en mindre andel gäller typ III.

Se referens Socialstyrelsen: [Kvinnlig könsstympning – Ett stöd för hälso- och sjukvårdens arbete](#)

Normal anatomi



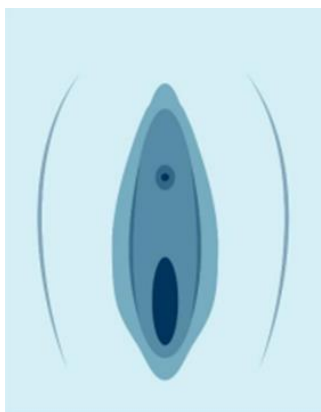
Referensbild **normal** anatomi.

Typ 1



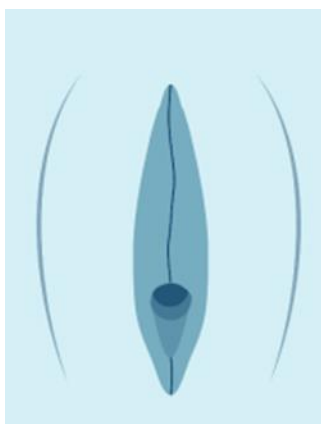
Typ 1: Borttagande av klitoris förhud och/eller klitoris ytliga del. Typ 1 kan delas in i Typ 1a, borttagande av endast förhuden runt klitoris; Typ 1b, borttagande av förhud och klitoris.

Typ II



Typ II: Partiellt borttagande av klitoris samt av de inre blygdläpparna, med eller utan borttagande av de yttre blygdläpparna. Typ II kan delas in i Typ II a, borttagande av enbart de inre blygdläpparna; Typ II b, partiellt borttagande av klitoris och de inre blygdläpparna; Typ II c, partiellt borttagande av klitoris, de inre blygdläpparna och de yttre blygdläpparna.

Typ III



Typ III: Även kallad infibulering eller "faraonisk sed/omskärelser". Alla yttre könsdelar tas bort med eller utan klitoris och sys ihop och försnävas med bara en liten öppning för urin och menstruation. Typ III kan delas in i: Typ III a, borttagande och hopfästning av de inre blygdläpparna; Typ III b, borttagande och hopfästning av de yttre blygdläpparna.

Typ IV

Oklassificerade stympningar, allt som inte inkluderas i grupp 1–3. Alla andra skadliga ingrepp i de kvinnliga könsorganen av icke-medicinska skäl, till exempel prickning, piercing, sticka med vasst föremål, skrapning eller att använda frätande eller på annat sätt skadliga ämnen/material.

Konsekvenser av KKS

Omedelbara hälsokonsekvenser

Akut smärta, blödning, infektion, skador på angränsande organ såsom ändtarm, vagina och uretra.

Dessa konsekvenser är framför allt relaterade till könsstympning utförd under primitiva förhållanden.

Långsiktiga hälsokonsekvenser

Återkommande urinvägsinfektioner, svårighet att tömma blåsan, menstruationssmärta då blod ansamlas i vagina, hematometra förekommer framför allt vid Typ III. Bäckeninflammationer, infertilitet, fistlar, vaginala besvär såsom till exempel keloider, abscesser, cystor i vulva och neurinom vid klitoris, dyspareuni och andra sexuella dysfunktioner förekommer vid alla typer.

Konsekvenser vid graviditet och förlossning

Smärtsam undersökning, utdraget förlossningsarbete, ökad risk för postpartumblödning, ökad risk för förlossningsskador, ökad risk för perinatal mortalitet. Detta gäller framför allt vid Typ III och förlossning under mer primitiva förhållanden, men risk kvarstår för instrumentell förlossning, svårighet att ta skalpprov och smärtsamma undersökningar.

Psykosociala konsekvenser

Posttraumatiskt stressyndrom, ångest/depression, psykosexuella problem, skam och svårighet att känna lust.

Utförande

Hur inleder man samtal om KKS

Vid inskrivning eller preventivmedelsbesök

1. ”Jag vet att det är vanligt i ditt hemland att man omskär flickor. Har du varit med om det”?
2. ”Har du några problem (med din hälsa) som du tror beror på att du är omskuren”?

ALTERNATIVT

”Det finns omskurna flickor/kvinnor som har problem att kissa/smärta i underlivet/starka menssmärtor. Är det något du känner igen?”

Fråga om patienten är gynekologiskt undersökt någon gång. Om så inte är fallet, erbjud undersökning så att hon vet vad som är gjort och hur hon ser ut. Visa med bildstöd före och/eller efter undersökning.

Om man upptäcker KKS i gynstolen

”Jag ser att du är omskuren. Får jag berätta vad som gjordes då? Vill du titta med spegel?” Vill patienten inte titta: fråga igen, när hon är påklädd, om hon önskar information om vad som gjorts. Använd bildstöd. Fråga enligt ovan om hon har problem som kan relateras till KKS.

Undersökning

- Undersök i gynstol om inte du kan säkerställa mycket god belysning och insyn på en brits.
- Utgå från att du inte kommer att använda instrument eller palpera om det är första gynundersökningen och/eller patienten inte haft penetrationssex.
- Ibland visar sig undersökning med instrument/palpation ändå vara möjlig och relevant. Låt patienten sitta upp; visa och förklara innan du börjar.
- Är patienten infibulerad?
- Om inte, vilken typ av KKS är gjord?
- Vid infibulering, hur stor är öppningen? Möjligt att undersöka som vanligt vid behov?
- Är infibuleringen mjuk eller stram? Kan den lyftas försiktigt för att synliggöra uretra?
- Ärr/cystor/avvikande anatomi i övrigt?

Bedömning

Vid misstanke om att patienten har hälsoproblem relaterade till KKS (oftast typ III = infibulering), skicka remiss till **Vulvamottagning**,

Angereds närsjukhus. Exempel på problem som misstänks vara KKS-relaterade:

- Svårighet att tömma blåsan.
- Menssmärta vid mycket liten öppning hos en infibulerad patient.
- Smärta vid (försök till) sexuell aktivitet.
- Allmän smärta i vulva.
- Frånvaro av njutning vid av patienten önskad sexuell aktivitet.
- Oförmåga att genomföra av patienten önskat penetrationssamlag.
- Ställningstagande till defibulering under graviditeten, se nedan.
- Besvär av ärr/cystor/avvikande anatomi.
- **Akut remiss vid misstanke om hematometra eller urinretention!**

Om öppningen tillåter normal passage av mensblod och urin enligt din bedömning kan menssmärta och UVI-liknande besvär hos icke-gravid kvinna behandlas av allmänläkare. Gynekolog/ MHV-läkare konsulteras också för ställningstagande till öppningsoperation, se nedan.

Psykosociala aspekter

- Fråga (om det inte gjorts tidigare) hur KKS gick till: ålder, utförd av sjukvårdspersonal, bedövning, smärta under och efter.
- Diskutera patientens upplevelse av din undersökning och bedömning
- Fråga om patientens kunskaper gällande att KKS är olagligt i Sverige. Betona hälsoaspekter som skäl till detta. Vad tänker patienten om att det är olagligt? Vad tänker hon om det väntade barnet är en flicka?
- Fråga om patienten har behov av annan hjälp

- Bedöm om patientens barn eller annan närstående flicka riskerar att utsättas för KKS. Informera om din skyldighet att anmäla till Socialtjänsten.

När övervägs öppningsoperation (defibulering)?

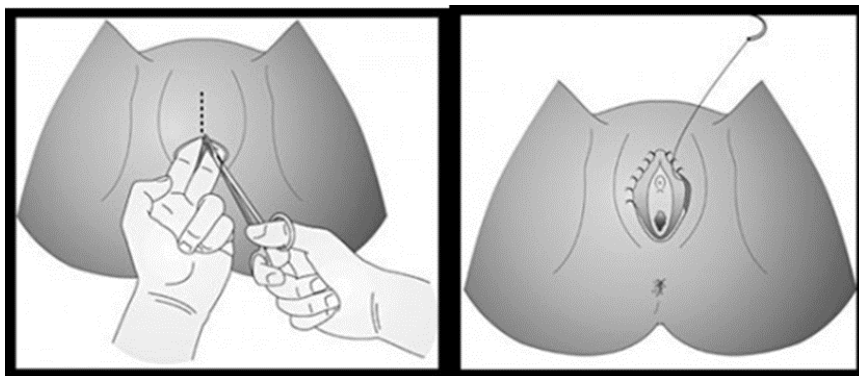
- Om önskat penetrationssamlag inte kan genomföras.
- Vid svårighet för urin eller mensblod att passera mycket liten öppning.
- Under graviditet, om det annars blir omöjligt att bedöma cervix eller sätta KAD eller skalpelektrod vid förlossning.
- Under förlossningens utdrivningsskede, vid behov. Ibland görs extra klipp.
- Enligt patientens önskemål, efter noggrann information.

Under graviditet utförs öppningsoperation med fördel under andra trimestern. Vid behov se lokala rutiner för respektive kvinnoklinik.

Information inför förlossning, till kvinnor med KKS typ III

Informationen gäller kvinnor som varken fött barn vaginalt tidigare eller gjort öppningsoperation under graviditeten. Läkare kommer att öppna vävnadsbryggan vid förlossningen, bedövning ges. Eventuellt behövs mer än ett klipp.

- Kanterna från klippet kommer inte att sys ihop igen utan sys så att blygdläppsresterna inte blöder (se bild nedan).
- Det kommer att kännas annorlunda att kissa efter förlossningen.
- Det kan kännas ovant med den fysiologiska flytningen om kvinnan varit van vid "torrt" underliv.



Sammanfattning, graviditet

Vid förlossningen ska följande vara utfört:

- Bedömning om könsstymningen påverkar hälsan och eventuella hälsoproblem är bedömda av läkare.
- Bedömning om hinder finns för obstetrisk vård, inklusive VU, skalpelektrod för fosterövervakning, blåskateterisering.
- I de fall där öppningsoperation bedöms indicerad före förlossning utförs detta med fördel under andra trimestern.
- Bedömning om det finns indikation för särskilt psykosocialt omhändertagande under förlossningen, relaterat till exempel till tidigare trauma.
- Kvinnan ska, särskilt om hon inte tidigare är förlöst i Sverige, vara välinformerad om vård vid och efter förlossning (se nedan), inklusive vilka klipp och suturer som kommer att utföras. Information om att oro för kraftig blödning vid öppningsoperation oftast är obefogad och att sveda och känslighet i slemhinnorna är normalt och inte en följd av operationen. Information om att man kommer att eftersträva en anatomi som så mycket som möjligt liknar den normala. Använd gärna teckningar!
- Vid tveksamhet eller frågeställning särskild förlossningsplan, skriver gynekolog/obstetriker remiss till obstetrisk mottagning på kvinnokliniken.
- Kvinnan, och eventuell partner, ska vara informerad om att könsstymning inte är laglig i Sverige och bedömning gjorts om det finns barn i familjen som riskerar könsstymning eller på annat sätt riskerar att fara illa.

Grundkunskap för vårdpersonal

Socialstyrelsens webbutbildning om kvinnlig könsstymning:

[Könsstymning av flickor och kvinnor - Socialstyrelsen utbildning](#)

Ansvar

Mödrahälsovårdsöverläkare ansvarar för innehållet i riktlinjen. Områdeschefer och enhetschefer ansvarar för att riktlinjen implementeras och efterlevs.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Obstetrik, Barnmorskemottagning och gynekologi

Innehållsansvar: Anna Hagman, (annha67), Överläkare

Granskad av: Susanna "Sanna" Nygren, (susny9), Överläkare

Godkänd av: Maria Gjertsen, (marem2), Regionområdeschef

Dokument-ID: RHS9927-391389789-44

Version: 7.0

Giltig från: 2025-10-20

Giltig till: 2027-10-20