



JÖNKÖPING UNIVERSITY
School of Health and Welfare

Skolsköterskans erfarenhet av kvinnlig könsstympning

Nichola Lampa
Marlene Patterson

Examensarbete, 15 högskolepoäng, magisterexamen i
Omvårdnad inom Specialistsjuksköterskeprogrammen
Jönköping, januari 2019

HANDLEDARE: *Ylva Fredholm Ståhl*

EXAMINATOR: *Jan Mårtensson*

Hälsöhögskolan
Avdelningen för omvårdnad
Box 1026, SE-551 11 JÖNKÖPING



JÖNKÖPING UNIVERSITY
School of Health and Welfare

School nurse´s experience of female genital mutilation.

Nursing Science, Thesis, One year Master
15 Credits
Jönköping, January 2019

Author: *Nichola Lampa, Marlene Patterson*
Examiner: *Jan Mårtensson*

Jönköping University
School of Health and Welfare
Box 1026, SE-551 11 JÖNKÖPING

Sammanfattning

Bakgrund: Kvinnlig könsstympning eller FGM (Female Genital Mutilation) på flickor innebär att hela eller delar av de yttre könsorganen skadas eller skärs bort. Det är en tradition som förekommer främst i Afrika och några länder i Mellanöstern och Asien. Invandring har gjort att traditionen har tagits med till Västvärlden och WHO beräknar att över 200 miljoner kvinnor över hela världen är könsstympade. Det finns barn i svenska skolor som genomgått FGM och som skolsköterskan möter i sitt arbete. Det är därför viktigt för skolsköterskor att söka kunskap och förstå de kulturella skillnaderna för att kunna ge stöd till olika grupper. **Syftet:** Att beskriva skolsköterskans erfarenhet av kvinnlig könsstympning i mötet med elever. **Metod:** Studien består av kvalitativa intervjuer med 13 skolsköterskor i två län i södra Sverige. Kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats användes som analysmetod. **Resultatet:** Det framkommer tre kategorier i studien: varierande kompetens, stora utmaningar och tillgängliga arbetsverktyg. **Slutsatser:** Studien visar att hälsosamtalen är ett bra arbetsverktyg, att ämnet är bättre uppmärksammat nu än vad det var för några år sedan samt att arbetet runt könsstympning kan förbättras ytterligare.

Nyckelord: FGM, könsstympning, skolsköterska, erfarenhet, tradition.

Summary

Background: Female genital mutilation (FGM) on girls means that all or part of the external genitals are damaged or cut. It is a tradition that occurs mainly in Africa and some countries in the Middle East and Asia. Immigration has meant that the tradition has been brought to the western world and the WHO estimates that over 200 million women worldwide are genital mutilated. There are children in Swedish schools who have undergone FGM and who the school nurse meets in her work. It is therefore important for school nurses to seek knowledge and understand the cultural differences in order to support different groups. **Purpose:** To describe the school nurse's experience of female genital mutilation in encounters with students. **Method:** The study consists of qualitative interviews with 13 school nurses in two counties in southern Sweden. Qualitative content analysis with inductive approach was used. **Result:** Three categories appear in the study: varying skills, major challenges and available work tools. **Conclusions:** The study shows that health questionnaires are a good work tool and that the subject is better recognized now than it was a few years ago, and that work around genital mutilation can be further improved.

Keywords: FGM, genital circumcision, school nurse, experience, tradition.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Kvinnlig Könsstympning- female genital mutilation (FGM)	1
Fysiska problem	2
Psykiska problem	2
Hälsa och kultur	3
Elevhälsans medicinska insats (EMI)	4
Skolsköterskans omvårdnadsarbete	5
Syfte	6
Material och metod	6
Design	6
Urval	6
Datainsamling	7
Dataanalys	7
Forskningsetiska överväganden	8
Resultat	9
Skolsköterskans kunskap	9
Varierande erfarenhet	9
Varierande kännedom om andra kulturer	10
En komplex arbetssituation	10
Att ta upp frågan om könsstympning	10
Att arbeta som team	11
Erfarenhet av riktlinjer och rutiner	12
Hinder i skolsköterskans arbete	12
Känslomässig utmaning	12
Språkförbistringar	13
Bristande kunskap hos elever	13
Diskussion	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	16
Slutsatser	18
Kliniska implikationer	18
Referenser	19
Bilagor	
Skolsköterskans informationsbrev	Bilaga 1
Verksamhetschefs informationsbrev	Bilaga 2
Blankett för medgivande	Bilaga 3
Frågeguide	Bilaga 4

Inledning

Skärning, omskärelse eller förändring av könsorganen hos barn och ungdomar kallas kvinnlig eller manlig omskärelse. Studiens fokus är på kvinnlig omskärelse och definieras som FGM (Female Genital Mutilation). FGM utförs i princip över hela världen och är en tradition i vissa kulturer och praktiseras för närvarande huvudsakligen i Afrika, Mellanöstern och några andra delar av Asien. World Health Organisation [WHO] beräknar att över 200 miljoner kvinnor över hela världen för närvarande måste leva med konsekvenser av könsstympning. Av de 200 miljoner flickor är det 44 miljoner som inte har fyllt 15 år (Unicef, 2018).

Internationell migration har blivit vanligare som en del av utvecklingen i en globaliserad värld. Migrationen har förändrat Sverige från ett monokulturellt samhälle till ett mångkulturellt samhälle (Hjern, et al., 2013). Procentuellt sett var det 18,5 % av den svenska befolkningen som var utlandsfödda i slutet av år 2017. Den totala procentandelen av befolkningen med utländsk bakgrund var 24,1 %. Utländsk bakgrund i befolkningsstatistik inkluderar utrikesfödda och inrikesfödda med två utrikesfödda föräldrar (Statistiska Centralbyrån, 2018). Invandrare som praktiserar FGM har tagit med traditionen till Västvärlden. När spädbarn, barn och ungdomar åker på besök till sitt hemland kan de bli föremål för FGM (Sauer & Neubauer, 2014). Ungefär 100 000 invandrare i de nordiska länderna härstammar från länder i Afrika där kvinnlig könsstympning fortfarande utövas. Det har resulterat i att kvinnlig könsstympning är ett fenomen som också påverkar det svenska hälso- och sjukvårdssystemet (Lundberg & Gereziher, 2008).

Kvinnor som genomgått könsstympning kommer i kontakt med det svenska hälso- och sjukvårdssystemet av olika skäl och vård av dessa kvinnor kan vara komplext på många sätt, exempelvis vid graviditet och förlossning (Widmark, Tishelman & Ahlberg, 2002). Enligt svensk lag är det förbjudet med könsstympning av kvinnor (SFS 1982:316). I Sverige är alla former av ingreppet förbjudet och utförandet är straffbart. Före invandringen av stora grupper av människor från länder som praktiserar könsstympning, införde Sverige en lag med förbud mot könsstympning av kvinnor (SFS 1982:316) som gör alla former av könsstympning olagligt, även om kvinnan själv önskar det. FGM är ett folkhälsoproblem men också ett problem särskilt för skolsköterskor eftersom de träffar barn i skolan som riskerar att genomgå eller har genomgått FGM. Det är av intresse att skaffa stöd och vägledning samt att utrusta skolsköterskor med kunskap gällande arbetet som skyddar flickor från FGM (Trueland, 2014).

Bakgrund

Kvinnlig Könsstympning- female genital mutilation (FGM)

Kvinnlig könsstympning innefattar alla procedurer som involverar partiellt eller totalt avlägsnande av de externa kvinnliga könsorganen eller orsakar andra skador på de kvinnliga könsorganen av icke medicinska skäl. FGM innebär att kvinnlig genital vävnad avlägsnas eller modifieras och kvinnornas normala underlivsfunktion kan störas. Kvinnlig könsstympning är en kränkning av flickors och kvinnors mänskliga rättigheter. Det är en metod som speglar djupt rotad ojämlikhet mellan könen och utgör en extrem form av diskriminering av kvinnor (WHO, 1946). Könsbaserat våld (GBV, Gender-based violence), är en manifestation av patriarkala samhällen där pojkar och flickor socialiseras i olika könsroller som placerar dem inom ojämlika maktstrukturer. FGM ses som ett kulturellt uttryck för GBV (Baillot, Murray, Connelly & Howard 2018; Kumar, et al., 2017). Ingreppet utförs oftast av kvinnor utan vårdutbildning, utan smärtlindring, bedövning eller sterila verktyg (inklusive knivar, stenar, rakblad eller brutit glas) i en smutsig miljö (Raymond, 2016). FGM utförs nästan alltid på minderåriga och strider mot barns rättigheter (WHO, 1946). FGM utförs i alla åldrar men den vanligaste åldern är fem till åtta år men kan även genomföras på mycket yngre inklusive nyfödda (Raymond, 2016). Vårdpersonal bör vara medvetna om att vissa patienter kanske inte vet att de har genomgått en FGM (ibid).

Metoder vid FGM kan leda till dödsfall och är en omänsklig, förnedrande handling som strider mot människans rättigheter till hälsa, säkerhet, fysisk integritet samt rätten att vara fri från tortyr och grymhet (WHO, 1946). Diskriminering av kvinnor innebär alla skillnader, uteslutningar eller begränsningar som görs på grund av kön med syftet att försämra eller ta bort kvinnors autonomi, njutning eller andra funktioner på grund av brist på jämställdhet mellan män och kvinnor (United Nations, 1979). Konventionsstaterna i barnkonventionen arbetar aktivt på att avskaffa traditioner som skadar barns hälsa. Barn ska skyddas från alla former av fysiskt eller psykiskt våld, exempelvis skada, miss-handel, utnyttjande eller sexuell misshandel oavsett vem/vilka som ansvarar för barnets vård – biologiska föräldrar, vårdnadshavare eller en annan person (Barnkonventionen, 2006). Sverige anslutit sig till Barnkonventionen 1990 och hittills har 196 stater anslutit sig till konventionen. USA är den enda som inte har ratificerat Barnkonventionen (Unicef, u.å.).

WHO använder termen FGM för att beskriva seden av att avlägsna delar av kvinnans könsorgan medan befolkningen som praktiserar denna sed använder termen kvinnlig omskärelse (Socialstyrelsen, 2018). Seden förekommer i minst 28 länder i Afrika. Den högsta förekomsten av kvinnlig könsstympning har rapporterats i Somalia (98 %), Djibouti (98 %), Eritrea (90 %), Sierra Leone (90 %), Sudan (85 %), Egypten (80 %) och Gambia (80 %) (Lundberg & Gereziher, 2008). År 2006 bodde 27 000 kvinnor som är könsstympade i Sverige. Största delen var kvinnor som härstammar från Afrika där kvinnlig könsstympning är ett vanligt förekommande fenomen (ibid). År 2012 var 38 000 kvinnor som genomgått könsstympning bosatta i Sverige (Socialstyrelsen, 2018).

FGM innebär en stor hälsorisk och flickor som har genomgått en könsstympning kan drabbas av fysiska och psykiska problem efter ingreppet (Unicef, 2018). Akuta komplikationer efter ingreppet inkluderar exempelvis blödning, infektioner, blodförgiftning, kallbrand och stelkramp. De långsiktiga hälso-konsekvenserna är komplikationer som kan vara livslångt och delas in i tre huvudområden: Gynekologiska, Obstetriska och Psykologiska (Reisel & Creighton, 2015). Alla verksamheter inom hälso- och sjukvården kan möta kvinnor i alla åldrar som har varit utsatta för könsstympning, särskilt inom vård som är riktad till kvinnor, barn och ungdomar (Socialstyrelsen, 2016).

Fysiska problem

Det finns tidiga och långvariga fysiska problem efter ingreppet. De tidiga komplikationerna efter FGM inkluderar död, skada på mjuk vävnad, organ och ben, svår smärta och urinvägsbesvär i form av urinvägsinfektioner och urinretention. Andra infektioner som HIV, hepatit B och C och stelkramp kan också tillkomma på grund av de icke-sterila förhållandena när ingreppet utförs. Senare komplikationer inkluderar miktionssvårigheter, njursjukdomar, sexuella komplikationer, menstruationsrubbnings, ärrbildning, infertilitet, komplikationer för gravida kvinnor vid förlossning samt ökad risk för moderns och barnets död (Johnsdotter & Essèn, 2016; Raymond, 2016). De flesta kvinnor upplever smärta och lider av komplikationer på grund av FGM. Det är mycket smärtsamt vid samlag och kvinnor har dåliga upplevelser av gynekologiska undersökningar (Lundberg & Gereziher, 2008).

Psykiska problem

För de som utsatts för FGM kan psykiska problem förekomma såsom akuta och långvariga symtom som depression, ångest, neuroser och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Kvinnor som genomgått en FGM upplever en känsla av ofullständighet och de fysiska symtomen leder till ökad psykisk stress och psykosomatiska sjukdomar (Banayya Jungari, 2016). Kvinnor kan återuppleva trauman av könsstympning vid samlag, undersökningar och förlossning. Kvinnor som genomgått könsstympning har ofta återkommande mardrömmar och hemska minnen, liksom smärta, rädsla eller känslor av maktlöshet. Även känslor som ilska, skam, skuld och en känsla av utanförskap förekommer ofta (Vloeberghs, van der Kwaak, Knipscheer & van den Muijsenbergh, 2012). De komplicerade psykologiska problemen är sammanflätade med sociokultur, trossystem, äktenskapsförhållanden och det socialnätverket för den enskilda kvinnan (Mulongo, Hollins Martin & McAndrew, 2014).

Hälsa och kultur

Hälsa är inte bara frånvaro av sjukdom utan innebär en helhet av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande (WHO, 1946). Barns utveckling är av grundläggande betydelse och förmågan att kunna leva harmoniskt i en förändrad miljö är en förutsättning för utvecklingen. Den bästa möjliga hälsostandarden är en av de fundamentala rättigheterna för alla människor oavsett ras, religion, politiska åsikter, ekonomiskt eller socialt tillstånd (WHO, 1946). Det finns inga hälsofördelar med FGM och ingreppet leder till betydande hälsoproblem. Internationellt ses FGM som en överträdelse av de mänskliga rättigheterna (Banayya Jungari, 2016). Barn ska skyddas mot alla former av våld, skada och övergrepp. De länder som skrivit under rättigheterna framtagna av Barnkonventionen har åtagit sig att utveckla och implementera skyddsåtgärder. Syftet med det är att ge barn förebyggande stöd samt att identifiera, rapportera, remittera, undersöka och behandla barn som är skadade fysiskt och psykiskt. Alla barn har rätt till hälso- och sjukvård och nödvändig medicinsk hjälp (Barnkonventionen, 2006).

Hälsa är ett tillstånd av välbefinnande som är kulturellt definierat, värderat och praktiserat och som speglar individens förmåga att utföra sina dagliga aktiviteter på ett kulturellt tillfredsställande sätt (Leininger, 1996). Sociala strukturer och kulturella övertygelser kan inte skiljas från hälsa, välbefinnande eller sjukdomar. Det är viktiga krafter som påverkar vård och sjukdomar och välbefinnande (ibid). I de kulturer som genomför FGM är en kvinnas värde kopplat exempelvis till om hon kan gifta sig eller inte. En flicka som inte genomför FGM ses som omöjlig att gifta bort och kommer att leva utanför resten av samhället, fattig och prostituerad. På grund av sociokulturella konsekvenser är kvinnor tvungna att fortsätta ritualen med sina döttrar (Goldenstein, 2014).

Faktorer som stärker FGM är religion, tradition, syn på äktenskap och sexualitet, hälsofördelar, manliga preferenser, estetik och socialt tryck. FGM ses även som ett sätt att säkerställa genitaliernas hygien som i sin naturliga form ses som oren. Seden med FGM ses som en form av social kontroll och identitet för kvinnor samt en funktion av den idealiska flickan. FGM är djupt rotad i det sociala systemet och verkställs av samhället (Berg & Denison, 2013). FGM är kopplat till att bli vuxen och ceremonin som kommer efter ingreppet är en positiv ritual som flickor kommer ihåg med glädje (Goldenstein, 2014). Ritualen som tradition, är starkt kopplad till ära och undvikande av skam, inte bara för flickan men också mamman och ibland hela familjen. Familjer och flickor som har flyttat från sitt hemland kan pressas av släktingar som bor kvar i hemländerna samt av andra familjemedlemmar som även de bor i västländer. Konsekvenser som kan uppkomma om traditionen inte följs kan vara förolämpning av flickans mor, att flickan retas, att flickan (och sin familj) förnekas socialt accepterande och att flickan avvisas som äktenskapspartner. En positiv aspekt av migration som förhindrar fortsättningen av FGM är exponering och påverkan från andra kulturella värderingar som motsätter FGM och möjliggör granskning och omprövning av FGM som tradition (Berg & Denison, 2013).

Sjuksköterskor har ett ökat behov av att bli transkulturellt orienterade på grund av alla de olika kulturer som uppstått i vår multikulturella värld (Leininger, 1996). Kulturvård avser kulturbaserade och omsorgsfulla handlingar gentemot individer eller grupper med uppenbara eller förväntade behov, som styr bedömningar och åtgärder som är till nytta för människors hälsa eller välbefinnande (ibid). Omstrukturering av kulturvård avser sådana åtgärder eller beslut som hjälper individer att förändra sitt beteende för nya eller andra mönster som stödjer hälsosamt beteende (Leininger, 1988). Det är viktigt att sjuksköterskor som träffar flickor som har genomgått FGM, förstår att könsstympning är en värderad och accepterad samhällsnorm. Kvinnor som kommer från de länder där FGM är vanligt har upplevt att västerländska kvinnor visar en kulturell överlägsenhet som betraktas som okänslig för dessa kvinnors värdighet. I många kulturer där FGM genomförs anses samtal om genitalier som vulgära och det är viktigt för sjuksköterskan att bygga en relation innan de frågar om FGM. Det är viktigt att sjuksköterskan inte visar skräck och/eller avsky och har en förståelse för att flickorna inte ser sig själva som stympade eller vanställda (Goldenstein, 2014; Johnsdotter & Essén, 2016).

Vårdpersonal som inte erkänner sina egna fördomar och bearbetar sin egen förförståelse av andra kulturers värderingar och sedvänjor, riskerar att överföra sina egna värderingar och beteendemönster på dem (Campinha-Bacote, 2002). Det är därför viktigt att söka kunskap om andra kulturer och acceptera att de kulturella skillnaderna finns. Kulturell kompetens som en process innefattar integration av kulturell medvetenhet, kulturell kunskap, kulturell färdighet, kulturella möten och kulturell önskan. Det finns ett direkt samband mellan kompetensnivån hos vårdgivare och deras förmåga att tillhanda-

hålla kulturellt mottaglig hälsovård. Kulturkompetens är en väsentlig del av effektiv och kulturellt mottaglig hälsovård för individer från olika kulturer (ibid).

Det finns barn i skolan som genomgått FGM och som skolsköterskan träffar. Kulturell kompetens behövs för att skolsköterskor ska kunna arbeta effektivt med elever från andra kulturer. Skolsköterskor har en unik möjlighet att utforska och bygga på effektiva metoder i arbetet och tillhandahålla stöd och vård till olika grupper. Kulturell kompetens utvecklas genom att engagera sig i lärandet av andra kulturer samt genom att förstå kulturella skillnader och sociala och kulturella orättvisor (Campinha-Bacote, 2002; Carr & Knutson, 2015; Leininger, 1988; Leininger, 1996).

Elevhälsans medicinska insats (EMI)

Det finns en lång tradition av skolhälsovård i Sverige. En historisk återblick på skolsköterskans profession visar att den första skolsköterskan anställdes år 1919 i Stockholm med hygien- och hälsofrågor som primära arbetsuppgifter. Vid den tiden fanns det många sjukdomar som exempelvis tuberkulos, polio och stelkramp. Problem som luseepidemier i skolorna var vanliga och därför var arbetsuppgifter för skolsköterskorna hygienfrågor, förebyggande av smittsamma infektioner och nutritionsfrågor bland annat. År 1940 bestämde regeringen att skolhälsovården skulle vara tillgänglig för alla barn i svenska skolor och blev då ett nytt och lagstadgat arbetsområde i skollagen för skolsköterskor (Fagerholt, 2009).

I juli 2011 började en ny skollag (SFS 2010:800) som samlade all elevhälsa. Den samlade elevhälsan inkluderar skolhälsovården, den särskilda elevvården och de specialpedagogiska insatserna i skolan. Den samlade elevhälsan inriktar sig till förebyggande och hälsofrämjande arbete i skolan och omfattar medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Alla samlade insatser ska stödja elevens utveckling mot utbildningens mål. Skolsköterskor är hälso- och sjukvårdspersonal och lyder under de lagar som gäller inom hälso- och sjukvården bland annat hälso- och sjukvårdslagen, patientjournalagen och sekretesslagen (SFS 2010:800; Socialstyrelsen & Skolverket, 2016).

I Sverige är barnhälsovården ansvarig för barn mellan 0-6 år och när 6 åringar börjar i förskoleklassen överförs ansvaret till EMI som tidigare benämndes skolhälsovården (Ståhl, Granlund, Gäre-Andersson & Enskär, 2011). Skolsköterskor har tillsammans med barnhälsovården som ansvar att erbjuda och genomföra vaccinationer på alla barn enligt ett nationellt vaccinationsprogram för den gruppen. Vaccinationsprogrammet startar med den första dosen när barnet är 3 månader och fortsätter upp till skolans årskurs 8-9 när barnet är mellan 14-16 år (Folkhälsomyndigheten, 2018). EMI är en fortsättning av barnhälsovårdens hälsokontroller och ges av kommuner med inspektion för vård och omsorg (IVO) som tillsynsmyndighet. EMI innefattar det arbetet som utförs av sjuksköterskor och läkare på svenska skolor samt andra yrkeskategorier såsom psykologer som konsulteras vid behov. De svenska riktlinjerna har förändrat EMIs arbete från förebyggande av sjukdomar till hälsofrämjande arbete. Syftet med EMI enligt skollagen är att följa upp, bevara och återställa skolbarns fysisk och psykisk hälsa genom att arbeta för goda vanor bland barnen (SFS 2010:800).

EMI är en del av hälso- och sjukvårdens organisation och omfattas av samma regelsystem som gäller för all hälso- och sjukvård. Parallellt är EMI en del av skolväsendet och regleras under samma lagar som gäller för skolan. EMI är därför beroende av enskilda skolors övergripande verksamhet; fördelning av tid och resurser, kompetensutveckling och samarbete med övrig skolpersonal (Socialstyrelsen & Skolverket, 2016).

Skolsköterskor träffar eleverna flera gånger under skoltid och har en unik möjlighet att bygga upp en relation, följa och främja elevernas hälsa. Hälsobesök hos skolsköterskan ger elever ett tillfälle att reflektera över och diskutera den enskildas hälsa och livsstil (Golsäter, Sidenvall, Lingfors & Enkär, 2011).

Skolsköterskans omvårdnadsarbete

Skolsköterskan jobbar hälsofrämjande för att minska riskfaktorer och förstärka friskfaktorer för att värna om elevernas befintliga hälsa både under skoltiden och senare i livet. Skolsköterskan arbetar hälsofrämjande både på individ- och gruppnivå i skolan genom att bevara, stärka och främja elevernas hälsa (Riksföreningen för skolsköterskor & Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

I Sverige använder skolsköterskor konceptet hälsosamtal som ger en unik möjlighet att främja elevernas hälsa (Reuterswärd & Hylander, 2017). Ett hälsobesök innefattar hälsoundersökningar och hälsosamtal och varje elev i grundskolan, grundsärskolan och specialskolan ska erbjudas minst tre hälsobesök samt att ett hälsobesök ska erbjudas på gymnasieskolan/gymnasiesärskolan (SFS 2010:800).

Hälsosamtal ska vara jämnt fördelade över skolåren och är ett tillfälle för eleven att diskutera sin hälsa, utveckling och sin skolsituation. Stor vikt bör läggas vid att försöka få en uppfattning om elevens psykiska välbefinnande och att kartlägga hinder för elevens utveckling, till exempel begränsningar i elevens förutsättningar, skolans pedagogik, miljöförhållanden, riskfyllda levnadsvanor och psykiska eller sociala problem. Skolsköterskan kontrollerar även elevernas vikt, längd, syn, hörsel och rygg under hälsosamtalet. Skolläkarens uppgift är att vara konsult och diskussionspartner till skolsköterskan, följa upp avvikelser efter hälsosamtal samt göra bedömningar och ställningstaganden för vidare utredningar (Riksföreningen för skolsköterskor & Svensk sjuksköterskeförening, 2016; Socialstyrelsen & Skolverket, 2016).

Skolsköterskans omvårdnadsfärdigheter främjar elevernas lärande genom kontroll och uppföljning av elevernas utveckling och hälsa i ett hälsofrämjande och förebyggande perspektiv. Skolsköterskor har arbetat länge i svenska skolor tillsammans med andra professioner inom elevhälsan. Detta arbete innebär många utmaningar för skolsköterskor som ska både samarbeta i interprofessionella team samtidigt som deras medicinska perspektiv övergår till ett mer hälsofrämjande och välbefinnande perspektiv (Reuterswärd & Hylander, 2017).

Samverkan i team är en av sex kärnkompetenser (personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad praxis, kvalitetsförbättringar, säkerhet och informatik) som ska ligga till grund för sjuksköterskeutbildning och innebär en öppen kommunikation, ömsesidig respekt, effektivitet inom teamarbetet och att teamet ska ta gemensamma beslut. Sjuksköterskans erfarenheter, attityder till olika frågor och värderingar kan påverka teamarbetet. En förutsättning för att sjuksköterskan ska lyckas med ett bra teamarbete är en bra kommunikation med teamet och förståelse av kollegornas kompetenser och de olika professionernas förutsättningar i teamarbetet (Cronenwett, et al., 2007).

Alla barn oavsett ursprung, etnicitet, fysiska, psykiska eller socioekonomiska förhållande har rätt att gå i skolan och vistas i en trygg miljö. Barn som kommer från en annan kultur har rätt att tala sitt eget språk, utöva sin religion och ha kvar sin egen kultur (Barnkonventionen, 2006). Skolpersonal som jobbar i interkulturella skolor kan ställas inför högre krav på kulturell kompetens såsom interkulturellt förhållningssätt och fortbildning i mångkulturella frågor (Kästen-Ebeling & Otterup, 2014). Skolsköterskan spelar en viktig roll när det gäller att skapa en hälsosam miljö för alla barn i skolorna. Skolsköterskan har ett fördelaktigt läge för att identifiera barn som är i riskzonen för att utsättas för könsstämpning samt bygga samverkansgrupper för att hjälpa de elever som redan genomgått könsstämpning och som därigenom påverkas av seden (Nowak, 2016). Det är viktigt för skolsköterskan att förstå det kulturella sammanhanget, regelverkets föreskrifter och sociala konsekvenser av denna praxis i samhället. Skolsköterskan bör arbeta brottsförebyggande tillsammans med socialförvaltningen för att tillsammans försöka utveckla riktlinjer som kan hjälpa till att avskaffa sedvänjan i praktiken (Nowak, 2016). Skolsköterskan arbetar som förespråkare för folkhälsa i samhället och är en nyckelperson när det gäller att förebygga ohälsa bland elever i skolan. Skolsköterskans erfarenheter bör därför tas till vara när det gäller att konfrontera problemen relaterade till FGM (ibid).

Syfte

Syftet är att beskriva skolsköterskans erfarenheter av kvinnlig könsstympling i mötet med elever.

Material och metod

Design

En kvalitativ metod är genomförd eftersom syftet var att beskriva skolsköterskors upplevelser av kvinnlig könsstympling för att få en djupare förståelse för problematiken (Polit & Beck, 2016). Det insamlade materialet bearbetades med en kvalitativ innehållsanalys, vilket innebär att texten analyserats förutsättningslöst utifrån informanternas berättelser (Graneheim & Lundman, 2004). En empirisk undersökning med induktiv ansats har använts eftersom att den anses lämplig då forskningsområdet inte är tillräckligt utforskat eller om det finns skilda kunskaper inom forskningsområdet (Elo & Kyngäs, 2008; Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017).

Urval

Studiens urval utgjordes av skolsköterskor som arbetar inom EMI. Urvalet av informanter ska inkludera personer som har erfarenheter av fenomenet som är i studiens fokus (Henrikson & Billhult, 2017). Genom ett bekvämlighetsurval valdes informanter som arbetade på grundskolor och gymnasium från författarnas två närmaste län i södra Sverige. Enligt Polit och Beck (2016) innebär ett bekvämlighetsurval att informanter som tillfrågas är de som är lätt tillgängliga eller som finns närmast till hands. Inklusionskriterier var att informanterna arbetade på en mångkulturell skola, hade erfarenhet av att möta flickor som har genomgått könsstympling eller hade elever på skolan från de länder där könsstympling är ofta förekommande.

Informationsbrev och samtyckesformulär med studiens syfte samt tillvägagångssätt (se bilaga 1 och bilaga 2) skickades ut via e-post till nio verksamhetschefer för skolsköterskor i nio kommuner i två valda län. I informationsbreven efterfrågades verksamhetschefens samtycke till studien och medgivande att kontakta medicinskt ledningsansvariga skolsköterskor för att kunna rekrytera skolsköterskor med efterfrågade inklusionskriterier. Fem av nio tillfrågade verksamhetschefer gav sitt godkännande till studien. En verksamhetschef tackade nej till studien på grund av tidsbrist och ytterligare tre verksamhetschefer svarade inte på förfrågan om deltagande i studien.

Tre av de fem verksamhetschefer som gav sitt samtycke till studien lämnade information via mail om vilka skolsköterskor som var aktuella att kontakta. Efter skriftligt godkännande via e-post från ytterligare två verksamhetschefer kontaktades två medicinskt ledningsansvariga skolsköterskor i kommunerna och tilldelades informationsbrev om studien innan de gav information om vilka skolsköterskor som skulle kontaktas.

Informationsbrev (se bilaga 1) och förfrågan om deltagande skickades ut till 18 skolsköterskor i fem kommuner. Kontakten tog sedan med skolsköterskorna via e-post och/eller telefon för att bestämma tid och plats för intervjuerna. En skolsköterska tackade nej på grund av för kort arbetslivserfarenhet inom skola och fyra skolsköterskor svarade inte vid kontaktförsök. Totalt blev det 13 skolsköterskor som tackade ja till att delta i studien och enskilda intervjuer bokades in. Av de 13 intervjuade skolsköterskorna var två män och elva kvinnor (se tabell1). Samtliga skolsköterskor fick både muntlig och skriftlig information om studien.

Tabell 1. Bakgrundsvariabler över deltagare (n=13) i studien.

Kön	Kvinna n=11
	Man n= 2
Ålder	20-39 år n=1
	40-59 år n= 7
	>60 år n=5
Anta arbetsår som skolsköterska	1-10 år n=8
	11-20 år n=3
	>21 år n=2
Utbildning	Distriktssköterska n= 12
	Sjuksköterska n=1

Datainsamling

Intervjuerna delades upp mellan författarna och tolv intervjuer ägde rum på skolsköterskornas arbetsplats under arbetstid och en intervju genomfördes på en annan plats. Informanterna intervjuades om sina upplevelser av kvinnlig könsstämpning i mötet med elever. Intervjuerna var semistrukturerade och stödfrågor togs fram (bilaga 4) med syftet att informanterna skulle berätta öppet och variationsrikt som möjligt om sina erfarenheter. En intervjuguide ska täcka in fenomenet som ska studeras (Polit & Beck, 2016). Intervjuguiden formulerades utifrån en struktur med utgångspunkt från det valda ämnet. Intervjuerna var noggrant förberedda med en intervjuguide som gav utrymme för svar och som ytterligare ledde till nya frågeställningar (Kvale & Brinkmann, 2014). Varje intervju började med en öppen fråga "när du hör ordet könsstämpning vad tänker du på då?" för att få höra informanternas spontana tankar. Frågor som ingick i intervjun var exempelvis "hur upplever du din kunskap kring ämnet kvinnlig könsstämpning?" eller "Kan du berätta om någon elev som har genomgått könsstämpning? Hur kom du/ni fram till det?". Samtliga intervjuerna spelades in på mobiltelefon och transkriberades ordagrant inom en vecka efter intervjun. Intervjuerna sparades som ljudfil med en siffra 1-13. Författarna oidentifierade alla informanternas plats, namn och text som inkluderade information som kunde identifiera informanterna i intervjuerna antingen direkt under transkribering eller efter transkribering. Intervjuerna varade mellan 8 och 36 minuter.

Dataanalys

Transkriberade intervjuer analyserades med hjälp av manifest innehållsanalys med kvalitativ ansats. Den manifesta innehållsanalysen fokuserar på det som texten säger och beskriver det som tydligt framgår i texten medan den latenta innehållsanalysen inriktar sig på att tolka det som står i texten och fokuserar på textens underliggande mening (Graneheim & Lundman, 2004). Intervjuerna transkriberades ordagrant och lästes först igenom ett antal gånger för att få en uppfattning om innehållet. Varje intervju kodades med en siffra och innehållet i intervjuerna som handlade om samma sak tilldelades en färg. På så sätt började ett mönster av olika innehåll i intervjuerna att tydliggöras. Ett schema upprättades för att kunna hålla reda på grupper av olika innehåll.

Författarna delade upp mellan sig de transkriberade intervjuerna. Meningsbärande enheter som svarade på studiens syfte markerades och plockades ut var för sig. Författarna jämförde enheterna med varandra för att se om det fanns likheter och skillnader. De meningsbärande enheterna i intervjuerna innehöll olika aspekter och författarna enades om att de markerade enheterna svarade på syftet. Därefter utfördes analysen tillsammans. Meningsbärande enheter är de delar av texten som innehåller relevant information som svarar på studiens syfte och de kan vara långa meningar som letas fram i texten för att sedan minimeras till kortare meningar utan att förlora meningsinnehållet. Meningsbärande enheter kondenserades till kortfattade koder som beskriver de meningsbärande enheters innehåll. Koder är ett sätt att beskriva vad meningsenheterna innehåller och ger namn till kondenserade meningsenheter (Graneheim & Lundman, 2004).

Liknande koder i intervjuerna markeras med samma färg. Efter att alla intervjuer var kodade grupperades koder med samma färg i en egengjord analysmatris. Koderna tilldelades samma siffra som tillhörande intervju för att citat som förstärkte resultatet kunde hittas lättare. Kontinuerlig kontakt mellan författarna, via telefon och ett gemensamt webbaserad dokument, fanns under hela arbetet och analysprocessen.

Koderna sorterades utifrån likheter och skillnader. Gruppering av koderna genomfördes i en och samma tabell i Google Drive samt att uppdatering och sparande av tabellen gjordes kontinuerligt och automatiskt. Efter att alla koderna placerades i analystabellen lästes koderna tillsammans via telefonsamtal och gruppering diskuterades tills båda författarna var nöjda. Koder med liknande innehåll grupperades och flyttades många gånger mellan varandra. Koderna som hörde ihop bildade underkategorier och underkategorier som hörde ihop grupperades i sin tur för att bilda en kategori. Avsikten med att skapa kategorier är att beskriva det valda ämnet samt att öka läsarens förståelse och kunskap kring ämnet (Graneheim & Lundman, 2004). Under hela analysen hölls syfte i fokus och medvetenhet fanns om förståelsen. Exempel på analysprocessen visas i tabell 2.

Tabell 2. Exempel på analysprocessen från meningsbärande enhet till bildande av en kategori.

Meningsbärandeenhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
Jag nog har för lite kunskap, att det är inget vi har tagit upp på min specialistutbildning, jag tror inte ens vi nämnde det. ...Jag saknar väldigt väldigt mycket kunskap om området.	Jag saknar väldigt mycket kunskap, det är ingenting vi har tagit upp på min specialistutbildning.	Brist på kunskap Har inte tagits upp på specialistutbildning	Varierande erfarenheter	Skolsköterskans kunskap
De kan inte hjälpa det. Det är deras föräldrar, deras kultur, deras släkt som har gjort detta med dem innan de kom till Sverige. Så det gäller att inte lägga någon skuld.	Könsstympling utförs i ett annat land av föräldrarna och släkten baserat på kulturen.	Könsstympling utförs av föräldrarna och släkten baserat på kulturen.	Varierande kännedom om andra kulturer	

Forskningsetiska överväganden

Forskaren själv har ansvar för att utföra forskning som är moralisk och av god kvalitet och ska ta hänsyn till den yrkesetik och forskningsetik som styr forskningen (CODEX, 2018a). I Belmontrapporten, etiska principer och riktlinjer för skydd av försökspersoner, nämns tre etiska principer: Skyldighet att göra gott; rättvis behandling och respekt för individen. Principerna är viktiga att beakta vid forskning på människor. De innebär att forskningen inte ska skada; att sårbara personer eller utsatta grupper i samhället inte ska väljas om mindre utsatta grupper kan väljas samt att respektera alla människors rätt till självbestämelse (United States, 1978). Forskaren är skyldig att undvika eller minimera skador och får inte utsätta informanter för obehag (Polit & Beck, 2016). Författarna till denna studie har förhållit sig till de principerna och tagit etiska aspekter i beaktning under hela processen. Skyldighet att skydda informanternas identitet har beaktats genom att namn, plats och data av privat karaktär som kunde avslöja deltagarnas identitet har avidentifierats i intervjuerna. Eventuella citat i studien skulle inte kunna härledas tillbaka till respektive deltagare.

En egengranskning av projektplanen gjordes enligt Jönköpings högskola mall innan intervjuerna utförande. I granskningen framkom inga risker för informanternas hälsa. Det fanns inga risker för den personliga integriteten då informanternas identitet inte kan identifieras i resultatet. De skolsköterskor som deltog i studien erhöll skriftlig och muntlig information om studiens syfte och utformning samt

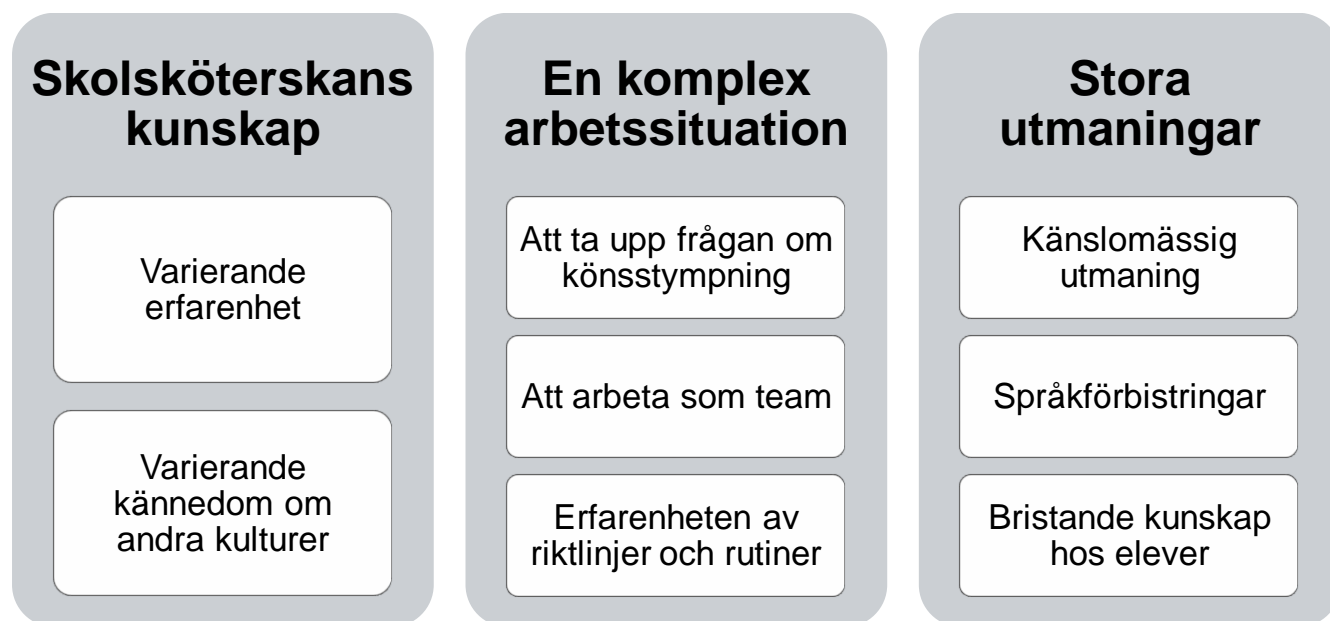
att de när som helst kunde avbryta sin medverkan utan att vidare frågor skulle komma att ställas (SFS 2003:460).

Deltagarnas välbefinnande samt den insamlade informationen har varit forskarnas ansvar under hela arbetet (CODEX, 2018b) och konfidentialitet har kunnat garanteras genom att alla deltagare är anonyma och inte går att identifiera i intervjuerna. Inga intervjuer märktes med personuppgifter, vare sig på inspelning eller på transkriberad text. Ljudfilerna sparades som "intervju 1, intervju 2 till och med intervju 13". Namn transkriberades som XXX i den transkriberade text och plats som XXX kommun, XXX skola och så vidare. Uppgifter som samlades in från deltagarna var, ålder, kön, hur länge de arbetat som skolsköterska samt om de möter barn från olika kulturer på sin skola.

Forskaren är skyldig i hälso-och sjukvårdsforskning att reflektera och diskutera de etiska dilemman som kan uppkomma under forskning (Kvale & Brinkman, 2014). Reflektion och diskussion av de etiska principerna skedde genom alla steg i arbetet. Efter genomförande av intervjuerna och analys av intervjumaterialet upprepades högskolans etiska granskning för att säkerställa att de etiska principerna uppfylls genom hela analysprocessen.

Resultat

Dataanalysen av 13 intervjuer med skolsköterskor ledde fram till tre kategorier samt åtta underkategorier. Kategorierna är Skolsköterskans kunskap, En komplex arbetssituation och stora utmaningar samt åtta underkategorier. I resultatet presenteras varje kategori med tillhörande underkategorier i löpande text och styrks med citat från intervjuerna.



Figur 1: Kategorier och underkategorier.

Skolsköterskans kunskap

Varierande erfarenhet

Skolsköterskorna upplevde varierande erfarenhet vad gäller den egna kunskapen. De upplevde osäkerhet på grund av kunskapsbrist och för att de inte hade hört eller läst mycket om kvinnlig könsstympling. De berättade att de har lite kunskap om könsstympling och att det inte är något som togs upp eller ens nämndes på grund- eller specialistutbildningen. Den egna kunskapen hade de hämtat från föreläsningar, utbildningar samt exempelvis genom utbyte med andra skolsköterskor. Kunskapen

var viktig för att kunna ställa frågan om könsstympning och framför allt för att kunna hantera svaret. Skolsköterskor upplevde ett ökat kunskapsbehov och det framkom hur viktigt det var med kunskap när frågan om könsstympning ställdes till flickor i riskzonen.

“Det var i början jag själv kände, oj, vad gör jag, jag måste liksom få kunskap och kännedom om vad jag gör när jag sitter med ett svar...”

Skolsköterskorna hade fått kunskap via massmedia och vissa kommuner hade haft kampanjer för att uppmärksamma ämnet samt att det fanns grupper runt om i landet som arbetat med förebyggande insatser. De kände till könsstympning och hur det går till men att de inte visste hur många det är i Sverige som är könsstympade. En del av skolsköterskorna upplevde inte att de var uppdaterade om ämnet, det var ingen prioriterad fråga på skolorna där de arbetade och därför upplevdes det heller inte vara ett problem inom skolan. Andra tyckte däremot att de hade stora problem med könsstympade elever och såg det som ett högprioriterat arbetsområde.

”Jag har inte uppfattat att det är ett stort problem, det tror jag inte. Jag har ändå jobbat ganska länge också. Det är inget så där jättestor problem. Det finns många andra grejer... det är ingen jättestor grej”

Varierande kännedom om andra kulturer

Kunskaperna om var i världen könsstympning förekommer varierade. Skolsköterskorna har kännedom om att det är vanligt förekommande i afrikanska länder men att det även förekommer i delar av Mellanöstern. Somalia är ett land som ofta nämns i informanternas berättelser, då skolsköterskorna har upplevt att de träffar många flickor från Somalia som är könsstympade. Skolsköterskorna har kännedom om att könsstympningen är en tradition eller en sed som flickorna måste gå igenom. Skolsköterskorna ville inte lägga skuld på flickorna eftersom det var deras föräldrar och släkt som hade utsatt dem för könsstympning när de var små och oftast innan de kom till Sverige.

“Somalia om jag har förstått det rätt, Afrikas horn, Somalia och Eritrea, Etiopien, tror jag är vanligaste.”

Skolsköterskorna berättar om att könsstympning är socialt accepterat i de länder som praktiserar könsstympning och att det är en tradition som är viktigare än flickors hälsa. Det finns en förståelse hos skolsköterskorna om att det är kvinnorna själva som ser till att traditionen fortsätter. Kvinnorna ser könsstympning som en nödvändighet för äktenskap, då ingreppet tros bevara en flickas oskuld innan giftermålet. De berättar om att könsstympning är en tradition som har pågått länge i vissa kulturer och som praktiserats och accepteras av både mammor och släkt som själva blivit utsatta för det. Traditionen kan vara så stark att flickor utsätts för det även i Sverige trots att det är förbjudet. Familjer kan åka tillbaka till hemlandet för att utföra könsstympningen.

”Detta är något som har pågått väldigt länge och det kan inte bara vara pappan som driver det men mamman tillåter sin dotter med att göra det som hon själv har blivit utsatt för. Så någonstans så måste de tycka att det är så här det ska vara.”

En komplex arbetssituation

Att ta upp frågan om könsstympning

Skolsköterskorna kunde ta upp frågan om kvinnlig könsstympning med föräldrar vid olika kontakter med elevhälsan som exempelvis vid hälsosamtalen. De skolsköterskorna som hade goda kunskaper om innebörden av könsstympning hade lättare att ta upp ämnet med sina elever. I samtalet passade skolsköterskan även på att informera om svensk lagstiftning. I vissa kommuner finns frågan om könsstympning på hälsoformuläret som eleverna fyller i själva med föräldrar. Skolsköterskorna hade också diskuterat om att ha en fråga om könsstympning i hälsoformuläret till mindre barn på BVC och vid hälsosamtal på lågstadiet.

“När man har hälsosamtal och sen då frågan kommer upp ... nån vet jag har sagt så här att ”ja... jag är könsstympad”.”

De kunde använda begreppet omskuren istället i samtalet för att fråga flickor om de var könsstympade. Även de som inte hade frågan på hälsoformuläret frågade om könsstympning när flickorna hade ont i magen eller hade andra bekymmer i samband med mensen samt att de pratade om komplikationer och vilken hjälp flickorna kunde få.

“de har sökt för de kanske har ont i magen i samband med mens och då har jag lyft frågan och diskuterat vidare.”

Skolsköterskorna upplevde också att det inte alltid de fick kännedom om könsstympning även om flickorna fick frågan så kunde de inte alltid lita på svaret. Anledningen till tveksamheten var att många elever inte mindes om de hade genomgått en könsstympning och att de inte visste hur ett ostympat kvinnligt underliv skulle se ut. Vid hälsosamtalen hade skolsköterskorna misstankar om att somaliska flickor var könsstympade i större utsträckning än vad som kom fram i samtalen, eftersom det kom in många barn från Somalia som var könsstympade till skolorna för några år sedan.

”när jag ställer frågan om nån är könsstympad då får jag ofta... ofta får jag lite frågande blick... och man undrar vad det är för någonting.”

Det hände att skolsköterskorna inte ville ställa en direkt fråga till flickorna om de var könsstympade utan att de försökte fråga om det i samband med att flickorna hade ont i magen eller om det hade hänt något annat. Andra skolsköterskor upplevde det svårt och kände osäkerhet inför att ta upp ämnet kvinnlig könsstympning med utsatta flickor på grund av att de inte ville döma eller peka ut någon, samtidigt så önskade de hjälpa flickorna. Det var viktigt att samtalet om könsstympning skedde på ett korrekt sätt. Skolsköterskorna la stor vikt på hur ämnet tas upp för att eleverna ska våga prata om könsstympningen.

“lyfta frågan och prata om det, att vi sänder ut signal att liksom det finns nåt ”hysch hysch” med det här utan att vi ser på att kvinnans hälsa är lika god som männens till exempel”

Skolsköterskorna upplevde elever som varit på besök i hemlandet som en utmaning i den bemärkelsen att de inte visste hur de sen skulle ta upp frågan om något hade inträffat under vistelsen i hemlandet. De betonar vikten av att uppmärksamma flickor som de ansåg vara i riskzonen inför hemlandresor. De berättar om att det är vanligare att flickorna är könsstympade redan när de flyttar till Sverige.

“även om man lyfter frågor med vårdnadshavare är det så ... dom kan neka men man förstår ändå att det sker. ... och det är sorgligt och det är... jag vet inte det känns lite tandlöst rättssystem här i Sverige. Jag tror inte att det är jättemånga som har blivit fällda för det...”

Att arbeta som team

Skolsköterskorna upplevde att de hade ett fungerande samarbete med externa vårdgivare såsom ungdomsmottagningen eller andra mottagningar inom sjukvården. De hjälpte flickor som genomgått könsstympning att boka tider på ungdomsmottagningen eller hänvisade dem till barnklinik och gynekolog. En arbetsgrupp med fokus på könsstympning där även skolsköterskor deltog tillsammans med personal från ungdomsmottagningen hade skapats som hjälp och stöd till utsatta flickor. I arbetsgruppen diskuterades vilka elever som skulle hänvisas till ungdomsmottagningen och vilka elever som skulle hänvisas till gynekologen direkt eller till specialiserade mottagning där rekonstruktion av underlivet kunde göras. På vissa håll upprättade skolsköterskorna en egen rutin som innebar att flickor som blivit könsstympade hänvisades direkt till ungdomsmottagningen där de fick en första bedömning.

“Så vi startade ett litet samarbete med ungdomsmottagningen och då kom vi fram till att vi börjar med hänvisningen till ungdomsmottagningen och sen får dem ta första steget och sen vidare till kanske till gyn.”

Könsstympning togs upp i varierande grad eller inte alls på skolsköterskemöten. Vissa kommuner tog upp könsstympning på skolsköterskemöten regelbundet medan andra kommuner diskuterade ämnet i samband med olika föreläsningar och kampanjer. Diskussioner om könsstympning på skolsköterske-

möten handlade om frågor som ställs vid hälsosamtal, lagar, riskerna för att utsättas för ingreppet vid resor till hemländer och samarbetet med andra mottagningar.

“Den frågan kan vi diskutera fram och tillbaka.. är det rätt att ha den? eller ska vi inte ha den? och varför har vi den?”

Det är inte alltid skolsköterskan visade tillit till sina skolsköterskekollegor angående frågan om könsstympling. De upplevde att kollegorna inte alltid ställde frågan om könsstympling och trodde därför att de jobbade ensamma med ämnet. Skolsköterskorna upplevde att könsstympling var ett så svårt område att samtala om och att det prioriterades olika. De ville ta samtalen om könsstympling med elever själva och ville inte ha ett samarbete med övrig skolpersonal på grund av att de trodde att de andra professionerna i skolan inte kunde göra det på rätt sätt.

“då ska man ta med det i sitt arbete, vårt arbete som skolsköterskor är väldigt brett och du kan inte komma ihåg allt men... ditt engagemang är också viktigt att du ser vad du har för elev framför dig.”

Erfarenhet av riktlinjer och rutiner

Skolsköterskorna upplevde både brist och tillgång på riktlinjer och rutiner gällande könsstympling. Det fanns skolor som inte hade rutiner eller egna handlingsplaner, men det fanns övergripande rutiner i kommunen. De trodde att de skulle kunna hantera det om eller när det uppkom frågor om könsstympling i skolan. De upplevde ett behov av rutiner att kunna luta sig mot för att klara av bemötandet på ett mer professionellt sätt.

”Men själva skolan sa hon, har ingenting. Då får man gå vidare med det och se om det finns en beredskap på en högre plan hur man gör i dessa frågor. Eeeh..., orosanmälan... kanske anmälningsplikt. Men vi har inget på skolan så där i hur vi ska agera.”

Skolsköterskorna upplevde att de hade fungerande rutiner gällande hänvisningen av könsstympte elever till ungdomsmottagningen i första hand. Skolsköterskorna upplevde däremot brister i rutinerna angående anmälningsplikt och att det inte fanns några tydliga rutiner för hur de skulle hantera vetskapen om att en flicka riskerade att utsättas för könsstympling. De berättade att ingen orosanmälan gjordes fast de fick kännedom om att en elev skulle åka till sitt hemland under semestern för att troligtvis genomgå en könsstympling. Ingen av kommunerna hade planer/rutiner angående hemresor. Skolsköterskorna berättar om lagar och straff men inga rutiner för risker med hemresor. Skolsköterskorna menade att det var viktigt att göra orosanmälan till socialtjänsten vid misstanke om planerad könsstympling.

”det är svårt och hur ska man tackla det ..det går inte att anmäla till Soc bara för att man ska åka till hemlandet, vi vet inte vad dem ska göra där.”

Hinder i skolsköterskans arbete

Känslomässig utmaning

Skolsköterskorna upplevde att könsstympling var ett känsligt ämne att lyfta och beskrev könsstympling som något fruktansvärt, hemskt som inte borde finnas eller tillåtas. De använde ord som tortyr, traumatiskt och lidande för att beskriva vad de flickorna/kvinnorna som har genomgått könsstympling har varit utsatta för. Skolsköterskor berättar om trauman som elever fick uppleva och att ingreppet skedde utan att flickorna blev informerade innan de blev utsatta för övergreppen. Skolsköterskor uttryckte medkänsla med flickor som blivit utsatta för könsstympling. De kände sig tryggare och upplevde ökat självförtroende i förmågan att samtala om könsstympling efter att ha fått mer kunskap om ämnet.

“Idag känner jag ju mig mycket tryggare för jag har fått massa... men massa... en hel del kunskap”

Det kom fram att skolsköterskorna också upplevde sina egna värderingar som positiva i möte med könsstympade elever. De berättade om elever som hade anförtrott att de tänkte inte utsätta sina döttrar för könsstympling. Skolsköterskorna förstod att anledningen till att en del av flickorna som genomgått könsstympling ville bli barnmorskor var ett sätt för dem att själva jobba för att stoppa traditionen med könsstympling. Skolsköterskan kände hopp att arbetet ledde till förändring. De kände också en tillfredsställelse av att eleverna var öppna och nyfikna i möte angående könsstympling och tacksamma att kunna få hjälp.

”Det kändes skönt att dem i ett senare skede när dom kanske ska bilda familj ändå tänker att det här är ingenting som vi ska pyssla med.”

I intervjuerna förekommer också berättelser om att pojkarna blir omskurna i samma kulturer och att det är lättare att prata om omskärelse på pojkar än vad det är att prata könsstympling på flickor. De jämförde orden könsstympling och omskärelse och beskriver skillnaden att manlig omskärelse inte påverkar den kroppsliga funktionen av könsorganet medan kvinnlig könsstympling är en stympling som skadar funktionen av könsorganet.

”men jag tänker att en tjej inte är omskuren.. en tjej är stympad, man har inte gjort någonting som ska vara till en fördel för tjejen, utan det är som när man amputerar en hand som när man amputerar delar av könet för tjejen...kvinnan.”

Språkförbistringar

Skolsköterskorna talade om språksvårigheter i mötet med flickor som kommer från länder med en annan kultur där könsstympling praktiseras och som nu befinner sig i ett nytt land med ett nytt språk. De upplevde språk som ett hinder för kommunikation och uttryckte ett behov av en fungerande dialog som är viktig för att flickorna skulle kunna berätta om sin hälsa.

”Jag hade nog haft svårt och veta hur jag ska formulera mig. Speciellt när inte språket finns där kanske riktigt. Jag är rädd att de kan missförstå...”

Tolk används i samtalen och skolsköterskorna funderade om tolken översatte allt även om de hade kännedomen om att tolken måste översätta allting. I de samtal skolsköterskorna hade utan tolk där elever kunde prata lite svenska själva fanns en risk att eleven inte förstod frågan och att skolsköterskan missade att eleven ville ha hjälp.

”att man borde.. att jag borde boka tolk ibland för att kunna förklara bättre och mer utförligt, kanske att jag skulle få mer napp då att man vill ha hjälp”

Bristande kunskap hos elever

Skolsköterskorna upplevde att det inte var alltid som eleverna förstod frågan. Skolsköterskan kunde ha både individuell- och gruppundervisning om hur kroppen ska se ut, visade bilder och uppmanade elever att gå hem och titta på sig själva i en spegel. Eleverna kom tillbaka efter det och diskuterade med skolsköterskan.

”och jag brukar tipsa dem om att faktiskt gå hem och se om dem har en liten spegel och titta och se efter om dem är omskurna.”

Skolsköterskorna upplevde att elever inte berättar första gången frågan ställs om könsstympling utan att de kunde söka sig till mottagningen flera gånger efter frågan ställdes innan de berättade. Vissa skolsköterskor hade undervisning i grupp om sex och samlevnad för alla elever på skolan samt speciala grupper med utländska elever. Elever som har genomgått könsstympling kom också efter dessa träffar och berättade eller hade frågor om hur de kunde få hjälp.

”att man inte vågar berätta i första steget och sen att man ... när man har fått pratar med mig... lära känna mig under den stunden man sitter där lite grann och känner att men det här ... det känns okej att prata om det med henne.”

Diskussion

Metoddiskussion

Kvaliteten på arbetet kommer att diskuteras med hjälp av begreppen, trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet. Kvalitativ forskningsutvärdering måste utformas på ett sätt så att trovärdighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet maximeras (Polit & Beck, 2016).

Författarna ansåg att en kvalitativ metod med induktiv ansats var lämplig för studien och användes eftersom upplevelser skulle beskrivas. Med induktiv innehållsanalys har kategorierna fastställs från studiens intervjumaterial och har inte utgått från en förutbestämd teori. En kvalitativ metod föredrogs framför en kvantitativ metod då syftet var att beskriva erfarenhet och genom berättelse få möjlighet att ta del av människors erfarenheter (Polit & Beck, 2016).

En styrka med den valda metoden var de enskilda intervjuerna, vilka tillät skolsköterskor att prata fritt om sina erfarenheter och ansågs därför vara mer givande än exempelvis en litteraturstudie. En kvalitativ enkätstudie hade kunnat användas men valdes bort på grund av det fanns en risk att inte få tillräckligt många skolsköterskor som svarade på enkäterna. Enkäter ansågs också vara opersonliga, vilket i sin tur innebar att det skulle vara svårt att nå samma djup i enkätsvar som i intervjuer. Fokusgrupper hade också kunnat användas då syftet var att beskriva erfarenheter men ansågs inte vara lägligt eftersom att författarna bor långt ifrån varandra vilket kunde försvåra planeringen och genomförande av intervjuer. Vid användande av fokusgrupper ska många informanter kunna ställa upp på samma dag och tidpunkt och det finns risk att de deltagare som blir intervjuade påverkar varandra på olika sätt. Nackdelen av fokusgrupp som metod kan vara att vissa personer kan känna sig obekväma att uttrycka sina ståndpunkter i en grupp och kan därmed känna sig hämmade (Polit & Beck, 2016). Därför ansåg författarna att enskilda intervjuer var att föredra, eftersom de personliga erfarenheterna fick komma fram.

Urvalet av informanter valdes utefter skolsköterskors arbetserfarenheter på multikulturella skolor. Informanter valdes från två olika län i södra Sverige genom ett bekvämlighetsurval. Ett bekvämlighetsurval är en lämplig urvals metod när informanterna behöver finnas inom ett visst sammanhang eller en särskild organisation (Polit & Beck, 2016). Informanter skulle vara verksamma inom högstadiet och gymnasiet för att fokus skulle ligga på skolsköterskans personliga kontakter med eleverna själva istället för hos de yngre eleverna där föräldrarna skulle vara mer i fokus. Alla informanter som deltog i intervjuerna uppfyllde inklusionskriterierna som förstärker arbetets trovärdighet. Enligt Polit och Beck (2016) handlar studiens trovärdighet om att metoderna mäter det som är avsett att mätas.

Eftersom erfarenheter skulle beskrivas ansågs intervju som en lämplig datainsamlingsmetod. Valet av deltagare till intervjuerna gjordes också med syftet i fokus. Inklusionskriterierna var att skolsköterskor skulle arbeta på mångkulturella skolor och med äldre elever. Enligt Polit och Beck (2016) är ett kritiskt första steg i valet av deltagare att välja platser med hög potential för användbar information, samtidigt som man överväger om dessa platser kan leda till större förståelse.

Båda könen var representerade bland informanterna men könsfördelningen var ojämn då det var 2 manliga och 11 kvinnliga skolsköterskor. Enligt Statistiska centralbyrån (2014) är nästan samtliga skolsköterskor kvinnor. Könsfördelningen diskuterades och ansågs troligen inte ha en påverkan på trovärdigheten i arbetet. Antal informanter ansågs som relevant för studien eftersom det framkom både likheter och skillnader samt unika upplevelser av fenomenet som kunde förstärka studiens trovärdighet. De skolsköterskor som deltog arbetade i två olika län.

Initialt planerades tolv intervjuer, men på grund av en väldigt kort intervju genomfördes en trettonde intervju. Den korta intervjun på 8 minuter ansågs innehålla rikt data eftersom att informanten kunde täcka in alla frågor under kort tid. För att öka trovärdigheten gjordes en trettonde intervjuer och sammanlagt 13 intervjuer ansågs innehålla tillräckligt med information för att få fram ett tillfredställande resultat. Enligt Danielson (2017a) ger 10-20 intervjuer med öppna frågor en rik data. För att spara tid delades de enskilda intervjuerna upp mellan författarna. Det kunde vara till studiens fördel om intervjuerna hade kunnat genomföras tillsammans. Då hade möjligheten till fler uppföljningsfrågor med

olika aspekter ökat men å andra sidan kan det vara svårare för informanten att det är två personer som intervjuar. I resultat framkommer det liknande upplevelse av fenomen vilket pekar på att resultatet förmodligen inte hade påverkats om intervjuerna hade genomförts av en och samma person eller tillsammans.

Mellan 45 och 60 minuter avsattes för intervjuerna men ingen av informanterna använde hela mängden tid. Den generösa tidslängden valdes för att få flexibilitet i tidsplanering. Författarna var ute efter innehållsrikt material och det fanns en förståelse om att intervjuer kunde ta längre tid än planerat om en informant har mycket att berätta.

Skolsköterskan valde fysisk plats för intervjun vilket blev den egna arbetsplatsen för alla utom en skolsköterska som ville komma till en av respondenternas arbetsplats. Skolsköterskorna som genomförde intervjuer på sina arbetsplatser befann sig i en bekant miljö och behövde inte förflytta sig till en okänd miljö. Skolsköterskan som valde annan plats för intervjun menade att det fanns risk för störningar under intervjun från både kollegor och elever om hon hade varit kvar på arbetsplatsen för intervjun.

Det verkade inte som informanten påverkades av inspelningen och forskning säger att intervjupersonen brukar ofta glömma bort inspelningen efter några minuter (Polit & Beck, 2016). För att öka studiens pålitlighet, avslutades intervjuerna med en kort sammanfattning av informanternas svar med slutfrågan om det var något ytterligare de ville lägga till. Informanterna fick då chans att tillägga något mer innan intervju avslutades (Danielson, 2017a).

För att öka resultatets pålitlighet genomfördes analysprocessen först tillsammans för att hitta ett gemensamt tillvägagångssätt och fortsatte sedan på varsitt håll. Materialet delades upp och meningsbärande enheter relevanta för syftet markerades. I slutet på analysprocessen när koder grupperades och underkategorier samt kategorier bildades genomfördes arbetet tillsammans för att höja resultatets trovärdighet.

Förförståelsen har diskuterats och hur den eventuellt kunde påverka studien. Förförståelse reflekterades och diskuteras under studiens planering. Intresset för ämnet kom efter att en av författarna var på en föreläsning om könsstympning. Båda författarna önskade få mer kunskap om ämnet och en djupare förståelse för hur skolsköterskor arbetar både med frågor om könsstympning men också med flickor som genomgått könsstympning. Författarna har i sitt arbete båda träffat flickor som genomgått könsstympning men inte i så stor omfattning. Den egna upplevelsen var att ingen större erfarenhet eller fördomar att möta flickor som genomgått könsstympning fanns. Tolkningar av resultatet bedömdes därmed inte ha påverkats av den egna förförståelsen. Studiens bekräftelsebarhet innebär att studieresultat härrör från deltagarnas berättelse, inte från forskarens förförståelse (Polit och Beck, 2016).

Trovärdighet avser också forskarnas kritiska bedömning av varje beslut som gjorts under hela forskningsprocessen (Polit & Beck, 2016). Forskningsprocessen diskuterades regelbundet tillsammans med arbetets handledare samt med en studiegrupp och kritiska bedömningar gjordes kontinuerligt under arbetets utförande.

Författarna kunde observera att arbetet gällande könsstympning skiljde sig från de två valda länen genom att det var ett län som jobbade aktivt med ämnet medan det andra länet inte gjorde det. De fanns en klar skillnad mellan de utvalda länen om hur skolsköterskorna jobbade med könsstympning och att skillnaderna gav ett brett spektrum av upplevelser. Vidare diskuterades att inkludera flera län i studien för att öka möjligheterna till ett mer variationsrikt material som i sin tur skulle öka studiens överförbarhet. Studiens överförbarhet innebär i vilken utsträckning resultat kan överföras till andra verksamheter eller grupper. En tydlig presentation av resultatet tillsammans med lämpliga citat ökar överförbarheten (Polit & Beck, 2016). Troligen skulle andra skolsköterskor i liknande kontext känna igen sig i studiens resultat. Studiens resultat kan överföras till andra yrkesgrupper eftersom flickor som drabbas av könsstympning kommer i kontakt med andra vårdpersonal. Dessa flickor kommer i kontakt med till exempel ungdomsmottagningen och vårdcentraler med symtom där könsstympning kan misstänka som orsak.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva skolsköterskans erfarenhet av kvinnlig könsstympning i mötet med elever. Resultatet visade att det bland skolsköterskor fanns en varierande erfarenhet om kvinnlig könsstympning. Det hade sin grund i att könsstympning inte var något ämne som hade tagits upp under utbildningen som sjuksköterska eller under specialistutbildning. Skolsköterskor hade inhämtat kunskap inom området under sin arbetserfarenhet. De hade sökt informationen själva efter att de hade kommit i kontakt med flickor som genomgått könsstympning eller hade gått på kompletterande utbildningar och föreläsningar som var arbetsrelaterade. Annan forskning visar hur skolsköterskan införskaffar kunskap om könsstympning där det framkom att föreläsningar, seminarier eller speciella möten som handlade om FGM var vårdpersonalens främsta källor till kunskap (Tamaddon, Johnsdotter, Liljestrand & Essén, 2006).

I vissa kommuner fanns det kampanjer mot könsstympning och kommunerna jobbade aktivt med frågan medan det fanns kommuner som inte drev frågan lika mycket. Tidigare forskning om hur informationen påverkar skolsköterskans arbete med könsstympning visar att utbildning och förändring av skolsköterskors attityder ger en högre och mer konsekvent standard. Bristen på egen kunskap om FGM kan få allvarliga konsekvenser, vilket inkluderar en oförmåga att upptäcka de flickor som genomgått könsstympning och att inte heller veta vilka komplikationerna är. Bristen kan leda till att lämplig vård och stöd inte erbjuds (Reig, Silas & Solano, 2016).

Skolsköterskornas kunskap om olika kulturers påverkan på hälsan kan kopplas till den kulturkompetens som till exempel kännedom om individens hälsorelaterade övertygelser och värderingar. Människans värderingar och förhållningssätt till hälsa präglas av kulturen. För skolsköterskor som sökte kunskap utanför den kunskap de hade fått från sina utbildningar och arbetsplatser visar en kulturell önskan att bli kulturellt medvetna vilket leder till att de kan acceptera kulturella skillnader och bygga vidare på kulturella likheter (Campita-Bacote, 2002). I studien framkom det att skolsköterskorna upplevde att de var mycket mer medvetna om könsstympning idag och hade fått mer kunskap av att jobba med frågor om könsstympning jämfört med vad de hade för några år sedan.

Det är viktigt att skolsköterskan har den kunskapen som krävs för att upptäcka och hjälpa flickorna som har genomgått en könsstympning samt för att lättare kunna hantera och ta itu med hälsorelaterade problem i samband med kvinnlig könsstympning. Skolsköterskan skulle då kunna lättare sprida information till både elever, föräldrar och annan skolpersonal om sedvänjan och riskerna med den. Allen och Oshikanlu (2015) menar att frågan bör tas upp rutinmässigt vid hälsobesök hos skolsköterskan för att upptäcka och förebygga könsstympning. Hälso- och sjukvårdspersonal, speciellt barnläkare och skolsköterskor, behöver ytterligare träning för att kunna känna sig kompetenta i FGM-området (Tamaddon, Johnsdotter, Liljestrand & Essén, 2006).

Skolsköterskor som har med frågan om könsstympning i sitt hälsoformulär tog upp problematiken och försökte fånga upp de som led på grund av konsekvenser av könsstympning. De informanter som hade en fråga om könsstympning i hälsoformuläret inför hälsosamtalet hade lättare att samtala om ämnet. De som inte hade frågan om könsstympning i sitt hälsoformulär tyckte att det var svårare att fråga om kvinnlig könsstympning för att de inte ville döma eller peka ut elever. De sistnämnda skolsköterskorna hade funderingar kring om man skulle ställa frågan endast till de elever som kom från specifika länder eller om man skulle ställa frågan till alla elever. Skolsköterskor som hade frågan om könsstympning på hälsoformuläret hade blandade åsikter om frågan skulle vara med på blanketten. De funderade om frågan skulle vara kvar eller om ett nytt hälsoformulär skulle utvecklas som var riktade till de elever som har anknytning till riskländer. Resultatet stärks av en annan studie där det framkommer att vårdpersonal känner att kunskap om FGM gör det lättare att prata om könsstympning både med de som är drabbade av traditionen och tillsammans med andra professioner (Baillot et al., 2018).

Efter frågan ställdes kunde svaret från elever som uppgav att de genomgått könsstympning vara svårt att hantera. En del flickor ville ha det så på grund av att det var en tradition från den kultur som flickan kom ifrån. Kunskap om olika kulturer och hur de skapar likhet och olikhet hos människor skulle kunna skapa mer förståelse för den komplexa problematiken. Sådan kunskap bör vara värdefull för sjuksköterskor för att de i mötet med flickorna ändå ska kunna främja individens välbefinnande och bevara hälsosamma sätt att leva för människor av olika och liknande kulturer (Leining, 1988).

Skolsköterskorna önskade mer tillgängliga arbetsverktyg för att identifiera flickor som är könsstympade eller som riskerar att könsstympas samt rutiner och riktlinjer att stödja sig mot. Skolsköterskorna hade som informell rutin att hänvisa flickor som var könsstympade till ungdomsmottagningen trots att de inte alla hade en formell plan eller rutin att följa. Det fanns också skolor som hade ett pågående samarbete med ungdomsmottagningen och arbetade som ett team där de regelbundet diskuterade hur problemet skulle hanteras. Det är viktigt att skolsköterskan kan identifiera flickor som riskerar att bli könsstympade (Momoh et al., 2016).

Skolsköterskor upplevde att de var beredda att samverka med andra instanser för att kunna ingripa om de skulle ställas inför en situation där de behövde hjälpa en könsstympad flicka. Skolsköterskor spelar en avgörande roll när det gäller att främja positiva hälsoeffekter hos ungdomar och förväntas samordna resurser samt samarbeta med andra instanser både i skolan och samhället med elevernas hälsa i centrum (Lineberry, Whitney & Noland, 2018). Skolsköterskornas upplevelser kring den komplexa arbetssituationen styrks ytterligare av en studie där det kom fram att skolsköterskan tar hjälp av psykologer, socialtjänsten och andra rådgivare som är lämpliga för olika situationer. Genom att samarbeta med olika skolresurser och flickornas familjer kan skolsköterskan möta individuella behov hos varje elev (Lineberry, et al., 2018). Betydelsen av att samarbeta mellan olika vårdgivare är stor (Balliot, et al. 2018; Christos & Malone, 2013; Lineberry, et al., 2018; Nowalk, 2016).

Det är positivt att skolsköterskorna känner sig bättre rustade nu än tidigare att bemöta flickor som är könsstympade samt att de har kunskapen om var de ska vända sig för att agera vid behov. Skolsköterskan är tillgänglig för alla elever i deras vardagsmiljö liksom för föräldrar och skolpersonal. Skolsköterskornas osäkerhet när det gäller vilka elever de tar upp frågan om könsstympling med skulle kunna undvikas och göra att skolsköterskor kan känna sig tryggare att ställa frågan istället för att undvika den. Efter att frågan har ställts bör skolsköterskan ha klara rutiner som vägledning. Enligt Onuh, et al. (2006) behövs tydliga professionella riktlinjer för att bemöta konsekvenserna av FGM. Bourne (2017) menar att verksamheter ska ha lämplig utbildning och tydliga rutiner för att säkerställa hälsobehoven till de som har genomgått könsstympling.

I en studie av Castello (2015) visas att det svenska barnskyddssystemet omfattar ett nätverk av skolor, hälso- och sociala myndigheter. Alla myndigheter som arbetar och samarbetar för barn ska ha grundläggande kunskap om FGM, lagar och vara uppmärksam på tecken som kan indikera risk eller förekomst av FGM samt att de har tagit fram rutiner för rapportering. Det finns ett behov hos skolsköterskor att öka kunskapen och uppmärksamheten på tecken om FGM (ibid).

I studien framkom det att skolsköterskorna hade olika känslor, egna värderingar och moraliska ställningstaganden gällande hur de pratade om könsstympling med elever. Skolsköterskor ville fråga om könsstympling och ge information till elever men kunde uppleva svårighet och rädsla för att göra fel i samtalen och bli missförstådda. Skolsköterskor upplevde också svårigheter i deras arbete när språkproblem, kulturella värderingar och uppfattningar hos elever och föräldrar från andra kulturer krockade med deras egna värderingar. Också andra yrkeskategorier som jobbade med flickor/kvinnor som har blivit könsstympade upplevde svårigheter att samtala om könsstympling (Johnsdotter & Essén, 2016).

Skolsköterskorna upplevde också positiva känslor kring sitt arbete med flickor som var könsstympade, främst att diskussioner med flickorna kunde leda till förändring av traditionen. Skolsköterskornas känsla stärks av tidigare forskning som har visat att de som kommer från kulturer där kvinnlig könsstympling ofta utförs lämnar traditionen när de får mer kunskap om hur ingreppet påverka hälsan negativt (Johnsdotter, 2002; Reig, et al., 2016). Enligt Goldenstein (2014) måste sjuksköterskor med förståelse och kunskap vårda kvinnor som har genomgått könsstympling och utbilda dem för att undvika isolering samt för att rädda nästa generation av kvinnor från FGM. Med information till kvinnor om de negativa aspekterna av FGM ökar chansen att de själva inte utsätter sina döttrar för FGM.

Skolsköterskans bör arbeta professionellt i mötet med flickorna och undvika att ge uttryck av negativa känslor och värderingar när könsstympling tas upp. Det är viktigt att skolsköterskorna kan bemöta elever utan fördomar. I en studie av Momoh et al. (2016) framkommer det att flickor som har genomgått könsstympling har ofta misstro för vårdpersonal på grund av deras uppfattningar och avsky. Sjuksköterskor kan hjälpa till att bryta dessa hinder genom att vara empatisk och inte fördömande.

Slutsatser

Studien visar att skolsköterskor arbetar med frågor om könsstympling på varierande sätt och att ämnet är mycket mer uppmärksammat nu än vad det var för några år sedan. Skolsköterskan är en resurs i skolan för att rådgöra kring alla barns hälsa och arbete runt könsstympling skulle kunna förbättras ytterligare om skolsköterskan ökar sin kunskap om målgruppen för könsstympling. Bättre rutiner och arbetsverktyg att använda sig av vid misstanke om genomförd eller planerad könsstympling är önskvärda bland skolsköterskor. Verktygen skulle kunna bidra till att elever som har genomgått eller är i riskzonen för könsstympling får en ökad trygghet och en god hälsa. Det är således viktigt för att som blivande distriktssköterska som kan komma i kontakt med flickor som genomgått könsstympling att ha en handlingsplan för att förhindra eller förbättra situationen för flickorna. Könsstympling är ett känsligt område och det kan vara svårt för skolsköterska att inte bli starkt känslomässigt påverkad i arbetet med barn och ungdomar som ska skyddas av vuxna i samhället. Det saknas kunskap och forskning om skolsköterskans arbete med könsstympling därför anser författarna att det är ett lämpligt område för ytterligare forskning.

Kliniska implikationer

Skolsköterskor har en viktig roll att upptäcka flickor som har blivit könsstympade eller riskerar att bli och i deras arbete är det också angelägen att förebygga och förhindra fortsättning av den skadliga traditionen. Kunskap, erfarenhet och kulturkompetens bidrar till skolsköterskans möjlighet att förbättra kvinnors hälsa och livskvalitet. Genom att prata med flickor som kommer från länder där kvinnlig könsstympling utförs öppnar skolsköterskan dörren och visar eleverna att det finns hjälp att få. I hälsoamtalen är hälsoformuläret ett bra verktyg som hjälp för skolsköterskan. Viktigt är att arbeta fram bra frågeställningar för att öppna upp samtalet mellan skolsköterskan och eleven. Önskvärt är tydligt definierade rutiner som kan styra skolsköterskors arbete med flickor som har varit eller riskerar att bli könsstympade. Ett nationellt hälsoformulär och gemensamma nationella riktlinjer för arbetet mot könsstympling bör skapas. Ämnet om kvinnlig könsstympling skulle också kunna inkluderas i sjuksköterskeutbildning, särskilt i specialistutbildningar av yrkesverksamma som arbetar med barn.

Referenser

- Allen, B., & Oshikanlu, R. (2015). Female genital mutilation: A practical guide for health visitors and school nurses. *Community Practitioner*, 88(12), 30-33. Hämtad från CINAHL
- Baillot, H., Murray, N., Connelly, E., & Howard, N. (2018). Addressing female genital mutilation in Europe: a scoping review of approaches to participation, prevention, protection, and provisions of services. *International journal for Equity in Health*, 17(21), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0713-9>
- Banayya Jungari, S. (2016). Female Genital Mutilation Is a Violation of Reproductive Rights of Women: Implications for Health Workers. *Health & Social Work*, 41(1), 25-31. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlv090>
- Barnkonventionen. (2006). Mänskliga rättigheter: Konventionen om barnets rättigheter. Stockholm: Edita Norstedts Tryckeri AB.
- Berg, R., & Denison, E. (2013). A Tradition in Transition: Factors Perpetuating and Hindering the Continuance of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) Summarized in a Systematic Review. *Health Care for Women International*, 34(10), 837-859. <https://doi.org/10.1080/07399332.2012.721417>
- Bourne, J. (2017). Time to talk about FGM. *Primary Health Care*, 27(4), 16. <http://dx.doi.org.proxy.library.ju.se/10.7748/phc.27.4.16.s22>
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184. <https://doi.org/10.1177%2F10459602013003003>
- Carr, B., & Knutson, S. (2015). Culturally Competent School Nurse Practice. *NASN School Nurse*, 30(6), 336-342. <https://doi.org/10.1177/1942602X15605169>
- Christos, C., & Malone, M. (2013). Delivering compassionate care in school nursing: A case of female genital mutilation. *British Journal of School Nursing*, 8(4), 181-184. <https://doi.org/10.12968/bjsn.2013.8.4.181>
- CODEX (2018a). Forskarens etik. Hämtad den 13 maj 2018 från: <http://www.codex.vr.se/forskarensetik.shtml>
- CODEX (2018b). Forskning som involverar människan. Hämtad den 13 maj 2018 från: <http://www.codex.vr.se/forskningmanniska.shtml>
- Costello, S. (2015). Female genital mutilation/cutting: risk management and strategies for social workers and health care professionals. *Risk Management and Healthcare Policy*, 15(8), 225-233. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S62091>
- Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., ... Warren, J. (2007). Quality and safety educations for nurses. *Nurse Outlook*, 55(3), 122-131. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2007.02.006>
- Danielson, E. (2017a). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från ide till examination inom omvårdnad* (uppl. 2:2., s. 286-299). Lund: Studentlitteratur.
- Danielson, E. (2017b). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från ide till examination inom omvårdnad* (uppl. 2:2., s. 143-154). Lund: Studentlitteratur.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

- Fagerholt, G. (2009). An overview of the school nursing role in Sweden. *British Journal of School Nursing*, 4(10), 511-514. <https://doi.org/10.12968/bjsn.2009.4.10.45600>
- Folkhälsomyndigheten (2018). Barnvaccinationsprogram - Allmänt program för barn. Hämtad den 24 augusti 2018 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vaccinationer/vaccinationsprogram/allmant-program-for-barn/>
- Goldenstein, R. A. (2014). Female Genital Cutting: Nursing Implications. *Journal Of Transcultural Nursing*, 25(1), 95-101. <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1177%2F1043659613493441>
- Golsäter, M., Sidenvall, B., Lingfors, H., & Enkär, K. (2011). Adolescents' and school nurses' perceptions of using a health and lifestyle tool in health dialogues. *Journal of Clinical Nursing*, 20(17-18), 2573-2583. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03816.x>
- Graneheim, U.H., Lindgren, B.M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion Paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Graneheim, UH. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2). 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson, (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från ide till examination inom omvårdnad* (uppl. 2:2., s. 111-119). Lund: Studentlitteratur.
- Hjern, A., Rajmil, L., Bergström, M., Berlin, M., Gustafsson, P.A., & Modin, B. (2013). Migrant density and well-being - A national school survey of 15-year-olds in Sweden. *European Journal of Public Health*, 23(5), 823-828. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt106>
- Johnsdotter, S. (2002). Created by God: How Somalis in Swedish Exile Reassess the Practice of Female Circumcision. (Doktorsavhandling, Lunds Universitet. Institutionen för Social Antropologi).
- Johnsdotter, S., & Essèn, B. (2016). Cultural change after migration: Circumcision of girls in Western migrant communities. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 32, 15-25. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.10.012>
- Kumar, A. S., Stern, V., Subrahmanian, R., Sherr, L., Burton, P., Guerra, N., ... Mehta, S. K. (2017). Ending violence in childhood: a global imperative. *Psychology, Health & Medicine*, 22, 1-16. <https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1287409>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). Den kvalitativa forskningsintervjun. (S. E. Torhell, Övers. 3 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Kästen Ebeling, G., & Otterup, T. (2014). Skolan den bästa resursen. I G. Kästen-Ebeling & T. Otterup (Red.), *En bra början- mottagande och introduktion av nyanlända elever* (uppl.1., s. 173-180). Lund: Studentlitteratur.
- Leininger, M.M. (1988). Leininger's Theory of Nursing: Cultural Care Diversity and Universality. *Nursing Science Quarterly*, 1(4), 152-160. <https://doi.org/10.1177/089431848800100408>
- Leininger, M.M. (1996). Culture Care Theory, Research and Practice. *Nursing Science Quarterly*, 9(2), 71-78. <https://doi.org/10.1177%2F089431849600900208>
- Lineberry, M., Whitney, E., & Noland, M. (2018). The Role of School Nurses, Challenges, and Reactions to Delegation Legislation: A Qualitative Approach. *The Journal of School Nursing*, 34(3) 222-231. <https://doi.org/10.1177%2F1059840517741526>
- Lundberg, P.C., & Gereziher, A. (2008). Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden. *Midwifery*, 24(2), 214-225. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.10.003>

Momoh, C., Olufade, O., & Redman-Pinard, P. (2016). What nurses need to know about female genital mutilation. *British Journal Of Nursing*, 25(9), 30-34. <https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.9.S30>

Mulongo, P., Hollins Martin, C., & McAndrew, S. (2014). The psychological impact of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) on girls/women's mental health: a narrative literature review. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 32(5), 469-485. <https://doi.org/10.1080/02646838.2014.949641>

Nowak, B. (2016). The School Nurse's Role in Addressing Female Genital Mutilation. *NASN School Nurse*. 31(5), 286-291. <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1177/1942602X16648193>

Onuh SO, Igberase GO, Umeora JO, Okogbenin SA, Otoide VO, Gharoro EP, ... Gharoro, E. P. (2006). Female genital mutilation: knowledge, attitude and practice among nurses. *Journal of the National Medical Association*, 98(3), 409-414. Hämtad från CINAHL

Polit, D. & Beck, C. (2016). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (10th edition). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Raymond, D. S. (2016). Female genital mutilation: Managing the complications, your safeguarding duties and the Law. *PracticeNurse*, 46(3), 26-30. Hämtad från CINAHL

Reig, A. M., Siles, G. J., & Solano, R.C. (2016). A mixed-method synthesis of knowledge, experiences and attitudes of health professionals to Female Genital Mutilation. *Journal of Advanced Nursing* 72(2), 245-260. <https://doi.org/10.1111/jan.12823>

Reisel, D., & Creighton, S. M. (2015). Long term health consequences of Female Genital Mutilation (FGM). *Maturitas*, 80(1), 48-51. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.10.009>

Reuterswärd, M., & Hylander, I. (2017). Shared responsibility: school nurses' experience of collaborating in school-based interprofessional teams. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(2), 253-262. <https://doi.org/10.1111/scs.12337>

Riksföreningen för skolsköterskor och Svensk sjuksköterskeförening (2016). *Kompetensbeskrivning-kompetensbeskrivning för skolsköterska inom elevhälsans medicinska insats*, EMI. Hämtade 15 maj, 2018, från <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/skolskoterska-inom-elevhalsans-medicinska-insats/>

Sauer, P.J. J., & Neubauer, D. (2014). Female genital mutilation: a hidden epidemic (statement from the European Academy of Paediatrics). *European Journal of Pediatrics*, 173(2), 237-238. <https://doi.org/10.1007/s00431-013-2126-0>

SFS 1982:316. *Lag med förbud mot könsstympning av kvinnor*. Hämtad den 30 oktober, 2018 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1982316-med-forbud-mot-konsstympning-av_sfs-1982-316

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad den 30 oktober, 2018 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

SFS 2010:800. *Skollag*. Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/skollag-2010800_sfs-2010-800

Socialstyrelsen, (2016). *Kvinnlig könsstympning – ett stöd för hälso- och sjukvårdens arbete*. Hämtade den 28 april, 2018 från www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-6-59

Socialstyrelsen, (2018). *Underlag till handlingsplan mot könsstympning av flickor och kvinnor - Förslag inom områdena socialtjänst, elevhälsa och hälso- och sjukvård*. Hämtade den 10 maj, 2018 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20912/2018-3-32.pdf>

Socialstyrelsen och Skolverket (2016). *Vägledning för elevhälsan*. (3. uppl.). Stockholm: Socialstyrelsen.

Statistiska Centralbyrån, (2014). *Yrkesregistret med yrkesstatistik 2014, Yrkesstrukturen i Sverige*. Hämtade den 25 november, 2018 från https://www.scb.se/Statistik/AM/AM0208/2014A01/AM0208_2014A01_SM_AM33SM1601.pdf?fbclid=IwAR1ufsc27GaTDCrAcPbkaNHxpGpNxVdMleOOXG8AzonF3mhwM3BynG2qIc

Statistiska Centralbyrån, (2018). *Befolkningsstatistik i sammandrag 1960–2017*. Hämtade den 2 oktober, 2018 från <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/pong/tabell-och-diagram/helarsstatistik--rikt/befolkningsstatistik-i-sammandrag/>

Ståhl Y., Granlund M., Gäre-Andersson B., & Enskär K. (2011). Views on health information and perceptions of standardized electronic records among staff in Child and School Health Services. *Journal of Nursing Management*, 19(2), 201–208. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01201.x>

Tamaddon, L., Johndotter, S., Liljestrand, J., & Essèn, B. (2006). Swedish health care providers experience and knowledge of female genital cutting. *Health Care for Women International*, 27(8) 709–722. <https://doi.org/10.1080/07399330600817741>

Trueland, J. (2014). School nurses take lead on FGM. *Nursing Standard*, 28(43), 22–23. <http://dx.doi.org.proxy.library.ju.se/10.7748/ns.28.43.22.s27>

Unicef (u.å.). *Hur många länder har skrivit under barnkonventionen?* Hämtade 18 januari 2019, från <https://unicef.se/fragor/hur-manga-lander-har-skrivit-under-barnkonventionen>

Unicef (2018). *Kvinnlig könsstympning ger flickor men för livet*. Hämtade 28 april 2018, från <https://unicef.se/fakta/kvinnlig-konsstympning>

United Nations (1979). *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*. Hämtad den 9 september, 2018 från <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm#article1>

United States. (1978). *The Belmont report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. Bethesda, Md.: The Commission. Hämtade 30 oktober 2018, från <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html#xassess>

Vloeberghs, E., van der Kwaak, A., Knipscheer, J., & van den Muijsenbergh, M. (2012). Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands. *Ethnicity and Health*, 17(6), 677–695. <https://doi.org/10.1080/13557858.2013.771148>

Widmark, C., Tishelman, C., & Ahlberg, B. M. (2002). A study of Swedish midwives' encounters with infibulated African women in Sweden. *Midwifery*, 18(2): 113–125. <https://doi.org/10.1054/midw.2002.0307>

World Health Organization [WHO], (1946) *Constitution of WHO: principles*. Hämtade den 28 april, 2018 från www.who.int/about/mission/en/

Bilagor

Bilaga 1: Skolsköterskans informationsbrev

Information om forsknings studie

Skolsköterskans erfarenhet av kvinnlig könsstympning i sitt vardagliga arbete: en ny utmaning för elevhälsa

Till dig som är skolsköterska på högstadiet eller gymnasieskola

Bakgrund

Kvinnlig könsstympning innefattar alla procedurer som involverar partiell eller totalt avlägsnande av de externa kvinnliga könsorganen eller andra skador på de kvinnliga könsorganen för icke medicinska skäl. Internationell migration har blivit vanligare som en del av utvecklingen i en globaliserad värld. I en studie från 2008 framkom det att 100 000 invandrare i de nordiska länderna härstammade från länder i Afrika där kvinnlig könsstympning fortfarande utövas vilket har resulterat i att kvinnlig könsstympning har blivit ett fenomen som också påverkar det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Det finns få studier som inriktar sig till skolsköterskans erfarenheter av kvinnlig könsstympning och därför är det ett område som angeläget att fokusera på.

Syfte

Att belysa skolsköterskans upplevelse av kvinnlig könsstympning i mötet med elever.

Tillfrågan om deltagande

Vi studerar till distriktssköterskor på Hälsohögskolan i Jönköping och ska skriva vårt examensarbete. Vi har varit i kontakt med din verksamhetschef och fått samtycke till att kontakta dig därför blir du tillfrågad att delta eftersom att du är skolsköterska på högstadiet eller på gymnasiet. Deltagandet är frivilligt och konfidentiellt och kan när som helst avbrytas. Orsaken till eventuellt avhopp behöver inte anges om du inte själv önskar att göra det.

Hantering av data

Intervjun beräknas ta cirka 45-60 minuter och spelas in på band för att sedan analyseras. Du kan själv välja om intervjun ska genomföras på din arbetsplats eller via ett telefonsamtal. Resultatet från studien kommer att publiceras och därför kommer allt intervjumaterial att hanteras så att du inte kan identifieras.

Kontakt

Kan du tänka dig att delta i studien? Jag kontaktar dig om två veckor efter att du fått brevet för mer information och planering för intervju.

Ytterligare information och svar på frågor om studien ges av

Student

Student

Marlene Patterson

Nichola Lampa

0734073748

0736642298

marlene.patterson18@gmail.com

nicholalampa@gmail.com

Handledare: Ylva Fredholm Ståhl, JÖNKÖPING UNIVERSITY

PHONE +46 (0)36 10 10 29

Mobile, SMS +46 (0)70 63 14 281, Mail: ylva.stahl@ju.se

Bilaga 2: Verksamhetschefs informationsbrev

Skolsköterskans erfarenhet av kvinnlig könsstympning i sitt vardagliga arbete: en ny utmaning för elevhälsa

Till Verksamhetschef/ enhetschef för skolsköterskor

Bakgrund

Kvinnlig könsstympning innefattar alla procedurer som involverar partiell eller totalt avlägsnande av de externa kvinnliga könsorganen eller andra skador på de kvinnliga könsorganen för icke medicinska skäl. Internationell migration har blivit vanligare som en del av utvecklingen i en globaliserad värld. I en studie från 2008 framkom det att 100 000 invandrare i de nordiska länderna härstammade från länder i Afrika där kvinnlig könsstympning fortfarande utövas vilket har resulterat i att kvinnlig könsstympning har blivit ett fenomen som också påverkar det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Det finns få studier som inriktar sig till skolsköterskans erfarenheter av kvinnlig könsstympning och därför är det ett område som angeläget att fokusera på.

Syfte

Att belysa skolsköterskans upplevelse av kvinnlig könsstympning i mötet med elever.

Tillfrågan om deltagande

Önskemålet är att få ditt samtycke för att få komma till era skolor och genomföra intervjuer med skolsköterskor från högstadiet och gymnasiet som har erfarenhet av att träffa flickor som är könsstympade. Varje intervju beräknas ta 60 minuter.

Bilaga 3: Blankett för medgivande

Blankett för medgivande av verksamhetschef för utförande av följande studie:

Att belysa skolsköterskans upplevelse av kvinnlig könsstämpning i mötet med elever

Din anhållan

☒ Medgives

☒ Medgives ej

Ort

Datum

Underskrift

Namnförtydligande och titel

Verksamhetsområde

Om medgivande gives vänligen ge förslag på samordnande skolsköterska i din verksamhet som vi kontakta.

Bilaga 4: Frågeguide

Frågor till bakgrunds tabell:

1. Deltagarens ålder, 2. Deltagarens kön, 3. Hur länge jobbat som skolsköterska, 4. Har deltagaren möt en könsstympad elev eller inte mött

1. Skulle du beskriva din skola som en multikulturell skola?

2. Vad tänker du spontan när du hör ordet könsstympning?

Följdfråga: Hur upplever du din kunskap kring ämnet kvinnlig könsstympning?

Följdfråga: Vad har du för kulturell kunskap/förförståelse om de kulturer där könsstympning utförs?

Följdfråga: Tror du att det finns flickor som är könsstympade eller riskera att könsstympas på din skola?

3. Vilken/vilka problem misstänker du kan förekomma på grund av att en elev har genomgått en könsstympning?

Följdfråga: Hur tänker du kring de olika problemen som kan uppkomma med elever som är könsstympade?

Följdfråga: Skulle du kunna berätta om du någon gång misstänkt könsstympning som anledning till besvären när en elev har sökt upp dig?

Följdfråga: Skulle du kunna berätta om en elev har berättat för dig att hon är könsstympad?

4. Har du erfarenhet av att ta upp och prata om ämnet kvinnlig könsstympning med flickor i skolan?

Följdfråga: Har du någon gång frågat en elev om hon hade blivit könsstympad?

Följdfråga: Hur tänker du kring att ta upp ämnet könsstympning om du skulle misstänka att en av dina elever har genomgått könsstympning?

Följdfråga: Hur tänker du kring vilka elever man skulle kunna ta upp ämnet kvinnlig könsstympning med?

5. Hur arbetar du som skolsköterskan kring de problem som är kopplade till de fysiska och psykiska besvären efter en könsstympning?

Följdfråga: Vad finns där för plan/rutin om könsstympning misstänks som orsaken till elevens besvär?

Följdfråga: Hur tror du att skolsköterskan kan jobba förebyggande och hälsofrämjande gällande könsstympning?

Följdfråga: Vad skulle kunna förbättra dina förutsättningar att möta elever som har genomgått en könsstympning.

Följdfråga: Vilken kunskap finns det på din skola för att möta problematiken om det skulle bli aktuellt?

6. Hur ser samverkan ut inom problemområdet?

Följdfråga: Vad diskuterar ni om kvinnlig könsstympning i EMI-möten?