

Könsstympling hos gravida

Bilaga: Etisk analys

**Nationellt kunskapsstöd för personal i
mödrahälsovården och förlossningsvården**

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, maj 2024

Vilka kvinnor ska tillfrågas? En etisk analys

Erik Malmqvist, universitetslektor i praktisk filosofi, docent i medicinsk etik, Göteborgs universitet (erik.malmqvist@gu.se)

Det är angeläget att systematiskt identifiera könsstympade gravida kvinnor tidigt i graviditeten för att kunna erbjuda en öppningsoperation innan förlossning och annan vård som de kan behöva. Detta sker genom att gravida kvinnor tillfrågas vid inskrivning i mödrahälsovården huruvida de utsatts för könsstympning. En viktig frågeställning är *vilka* gravida kvinnor som ska tillfrågas. Vissa regioner har riktlinjer om att frågan ska ställas riktat till kvinnor med ursprung i länder med hög förekomst av könsstympning. Andra regioner har riktlinjer om att alla gravida kvinnor bör tillfrågas, på samma sätt som alla gravida kvinnor idag får frågor om levnadsvanor såsom alkoholbruk samt om våldsutsatthet. Denna text belyser frågan ur ett etiskt perspektiv.

Inledningsvis kan konstateras att samma typ av frågeställning uppstår närhelst hälso- och sjukvården erbjuder systematisk testning av grupper av människor i syfte att identifiera vilka bland dem som har ett (framtida eller redan föreliggande) vårdbehov, exempelvis inom screeningprogram. Även i dessa fall handlar det om hur ”brett” eller ”snävt” metoden för att identifiera patienter med vårdbehov ska tillämpas (dvs hur stor grupp som ska testas). Här behöver hänsyn tas till flera faktorer. Lite förenklat kan sägas att följande är mest betydelsefulla:

1. Andelen av de patienter som har ett vårdbehov som faktiskt identifieras
2. Nyttan för dessa patienter av att behovet identifieras och lämpliga åtgärder sätts in
3. Risker för patienten med dessa åtgärder (i detta fall främst en öppningsoperation)
4. Risker och andra nackdelar för patienten förknippade med själva testet (i detta fall frågan om könsstympning)

Allmänt gäller att ju bredare metoden tillämpas, desto större andel av patienterna identifieras och kan erbjudas potentiellt gynnsamma insatser, vilket är fördelaktigt utifrån (1) och (2). Samtidigt innebär en bredare tillämpning att fler patienter utsätts för risker med åtgärderna samt risker och nackdelar med själva testet, vilket är till nackdel utifrån (3) och (4). Omvänt gäller att en snävare tillämpning är fördelaktig utifrån (3) och (4) men har nackdelar utifrån (1) och (2). Vad som är en rimlig avvägning i ett konkret fall beror naturligtvis på hur effektivt olika tillvägagångssätt identifierar

patienter med vårdbehov, samt storleken på nyttan och riskerna med åtgärderna och på storleken på risker och nackdelar med själva testningen.¹

När det gäller identifiering av könsstympade gravida kvinnor handlar patientnyttan dels om att minska risken för negativa förlossningsutfall, dels om att öka kvinnors möjlighet att fatta ett informerat beslut om en öppningsoperation och därmed främja deras självbestämmande och delaktighet i sin vård. Riskerna med en planerad operation ska jämföras med de större riskerna med att göra operationen akut i samband med förlossning. Dessa risker behandlas därför inte som en separat faktor i sammanhanget; att undvika dem kan ses som en del av patientnyttan.

Nackdelar för gravida kvinnor med att tillfrågas om de utsatts för könsstympning behöver kommenteras mer utförligt. En potentiell nackdel för samtliga tillfrågade kvinnor är det obehag som det kan vara förknippat med att få och förväntas besvara en fråga som handlar om något som allmänt betraktas som ett allvarligt övergrepp. För kvinnor som inte utsatts bedöms detta obehag vara förhållandevis obetydligt i sammanhanget. Inom mödravården tillfrågas gravida kvinnor redan rutinmässigt om bland annat utsatthet för våld och alkoholbruk. Detta kan också vara obehagligt men obehaget ses inte som något tungt skäl mot att fråga. För kvinnor som har utsatts kan obehaget tänkas vara större eftersom de påminns om (och kanske i någon mening tvingas återuppleva) en traumatisk upplevelse. För dessa kvinnor vägs dock rimligen detta obehag upp av nyttan för dem med att deras vårdbehov identifieras (dvs minskade risker för negativa förlossningsutfall och ökade möjligheter till självbestämmande och delaktighet). Inte heller för dessa kvinnor bedöms obehaget som sådant därför vara en tungt vägande faktor.

En annan slags nackdel förknippad med själva frågan väger tyngre. Eftersom könsstympning är förbjudet i Sverige och betraktas som ett allvarligt övergrepp av svenska myndigheter kan det vara stigmatiserande att pekas ut som ett potentiellt offer. Frågan om erfarenhet av könsstympning kan få kvinnan att uppleva att hon identifieras som medlem av en grupp där ett av majoritetssamhället fördömt beteende sker och tolereras. Hon kan uppleva att hon på grund av denna gruppstillhörighet själv förknippas med och kanske även i någon mening klandras för detta beteende. I den mån hon tidigare har utstått diskriminering eller negativa attityder kopplade till denna gruppstillhörighet kan dessa erfarenheter förstärka upplevelsen av stigmatisering. Flera experter och yrkeserfarna kliniker inom mödrahälsovården har uttryckt denna farhåga för Socialstyrelsen.

Värt att notera är att både kvinnor som har utsatts för könsstympning och kvinnor som inte har det riskerar att uppleva denna form av stigmatisering. För de förstnämnda kan eventuellt denna risk vägas upp av den potentiella

¹ För en mer utförlig diskussion, se Juth, N., Munthe, C. *The Ethics of Screening in Healthcare and Medicine: Serving Society or Serving the Patient?* Springer, 2012.

nyttan med att deras vårdbehov identifieras. För de sistnämnda uppvägs risken däremot inte av någon nytta för *dem*. (Det går att argumentera för att risken uppvägs av nyttor för *andra* kvinnor men detta resonemang är inte okontroversiellt. En etisk grundbult i hälso- och sjukvården är vård ska ges utifrån omsorg av den enskilde patientens snarare än andras bästa.²)

Mot denna bakgrund kan de två olika tillvägagångssätten – att ställa frågan om könsstympning (a) *riktat* till kvinnor med visst geografiskt ursprung eller (b) till *alla* gravida kvinnor – jämföras.

När det gäller (a) att fråga riktat finns risken att gravida kvinnor som faktiskt är könsstympade men som inte bedöms ha ursprung i de aktuella länderna inte identifieras och därmed inte kan erbjudas öppningsoperation eller annan vård. Detta riskerar att begränsa nyttan med insatsen. Socialstyrelsens experter uppger att en sådan risk är förknippad med att ställa frågan riktat. Risken att missa könsstympade kvinnor med vårdbehov är sannolikt mindre om (b) alla gravida kvinnor tillfrågas. Därmed är patientnyttan totalt sett större, liksom nyttan för de individuella kvinnor som inte skulle identifieras om frågan ställdes riktat.

Att fråga riktat (a) är också förknippat med den risk för stigmatisering som beskrivits ovan. Detta eftersom en viss grupptillhörighet (geografiskt ursprung) är anledningen till vissa kvinnor får frågan medan andra inte får det. Genom att tillfrågas pekats kvinnan ut på ett sätt som kan upplevas som diskriminerande eller stigmatiserande på de sätt som beskrivits ovan. Risken för stigmatisering bedöms vara mindre (eller kanske inte alls föreligga) om istället (b) alla gravida kvinnor tillfrågas. Om *alla* får frågan pekats *ingen* ut, vare sig på geografiska eller andra grunder. Då finns heller ingen anledning att uppleva frågan som diskriminerande eller stigmatiserande, eftersom såväl diskriminering som stigmatisering förutsätter att den drabbade skiljs ut från andra och görs till föremål för negativ behandling eller negativa attityder som inte drabbar *dem*.³ Viktigt att understryka är dock att en förutsättning för att undvika stigmatisering är att alla tillfrågade kvinnor *vet* att alla andra också får frågan. Annars finns en risk att kvinnor med ursprung i länder med hög förekomst av könsstympning tror att de får frågan på grund av detta ursprung och därmed upplever sig som stigmatiserade. Därför bör mödrahälsovården, om alla gravida kvinnor tillfrågas, också tydligt informera kvinnorna om att så är fallet.

Båda dessa skäl (att främja patientnytta och att undvika stigmatisering) talar för att det ur ett etiskt perspektiv är att föredra att fråga alla gravida kvinnor

² Detta fångas exempelvis i den första principen i *World Medical Association International Code of Medical Ethics*: "The primary duty of the physician is to promote the health and wellbeing of individual patients...". Se <https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics/>. En liknande formulering återfinns Läkareförbundets etiska regler. Se <https://slf.se/rad-och-stod/etik/lakarforbundets-etiska-regler/>.

³ Link, B.G., Phelan, J.C. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology* 2001;27:363-85.

om könsstympning, snarare än att fråga riktat utifrån geografiskt ursprung, i samband med inskrivning i mödrahälsovården.

Denna slutsats är dock preliminär då det finns ytterligare två etiskt relevanta aspekter att beakta:

1. Är det i betydande utsträckning mer resurskrävande att fråga alla gravida kvinnor om de utsatts för könsstympning än att fråga riktat? Om så är fallet är inte detta i sig ett avgörande skäl mot att fråga alla. Det skulle dock kunna medföra att en omfördelning av resurser är nödvändig, vilken då måste ske i enlighet med den så kallade etiska plattformen för prioriteringar som enligt riksdagsbeslut ska gälla inom hälso- och sjukvården.⁴
2. Kan en rutinmässig fråga om könsstympning till alla gravida att flytta (kvinnans eller barnmorskans) uppmärksamhet från andra viktiga frågor som rutinmässigt ställs inom mödrahälsovården – exempelvis om levnadsvanor och våldsutsatthet – eller från annan information som kvinnan ges i detta sammanhang? Om så är fallet skulle detta kunna tänkas påverka kvaliteten av annan vård, vilket kan ses som ett skäl emot att fråga alla.

Dessa frågor är yrkeserfarna kliniker mest lämpade att besvara. En preliminär bedömning vad gäller (1) är att skillnaden i resursåtgång mellan att fråga riktat och att fråga alla sannolikt är försumbar, eftersom alla gravida kvinnor redan idag rutinmässigt får en uppsättning andra frågor. Att lägga till en fråga till de som redan ställs gör sannolikt ingen dramatisk skillnad vad gäller den tid eller andra resurser som tas i anspråk. Av samma skäl förefaller det när det gäller (2) osannolikt att ytterligare en rutinmässig fråga på något avgörande sätt skulle flytta fokus från andra frågor eller annan viktig information. Ytterligare en fråga får betraktas som en marginell förändring (i termer av anspråk på gravida kvinnors och barnmorskors uppmärksamhet) i kontexten av de andra frågor som redan ställs och den information som ges.

Om denna preliminära bedömning stämmer – vilket alltså är en fråga för kliniker – så stärks slutsatsen att det är etiskt att föredra att fråga alla gravida kvinnor om könsstympning i samband med inskrivning i mödrahälsovården. Vid en sådan rutin bör också kvinnor tydligt informeras om att frågan ställs till alla gravida kvinnor för att undvika upplevelser av stigmatisering.

⁴ Proposition 1996/97:60 Prioriteringar i hälso- och sjukvården.