

# Bare et lite snitt

### Helsepersonell flytter fra fattige til rike land

«Som helsearbeidere blir vi så dårlig betalt at jeg planlegger å reise. Jeg vil ikke reise. Jeg ønsker å arbeide i et mer moderne helsevesen. Jeg trenger en lønn til å underholde min familie. Det betyr at jeg reiser til England eller til Australia.» Dette sitatet fra en ung lege fra Zimbabwe er representativt for de mange tusen helsearbeidere som nå emigrerer til rike land. Denne innvandringen er oppmuntret av verdens rike land som trenger høyt utdannet personell.

Dette mobilitetsmønsteret er også kjennetegnet ved at det i lengre tid har vært problemer for norske bistandsorganisasjoner å rekruttere kvalifisert personell som vil arbeide i langsiktige bistandsprosjekter eller under mer akutte humanitære katastrofer.

Nylig presenterte en gruppe leger noen anbefalinger for at de fattige land skal beholde personell de har utdannet (1). Forslagene går ut på å bedre infrastrukturen innen helsesektoren i verdens fattige land, øke lønningene til helsepersonell og øke bevilgningene til utdanningsinstitusjonene. I tillegg trengs et internasjonalt regelverk som begrenser de rike lands iver etter å rekruttere utdannet personell fra de fattigste landene.

#### Bernt Lindtjørn

bernt.lindtjorn@cih.uib.no  
Senter for internasjonal helse  
Universitetet i Bergen

#### Litteratur

1. An action plan to prevent brain drain: Building equitable health systems in Africa. Boston: Physicians for Human Rights, 2004. <http://www.phrusa.org/campaigns/aids/pdf/brainrain.pdf> (31.8.2004).

Internasjonal migrasjon har ført til at norsk helsevesen i økende grad møter kvinner som er radikalt omskåret (infibulert). Infibulasjon kan sette dype mentale og kroppslige spor. De fleste infibulerte har kroniske plager som smerter i underlivet, problemer ved menstruasjon, vannlating og samleie. Rekonstruksjon av kjønnsåpningen kan lindre plager, noe ikke alle kvinner vet. Mange har også et ambivalent forhold til et åpnende inngrep, fordi de opplever krysspress fra forskjellige kulturer om hvordan en «riktig» kvinne skal se ut.

I Norge er alle former for omskjæring forbudt ved lov. På grunn av innvandringsmønsteret til Norge etter 1980 er norske leger i økende grad blitt konfrontert med kvinner som har gjennomgått infibulasjon som barn (1). Infibulasjon er den mest omfattende formen for kvinnelig omskjæring. Inngrep består i at ulike mengder av klitorishodet og indre kjønnslepper fjernes, innsiden av de ytre kjønnsleppene skrapes og sys sammen slik at hele kjønnsorganet dekkes av et hudsegl. Det kan bli bare en snau centimeter åpning igjen for å slippe ut urin og menstruasjonsblod. Inngrepet gjøres som regel av tradisjonelle omskjærere uten noen form for smertelindring mens mor eller andre familiemedlemmer holder barnet fast.

Inngrepet skjer også i økende grad hos lege eller ved sykehus (2). Møtet med disse pasientene er en utfordring fordi man fra norske helsearbeideres standpunkt står overfor en skikk som fremstår som meningsløs og barbarisk og som i tillegg er forbudt og straffbar. I en intervjuundersøkelse blant leger og jordmødre var et av spørsmålene om de synes de hadde tilstrekkelig kunnskaper om kvinnelig omskjæring (3). Mange leger svarte: «Vi kjenner den kvinnelige anatomi». Andre fortalte at de rygget baklengs og følte seg hjelpeløse første gang de så en infibulert vulva: «Jeg kjente jo ikke igjen anatomen». Slike uttalelser viser at møtet med den omskårne pasient er vanskeligere enn man foretrekker å tro.

De siste årene har det vokst frem en bevissthet hos helsepersonell at kvinnelig omskjæring er et medisinsk problem som krever kunnskaper om komplikasjoner og behandling (4). Likevel varierer interessen for å lære mer. Mange omskårne kvinner har fortalt at de opplever norsk helsepersonell som usikre eller fordømmende. Dette oppleves som en belastning. Infibulasjon er

et inngrep som i de fleste tilfeller setter varige spor i både kropp og sinn. Det gir en smerte de berørte bærer på hele livet, og som aldri kan leges helt (5, 6). I tillegg strever mange med gryende tanker om at inngrepet de har gjennomgått kanskje verken var bra eller uunngåelig. Derfor er det viktig at de møtes med kompetanse, trygghet og åpenhet, og at deres smerte, usikkerhet, frykt og savn blir sett og møtt.

Formålet med denne artikkelen er å beskrive hovedtreffpunkter mellom den omskårne pasient og norsk helsevesen. For å øke forståelsen for kulturelle faktorer, har vi forsøkt å se situasjonen fra de berørtes perspektiv.

#### Kultur

Infibulasjon er mer enn et tynt lag hud. For de berørte er det en urgammel tradisjon som deres mødre og alle andre kvinnelige slektninger har gjennomgått, en nødvendig del av det å bli en voksen, moralsk kvinne. I samfunn som praktiserer skikken er det den naturligste ting i verden – alle kvinner er jo omskåret (7, 8). Samtidig er det vondt og vanskelig og knyttet til minner om opplevd smerte, smerte kvinnen er redd skal komme igjen. Det var gjort i beste mening og betraktes ofte som en forutsetning for giftermål.

For nordmenn fremstår skikken som barbarisk, og man forventer at kvinnene skammer seg over den. Derfor tør som regel ikke helsepersonell å ta opp temaet med pasienten. Det er en ganske utbredt oppfatning blant infibulerte kvinner at norsk helsepersonell ikke vet hvordan de skal behandles. I frykt for at helsepersonell skal behandle dem dårlig, tør ikke de heller å ta opp temaet. Denne tausheten skaper unødig usikkerhet i stedet for åpenhet og dialog (9). Vi har sett eksempel på at tausheten førte til at helsepersonell gjettet på hva