

Kvinnlig könsstympling
– ett stöd för hälso- och
sjukvårdens arbete

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

ISBN	978-91-7555-392-4
Artikelnummer	2016-6-59
Foto	Matton
Publicerad	www.socialstyrelsen.se , juni 2016

Förord

Socialstyrelsen vill genom det här materialet bidra till att öka kompetensen kring könsstymning av flickor och kvinnor hos personal inom hälso- och sjukvården. Materialet riktar sig i första hand till legitimerad personal som i sitt arbete möter flickor och kvinnor som är könsstympade, eller flickor som kanske riskerar att bli utsatta för könsstymning, till exempel inom mödrahälsovården, barnhälsovården, förlossningsvården, kvinnosjukvården, elevhälsan och ungdomsmottagningen. Det vänder sig också till personer som arbetar med ledning och styrning av hälso- och sjukvården i landsting och regioner. Även personal inom exempelvis socialtjänsten och skolan kan ha nytta av delar av materialet.

Innehållet bygger på bästa tillgängliga kunskap om bemötande, vård och preventivt arbete. På de områden där det saknas vetenskapligt underlag bygger materialet på beprövad klinisk erfarenhet.

Socialstyrelsen vill rikta ett stort tack till alla de experter som medverkat i arbetet, både experterna i referensgruppen, de vetenskapliga råd som granskat materialet och till övriga granskare vid olika remissinstanser. Dessutom vill Socialstyrelsen rikta ett särskilt tack till de kvinnor som delat med sig av sina egna erfarenheter av könsstymning, och som medverkat i det här arbetet på olika sätt.

Oliva Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Varför ett material om könsstympning?	7
Läsanvisningar	7
Så här har arbetet gått till	8
Ordlista	12
Fakta om könsstympning	13
Begrepp	13
Olika typer av könsstympning	13
Bakgrund	15
Förekomst	17
Konsekvenser	20
Hantera frågor om könsstympning	25
Kunskap är A och O	25
Våga fråga	26
Helhetssyn	29
Bemötande	29
Förebyggande arbete inom hälso- och sjukvården	32
Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter	32
Skydd för barn och unga	33
Hälso- och sjukvård till nyanlända	34
Påverka attityder och sprida kunskap	34
Informera om att könsstympning är förbjudet	35
Vid misstanke om könsstympning eller risk för könsstympning	35
Samverkan	35
Övrigt förebyggande arbete	37
Allmänt om den gynekologiska undersökningen	39
Mödrahälsovård (MHV)	42
Förlossning och eftervård	45
Barnhälsovård (BHV)	48
Barn- och unga	50
Barn under 18 år som söker hälso- och sjukvård	50
Elevhälsa	52
På ungdomsmottagningen	55
Andra vårdgivare	57
Hälso- och sjukvård till asylsökande och nyanlända	59
Sex och samlevnad	60
Kirurgiska åtgärder	62

Dokumentation	65
Klassificeringskoder	66
Regelverk	67
Lag mot kvinnlig könsstympning	67
Anmäla när barn far illa	67
Offentlighets- och sekretesslagen	68
Internationella överenskommelser.....	69
Referenser	72

Varför ett material om könsstympning?

Det behövs en ökad beredskap för att möta flickor och kvinnor som har varit utsatta för könsstympning, mer kunskap om vilka besvär som kan uppstå och om vilken vård och behandling som kan vara aktuell. Hälso- och sjukvårdspersonal inom alla verksamheter kan komma i kontakt med dessa flickor och kvinnor. I vissa verksamheter är det särskilt troligt, till exempel inom mödravård, kvinnosjukvård, barnhälsovård och elevhälsa. Hälso- och sjukvårdspersonal kan också i högre utsträckning förebygga och förhindra att flickor som bor i Sverige blir utsatta för könsstympning. Syftet med det här stödet är att bidra till ett optimalt omhändertagande inom hälso- och sjukvården av flickor och kvinnor som varit utsatta för könsstympning. Dessutom är syftet att bidra till ett mer effektivt förebyggande arbete, för att förhindra att flickor som bor i Sverige blir utsatta.

Alla former av kvinnlig könsstympning är förbjudna i Sverige. Lagen (1982:316) med förbud mot könsstympning av kvinnor infördes 1982. Att arbeta mot könsstympning av flickor och kvinnor är också en del i arbetet för att mäns våld mot flickor och kvinnor ska upphöra, och mot hedersrelaterat våld och förtryck. Regeringen tillsatte 2014 en särskild utredare som fick i uppdrag att föreslå en samlad nationell strategi för arbetet mot mäns våld mot kvinnor och mot hedersrelaterat våld. I slutbetänkandet Nationell strategi mot mäns våld mot kvinnor och hedersrelaterat våld och förtryck (SOU 2015:55) som lades fram hösten 2015 ingår arbetet mot könsstympning.

I det här stödet tas relevanta lagar och författningar upp, till exempel kring dokumentation i patientjournalen och anmälningsskyldigheten vid kännedom om eller misstanke om att ett barn får illa.

För dem som är intresserade finns det gott om material från Socialstyrelsen att ta del av om tillämpningen av olika lagar och föreskrifter för hälso- och sjukvården, som kan vara relevanta även när det gäller könsstympning, till exempel:

- *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig – Handbok för vårdgivare, chefer och personal, aktuell från 1 januari 2012*
- *Vägledning för elevhälsa – reviderad version 2014*
- *Anmäla oro för barn – Stöd för anmälningsskyldiga och andra anmälare 2014*
- *Barn som far illa eller riskerar att fara illa – reviderad version 2014*

Läsanvisningar

Det här materialet riktar sig till kliniskt verksamma inom hälso- och sjukvården och till verksamhetschefer på olika nivåer och i olika verksamheter i vården. Det vänder sig till personal som möter flickor och kvinnor som varit

utsatta för könsstympning och till personal som möter flickor som befinner sig i riskzonen för att bli utsatta.

Först kommer ett kapitel som innehåller fakta om könsstympning, till exempel vad könsstympning innebär, vart det praktiseras och så vidare. Sedan kommer ett kapitel som handlar övergripande om hur man kan hantera den här frågan inom vården, eftersom könsstympning ofta upplevs som ett känsligt ämne att ta upp. Förebyggande arbete tas också upp i ett eget kapitel, och sedan följer olika avsnitt som tar upp frågan i specifika verksamheter, så att man kan läsa valda delar. Tanken är att man inte ska behöva läsa materialet i sin helhet, utan kan välja att läsa de delar som är relevanta för den verksamhet där man arbetar. Materialet kan också användas för utbildning eller som ett underlag vid framtagandet av lokala riktlinjer om könsstympning. Särskild vikt har lagts på frågor om bemötande och förebyggande arbete. Strukturen bygger i stora delar på den fokusrapport som togs fram av Stockholms läns landsting 2007, som heter *Mötet med könsstympade kvinnor i vården* [1].

Socialstyrelsen har också tagit fram en webbutbildning som tar upp fakta om könsstympning och som visar hur man kan ta upp frågor om könsstympning i patientmötet i vården, med exempel från olika verksamheter. Webbutbildningen finns på Socialstyrelsens webbplats <https://utbildning.socialstyrelsen.se/enrol/index.php?id=35>.

Så här har arbetet gått till

Det här materialet har tagits fram av Socialstyrelsen tillsammans med en rad experter. Projektledare på Socialstyrelsen har varit Malin Ahrne. Innehållet bygger på vetenskapligt underlag inom området samt på kliniska erfarenheter från den svenska expertgrupp som medverkat i arbetet. Andra länders riktlinjer kring könsstympning har också granskats. Dessutom bygger innehållet på den lagstiftning som finns, till exempel hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL. Socialstyrelsen har också haft kontakt med kvinnor som själva varit utsatta för könsstympning, som har bidragit med värdefulla insikter och synpunkter på hela arbetet.

Den forskning som finns kring könsstympning har ofta metodologiska brister och generellt saknas det tillförlitliga studier om till exempel olika behandlingsalternativ [2-7]. Mycket av den forskning som finns är gjord på små urval. Dessutom finns det motstridiga forskningsresultat där forskningen pekar åt olika håll. Det finns dessutom olika positioner inom forskningen och olika ”diskurser”. Detta beskrivs bland annat i en kunskapsöversikt som Nationellt centrum för kvinnofrid tog fram 2011, *Kvinnlig omskärelse/könsstympning i Sverige – en kunskaps- och forskningsöversikt* [8].

Litteratursökning

Sökningarna gjordes under vintern 2013/2014 och begränsades till publikationer från år 2000 och framåt. Både kvalitativa och kvantitativa studier har ingått. Endast artiklar på svenska och engelska har inkluderats (sökningar gjordes även för artiklar på danska och norska). Endast artiklar som berör riskgrupper, bemötande och klinisk handläggning i en kontext som

är jämförbar med svensk kontext inkluderades. Artiklar om exempelvis bemötande och klinisk handläggning i länder där könsstympning praktiseras har uteslutits. När det gäller prevention har endast prevention inom hälso- och sjukvården inkluderats.

En informationsspecialist genomförde litteratursökningar inom tre huvudsakliga områden:

- Bemötande
- Klinisk handläggning
- Prevalens och riskgrupper¹

Sökningarna genomfördes i följande databaser för vetenskaplig litteratur;

SveMed – som innehåller svenska/nordiska tidskriftsartiklar inom hälso- och sjukvård och medicin.

DiVa och Libris Uppsök – som innehåller studentuppsatser på olika nivåer från svenska högskolor och universitet.

Libris (referenser till böcker).

PubMed och Cinahl

De sökord som användes var “female circumcision, infibulation, clitoridectomy, clitorectom, female genital mutilation, female genital cut, estimate, prevalence, epidemiology, predictor, decline, factor, primary prevention, secondary prevention, tertiary prevention, prevention and control, prevent, health personnel, nursing, nursing practical, health knowledge, attitudes, practice, transcultural nursing, cultural competency, nurse, nurses, physician, doctor, midwife, midwives, midwifery, professional-patient relations, attitude of health personnel, empathy, interact, encounter, meet, treating, sensitive, empathy, reception, relation, communicate, compassion, social competence”.

Sökningarna i PubMed och Cinahl gav följande antal referenser:

- Bemötande (57 referenser)
- Kunskap hos personalen (både om klinisk handläggning och om bemötande) (83 referenser)
- Prevalens och risk (66 referenser)
- Prevention (19 referenser).

¹ Presenteras kortfattat här, se annars Socialstyrelsens rapport ”Flickor och kvinnor i Sverige som kan ha varit utsatta för könsstympning. En uppskattning av antalet” från 2015 för mer utförlig information.

Kompletterande litteratursökningar gjordes bland annat genom att granska referenslistor och sökningar på författare. Sammanfattningarna i alla publikationer som påträffades i litteratursökningen granskades. De publikationer som uppfyllde inkluderingskriterierna beställdes hem för fulltextgranskning.

Artiklarnas kvalitet

Artiklarnas kvalitet har inte granskats systematiskt. Många av studierna är utförda på små urval och med kvalitativ ansats som inte möjliggör generaliseringar. Studier som handlar om bemötande är ofta deskriptiva och gjorda med en kvalitativ ansats. Det innebär att det är svårt att dra några generella slutsatser, men studierna ger ändå värdefulla kunskaper om bemötande. Studierna om bemötande i hälso- och sjukvården av kvinnor som varit utsatta för könsstympning är omväxlande ur ett patientperspektiv och ur ett personalperspektiv.

När det gäller hälso- och sjukvårdens möjligheter att arbeta förebyggande mot könsstympning finns liten evidens för olika förhållningssätt och insatser. Det stöd som presenteras här när det gäller preventivt arbete bygger på det vetenskapliga stöd som trots allt finns, och på tidigare erfarenheter av förebyggande arbete i Sverige. Riktlinjer för både vård och förebyggande arbete inom hälso- och sjukvården från andra länder har också granskats [9-13].

Övrig referenslitteratur

Viss litteratur har tillkommit under arbetets gång eftersom publiceringen av kunskapsstödet drog ut på tiden. Dessutom framkom vissa brister i underlaget för till exempel könsstympning som får konsekvenser för kvinnors sexuella hälsa och i dessa fall har kompletterande litteratursökningar genomförts.

Expertgrupp

En expertgrupp bestående av 12 kliniskt verksamma personer och forskare har medverkat i framtagandet av materialet. Tre yrkesföreningar har varit representerade i expertgruppen: Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG), Svenska Barnmorskeförbundet och Skolsköterskeföreningen. Representanterna har utsetts av respektive förening. Länsstyrelsen i Östergötland har haft ett parallellt regeringsuppdrag om att ta fram vägledande material för professionella och för vårdnadshavare om könsstympning ur ett barnperspektiv och med ett tydligt preventivt fokus. Socialstyrelsens och Länsstyrelsens respektive uppdrag har genomförts i samråd. För medverkan i expertgruppen har Länsstyrelsen i Östergötland utsett en forskare och expert på könsstympning som har deltagit i arbetet. I expertgruppen har ingått tre barnmorskor med stor erfarenhet inom området, sex läkare (en gynekolog, en obstetriker, två barnläkare, en plastikkirurg, en distriktsläkare) och en skolsköterska.

Experter som medverkat

Maria Ahlberg, legitimerad barnmorska, representant för Barnmorskeförbundet i expertgruppen.

Lars Almroth, överläkare, barnkliniken, Kristianstads sjukhus.

Vanja Berggren, forskare vid Lunds universitet och representant för Länsstyrelsen i Östergötland.

Johanna Emilsson, skolsköterska, representant från Skolsköterskeföreningen. Birgitta Essén, överläkare på kvinnokliniken, Akademiska sjukhuset (specialistmottagning för omskurna kvinnor) samt lektor i internationell kvinno- och mödrhälsa vid Uppsala universitet. Representant i expertgruppen för Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG).

Martina Franck, legitimerad barnmorska, Mama Mia barnmorskemottagning. Annika Hässler, distriktsläkare.

Meri Liljegren, överläkare, specialistläkare i obstetrik och gynekologi, Södersjukhuset (AMEL-mottagningen, en specialistmottagning för omskurna kvinnor).

Anne-Marie Lundgren, legitimerad barnmorska.

Britta Nordström, specialist i barn och ungdomsmedicin, skolläkare i Nacka.

Lena Rolfhamre, legitimerad barnmorska, Karolinska universitetssjukhuset.

Hannes Sigurdjónsson, ST-läkare, plastikkirurg, Karolinska universitetssjukhuset.

Materialet har även granskats av Socialstyrelsens vetenskapliga råd

Margareta Larsson (Mödrhälsovård) och Marie Blomberg (Obstetrik och gynekologi).

Remiss

Kunskapsstödet har skickats på remiss till:

- Länsstyrelsen i Östergötland
- Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
- Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK)
- Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU)
- Riksföreningen Stoppa Kvinnlig Könstymning (RISK)
- Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (FSUM).

De synpunkter som har kommit in har beaktas och har inneburit värdefulla kompletteringar.

Ordlista

BHV	Barnhälsovård
BVC	Barnvårdscentral
Defibulation	Öppnande av de hopsyddas blygdläpparna.
Dysmenorré	Mensvärk
Ektomi eller excision	Att ta/skära bort helt och hållet. Används ofta felaktigt då resektion avses.
Faraonisk omskärelse	Den mest omfattande könsstympningen som innebär att en del av klitoris och de inre och yttre blygdläpparna avlägsnas samt att kanterna fästs samman. En liten öppning lämnas längst ner mot ändtarmen så att urin och menstruationsblod kan passera.
Hematokolpos	Slida fylld av menstruationsblod på grund av försvårat avflöde.
Infibulera	Att sy ihop blygdläpparna för att försnäva öppningen till slidmynningen.
KAD	Kateter á demeure – slang som förs in via urinröret till blåsan och får ligga kvar.
Klitoridektomi	Klitoris skärs bort (den yttre, synliga delen.).
MHV	Mödrahälsovård
MVC	Mödravårdscentral
Miktionsbesvär	Svårigheter att kasta vatten.
Reinfibulera	Att åter sy ihop blygdläpparna i syfte att minska slidmynningen, till exempel efter en förlossning.
Resektion	Att ta eller skära bort del av organ eller vävnad.
Suprapubiskateter	Tunn slang som med ett skarpt instrument förs in genom bukväggen strax ovan blygdbenet till urinblåsan för att tömma den.
Suturera	Sy
Uretra	Urinrör
Urinstämna	Oförmåga att kasta vatten.

Fakta om könsstympning

Begrepp

Begreppet ”könsstympning” infördes i Sverige i samband med en skärpning av lagstiftningen 1998 och ersatte den tidigare benämningen ”omskärelse” i lagen (se proposition 1997/98:55 Kvinnofrid s. 96–100 och 136).

Begreppet ”kvinnlig könsstympning” kan vara missvisande eftersom det framförallt är små flickor som könsstympas. ”Kvinnlig” könsstympning skulle kunna uppfattas som att det rör sig om vuxna kvinnor, när det framförallt är barn som blir utsatta. Könsstympning av flickor och kvinnor är eventuellt en mer korrekt svensk beskrivning av den här företeelsen. I det här materialet används begreppen ”kvinnlig könsstympning”, ”könsstympning av flickor och kvinnor” eller bara ”könsstympning” omväxlande.

I patientmötet är det viktigt med ett empatiskt förhållningssätt vid valet av begrepp. Det kan innebära användning av ordet ”könsstympning” med vissa patienter, och användning av begrepp som till exempel ”omskärelse”, ”skuren” eller ”traditionen” med andra patienter. Ordvalet kan behöva anpassas för att man ska göra sig bättre förstådd i vissa situationer. I dokumentation och liknande används med fördel begreppet könsstympning. Ibland behöver man informera om att man använder begreppet könsstympning i journalen (om det inte är det ord man använder med patienten).

”Sunna” är ett ord som ibland används i sammanhang som har med könsstympning att göra. Det är egentligen ett arabiskt ord som betyder ungefär ”religiös tradition”. Begreppet används oftast för att förmedla att ett mindre omfattande ingrepp gjorts, till exempel prickning av klitoris, men ibland även när en mer omfattande könsstympning har skett.

Olika typer av könsstympning

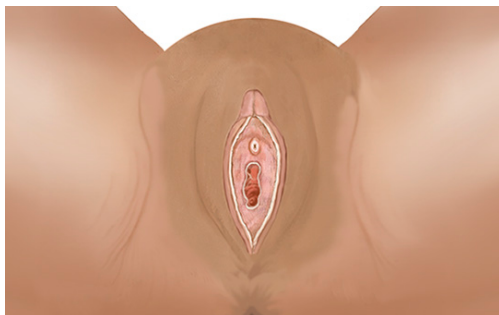
WHOs definition av kvinnlig könsstympning är som följer [14]:

Kvinnlig könsstympning omfattar alla kirurgiska ingrepp som rör borttagande delvis eller helt av de externa genitalierna eller annan åverkan på de kvinnliga könsdelarna av kulturella eller andra icke medicinska skäl.

De olika typerna av könsstympning enligt WHO:s definition är [15]:

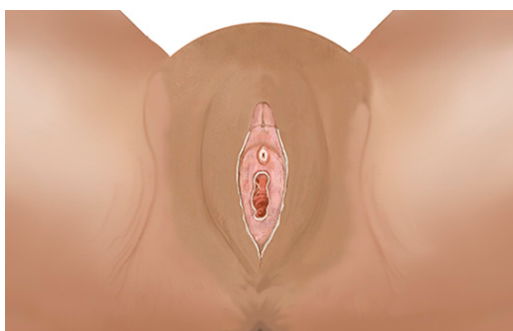
Typ I. Borttagande/excision av förhuden runt klitoris och/eller del av eller hela klitoris.

När det är relevant att skilja mellan de vanligaste variationerna av typ I föreslås följande indelning: Typ Ia, borttagande av endast förhuden runt klitoris; Typ Ib, borttagande av klitoris samt förhud.



Typ II. Partiellt eller totalt borttagande av klitoris samt av de inre blygdläpparna, med eller utan borttagande av de yttre blygdläpparna.

När det är relevant att skilja mellan de vanligaste variationerna av typ II som dokumenterats föreslås följande indelning: Typ IIa, borttagande av enbart de inre blygdläpparna; Typ IIb, partiellt eller totalt borttagande av klitoris och de inre blygdläpparna; Typ IIc, partiellt eller totalt borttagande av klitoris, de inre blygdläpparna och de yttre blygdläpparna.



Typ III. Tillslutning/försnävning av vaginalöppningen genom excision och hopfästning av de inre blygdläpparna och/eller de yttre blygdläpparna, med eller utan borttagande av klitoris (infibulation).

Typ IIIa, borttagande och hopfästning av de inre blygdläpparna; Typ IIIb, borttagande och hopfästning av de yttre blygdläpparna.



Typ IV. Oklassificerade stymplingar, allt som inte inkluderas i grupp I-III.

Alla andra skadliga ingrepp i de kvinnliga könsorganen av icke-medicinska skäl, till exempel prickning, piercing, sticka med vasst föremål, skrapning eller att använda frätande eller på annat sätt skadliga ämnen/material.

Typ III kallas även infibulation eller ibland ”faraonisk omskärelse” och är den mest omfattande formen av könsstympling.

Ungefär 90 procent av alla fall av könsstympling gäller typ I, II och IV, och cirka 10 procent gäller typ III [16]. Kliniskt är det ofta svårt att skilja de olika typerna åt, då det kan vara svårt att avgöra vad som egentligen är gjort. Den normala variationen i anatomin är stor, vilket gör det än svårare. Indelningen i olika typer gör att man i journaler och liknande i vart fall får en viss uppfattning om vad som har gjorts.

Bakgrund

Könsstympling av flickor och kvinnor är en tusenårig tradition som förekommer i flera länder i Afrika och i några länder i Mellanöstern och Asien. Ingen vet med säkerhet hur och varför den här traditionen uppstod. Det anses vara ett sätt att kontrollera flickors och kvinnors sexualitet och heder, som det har skapats olika myter och kulturella sedvänjor kring. Ingreppet uppfattas ofta som socialt viktigt för att en flicka ska ses som "ren" och som oskuld vid giftermål, eller som en övergång från att vara barn till att bli en vuxen kvinna. Traditionen ser olika ut i olika länder och kan även se olika ut inom länder. Åldern då ingreppet utförs varierar, liksom typen av ingrepp, omfattning, vem som utför det och förklaringar till varför man gör det [16-19].

I en svensk intervjustudie från 2013 tillfrågades åtta kvinnor som var födda i olika länder där könsstympling förekommer, dels om sina egna erfarenheter, dels om sina egna uppfattningar om varför traditionen finns och om attityder till att fortsätta med traditionen. Förklaringarna handlade till exempel om att bevara familjens heder genom att säkerställa att en flicka är oskuld, att man anser eller tror att det är en religiös tradition samt uppfattningar om ”renhet” och sexuell återhållsamhet [20].

Av både FN, EU och andra organisationer och myndigheter ses könsstympling idag som ett uttryck för hedersrelaterat våld och förtryck, och som en kränkning av barns och kvinnors rättigheter. Av 1 § lagen med förbud mot könsstympling av kvinnor framgår att ingrepp i de kvinnliga yttre könsorganen i syfte att stympa dessa eller åstadkomma andra bestående förändringar av dem (könsstympling) inte får utföras, oavsett om samtycke har lämnats till ingreppet eller inte.

Inte en religiös tradition

Kvinnlig könsstympling förekom före både kristendomen och islam. Sedvänjan är inte påbjuden i någon religiös skrift utan den förekommer bland både kristna, muslimer och animister. Ibland förekommer det att man felaktigt tror att kvinnlig könsstympling är en religiös plikt. Uppfattningen kan finnas i familjen eller kan förespråkas av lokala religiösa ledare. I Sverige har ledare inom de flesta trossamfund, inklusive Sveriges Imamråd, gemensamt

tagit avstånd från sedvänjan i alla dess former. Omskärelse av pojkar omnämns i olika religiösa skrifter som Koranen och Bibeln, men inte könsstympning av flickor och kvinnor [19, 21].

Ålder då ingreppet utförs

Merparten blir könsstympade som barn. Åldern kan variera mellan olika regioner och länder. Det finns exempel på grupper där könsstympning utförs då flickan endast är några dagar gammal, medan det i andra grupper sker först i samband med att en ung kvinna ska gifta sig. I Eritrea och delar av Etiopien utförs ingreppet ofta på spädbarn, och många flickor och kvinnor som kommer från dessa länder har därför ofta inget minne av ingreppet. Det förekommer att man inte vet om man är könsstympad eller ej, eller i vilken omfattning [16, 17, 22]. I Somalia könsstympas flickor vanligtvis i åldern 5–9 år [17]. I Västafrika könsstympas flickor även i yngre tonåren [17]. Se tabell 1 för mer information om åldersintervall i olika länder.

Traditionellt utförande

Traditionellt utförs könsstympning ofta av en äldre kvinna utan formell utbildning. Det kan finnas särskilda omskärerskor. Djupare kunskaper om anatomi, kroppsfunktioner och aseptik saknas ofta. En kniv eller annat vasst föremål, som till exempel en glasbit eller ett rakblad, kan användas. Vanligtvis förekommer ingen smärtstillning. Vid typ III sys öppningen ihop med tråd eller fästs ihop med taggar [13]. Att gränsdragningen mellan de olika typerna av omskärelse är oklara kan man förstå när man betänker omständigheterna kring hur ingreppet genomförs. Fortfarande utförs de flesta ingreppen i hemmet [17].

I delar av Västafrika och även på andra håll utförs ofta ingreppet på grupper av flickor i samma ålder. När läkningen är klar förekommer festligheter och firande då flickorna får presenter och liknande. I Västafrika är könsstympning ofta en del av en initiationsrit för att gå från barn till vuxen. I samma ålder blir även pojkarna utsatta för könsstympning, eller omskärelse, som det kallas när det gäller pojkar och män [23].

Trender

Det finns några trender som är viktiga att känna till. Dels sker en viss åldersförskjutning, där könsstympning allt oftare utförs på yngre barn. Dels pågår en trend där familjer allt mer överger den mest omfattande formen av könsstympning (typ III), till förmån för de mindre omfattande typerna, även så kallad prickning (typ IIII) [24, 25].

Den tredje trenden är att det i flera länder blir vanligare att utbildad hälso- och sjukvårdspersonal utför könsstympning. ”Medikalisering” är det begrepp som WHO använder för att beskriva den här utvecklingen. Det innebär att könsstympning oftare utförs med tillgång till en steril miljö, av utbildad personal och med smärtlindring. Faran för omedelbara komplikationer minskar, men risken är stor att utvecklingen kan leda till ökad acceptans av ingreppet, och därmed kan underminera det arbete som görs för att eliminera kvinnlig könsstympning. Medikaliseringen kan leda till att ingreppet blir

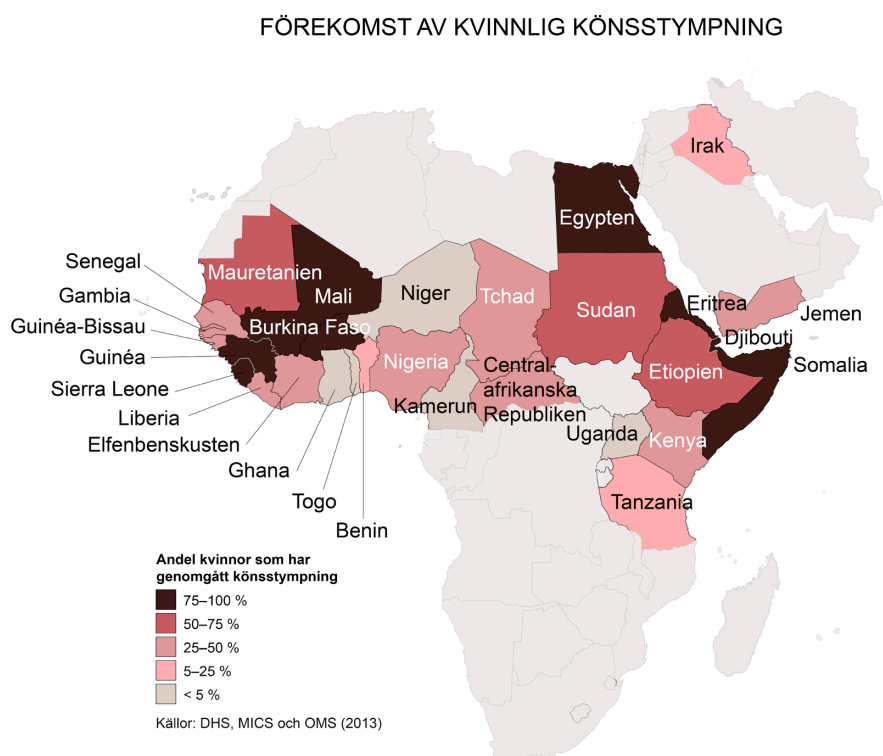
både mer och mindre omfattande. WHO tar starkt avstånd från den här utvecklingen i sin helhet [25].

För hälso- och sjukvårdspersonal innebär de här trenderna att det är viktigt att inte enbart ta upp konsekvenser för flickors och kvinnors fysiska hälsa i det förebyggande arbetet, utan att också kunna förmedla att könsstympning är en allvarlig kränkning av barns och kvinnors rättigheter och en form av våld som utövas mot barn och kvinnor [16, 17, 22]. Trenderna är viktiga att känna till eftersom de har betydelse för det preventiva arbetet [16, 17, 22].

Förekomst

Prevalens globalt

Världshälsoorganisationen uppskattar att drygt 140 miljoner flickor och kvinnor i världen är könsstympade, varav majoriteten finns i Afrika [16]. Varje år beräknas cirka 3 miljoner flickor befinna sig i riskzonen för att bli utsatta för något slags ingrepp i de yttre könsorganen. Förutom i en del afrikanska länder förekommer könsstympning även i delar av Mellanöstern och Asien, bland annat i Jemen, i delar av Irak och Iran (i Kurdistan) samt i Indonesien och Filippinerna [16, 17, 26]. I flera länder är förekomsten begränsad till mindre regioner, eller till vissa folkgrupper. Skillnaderna kan vara stora inom länder, både när det gäller förekomst, vilken typ av könsstympning som praktiseras och vid vilken ålder. Historiskt sett har könsstympning av flickor och kvinnor förekommit även i USA och Europa [27].



Tabell 1.

Andel flickor 15–19 år och andel kvinnor 15–49 år som har utsatts för könsstympning i 27 afrikanska länder år 2012 samt åldersintervall för när könsstympningen vanligtvis utförs.

Land	Andel flickor 15–19 år i procent	Andel kvinnor 15–49 år i procent	Vanligt ålders- intervall då könsstympning brukar ske
Benin	8	13	5–9
Burkina Faso	58	76	0–4
Centralafrikanska republi- ken	18	24	10–14
Djibouti	90	93	5–9
Egypten	81	91	10–14
Elfenbenskusten	28	38	0–4
Eritrea	78	89	0–4
Etiopien	62	74	0–4
Gambia	77	76	-
Ghana	2	4	0–4
Guinea	89	96	5–9
Guinea-Bissau	48	50	5–9
Kamerun	0,4	1	-
Kenya	15	27	5–9
Liberia	44	66	-
Mali	88	89	0–4
Mauretanien	66	69	0–4
Niger	2	2	-
Nigeria	19	27	0–4
Senegal	24	26	0–4
Sierra Leone	80	88	5–9
Somalia	97	98	5–9
Sudan	84	88	-
Tanzania	7	15	5–9
Tchad	41	44	5–9
Togo	1	4	5–9
Uganda	1	1	-

Källa: UNICEF (2013) Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change.

Könsstympning minskar sakta

Lagstiftning mot könsstympning, förändrade attityder och förebyggande arbete verkar börja ge ett visst resultat och man kan se en nedåtgående trend i många länder [22]. I tabell 1 (på föregående sida) kan man se att i många länder är det färre flickor/kvinnor i åldern 15-19 år som är könsstympade, än i åldern 15-49 år. Det är en indikation på att könsstympning minskar, även om det finns en viss osäkerhet i uppgifterna. I vissa länder, som i till exempel Somalia, ser man ingen direkt minskning [17]. De siffror som finns om både förekomst och om attityder till ingreppet är ofta osäkra och bristfälliga [17, 28]. När det gäller prevalens använder sig både WHO och Unicef av uppgifter som är inhämtade i demografiska studier och folkräkningar (census) [17]. Uppgifterna är självrapporterade, varför det finns risk för både underskattning och överskattning av förekomsten [17, 28]. Eftersom det är olagligt i många länder att utföra könsstympning, finns risken att respondenterna inte uppger att de själva eller deras döttrar är könsstympade.

I många länder pågår ett arbete för att traditionen med könsstympning ska upphöra och för att stärka barns- och kvinnors sexuella och reproduktiva rättigheter med särskilt fokus på könsstympning. Det finns flera goda exempel på hur attityderna till könsstympning har förändrats snabbt, till exempel i Senegal, där en ideell organisation som heter Tostan under flera år bedrivit ett utvecklingsprojekt på landsbygden [29]. Tostan finns idag i flera länder. Ett annat exempel på ett lyckat arbete mot könsstympning som varit finansierat av Sida, är ett projekt i en region i Etiopien. Där har en lokal kvinnoorganisation nästan helt lyckats stoppa könsstympningen av flickor genom en dialog med lokala ledare, traditionella barnmorskor och bybor [30].

Faktorer av betydelse

Faktorer som har betydelse för förekomsten och som går att påverka, är till exempel utbildningsnivåer, socioekonomisk status och grad av jämlikhet [31]. Enligt en holländsk översikt (2013) är högre utbildning en skyddande faktor i de flesta studier, men det finns några studier från Nigeria och Sudan som visar på motsatsen [31]. Enligt samma översikt är högre socioekonomisk status och högre grad av jämlikhet skyddande faktorer [31]. Enligt Unicefs senaste rapport (2013) är utbildningsnivå en skyddsfaktor [17]. Där påvisas ett samband mellan moderns utbildningsgrad och könsstympning av döttrarna, där högre utbildningsgrad innebär en mindre risk för att döttrarna ska bli könsstympade [17]. I Unicefs rapport visar man också ett samband med familjens socioekonomiska status, där fler familjer från fattiga förhållanden har en positiv attityd till könsstympning [17].

Antalet flickor och kvinnor i Sverige som varit utsatta för könsstympning²

Socialstyrelsen uppskattar att närmare 40 000 flickor och kvinnor som bor i Sverige kan ha blivit utsatta för någon form av könsstympning innan de kom hit (tabell 2). De största grupperna är flickor och kvinnor som är födda i

² Dessa uppgifter kommer från Socialstyrelsens egna uppskattningar av prevalens. En utförlig redogörelse för prevalensstudien presenteras i rapporten *Kvinnlig könsstympning i Sverige. Uppskattning av förekomst och antal barn i riskzonen* (2015).

Somalia, Eritrea, Etiopien, Egypten och Gambia. Av dessa är 7 400 flickor under 18 år (tabell 2). Andelen flickor och kvinnor från respektive födelse-land, som kan ha varit utsatta för könsstympning, är densamma som i tabell 1 eftersom uppskattningen av antalet i Sverige är baserad på de andelarna.

Det finns flera osäkerheter med siffrorna, varför de enbart ska ses som en uppskattning. Man har gjort på liknande sätt i andra jämförbara prevalensstudier [31-36].

Tabell 2.

Uppskattning av antalet flickor/kvinnor i Sverige 2012 som kan ha varit utsatta för könsstympning

Flickor/kvinnor födda i länder i Afrika där förekomsten av könsstympning är över 50 procent.

Födelse-land	Uppskattat antal könsstympade flickor/kvinnor			Totalt
	0–18 år	19–49 år	50 år och över	
Djibouti	47	63	5	115
Egypten	264	915	353	1 533
Eritrea	909	4 400	959	6 267
Etiopien	467	4 037	789	5 292
Gambia	213	1 011	152	1 376
Sierra Leone	47	236	24	307
Somalia	4 999	14 251	1 992	21 243
Sudan	260	643	59	962
Övriga länder	197	1 258	189	1 645
Samtliga länder	7 403	26 815	4 522	38 739

Könsstympning i Sverige

Det finns inga kända fall av könsstympning som skett i Sverige. Ett fåtal flickor som är bosatta i Sverige har blivit utsatta för könsstympning utomlands. Hittills har två fall lett till fällande domar [8]. Det kan dock inte uteslutas att könsstympning sker utan att det kommer till myndigheternas kännedom, till exempel vid utlandsresor.

Läs gärna mer om prevalens och riskgrupper i Socialstyrelsens rapport *Flickor och kvinnor i Sverige som varit utsatta för någon form av könsstympning. En uppskattning av antalet* (2015).

Konsekvenser

Olika typer och omfattning av könsstympning kan medföra olika konsekvenser. Alla som varit utsatta för könsstympning upplever inte nödvändigtvis problem även om många gör det [7, 37-39]. Besvär från underlivet efter läkningen av ingreppet kan vara av olika svårighetsgrad och de kan variera under uppväxten samt under livet som vuxen och åldrande kvinna. Ibland uppstår besvär i samband med att en flicka går in i puberteten, får mens och

börjar ha funderingar kring sin sexualitet. Många kvinnor kan ha lärt sig att leva med sina besvär. Symtomen kan bli av akut karaktär i vissa situationer, till exempel i samband med sexualdebut eller barnafödande.

Akuta komplikationer

Om könsstympling utförs på traditionellt vis, av icke-sjukvårdskunnig person utan smärtlindring och utan kunskaper om aseptik, kan komplikationer som chock, blodförlust, svår smärta, infektioner, psykiskt trauma, svårigheter att urinera och att tömma tarmen, stelkramp och skador på angränsande organ förekomma. Det kan även finnas risk för blodsmitta [6, 16]. Utan tillgång till läkarvård förekommer det att flickor dör till följd av ingreppet [17].

Långsiktiga konsekvenser

Fysiska besvär som kan förekomma i högre grad hos flickor och kvinnor som varit utsatta för könsstympling är bland annat urinvägsinfektioner, andra urinvägsbesvär, vaginala infektioner samt obstetriska komplikationer [3-5, 7, 40]. Obstetriska komplikationer uppstår främst vid typ III [4]. Alla typer kan ge upphov till besvärande ärrbildning, smärta och cystbildning, liksom sexuella, psykiska och sociala besvär [1, 6, 8, 38, 39].

Urinvägsbesvär och infektioner

Urinvägsinfektioner och vaginala infektioner är något vanligare hos kvinnor som varit utsatta för könsstympling [4, 7]. Infektioner i lilla bäckenet kan eventuellt vara något vanligare hos könsstympade kvinnor [6, 41].

Svagt urinflöde och smärtsam vattenkastning på grund av ärrvävnad och förträngning av urinvägarna kan orsaka svårighet att tömma urinblåsan (retention). Svårigheter att tömma urinblåsan kan leda till akut urinretention (stopp i urinvägarna) [40, 42].

Urinläckage kan förekomma. En orsak kan vara att en del flickor och kvinnor som är infibulerade tömmer blåsan långsamt och ibland ofullständigt. Detta kan medföra att urin tömmer sig efter avslutad miktion och när patienten reser sig upp. Symtom på okontrollerat urinläckage (inkontinens) kan även uppträda om blåsan blir övertänjd på grund av tömningssvårigheter. Flerdelad urinstråle på grund av flera öppningar i infibulationsärret kan orsaka problem. Urinläckage främjar bakterieväxt och kan vara ett stort psykosocialt problem för flickan/kvinnan [40, 42].

Sex och samlevnad

Det finns ett fåtal vetenskapliga studier om sexualitet och kvinnor som varit utsatta för könsstympling. I en översikt från 2005, som bland annat behandlar sexuella konsekvenser av könsstympling, konstateras att många studier har metodologiska brister och att det finns stora svårigheter förenat med studier kring sexualitet. Det finns dock inte stöd för att könsstympling per se utesluter sexuell njutning eller att könsstympling automatiskt nedsätter den sexuella funktionen [38].

I en egyptisk studie från 2003 rapporterades att typ I och II-stympling inte påverkade kvinnans sexualitet nämnvärt men att kvinnor som var könsstym-

pade enligt typ III hade en minskad upplevelse av lust och svårare att få orgasm [43]. I en senare egyptisk studie (2012) om påverkan på kvinnors sexualitet vid typ I och typ II kunde man påvisa sämre sexuell funktion, jämfört med kvinnor som inte var könsstympade [44]. Två andra studier som jämfört grupper av kvinnor fann sämre sexuell funktion hos kvinnor som varit utsatta för könsstympning [45, 46]. I en italiensk studie (2007) om sexualitet hos kvinnor som varit utsatta för olika typer av könsstympning visade det sig att 90 procent ”njöt av sex” och att omkring 85 procent hade upplevt orgasm [47]. Ingreppets omfattning har betydelse för eventuell påverkan på den sexuella upplevelsen och det finns stora individuella skillnader.

Smärtsamma samlag (dyspareuni)

Smärta vid samlag kan förekomma [39]. Smärtsamma samlag och vaginism (slidkramp) är relativt vanligt bland kvinnor i befolkningen som helhet och kan ha flera orsaksmekanismer [48]. Även hos kvinnor som varit utsatta för könsstympning kan det vara viktigt att utesluta andra möjliga orsaker till dessa problem. Smärta vid samlag och slidkramp (vaginism) hos kvinnor som varit utsatta för könsstympning kan orsakas av att slidmyningen är för trång eller av att det finns ärrbildning och nervknutor i området. Ärrvävnaden vid slidöppningen kan vara stram. Problemen kan även böttna i upplevelser i samband med könsstympningen, eller i andra upplevelser som varit traumatiska, till exempel dåligt bemötande vid en undersökning eller förlossning. Penetrationsförsök kan ge sår vid slidöppningen.

Menstruationsbesvär

Smärtsamma menstruationer är ett vanligt symtom hos många unga kvinnor, så kallad primär dysmenoré. Behandling av denna typ av mensvärk är den samma för alla patienter med dessa besvär. Menstruationsbesvär hos flickor och kvinnor som varit utsatta för könsstympning kan förekomma, men det finns inte något tydligt vetenskapligt stöd för att menstruationsbesvären har ett samband med könsstympningen [49].

En sällsynt orsak till mensvärk hos kvinnor som genomgått könsstympning typ III är att menstruationsblod ansamlas i slidan på grund av en trång slidöppning (hematokolpos)[6]. Tillståndet kan kräva kirurgisk åtgärd.

Obstetriska komplikationer

Det saknas tillförlitliga studier som utvärderat åtgärder för gravida kvinnor som varit utsatta för könsstympning, både beträffande åtgärder under graviditeten och i samband med förlossningen [2].

Obstetriska komplikationer kan uppstå i samband med förlossning, framförallt vid typ III, även om det finns en hel del motstridiga forskningsresultat om hur stora riskerna är och om orsakssambanden mellan en könsstympning och obstetriska komplikationer. Det finns studier som visar på en högre risk för ett utdraget förlossningsförlopp för kvinnor som varit utsatta för könsstympning [3] men det finns också studier som visar på motsatsen, alltså att könsstympning inte bidrar till en utdragen förlossning [50]. Många studier kring detta har metodologiska problem [20].

Det finns också studier från låginkomstländer där könsstympning förekommer, där resultaten inte är direkt överförbara på en svensk kontext. I en översikt om förlossningskomplikationer i sex afrikanska länder, som WHO har gjort, hade kvinnor som varit utsatta för könsstympning något högre risker för kejsarsnitt och blödningar i samband med förlossningen samt något högre risker för perinatal dödlighet. Riskerna verkade öka med omfattningen av könsstympningen [5]. I en svensk studie från 2002 granskade man 63 fall av perinatal dödlighet mellan 1990 och 1996 bland barn till kvinnor som varit utsatta för könsstympning. Man gjorde i den studien bedömningen att själva könsstympningen inte kunde anses vara relaterad till dödsfallen [51].

I en norsk metaanalys från 2014 fann man en högre förekomst av långdragen förlossning, kejsarsnitt och ”svår förlossning” bland kvinnor som varit utsatta för könsstympning [3]. Sfinkterskador i samband med förlossning var något vanligare bland kvinnor som genomgått könsstympning, enligt en svensk registerstudie [52].

Det finns flera faktorer som påverkar de obstetriska riskerna för kvinnor från låginkomstländer som invandrat till Sverige. Ett par svenska studier om mödradödlighet bland utrikesfödda kvinnor pekar på några påverkbara faktorer som kan vara betydelsefulla, nämligen bristande kommunikation och bristande kunskaper om bakomliggande sjukdomstillstånd, vilket kan bidra till förlossningskomplikationer [53, 54].

En svensk studie från 2013 har jämfört somaliska kvinnors utnyttjande av mödrhälsovård med svenska kvinnors och jämfört utfallet vid förlossningen. De somaliska kvinnorna besökte mödrhälsovården i lägre utsträckning. Akuta kejsarsnitt var vanligare bland de somaliska kvinnorna, liksom perinatal dödlighet och lägre födelsevikt [55]. I studien kunde man inte undersöka den eventuella betydelsen av en tidigare könsstympning, men man fann ingen skillnad mellan grupperna när det gällde behovet av kirurgiska åtgärder efter förlossningen. Detta tolkade man som att en eventuell tidigare könsstympning inte hade någon avgörande betydelse för förlossningens utfall. I stället såg man andra möjliga förklaringsmodeller, som till exempel grad av vårdutnyttjande. Liknande slutsatser har man dragit i en norsk studie med somaliska kvinnor [56].

Cystor i vulva

Cystbildning kan förekomma efter alla typer av könsstympning. De utgörs av så kallade retentionscystor förorsakade av inbäddade hud- och körtelceller i ärrvävnaden. Cystorna kan sitta på platsen för klitoris och kan vara flerrummiga. De varierar i storlek från vindruvstora till grapefruktstora. De kan bli infekterade och då smärtsamma [4, 6]. Kirurgisk åtgärd kan krävas. En ovanligare komplikation till cystbildningen är överstimulering av klitoris, vilket kan vara mycket besvärande för patienten. Skador på nerver vid klitoris vid stympningstillfället kan leda till neuriombildning. Detta leder till kraftig beröringskänslighet och smärtupplevelse i området.

Stram ärrvävnad och möjligen avsaknad av polstrande fettväv orsakar ibland besvär med skavningskänsla.

Psykiska och psykosociala problem

Minnet av könsstympningen kan vara livslångt och traumatiskt. Händelsen kan återupplevas i samband med till exempel samlag, gynekologisk undersökning och förlossning. En känsla av svek från nära anhöriga, som initierat könsstympningen, kan leda till tillitsproblem hos en del individer [57]. Några fall av posttraumatiskt stressyndrom (PTSS) finns beskrivna [58].

Hantera frågor om könsstympning

Det här kapitlet tar upp hur man kan hantera frågor kring könsstympning inom hälso- och sjukvården. Om det inte hänvisas till lagbestämmelser och om inget annat anges så grundar sig innehållet i det här kapitlet på en sammanställning av vetenskaplig litteratur, internationella riktlinjer och rekommendationer samt beprövad erfarenhet i form av svenska experters kliniska erfarenhet.

Hälso- och sjukvårdspersonal på alla vårdnivåer och inom alla specialiteter kan komma i kontakt med flickor och kvinnor som varit utsatta för könsstympning. Flickor och kvinnor kan söka vård för besvär som direkt eller indirekt kan sättas i relation till könsstympningen. Även vid behov av intensivvård kan könsstympning typ III vara av betydelse eftersom en del åtgärder och undersökningar kan försvåras.

Kunskap är A och O

Kunskapen hos hälso- och sjukvårdspersonalen i Sverige har ökat i takt med att fler patienter har en bakgrund i länder där könsstympning förekommer. 2005 tog Socialstyrelsen fram ett utbildningsmaterial som heter *Kvinnlig könsstympning – Ett utbildningsmaterial för skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård* [19], som bidragit till att sprida kunskap. På många grundutbildningar och specialistutbildningar inom omvårdnad, medicin och socialt arbete tar man upp kvinnlig könsstympning, och många inom hälso- och sjukvården har på egen hand skaffat sig kunskap och kompetens. På vissa håll finns specialistkompetens om könsstympning, till exempel på AMEL-mottagningen på Södersjukhuset i Stockholm. AMEL-mottagningen öppnade 2003 och är en mottagning som riktar sig speciellt till kvinnor i Stockholms läns landsting som genomgått könsstympning. På mottagningen arbetar gynekologer, förlossningsläkare och en kurator. Mottagningen tar även emot patienter på remiss från skolhälsovård, barnmorskemottagningar, gynekologer i öppen och slutenvård samt från olika specialiteter inom slutenvården [59]. Dit kan kvinnor vända sig direkt om de upplever sig ha besvär på grund av könsstympning. De kan också komma på remiss.

Samtidigt finns det fortfarande ett behov av mer kunskap. Hälso- och sjukvårdspersonal i Sverige, övriga Europa, USA och Kanada upplever ofta att de har otillräcklig kunskap om könsstympning, enligt flera studier [18, 34, 60-63]. Det saknas både allmän kunskap om till exempel i vilka länder könsstympning kan förekomma och kunskap som gäller bemötande och kliniskt arbete. Dessutom efterfrågas mer kunskap om hur man kan arbeta förebyggande inom hälso- och sjukvården. Den här bilden överensstämmer med den bild som Socialstyrelsen har fått i arbetet med att ta fram det här kunskapsstödet.

Socialstyrelsen har också tagit fram en webbutbildning om könsstympning som särskilt fokuserar på hur man kan ställa frågor om könsstympning och

på bemötande. Den finns på Socialstyrelsen hemsida:
<https://utbildning.socialstyrelsen.se/course/view.php?id=35>.

Riktlinjer om könsstympning

Många landsting och verksamheter har rutiner och riktlinjer för handläggning och förebyggande arbete när det gäller könsstympning, till exempel finns det riktlinjer i Stockholms läns landsting för mödrahälsovården [64] och ett vårdprogram från 2007 som heter *Mötet med könsstympade kvinnor i vården* [1]. Andra exempel på lokala riktlinjer är riktlinjer för handläggning inom mödrahälsovård och barnhälsovård i Västernorrland [65], riktlinjer för kvinnokliniken på Helsingborgs lasarett och riktlinjer för barnhälsovården i Västragötalandsregionen [66]. Rikshandboken för barnhälsovård har riktlinjer när det gäller barn och könsstympning. Många verksamheter saknar dock riktlinjer. I en svensk intervjustudie från 2010 tillfrågades 20 läkare (varav 13 obstetriker) om vården och den kliniska handläggningen av kvinnor som var könsstympade, framförallt kvinnor som blivit infibulerade (typ III) [63]. Svaren pekade på att det saknas enhetlig handläggning och att det saknas konsensus om vad som ska känneteckna god vård och professionell handläggning av dessa patienter. Komplexiteten i problematiken och vilka typer av svåra kliniska situationer som kan uppstå framkommer också i studien [63]. Liknande slutsatser drar man i en studie från 2002 om svenska barnmorskors erfarenheter av mötet med infibulerade kvinnor, där nationella och lokala riktlinjer efterfrågades [67].

Våga fråga

Många inom vården kan uppleva att det är svårt att tala om könsstympning. Både forskning [18, 34, 60-63] och uppgifter från vårdpersonal och patienter under arbetet med det här kunskapsstödet visar att många läkare, barnmorskor och sjuksköterskor tycker att det här är känsliga och svåra frågor. Anledningarna kan vara flera, till exempel:

- Bristande kunskaper hos personalen.
- Svårt att avgöra vilka patienter det kan vara relevant att fråga.
- Svårt att veta när det kan vara bra att fråga? I vilka situationer?
- Oklart vad man ska göra med svaret. Det saknas rutiner för handläggning, vårdkedjor, ansvarsfördelning och roller.
- Känsligt att diskutera frågor som är starkt kulturellt präglade.
- Svårt att diskutera frågor som rör underlivet och sexualitet.
- Könsstympning upplevs som tabubelagt.
- Språkproblem.

De experter som har varit med och tagit fram det här materialet menar att det oftast är lättare än vad man kanske först tror att prata om könsstympning. Det handlar om att vara saklig och samtidigt lyhörd för olika patienters reaktioner och inställning. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet och patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (se 1 kap. 6 och 7

§§ patientlagen). Patientens självbestämmande och integritet ska respekteras, vilket framgår av 4 kap. 1 §.

Diskriminerande att fråga?

Under arbetets gång har olika anledningar till att man inte tar upp frågan om könsstympning med patienter kommit upp. En av dem är att man är rädd att vara diskriminerande. Därför tas frågan om vad diskriminering är upp här, och hur man kan tänka kring detta. Att ställa frågor till flickor och kvinnor som kommer från berörda länder när det är relevant är inte diskriminerande i sig utan är väl grundat i vetenskapen om att könsstympning praktiseras i dessa länder. Man kan jämföra med många andra företeelser där man frågar om till exempel utlandsvistelser i anamnesen. Vissa sjukdomar är vanligare i vissa delar av världen och det är inte konstigt att man frågar då. Det gäller till exempel sjukdomar som tuberkulos [68] och sicklecellsanemi [69]. Det är viktigt att könsstympning hanteras som andra tillstånd som kan orsaka besvär för patienten. I sammanhang som berör sexuell hälsa och sexualitet, som vid familjeplanering, mödrahälsovård och ungdomsmottagning, eller om kvinnan söker för besvär som kan vara relaterade till följder av tidigare könsstympning, är relevansen tydlig. Man behöver avdramatisera frågan om könsstympning i patientmötet utan att för den skull bagatellisera den. Om man misstänker att en flicka eller kvinna är könsstympad kan det vara viktigt att ställa adekvata frågor och utreda hur det förhåller sig.

Att fråga om födelseland kan vara en viktig del i anamnesen. Då är det relevant att fråga och inte diskriminerande. Det kan även vara relevant att fråga flickor som är födda i Sverige om föräldrarnas födelseland. Om det finns problem med språket kan det till exempel vara naturligt att fråga vilket land patienten kommer ifrån och vilket språk hon talar. Socialstyrelsen har ett utbildningsmaterial som tar upp frågor om till exempel bemötande och diskriminering, *Att mötas i hälso- och sjukvården* [70].

När kan det vara relevant att fråga?

Om det är relevant för vårdtillfället kan det vara bra att fråga om patienten genomgått könsstympning. Om anledningen till besöket i vården är gynekologiska besvär eller besvär relaterade till urinvägarna kan det till exempel vara relevant. Det kan också vara relevant att fråga vid en fördjupad utredning av psykosociala eller psykiatriska besvär eller vid problem med sex och samlevnad. Det kan vara bra att ha som rutin att fråga om kvinnan exempelvis genomgått något ingrepp i underlivet, inklusive könsstympning, vid gynekologiska besvär eller urinvägsbesvär.

Vem kan det vara relevant att fråga?

Förutsatt att det är relevant för vårdtillfället kan man fråga flickor och kvinnor som i anamnesen eller i hälsosamtal uppger att de är födda i ett land där könsstympning är vanligt förekommande eller som uppger i anamnesen att en eller båda föräldrarna kommer från ett land där könsstympning förekommer.

Vad kan det vara relevant att fråga?

Vad det kan vara bra att fråga om är beroende av individen och situationen. I anamnesen kan man till exempel ställa frågor om ålder för ingreppet, var det skedde, under vilka omständigheter det skedde och om kvinnan har haft tidigare besvär relaterat till stymningen. Det är bra om aktuella besvär utreds. Man kan till exempel fråga om flickan/kvinnan upplever problem från urinvägarna, problem i samband med menstruation, problem med sex och samlevnad, smärta, skavningskänsla osv.

Hur kan man fråga?

Det är viktigt att samtalet anpassas till individen. Flickor och kvinnor som är könsstympade är inte någon homogen grupp. Många är integrerade i det svenska samhället, talar svenska obehindrat, är kanske uppvuxna i Sverige och har en god uppfattning om vilken typ av ingrepp som de varit utsatta för som barn. För andra kan språket vara ett hinder och en del kan sakna grundläggande anatomiska kunskaper.

Att fråga om en flicka eller kvinna är könsstympad när det är relevant orsakar sällan några problem. Man kan till exempel formulera sig så här: ”Jag vet att omskärelse av kvinnor är vanligt i ditt hemland, och eftersom jag vet att sådana här problem kan uppstå efter omskärelse funderar jag på...”. Man kan också ha som rutin att fråga om kvinnan har genomgått någon typ av ingrepp i underlivet, inklusive könsstymning. Vanligtvis delar patienter med sig av sina erfarenheter.

Vad gör man med svaret?

När flickor eller kvinnor uppger att de är könsstympade kan det vara bra att vara frikostig med att erbjuda gynekologisk undersökning. Framförallt om det är första gången patienten söker vård för något som kan relateras till en tidigare könsstymning, om patienten inte tidigare har erbjudits en undersökning eller om patienten har besvär. Det kan ibland vara svårt att få adekvata upplysningar från patienten om vilken typ av könsstymning det rör sig om, om ingreppets omfattning med mera. Det är inte heller lämpligt att genomföra en undersökning om man är ovan utan då är det bättre att man istället remittera patienten till mer erfaren personal eller en annan vårdinstans. När det gäller barn och unga är det viktigt att endast personal med relevant kompetens utför en undersökning eller en yttre inspektion, varför man kan behöva remittera vidare till lämplig instans.

Vid besvär kan det vara bra om dessa behandlas och åtgärdas i den mån det bedöms möjligt. Om det finns anledning att tro att man kirurgiskt kan åtgärda funktionen i underlivet kan det vara bra att kvinnan remitteras till en instans som kan genomföra en öppningsoperation eller annan åtgärd. Det kan också finnas behov av till exempel en samtalskontakt eller stöd och rådgivning, beroende på vilka besvär kvinnan har.

När det gäller patientinformation finns det en del resurser på internet, bland annat på Vårdguiden/1177 [71]. För unga finns umo.se och Din ungdomsmottagning på nätet [72].

Helhetssyn

När hälso- och sjukvårdspersonal möter flickor och kvinnor som varit utsatta för könsstympning är det viktigt att fokusera på individens hela livssituation, inte enbart på hennes underliv. Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten (5 kap. 1 § patientlagen). En kvinna som är könsstympad behöver inte nödvändigtvis känna sig avvikande. Normen i hemlandet eller inom den egna gruppen kan tvärtom vara att vara ”omskuren”. För flickor som växer upp i Sverige kan situationen vara omvänd, de kan vara oroliga för att inte ”se ut som andra” och för att inte vara ”normala”.

Möten mellan kulturer i vården

Transkulturell kompetens hos personalen kan vara värdefull. Transkulturell medicin innebär att reflektera över såväl patientens perspektiv som vårdens traditioner och värderingar [73]. Transkulturell omvårdnad omfattar individens förutsättningar för hälsa, reaktioner på och upplevelser av sjukdom eller ohälsa samt effekter av vård och behandling hos individer med olika kulturell bakgrund. Avsikten är att kunna vårda den enskilde individen på bästa sätt. Både individens och vårdarens kultur påverkar vårdandet. Eftersom varje människa är unik blir mötet mellan två personer alltid transkulturellt i någon mån [74].

I en amerikansk intervjustudie om läkares och barnmorskors möten med somaliska kvinnor inom obstetrisk vård, med särskilt fokus på könsstympning, fann man att det visserligen behövdes mer utbildning i frågan, men det var inte alltid könsstympningen i sig som skapade en besvärlig situation för personalen och patienterna. Snarare handlade det om flera saker, som till exempel dialogen och språket, och om en generell kulturkrock mellan de somaliska familjerna och den västerländska vården [62]. Om ett dåligt bemötande handlar om bristande transkulturell kompetens, bristande kompetens när det gäller könsstympning eller om helt andra saker är svårt att avgöra. I studier om förlossningsupplevelser med kvinnor som är könsstympade hänger dessa företeelser ofta ihop [62, 75-77].

I boken *Multikulturell kvinnohälsa: med fokus på gynekologi och obstetrik* kan du läsa mer om vad transkulturell kompetens inom gynekologi och obstetrik kan innebära i ett svenskt perspektiv [78].

Bemötande

Ett gott bemötande har avgörande betydelse för vårdens och omsorgens kvalitet. [79]. Enligt 4 kap. 1 § patientlagen ska patientens självbestämmande och integritet respekteras. Det kan handla om att kunna kommunicera med människor med annat modersmål och om att göra patienter och anhöriga delaktiga i vården. Empati, nyfikenhet och goda kunskaper inom ett område är en bra början.

Terminologi och bemötande

Som personal behöver man vara lyhörd för vilket begrepp den enskilda patienten föredrar. Begreppet ”könsstympning” kan användas med vissa patienter och begreppen ”omskärelse” och ”traditionen” kan vara lämpligare med andra patienter. Att använda begrepp som ”omskärelse” kan uppfattas av vissa som att man bagatelliserar eller lindar in frågan medan ordet ”könsstympning” kan vara starkt värdeladdat för andra, som inte själva definierar sig som ”stympade”.

Bemötande av barn och unga

För unga kvinnor kan det vara särskilt svårt att ta upp frågan om könsstympning med vården. De kan vara tveksamma till hur de ska närma sig frågan, och då kan det vara ett stöd om vårdgivaren ställer ”de rätta frågorna”. I en svensk intervjustudie med unga somaliska flickor från 2013 tas den här frågan upp av en flicka så här [80]:

Jag vågar inte, eller jag känner mig pinsam.

Hos en del barn och unga kan det finnas en rädsla för att familjen ska bli drabbad och utsatt om man berättar. Om könsstympningen har skett i Sverige eller utomlands medan man varit bosatt i Sverige kan socialtjänsten eller polisen komma att kopplas in. Det kan finnas andra skäl till att inte vilja blanda in föräldrarna, till exempel att det är pinsamt eller att flickan fruktar att de ska bli arga. Det är viktigt att ha detta i åtanke när man träffar på barn och unga som är könsstympade eller som riskerar att bli det.

Bemötande kring graviditet och förlossning

Flera intervjustudier med kvinnor som varit utsatta för könsstympning och som bor i Europa, USA eller Kanada visar på både positiva och negativa upplevelser från möten i vården [60, 77, 81-83]. De flesta studier som finns om bemötande relaterat till könsstympning handlar om patienters upplevelser kring obstetrisk vård.

Ett tema i ett par studier med kvinnor som är könsstympade är mötet med västerländsk vårdpersonal. Dessa kvinnor beskriver att de inte blir lyssnade på och att de kan känna oro för att föda barn därför att de ifrågasätter personalens kompetens när det gäller könsstympning [77, 84].

Oro för kejsarsnitt

En rädsla för kejsarsnitt finns hos många kvinnor och kan ibland vara starkare hos kvinnor som genomgått könsstympning [56, 77, 83, 85]. Framförallt gäller det vid typ III, infibulation. Det är viktigt att personalen har relevant kompetens för att kunna förlösa en kvinna som genomgått könsstympning, det är inte bra om en förlossning slutar med kejsarsnitt på grund av bristande kompetens. En orsak till rädslan kan vara att kejsarsnitt kan vara mer förenat med risker i hemlandet [77, 85]. Personalen måste kunna hantera den här rädslan och kunna ge adekvat information. Kejsarsnitt är i vissa studier något vanligare bland kvinnor som varit utsatta för könsstympning, men orsakerna till kejsarsnitt är komplexa [85-87].

Språksvårigheter

Språksvårigheter och kulturella missförstånd kan förekomma. Har flickan eller kvinnan ett annat hemspråk än svenska kan hon vara i behov av tolk för att förstå den information som hon ska få enligt 3 kap. patientlagen. Informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Mottagarens önskan om att avstå från information ska också respekteras (se 3 kap. 6 § patientlagen).

Kvinnlig tolk kan ibland vara att föredra om möjligheten till det finns.

Telefontolkning via högtalartelefon kan vara ett alternativ. Det är viktigt att informera patienten om att tolken är belagd med tystnadsplikt. Det kan vara viktigt för patientens anhöriga att också få möjlighet delta i och fokusera på vårdssamtalet. Det kan därför vara mindre lämpligt att använda en partner eller annan familjemedlem som tolk. Det är inte heller säkert att den anhörige tolkar det som sägs korrekt eftersom hans eller hennes kunskaper i exempelvis anatomi kan vara bristfälliga.

Språket i sig kan ibland vara ett hinder. Ord för sexuell lust, onani och orgasm finns kanske inte på alla språk, eller så är begreppen inte kända av alla. När det saknas ord för kroppsdelar eller sexuella företeelser kan det bidra till förvirring, osäkerhet och blygsel. För att kunna prata om sexualitet, kropp och lust behöver vi ett fungerande språk (jämför till exempel med diskussionen om ord och begrepp på svenska relaterat till kvinnors sexualitet [88]).

Personalens upplevelser

Hälso- och sjukvårdspersonal som stöter på kvinnlig könsstympning för första gången tycker ofta att det är svårt [89-91]. I en kandidatuppsats från 2009 finns en intervju med en barnmorska som bland annat beskriver sitt första möte med en könsstympad kvinna [89]. Citat från intervjun:

Hon var ganska så väl ihop sydd. Man blev lite chockerad över hur det såg ut. Och jag hade bara sett bilder innan. Det var inte riktigt så farligt som på bilderna. Så det kändes ju bra i alla fall. Men varje gång nu också som man har en kvinna från något land där man vet att det förekommer könsstympning, när hon lägger sig i gynstolen förbereder man sig alltid lite innan att det kan vara att man får se något otäckt.

I en annan kandidatuppsats från 2012 har man ställt frågor till elva skolsköterskor om könsstympning [90]. Några teman som man fann i den studien var ”kluvenhet”, ”osäkerhet”, ”känsligt och samtidigt angeläget” och ”medkänsla”. Det här är viktig kunskap om vilka barriärer som kan finnas för att ta upp och hantera frågor om kvinnlig könsstympning kliniskt.

Personal som möter flickor och kvinnor som är könsstympade behöver kunna hantera sina egna eventuella känslomässiga reaktioner inför den här företeelsen, så att mötet med patienten kan ske på ett professionellt sätt. Det kan därför behövas forum där man kan diskutera frågor med kollegor eller med andra som också möter flickor och kvinnor som varit utsatta för könsstympning [91]. För att kunna förmedla trygghet i undersökningssituationen kan det vara viktigt att ha kunskap om olika typer av könsstympning, dess bakgrund och följdverkningar. Studenter och nya medarbetare kan behöva särskild handledning.

Förebyggande arbete inom hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården kan spela en viktig roll när det gäller att förebygga och förhindra könsstympning. Kunskap och kompetens hos personalen är avgörande för det förebyggande arbetet. Globalt pekas hälso- och sjukvården ut som en viktig aktör för att förebygga och eliminera kvinnlig könsstympning av WHO och flera andra FN organ, framförallt genom olika typer av informationsinsatser och stöd [92]. Det förebyggande arbetet kan till exempel handla om att arbeta aktivt med att förändra attityder, med att informera om att könsstympning inte är tillåtet i Sverige och om att upptäcka barn som kanske befinner sig i riskzonen för att bli utsatta. Att kunna ställa adekvata frågor på ett respektfullt och professionellt vis ställer krav på kompetens hos personalen, och är en viktig del i det förebyggande arbetet. Verksamheter inom hälso- och sjukvården som spelar en viktig roll är mödrahälsovården och barnhälsovården, men även andra verksamheter behöver ha ett förebyggande förhållningssätt och behöver uppmärksamma barn som kan finnas i riskzonen för att bli utsatta.

De viktigaste verksamheterna inom vården för att förebygga och förhindra att flickor blir könsstympade är troligen mödrahälsovården (MHV) och barnhälsovården (BHV). Även vårdverksamheter som träffar nyanlända invandrare från länder där könsstympning förekommer kan spela en viktig roll i det förebyggande arbetet.

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten har under 2014 tagit fram ett förslag på en nationell strategi för området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR-strategi) som utgår från den här visionen:

Bästa möjliga sexuella och reproduktiva hälsa – på lika villkor för hela befolkningen och med uppfyllande av allas sexuella och reproduktiva rättigheter [93].

Sexuell och reproduktiv hälsa innebär bland annat att människor har rätt till ett tillfredsställande och säkert sexualliv, inte bara avsaknad av sjukdom, funktionsnedsättning eller skada. Sexuell hälsa innebär ett positivt förhållningssätt till sexualitet och nära relationer, fritt från diskriminering, våld och tvång, inklusive könsstympning [48]. Vikten av att arbeta förebyggande mot könsstympning tas upp i förslaget på nationell strategi.

Skydd för barn och unga

Mödrahälsovård och förlossning

Om en blivande mamma själv varit utsatt för könsstympning kan det vara bra om man tar upp familjens syn på könsstympning under tiden som kvinnan är inskriven på mödravården. Det är bra om både kvinnor och män involveras i förebyggande samtal kring könsstympning samt får information om att könsstympning inte är tillåtet i Sverige.

I vissa länder förekommer könsstympning av spädbarn. Om en kvinna som själv är könsstympad har fått en dotter kan det därför vara bra att ta upp frågan om könsstympning i nära anslutning till förlossningen samt säkerställa att de nyblivna föräldrarna känner till att könsstympning inte är tillåtet i Sverige.

BHV:s basprogram

För att skydda barn från att bli utsatta för könsstympning kan det vara bra att ta upp frågan med familjer som kommer från länder där könsstympning förekommer, inom ramen för de basprogram som finns inom barnhälsovården (BHV). Frågan kan till exempel tas upp i samband med frågor om urinvägarna, som rutinmässigt ställs i olika åldrar. Rikshandboken för barnhälsovård föreslår att man inom BHV aktivt frågar föräldrarna under barnets andra levnadsår. Man nämner också utlandsresor som en särskild anledning till att ta upp en diskussion [94]. Det kan vara relevant att frågan tas upp redan tidigare, eftersom könsstympning ibland sker på mycket små barn. Nyblivna föräldrar erbjuds ett hembesök vid hemkomsten från BB, enligt barnhälsovårdens basprogram. Det kan vara ett bra tillfälle att ta upp parets inställning till könsstympning och informera om att könsstympning inte är tillåtet i Sverige.

Hälsoövervakning

Hälsoövervakning är en uppgift vid varje kontakttillfälle som BVC-personal har med barn och föräldrar. I hälsoövervakningen ingår att bedöma barnets hälsa och utveckling samt värdera skydds- och riskfaktorer för att identifiera barn som i något avseende är i behov av stöd eller riktade insatser. I hälsoövervakningen ingår att väga samman vad barnet förmedlar och föräldrarnas beskrivning av sitt barn med de frågor han eller hon har om sitt barn, med hjälp av riktade frågor (anamnes), observationer och undersökningar [95].

Här är några moment som kan ingå i hälsoövervakningen:

- Uppmärksamma föräldrars frågor om sitt barn.
- Ta anamnes om barnets utveckling och sätt att fungera.
- Undersöka och observera barnets utveckling.
- Identifiera skydds- och riskfaktorer.
- Följa upp insatser.
- Dokumentera i barnhälsovårdsjournal.
- Sammanfatta och återkoppla till föräldrarna samt planera uppföljningskontakter.
- Förmedla information anpassad efter barnets ålder, utveckling och behov [95].

Alla dessa moment kan inkludera frågan om könsstympning.

Elevhälsans medicinska insats

Skolsköterskans enskilda hälsosamtal ger både skolsköterskan och eleven tillfälle att ta upp frågor om könsstympning. Vid första hälsobesöket med en flicka som kommer från något av de länder där könsstympning förekommer kan det vara relevant att fråga om flickan varit utsatt för detta.

Hälso- och sjukvård till nyanlända

På många håll ingår frågor om könsstympning i det individuella hälsosamtalet med flickor och kvinnor som kommer från berörda länder och man informerar också om att det är förbjudet med könsstympning i Sverige. [96] Det kan vara ett viktigt tillfälle att ta upp frågan om könsstympning, både för att flickor och kvinnor som har besvär ska kunna få hjälp, och för att förhindra att flickor i Sverige blir utsatta för könsstympning.

Hälsoundersökning till alla nyanlända erbjuds för att uppmärksamma eventuell ohälsa och behov av smittskyddsåtgärder samt för att informera om möjligheten att få del av hälso- och sjukvård och tandvård. Det regleras framför allt i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. och lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. Landstingens erbjudande till asylsökande om hälsoundersökning ska utformas enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:11) om hälsoundersökning av asylsökande m.fl. Ett erbjudande om hälsoundersökning enligt 7 § lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. ska innehålla information om att hälsoundersökningen är frivillig och att tolk kommer att anlitas vid behov (3 § SOSFS 2011:11). En reviderad version av föreskriften gäller från den 15 oktober 2013.

Påverka attityder och sprida kunskap

När hälso- och sjukvårdspersonal träffar på flickor och kvinnor som varit utsatta för, eller riskerar att utsättas för, könsstympning kan det vara viktigt att informera om könsstympning inte är tillåtet enligt svensk lag. Andra preventiva insatser, som förebyggande samtal om flickors och kvinnors rättigheter och om fysiska, psykiska och sexuella konsekvenser av könsstympning, kan också vara värdefullt som en förebyggande åtgärd. Det finns erfarenheter av förebyggande arbete från yrkesverksamma. Det finns även en del kvalitativa studier från Sverige och andra länder (både ursprungsländer och länder i Europa) om förebyggande arbete och om faktorer som kan påverka attityderna till könsstympning [97-100]. Här är några nyckelfaktorer som är viktiga i det förebyggande arbetet:

- Könsstympning har inga medicinska fördelar – bara negativa konsekvenser.
- Könsstympning innebär en kränkning av barns och kvinnors rättigheter.
- Könsstympning är inte en religiös sedvänja.

I det preventiva arbetet kan det vara värdefullt att informera om att könsstympning minskar i flera länder och att många upphör med könsstympning efter migration. Det kan stärka individer och familjer i deras beslut om att ta avstånd från denna tradition.

Informera om att könsstympning är förbjudet

Det kan vara viktigt att kvinnor som själva har varit utsatta för någon typ av könsstympning och deras partner får information om att könsstympning inte är tillåtet i Sverige. I kontakter inom hälso- och sjukvården kan information ges i de situationer där det är lämpligt och relevant, till exempel inom elevhälsan eller på distriktsläkarmottagningen i mötet med vårdnadshavare som man misstänker saknar vetskap om lagen.

Lagen med förbud mot könsstympning av kvinnor förbjuder alla ingrepp i de kvinnliga yttre könsorganen i syfte att stympa dessa eller åstadkomma andra bestående förändringar av dem. Könsstympning får inte utföras oavsett om samtycke har lämnats till ingreppet eller inte. (Se 1 § lagen med förbud mot könsstympning av kvinnor).

Vid misstanke om könsstympning eller risk för könsstympning

Barnhälsovården och elevhälsan har förutsättningar för att uppmärksamma barn som kan misstänkas fara illa. Att känna till riskfaktorer för att ett barn far illa är ett stöd, både när det gäller att förebygga och att upptäcka barn som far illa eller som riskerar att fara illa. Barns reaktioner på att de far illa är ganska likartade, oavsett vilken typ av utsatthet ett barn har. Symtomen kan dock variera beroende på ålder, personlighet, utvecklingsnivå, grad av exponering samt andra risk- och skyddsfaktorer kring barnet [95]. Om en anställd inom hälso- och sjukvården får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa ska han eller hon genast göra en anmälan till socialnämnden enligt 14 kap. 1 § SoL.

Utlandsresor, företrädevis till hemlandet, kan i vissa fall utgöra en risk-situation. I dessa fall kan det vara relevant att informera om att könsstympning inte är tillåtet i Sverige och att lagen med förbud mot könsstympning av kvinnor kan tillämpas vid svensk domstol även när det gäller ett brott som har begåtts utomlands, oavsett om gärningen är straffbar också i det land där den har begåtts. (Se 3 § lagen med förbud mot könsstympning av kvinnor.)

Samverkan

Det finns goda exempel på hur man kan arbeta med samverkan mellan olika aktörer kring frågor som rör könsstympning, till exempel från Göteborg [101, 102]. Där har man haft en samverkansgrupp mot könsstympning under många år, det så kallade Göteborgsprojektet, som bland annat fick stöd från Socialstyrelsen. Där har olika verksamheter inom kommunen och landstinget

funnits representerade, liksom till exempel polisen. Det kan vara bra om även privata hälso- och sjukvårdsaktörer inkluderas i samverkan. I Göteborg har man också satsat mycket på utbildning av olika personalgrupper inom ramen för samverkansgruppens arbete. Ett nystartat initiativ för ökad kunskap och kompetens kring könsstympning i Västra Götaland är Idil, som erbjuder utbildningar till olika personalkategorier; www.idil.se.

Landsting och regioner

Det kan finnas ett behov av att i landsting och regioner tydliggöra vårdkedjorna för patienter som har besvär relaterat till könsstympning. Det är värdefullt om personer med egna erfarenheter av könsstympning, med en bakgrund från de länder som är berörda, inkluderas i arbetet, för att säkerställa ett patient- och brukarperspektiv. Regionala riktlinjer kan behövas.

Regionala riktlinjer kan med fördel innehålla:

- Samverkan mellan olika delar av hälso- och sjukvården, socialtjänsten, skolan, polis etc. - både på övergripande nivå och kring den enskilde.
- Kompetens hos berörda personalgrupper. Hur ser behovet av kompetens ut och hur kan det tillgodoses? Kompetens kan även omfatta specialistkompetens för exempelvis kirurgiska åtgärder.
- Vårdkedjorna lokalt och regionalt för den här patientgruppen. Rutiner kring remittering.
- Rutiner för mödrahälsovård, barnhälsovård, förlossning, kvinnosjukvård och elevhälsa. Vem och när det kan vara relevant att fråga?
- Preventivt arbete. Hur kan man arbeta preventivt i till exempel föräldragrupper, i skolan, med information till nyanlända och inom samhällsorienteringen?
- Dokumentation i förhållande till de journalsystem som används i landstinget.

Kommunal hälso- och sjukvård

Lokala riktlinjer kan behövas inom kommunal hälso- och sjukvård, liksom en plan för kompetensutveckling inom området. Det kan gälla elevhälsans medicinska insats och inom kommunal hemsjukvård och liknande.

Övrigt förebyggande arbete

Det kan vara bra om det förebyggande arbetet kan ske på olika fronter och med många olika aktörer. Frivilliga organisationer kan spela en viktig roll, liksom förskolan, skolan, socialtjänsten, polisen, HVB-hem och myndigheter som till exempel Migrationsverket och Folkhälsomyndigheten.

Länsstyrelsen i Östergötland har ett nationellt uppdrag att arbeta mot hedersrelaterat våld och förtryck och där ingår arbete mot könsstymning som en viktig del. Länsstyrelsen i Östergötland kan därför vara en viktig resurs för alla som vill engagera sig arbetet mot hedersrelaterat våld och förtryck, inklusive könsstymning. De har bland annat ett kompetensteam dit man kan ringa och ställa frågor om man stöter på de här frågorna i sitt arbete, eller om man själv är utsatt. Läs mer på deras hemsida <http://www.hedersfortryck.se/hedersfortryck/konsstymning/>[103].

Information inom samhällsorienteringen

Samhällsorienteringen är till för personer som är nya i Sverige. Syftet med samhällsorienteringen är att underlätta för nyanlända att etablera sig i samhället och i arbetslivet (se 2 § förordningen (2010:1138) om samhällsorientering för vissa nyanlända invandrare). Samhällsorienteringen tar bland annat upp:

- Att komma till Sverige.
- Att bo i Sverige.
- Individens rättigheter och skyldigheter.
- Att bilda familj och leva med barn i Sverige.
- Att vårda sin hälsa i Sverige.
- Att åldras i Sverige.

Samhällsorienteringen är ett kommunalt ansvar enligt lagen (2013:156) om samhällsorientering för vissa nyanlända invandrare.

Samhällsorienteringen ska i möjligaste mån bedrivas på modersmålet eller ett annat språk som deltagaren behärskar väl. Vid behov ska tolk anlitas (3 § förordningen om samhällsorientering för vissa nyanlända invandrare).

Inom ramen för samhällsorienteringen till personer som kommer från länder där könsstymning är vanligt kan det vara lämpligt att ta upp frågan inom ramen för olika moduler. Man kan ta upp könsstymning dels ur ett rättighetsperspektiv, dels som ett hälsoproblem. Man kan också ta upp könsstymning i samband med att man talar om familjebildning och om hur det är att leva med barn i Sverige. Socialstyrelsen har tagit fram ett handledningsmaterial för samhällskommunikatörer, *Om könsstymning av flickor och kvinnor*, som ger ett stöd för dialog och reflektion, som finns på Socialstyrelsens hemsida <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-2-44>.

Ideella organisationer

Flera ideella organisationer arbetar aktivt mot könsstymning av flickor och kvinnor. RISK (Riksföreningen Stoppa Kvinnlig Könsstymning) bildades 1994 för att samordna olika enskilda initiativ med syfte att motverka sedvänjan [104]. RISK och andra organisationer som RFSU (Riksförbundet för

sexuell upplysning) [105] har bidragit till att väcka det allmänna intresset för och organisera motståndet mot kvinnlig könsstympning.

Desert Flower Foundation Scandinavia är en ideell förening som bildades 2014 som en svensk gren av den internationella organisationen Desert Flower Foundation [106]. Syftet är bland annat att förmedla information om hälsa och hälsorisker med könsstympning till flickor och kvinnor samt ge information om var flickor och kvinnor kan få vård, råd och stöd [107]. Desert Flower Foundation Scandinavia har även en expertgrupp av verk-samma professionella (Karolinska universitetssjukhuset/Södersjukhuset) som har erfarenhet av vård efter könsstympning, och de erbjuder också utbildning.

Både i Sverige och internationellt finns en rad organisationer som arbetar mot könsstympning i de länder där det förekommer. För den intresserade läsaren finns här länkar till några organisationer och myndigheter som arbetar aktivt mot könsstympning i andra länder:

Tostan
<http://tostan.se/>

FN-förbundet
<http://www.fn.se/fnforbundets-projekt/flicka/om-flicka-projektet/>

Sida
<http://www.sida.se/Svenska/Har-arbetar-vi/Afrika/Somalia/resultatexempel/konsstympning-i-somalia/>

Allmänt om den gynekologiska undersökningen

Många kvinnor upplever obehag vid en gynekologisk undersökning och det är viktigt att visa varsamhet. Vid undersökning av en kvinna som är könsstympad är detta kanske extra viktigt eftersom hon kan bära med sig både ett fysiskt och ett psykiskt trauma från ingreppet. Förutom att upplevelsen av könsstympningstillfället kan aktualiseras, kan patienten hysa farhågor om att undersökaren inte har kunskaper om könsstympningens bakgrund eller om hur ett könsstympat underliv kan se ut. Kvinnan kan vara orolig för undersökarens reaktion inför ett könsstympat underliv.

Extra varsamhet kan krävas vid spekulumundersökning och palpation. Undersökningen riskerar annars att bli smärtsam och obehaglig för patienten. Slidmynningen kan vid vissa former av könsstympning vara täckt av hud som ibland endast har en liten öppning. Om så är fallet kan det vara viktigt att gynekologisk undersökning endast undantagsvis utförs. Det torde vara bättre att avvakta med undersökning tills patienten erbjudits/fått hjälp med en öppningsoperation.

Inom hälso- och sjukvården ska patientens självbestämmande och integritet respekteras (4 kap. 1 § patientlagen). Vården får inte utan stöd i lag ges utan patientens samtycke (se 4 kap. 2 § patientlagen).

Undersökning av barn

Att inspektera genitalia hos flickor skiljer sig från en gynekologisk undersökning av äldre flickor och kvinnor. Hos flickor finns i regel inte behov av en fullständig gynekologisk undersökning utan bara av att se de yttre könsorganen för att bedöma om könsstympning genomförts, och i så fall i vilken omfattning. Små flickors genitalia ser annorlunda ut än vad de gör i tonåren eller hos vuxna kvinnor. Därför kan det vara viktigt att den som utför undersökningen har relevant kompetens för detta. Vårdnadshavarnas medgivande krävs vanligen, läs mer om när barn- och unga själva söker vård på sidan 50. I en del landsting kan det finnas särskilda barnskyddsteam [108], eller så kallade Barnahus [109], som har större erfarenhet och kompetens av att möta och undersöka barn.

Det är viktigt att skapa lugna och trygga förhållanden för flickan, för att ge förutsättningar för en bra undersökning. Det kan vara viktigt att undersökning sker i ett sammanhang där intresset inte bara riktas mot flickans underliv utan mot flickans helhetssituation i sin sociala kontext. Det är bra om undersökningsfynden från underlivet kompletteras med en bred hälsoinriktad anamnes.

Det är viktigt att förklara hur undersökningen går till, till exempel att man kommer att be flickan hålla benen en bit ifrån varandra och föra blygdläpparna åt sidan. Vissa flickor upplever att det är bättre att de själva för blygdläpparna åt sidan medan andra föredrar att undersökaren gör det. Det går bra

att utföra undersökningen medan flickan ligger på en vanlig undersökningsbrets. En gynekologisk undersökningsstol kan upplevas som konstig eller skrämmande.

För flickans skull kan det vara en fördel om undersökningen går relativt snabbt. Samtidigt kan det vara viktigt att man får en bra beskrivning av eventuella anatomiska förändringar.

Identifiera anatomin hos flickor

Om flickan inte blivit infibulerad är det viktigt att föra isär de yttre blygdläpparna, för att göra vulva synlig. Klitoris kan bedömas som antingen intakt, delvis borttagen eller att alla de synliga delarna är borttagna³. Observera att det ibland kan finnas en cysta på platsen för klitoris, som vid en alltför snabb eller mindre noggrann undersökning kan misstas för klitoris. Klitoris förhud är svår att bedöma, särskilt hos små flickor. Det är i princip omöjligt att bedöma huruvida en liten topp av förhuden tagits bort, men om glans klitoris syns tydligt kan det tyda på att en del av förhuden tagits bort.

De inre blygdläpparna kan vara mycket små hos yngre flickor. Om de är svåra att identifiera behöver det inte betyda att de är bortskurna, men det är viktigt att titta efter oregelbundenheter eller ärrbildning.

Observera att spontant sammanvuxna inre blygdläppar förekommer som normalvariant. Detta motsvarar trång förhud hos pojkar. Dessa sammanväxningar öppnar sig oftast spontant men de kan orsaka problem, till exempel i form av upprepade urinvägsinfektioner eller lokal irritation. Lokal behandling med mild östrogenkräm avhjälper ofta problemet. Om det inte finns problem relaterade till sammanväxningen är det inte säkert att det är nödvändigt med ett plastikkirurgiskt ingrepp [110].

De yttre blygdläpparna kan variera mer i utseende hos mindre flickor jämfört med hos större flickor. Eftersom de är hudbeklädda kan det dock vara lättare att identifiera ingrepp genom att ärr lättare syns.

Vid infibulation noteras om de inre eller yttre blygdläpparna sytts ihop så att de helt eller delvis bildar ett ”tak” över vulva. De mer omfattande formerna, där de yttre blygdläpparna förts samman, är lätta att identifiera. Dock kan även de skurna kanterna av labia minora ha förts samman, vilket kan vara svårare att identifiera. När de inre eller yttre blygdläpparna förts samman är det viktigt att notera öppningens storlek. Täcks urinrörets mynning? Täcks slidans mynning? I normala fall ska man kunna identifiera klitoris, urinrörets mynning strax nedanför och därunder vaginalöppningen.

Vid infibulation av de yttre blygdläpparna kan det vara svårt att bedöma huruvida klitoris är kvar. Det händer att klitoris lämnas intakt vid dessa former av könsstympling, och den finns i så fall kvar under det täckande ”taket”. Notera i övrigt ärrbildning, eventuell keloid, flytningar, rodnad och eventuella andra avvikelser.

Även om en flicka genomgått könsstympling är det inte säkert att flickan eller vårdnadshavare vet vad som skett. Kunskapen om normal anatomi kan vara bristfällig och det kan finnas ett stort intresse för vad läkaren ser och bedömer.

³ Med ”synliga” avses de yttre delarna av organen.

En på förhand bestämd systematik för att identifiera anatomin, som i mallen nedan, kan underlätta.

	Orörd	Delvis borttagen	Synlig del bortskuren	Infibulation (sidor ihopsydda)
Klitoris				
Inre blygdläppar				
Yttre blygdläppar				
Övrigt:				
Ärr				
Keloid				
Flytning				
Rodnad/irritation				

Fotodokumentation sker ofta inte eftersom flickan eller vårdnadshavaren kan uppleva en osäkerhet kring själva fotograferingen och hur foton hanteras. Erfarenheter inom expertgruppen som medverkat i arbetet med att ta fram det här kunskapsstödet visar dock att fotografering vara ett sätt att göra undersökningen kortare och säkrare. Fotodokumentation kan också bidra till att ett barn inte behöver undersökas flera gånger. Några viktiga förutsättningar för detta kan vara att flickan och hennes vårdnadshavare känner sig bekväma med att fotografering sker, att samtycke har getts till fotografering samt att det finns lokala rutiner för fotodokumentation. Det kan också vara nog så viktigt att undersökaren själv känner sig bekväm med att fotografera och kan förklara för flickan och vårdnadshavare hur foton kan komma att användas. Fotografering kan dock inte ersätta en noggrann visuell inspektion.

Urinflödesmätning

Urinflödesmätning kan vara ett bra sätt att få en objektiv bedömning av urinflödet vid infibulation, och därmed risken för komplikationer i form av exempelvis urinvägsinfektioner och på längre sikt njurskador. Urinflödesmätning är tillgängligt på de flesta större barnmottagningar och barnkliniker. Om urinflödet är påverkat kan detta vara en indikation för att operera en infibulation.

Mödrahälsovård (MHV)

Den vanligaste orsaken till besök på en barnmorskemottagning är graviditet. Andra orsaker till besök kan till exempel vara preventivmedelsrådgivning och screening för cervixcancer. Det här kapitlet grundar sig på en sammanställning av vetenskaplig litteratur, internationella riktlinjer och rekommendationer samt på beprövad erfarenhet i form av svenska experters kliniska erfarenhet om inget annat anges, eller om det finns hänvisningar direkt till olika lagbestämmelser.

Graviditet

Besöket på barnmorskemottagningen kan vara första gången en kvinna erbjuds gynekologisk undersökning. Gott om tid kan behövas för besöken. I samband med inskrivningssamtal med en kvinna från berörda delar av världen kan det vara bra att fråga henne om hon är könsstympad. Om så är fallet kan det vara bra om hon kan erbjudas en snar läkartid. Läkaren kan då ta ställning till huruvida någon form av öppningsoperation kan vara aktuell, vilket bland annat beror på vilken typ av könsstympning kvinnan utsatts för och om hon fött barn tidigare. Det kan också vara viktigt att fråga om hon har fysiska eller psykiska problem som hon sätter i relation till könsstympningen samt om upplevelser av tidigare förlossningar och komplikationer, exempelvis bristningar.

Urinvägsbesvär

Urinvägsinfektioner är något vanligare hos kvinnor som är infibulerade (typ III), liksom besvär som inkontinens och olika blåsdysfunktioner [40]. Om typ III föreligger kan urinodling med fördel göras en gång i början av graviditeten, även hos besvärsfria kvinnor, och frikostigt därefter.

Planering av öppningsoperation för gravida som är infibulerade (typ III)

För att kunna utreda och behandla graviditetskomplikationer, följa graviditeten samt ha möjlighet att övervaka barnet under förlossningen kan det vara lämpligt att erbjuda en öppningsoperation under andra trimestern, om den inte utförts före graviditeten. Indikationer för att erbjuda en öppningsoperation under graviditeten kan till exempel vara följande:

- Kvinnans egen önskan – oavsett om hon har besvär eller inte.
- Kvinnan upplever besvär eller obehag som kan förväntas minska efter en genomgången operation.
- För att säkerställa en säker förlossning, det vill säga säkerställa att barnet kan övervakas under förlossningen. Övervakning under förlossningen kräver att en gynekologisk undersökning kan genomföras.

Relativt få kvinnor som är infibulerade genomgår idag en öppningsoperation under graviditeten. Oftast görs bedömningen att en säker förlossning går att genomföra. Andra anledningar kan vara att det saknas tillräcklig kunskap om fördelarna med att genomföra ingreppet under graviditeten istället för i samband med förlossningen, både hos patienter och hos personal. En del kvinnor som är infibulerade vill vänta med öppningsoperationen till förlossningen. I en engelsk studie där man granskat infibulerade kvinnors förlossningsjournaler kunde man inte statistiskt säkerställa ett samband mellan infibulation i samband med förlossningen och en ökad risk för blödning, men resultaten pekade på ett visst samband [111]. Det är värdefullt om personalen kan diskutera för- och nackdelar med defibulering under graviditet respektive vid förlossningen med patienterna på MVC. Vid ett planerat ingrepp i god tid före utsatt förlossningsdatum är förutsättningarna bättre för att den personal som är i tjänst har erfarenhet av att utföra ingreppet och det finns tid till att samtala om kvinnans egna erfarenheter och förväntningar när det gäller funktionen i underlivet. I samband med förlossningen kan det finnas liten tid till detta, och exempelvis nattetid och under helger kan det saknas personal med relevant kompetens för ingreppet.

Kvinnan och hennes partner behöver få information om hur operationen går till och om vilka förväntningar man kan ha på resultatet, utifrån de individuella förutsättningar som råder. Det är viktigt att läkaren i samråd med patienten tar ställning till om det är lämpligt att öppningsoperationen görs i förväg eller inte. Det kan vara viktigt att patienten och hennes anhöriga får information om att narkos inte är farligt under graviditet. Patienten ska få information enligt 3 kapitlet patientlagen.

Under andra trimestern är risken för blödning vid ingreppet liten och det finns gott om tid för hud och slemhinnor att läka före förlossningen. Det är bra om operationen genomförs först när den största missfallsrisken är över, det vill säga från graviditetsvecka 14. Inte på grund av att risken för missfall ökar, men för att undanröja att en misstanke om ett samband uppstår. När indikationen för en öppningsoperation är att säkerställa en säker förlossning kan den med fördel genomföras i vecka 20–24, vilket överensstämmer med riktlinjer i andra länder [9, 10]. Det är dock aldrig för sent att defibulera.

Uppföljning och efterkontroll

Om kvinnan har blivit defibulerad är det viktigt att mödravården följer upp hur det har gått vid efterkontrollen. Hur är funktionen efter öppningsoperationen och förlossningen? Vanligtvis erbjuds en efterkontroll till barnmorska 6–16 veckor efter förlossningen. Frågor som då kan vara relevanta att ställa kan till exempel vara:

- Funktioner kring blåstömning, urinstrålen och kontinens.
- Funktioner relaterat till sex och samliv.
- Är det något som smärtar, skaver eller stramar?

Om kvinnan inte blivit defibulerad som planerat på grund av att förlossningen avslutats med kejsarsnitt, kan det vara bra att ta upp frågan med kvinnan vid efterkontrollen.

Förebyggande dialog

Om den blivande/nyblivna modern själv varit utsatt för könsstympning är det bra att ta upp familjens syn på könsstympning av flickor under tiden som kvinnan är inskriven på mödravården. Är det något man har reflekterat över? Har man tydligt tagit ställning emot könsstympning? Finns det olika syn i familjen? Både kvinnor och män behöver involveras i förebyggande samtal kring könsstympning samt få information om att könsstympning inte är tillåtet i Sverige. I länder där könsstympning förekommer är det ibland kvinnliga medlemmar i familjen som är mer drivande när det gäller att låta könsstympa flickor, och ibland är det istället den manliga delen av familjen som är mer drivande [21, 114].

Vårdkedjan

En fungerande vårdkedja mellan mödra- och barnhälsovård är angeläget. Personlig överrapportering från barnmorska inom MHV till BVC-sjuksköterska är ofta positivt. Kvinnans samtycke krävs. Genom ett nära samarbete kan BVC-sjuksköterskan fortsätta samtalen med kvinnan och familjen utifrån de samtal som man har haft på MVC.

Vårdkedjorna lokalt för den här patientgruppen kan behöva tydliggöras. Vart remitterar man till exempel kvinnor för kirurgisk åtgärd under graviditeten? Det kan behövas lokala rutiner för mödrahälsovården för till exempel när man ska fråga, hur man ska dokumentera och vart man ska remittera.

Enligt Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska vårdgivaren identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet (4 kap. 2 § SOSFS 2011:9). Du kan läsa mer om systematiskt kvalitetsarbete i ledningsföreskriften.

Förlossning och eftervård

Framförallt är det könsstympling av typ III (infibulation) som kan påverka en förlossning. En åtgärd som kan bli aktuell är defibulation i samband med förlossningen. Det saknas tillförlitliga, randomiserade studier som jämför åtgärder för gravida kvinnor som varit utsatta för könsstympling. Det gäller både åtgärder under graviditeten och åtgärder i samband med förlossningen [2]. Innehållet i det här kapitlet grundar sig på en sammanställning av vetenskaplig litteratur, internationella riktlinjer och rekommendationer samt beprövad erfarenhet i form av svenska experters kliniska erfarenhet, om inget annat anges eller om det finns hänvisningar direkt till olika lagbestämmelser.

Förlossning vid könsstympling typ III

De faktiska riskerna vid en förlossning där kvinnan är infibulerad är bland annat relaterade till svårigheter att säkert undersöka och övervaka förlossningen medicinskt. Vaginalundersökning och fosterövervakning försvåras om slidöppningen är liten. Beroende på omständigheterna kan en infibulation utgöra en risk för komplikationer vid förlossningen. Det finns en viss ökad risk för bäckenbottensskador hos kvinnor som är könsstympade [52]. Ärrvävnaden kan vara oeftergivlig och stram.

Språksvårigheter kan göra situationen extra allvarlig. Patienten kan vara rädd för att personalen inte har tillräckliga kunskaper kring att förlösa en könsstympad kvinna och kan vara rädd för att det ska öka risken för kejsarsnitt [77].

Defibulation i samband med förlossning

I varje enskilt fall måste man göra en individuell bedömning av hur förlossningen ska kunna övervakas på bästa sätt. Det kan vara en fördel om en öppningsoperation är genomförd före förlossningen. Om så inte är fallet kan det innebära att defibulation (öppningsoperation) kan behöva göras redan tidigt under förlossningen, till exempel när förlossningen inte kan övervakas på bästa sätt. Oro för blödning vid klipp i ärrvävnaden i medellinjen är ofta obefogad. Man behöver därför inte av den anledningen tveka att defibulera tidigt i förlossningsskedet för att få optimal möjlighet att undersöka och övervaka.

Vid defibulering kan patienten lämpligen smärtlindras med bedövningsskräm eller gel, därefter ges infiltration med lokalbedövningsmedel eftersom generell anestesi inte är lämpligt under pågående förlossning.

Praktiskt går ingreppet till på så sätt att två fingrar förs in under infibuleringsärret. Klippet görs medialt uppåt mot urinrörsmynningen. Man ska inte klippa för högt upp utan spara vävnad över klitorisområdet där nervtrådar annars kan skadas. Om klipp i bäckenbotten behöver göras för att underlätta framfödandet av barnet kan lokalbedövning läggas enligt gängse rutin.

Suturering efter förlossningen

Syftet med suturering efter förlossning är att återskapa så normal anatomi och funktion som möjligt. Åtgärden syftar till att ge förutsättningar för normalisering av kroppsfunktioner (blåstömning, menstruation) samt utrymme för vaginala samlag.

Rädsla för att begå lagbrott har lett till att man i vissa fall inte vågat sy tillräckligt mycket, vilket medfört att en del kvinnor upplever obehag och skavning i vulva i efterförloppet. I prop. 1997/98:55 s. 97 skriver man angående reinfibulation att ”inte heller ett ingrepp som innebär att man till exempel efter en förlossning, åter syr ihop en kvinna som tidigare blivit omskuren torde kunna få förekomma”. I förarbetena till lagen med förbud mot könsstymning av kvinnor uttalas att ett operativt ingrepp i könsorganen som är påkallat av sjukdom eller ”eljest medicinskt motiverat”, till exempel i samband med en förlossning, är tillåtet, det följer av allmänna rättsgrundsatser och behöver inte sägas särskilt i lagtexten (prop. 1981/82:172 s. 9).

Det är självklart tillåtet att i medicinskt syfte sy samman upptill och att sy ihop sårkanter på varje enskild blygdläpp för att få stopp på blödningar och reparera andra skador. Att få ett fullgott resultat kan dock vara svårt. Kompetens inom området vulvakirurgi kan behövas. Om patienten inte blöder kan man avvakta med ingreppet till dagtid då närvaro av specialistkompetens finns. Praktiskt suturerar man i vulva med tunt resorberbart suturmaterial. Uppåt måste blygdläpparna sys samman för att säkert täcka klitorisområdet och ned mot urinrörsmynningen. Sårkanterna sutureras därefter lateralt åt sidorna, var för sig med enstaka suturer för att motverka sammanväxningar.

Kateterisering

Risk för urinretention och svårighet att tömma blåsan under och efter förlossning, och inför och efter kejsarsnitt bör beaktas. Det kan också underlätta överblicken av de anatomiska förhållandena vid suturering att föra in en kateter i urinröret. Vid behov av kateterisering kan ett litet spekulum eller ett nässpekulum användas för att lyfta upp en täckande hudbrygga så att uretraöppningen blir synlig.

Eftervård på BB och efterkontroll inom mödrahälsovården

Kvinnor som blivit defibulerade behöver samma information som andra kvinnor efter förlossningen. En patient ska få information om bland annat sitt hälsotillstånd, de metoder som finns för undersökning, vård och behandling, det förväntade vård- och behandlingsförloppet, väsentliga risker för komplikationer och biverkningar, eftervård och metoder för att förebygga sjukdom eller skada (se 3 kap. 1 § patientlagen).

En kvinna som blivit defibulerad behöver information om förändringar som har samband med den tidigare könsstymningen, förlossningen och återställandet av anatomin i underlivet. Tömning av urinblåsan kan gå snabbare och det kan kännas annorlunda att kissa. Allt flöde ur slidan såsom avslag, flytningar och mensblod passerar enklare via den vidgade slidöppningen. Tunna och sköra slemhinnor, som är normalt under amningspe-

rioden, är inte ett resultat av defibuleringen men skavningskänsla kan besvära kvinnor som genomgått könsstymning mer än andra.

Det är viktigt att ge information om vilka besvär som kan uppstå och vart kvinnan kan vända sig om hon får besvär. Det kan också vara värdefullt att särskilt uppmuntra kvinnan till att gå på efterkontrollen som erbjuds inom mödrahälsovården.

Förebyggande dialog

Om en kvinna som själv är könsstympad har fått en dotter kan det vara viktigt att ta upp inställningen till könsstymning samt att säkerställa att de nyblivna föräldrarna känner till att könsstymning inte är tillåtet enligt svensk lag. I vissa länder förekommer könsstymning av spädbarn från en veckas ålder. Därför kan det förebyggande arbetet på förlossningen och BB vara viktigt. Information kanske inte har getts inom mödrahälsovården.

Barnhälsovård (BHV)

Barnhälsovårdens uppgift är att främja hälsa och att förebygga och åtgärda ohälsa och andra problem med barns utveckling och uppväxtmiljö [95]. Läs gärna mer om barnhälsovårdens uppdrag i Socialstyrelsens *Vägledning för barnhälsovården* (2014). Innehållet i det här kapitlet kring barnhälsovården och frågan om könsstymning grundar sig på en sammanställning av vetenskaplig litteratur, internationella riktlinjer och rekommendationer samt beprövad erfarenhet i form av svenska experters kliniska erfarenhet, om inget annat anges eller om det finns hänvisningar direkt till olika lagbestämmelser.

Barnhälsovården har en viktig uppgift när det gäller att ge hjälp och stöd åt flickor som varit utsatta för könsstymning, och har vissa förutsättningar att identifiera flickor som har varit utsatta för könsstymning eller som riskerar att bli utsatta. Endast mer omfattande ingrepp som är uppenbara kan upptäckas i samband med sedvanliga undersökningar så som vägning och mätning. Könsstymning av typ I, II och IV är svårare att upptäcka. När det gäller de större barnen, som kommer på kontroll vid 3, 4 och 5 års ålder, har de dessutom oftast underkläder på sig i samband med vägning och undersökning.

Inom barnhälsovårdens basprogram finns flera ingångar till att ta upp frågan om könsstymning, dels för att identifiera flickor som har varit utsatta för könsstymning, dels för att förhindra och förebygga att flickor blir utsatta. Ansvarig sköterska kan få vetskap om att en nybliven mamma har varit utsatt för könsstymning via förlösningsjournalen eller via anamnesupptagning vid inskrivningssamtalet. Det kan vara lämpligt att personalen tar upp frågan om könsstymning av flickor vid kännedom om att en nybliven mamma själv varit utsatt för könsstymning, eller vid kännedom om att mamman är född i ett land där könsstymning är vanligt förekommande.

Det är viktigt att den som utför undersökningar av könsorganen på flickor har relevant kompetens för detta. Vårdnadshavarnas samtycke krävs. Läkarundersökning görs inte rutinmässigt efter 12 månaders ålder så det kan vara bra om BVC-sjuksköterskan ger en tid för läkarbesök om könsstymning konstaterats i anamnesen.

Vårdkedjan

En fungerande vårdkedja i övergången mellan mödra- och barnhälsovård är angeläget. Personlig översäkring från barnmorska till BVC-sjuksköterska kan vara bra, men kvinnans samtycke krävs. Genom ett nära samarbete kan BVC-sjuksköterskan fortsätta samtalen med kvinnan eller familjen utifrån de samtal som man har haft på MVC.

En kopia av barnets BVC-journal kan överlämnas vid 5–6 års ålder tillsammans med en muntlig rapport till skolhälsovården under förutsättning att föräldrarna samtycker till detta.

Vårdkedjorna lokalt kan behöva tydliggöras för den här patientgruppen. Vart remitteras barn vid olika typer av besvär? Vilken instans är bäst lämpad att utföra undersökningar i det här avseendet på barn? Vart remitteras

skolelever från elevhälsan? Det är några av de frågor som kan behöva tydliggöras i lokala riktlinjer i landsting och kommuner.

Enligt Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska vårdgivaren identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet (4 kap. 2 § SOSFS 2011:9). Du kan läsa mer om systematiskt kvalitetsarbete i ledningsföreskriften.

Barn- och unga

Flickor som genomgått könsstympning kan komma till barn- och ungdomsmedicinsk mottagning av olika skäl. De kan exempelvis komma på remiss från barnhälsovården, skolhälsovården eller primärvården, med frågeställningar kring olika aspekter av könsstympning. Det kan vara frågor kring typ av könsstympning eller kring symtom där det skulle kunna finnas ett samband med könsstympning, till exempel upprepade urinvägsinfektioner, efterdropp som väter trosorna eller menstruationsproblem.

Ibland kan det finnas diffusa symtom hos en flicka som man under utredningens gång kan relatera till könsstympning. Kopplingen kan ibland vara svår att göra för både hälso- och sjukvårdspersonalen och för flickan/familjen. Inom pediatriken är det inte ovanligt med psykosomatiska symtom, till exempel huvudvärk eller magont. Som med alla barn måste man försöka ha ett helhetsperspektiv, som innefattar sociala aspekter i hemmet, i skolan och på fritiden. För flickor vars familjer ursprungligen kommer från länder där könsstympning är vanligt kan man överväga om det är relevant att även diskutera könsstympning som en del i ett helhetsperspektiv.

Barn under 18 år som söker hälso- och sjukvård

Av både hälso- och sjukvårdslagstiftningen och föräldrabalken framgår att man i takt med barnets stigande ålder och mognad ska ta allt större hänsyn till barnets vilja. Av 4 kap. 3 § patientlagen framgår att barnets inställning till den aktuella vården eller behandlingen så långt som möjligt ska klarläggas. Barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad. Föräldrabalken anger att vårdnadshavaren i takt med barnets stigande ålder och utveckling ska ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål (6 kap. 11 § FB). Av föräldrabalkens, FB, regler följer att det är vårdnadshavarnas samtycke som sjukvården ska söka när det är ett barn som söker hälso- och sjukvård. Det följer av att den som har vårdnaden om ett barn har ansvar för barnets personliga förhållanden och ska se till att barnets behov blir tillgodosedda (se 6 kap. 2 § FB). Vårdnadshavaren har även rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter (se 6 kap. 11 § FB). Är en av vårdnadshavarna förhindrad (till exempel på grund av frånvaro eller sjukdom) att ta del i sådana beslut rörande vårdnaden som inte utan olägenhet kan uppskjutas, bestämmer den andre ensam. Denne får dock inte ensam fatta beslut av ingripande betydelse för barnets framtid, om inte barnets bästa uppenbarligen kräver det (se 6 kap. 13 § andra stycket FB).

Av både hälso- och sjukvårdslagstiftningen och föräldrabalken framgår dock att man i takt med barnets stigande ålder och mognad ska ta allt större hänsyn till barnets vilja. Av 4 kap. 3 § patientlagen framgår att barnets inställning till den aktuella vården eller behandlingen så långt som möjligt

ska klarläggas. Av proposition 2013/14:106 Patientlag framgår att barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad.

Barnet har även möjlighet att själv initiera en åtgärd. Det kan till exempel handla om att genomföra en abort eller att få tillgång till preventivmedel. Hälso- och sjukvårdspersonalen har, tillsammans med vårdnadshavarna, ett ansvar för att utreda barnets inställning. Att det inte blir aktuellt när patienten är ett spädbarn torde stå klart. Det betyder dock inte att mycket små barn inte kan ha en inställning till en åtgärd och det är således viktigt att ge även dessa barn utrymme att få uttrycka sin åsikt.

Vilken mognad som krävs för att ett barns inställning ska tillmätas betydelse måste bedömas vid varje enskilt tillfälle och är beroende av åtgärdens art och angelägenhetsgrad. Det kan exempelvis vara skillnad mellan att samtycka till en undersökning, till en läkemedelsbehandling eller ett kirurgiskt ingrepp. Det centrala för bedömningen av om barnet ska anses moget nog att ensam få ge sitt samtycke till en sjukvårdsåtgärd är om barnet förstår hälso- och sjukvårdsinsatsen samt vilka konsekvenser insatsen kan få.

Vidare framgår av förarbetena till patientlagen att det enskilda barnet i praxis har givits rätt att ensam fatta beslut i en fråga som rör hälso- och sjukvård om han eller hon uppnått den mognad som anses behövas i den aktuella situationen. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska i det enskilda fallet göra en bedömning av om barnet kan anses ha uppnått den mognad som krävs för att hon eller han ska kunna ta ställning till en vårdåtgärd. Den individuella mognadsbedömningen får därmed ofta en helt avgörande betydelse för barns ställning i vården. Redan ett litet barn bör kunna begära och få ett sår omplåstrat; det krävs emellertid en avsevärd mognad för att barnet ska anses ha ett självbestämmande över mer omfattande behandlingar och ingrepp (prop. 2013/14:106 s. 67).

Det är viktigt att understryka att även då ett barn är moget nog att själv fatta beslut om viss vård eller behandling bör hälso- och sjukvårdspersonalen sträva efter att ändå involvera vårdnadshavarna om inte barnet motsätter sig det eller att det inte kan anses vara till barnets bästa. Vårdnadshavarna har även fortsättningsvis ett lagstadgat ansvar för barnet, som kan vara i behov av råd och stöd i större utsträckning än en vuxen patient (prop. 2013/14:106 s. 66).

Rätten till information är en grundläggande förutsättning för barnets möjlighet till delaktighet. Av 3 kap. 6 § framgår att informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Mottagarens önskan om att avstå från information ska också respekteras. För mer information se Socialstyrelsens kunskapsstöd *Bedöma barns mognad för delaktighet – Kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt tandvården*.

Elevhälsa

Elevhälsan ska främst vara förebyggande och hälsofrämjande (enligt skollagen (2010:800) 2 kap. 25 §). Det ingår i elevhälsans generella arbete att främja elevers lärande, utveckling och hälsa samt att förebygga ohälsa. När det gäller det individriktade arbetet ska elevhälsan bidra till att varje enskild elev ges förutsättningar att utvecklas så långt som möjligt enligt utbildningens mål. Mer om elevhälsans uppdrag kan du läsa i *Vägledning för elevhälsan* som Socialstyrelsen och Skolverket gemensamt har tagit fram [114].

Innehållet i det här kapitlet kring elevhälsa grundar sig framförallt på beprövad erfarenhet i form av svenska experters kliniska erfarenhet, om inget annat anges eller om det finns hänvisningar direkt till olika lagbestämmelser.

Medicinska insatser

Alla elever i grundskolan, grundsärskolan och specialskolan ska enligt skollagen erbjudas minst tre hälsobesök och elever i gymnasieskolan och gymnasiesärskolan ska erbjudas minst ett hälsobesök (2 kap. 27 § skollagen). Det traditionella syftet med hälsobesöken är att identifiera oupptäckta funktionssvårigheter, sjukdomar och andra hälsoproblem, men hälsobesöken kan även ha hälsoövervakande och hälsofrämjande funktioner. Ett hälsosamtal där eleven, med eller utan vårdnadshavare, får en möjlighet att samtala om sin hälsa och skolsituation med en professionell neutral vuxen ingår också i hälsobesöket. De återkommande besöken ger skolsköterskan en möjlighet att bygga upp en relation till varje enskild elev. Den relationen kan vara en viktig grund för senare spontana besök om eleven upplever problem eller svårigheter [112].

Elevhälsan och könsstympling

Elevhälsan kan spela en viktig roll när det gäller att ge information, råd och stöd till ungdomar och till familjer relaterat till könsstympling. Kunskap är grundläggande för att elevhälsan ska kunna ge stöd till flickor som redan är drabbade, och för att elevhälsans personal ska kunna ge bra information till vårdnadshavare och på så sätt kanske bidra till att förhindra att flickor blir könsstympade.

Att fråga om könsstympling

De enskilda hälsosamtalen som skolsköterskan genomför fortlöpande under skoltiden ger eleven förutsättningar att också ta upp eventuella frågor om könsstympling. Enligt vad Socialstyrelsen erfarit i arbetet med kunskapsstödet är det relativt få flickor som söker upp skolsköterskan specifikt för frågor om könsstympling. Ämnet kan vara svårt att tala om. Om man upplever att man är annorlunda kan det också vara ett hinder för att söka vård.

Vid första hälsobesöket med en flicka som kommer från något av de länder där könsstympling förekommer kan man fråga om flickan känner till något om könsstympling eller om hon själv har någon erfarenhet av det. Skolskö-

terskan kan till exempel fråga: ”Jag vet att ni kommer från ett land där omskärelse är vanligt. Hur ser ni på det i din familj?” Ordet ”könsstympad” bör användas med viss försiktighet i samtal med barn, då det kan vara ett värdeladdat begrepp. Språket och tilltalet måste naturligtvis anpassas efter barnets ålder och mognadsgrad.

Om en flicka varit utsatt för könsstympning kan elevhälsan vid behov se till att hon får träffa en läkare för vidare bedömning, i samråd med föräldrarna. Om det behövs kan skolläkaren skriva remiss till barnklinik för vidare omhändertagande.

Om flickan är äldre och uppnått tillräcklig mognad, och själv tagit kontakt med elevhälsan, behöver föräldrarna inte alltid informeras. Bestämmelser om i vilken utsträckning sekretessen till skydd för en underårig gäller i förhållande till en vårdnadshavare och vilka möjligheter en underårig har att ensam eller tillsammans med sin vårdnadshavare förfoga över sekretessen, regleras i 12 kap. 3 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL. Läs mer om när barn- och unga själva söker vård på sidan 50.

Om en flicka eller hennes föräldrar berättar att hon genomgått könsstympning, men att hon inte upplever sig ha några problem är det trots allt bra att informera om vilka problem som kan uppstå samt om vilken hjälp som finns att få. Uppföljning vid framtida hälsobesök om besvär relaterade till könsstympningen är viktigt, samt att upprepa vilken hjälp som finns att få. Det kan hända att man tar upp eventuella problem först vid ett senare tillfälle, då man kanske har fått ett ökat förtroende för personalen.

Om flickan eller vårdnadshavaren uppger att ingen könsstympning förekommit kan det vara värdefullt att trots allt dokumentera att man har tagit upp frågan. Råder det någon tveksamhet kan det vara lämpligt att ställa en del följdfrågor, till exempel om det var ett lätt eller svårt beslut och så vidare.

Misstanke om könsstympning eller risk för könsstympning

Personal inom elevhälsan och pedagogerna på skolan kan behöva vara uppmärksamma på vissa symtom hos flickor från länder där könsstympning är vanligt, som magsmärter, ryggsmärter, smärtsamma menstruationer, psykosomatiska symtom eller urineringsbesvär. Det här är symtom som kan ha en rad olika orsaker, men där det också skulle kunna finnas ett samband med könsstympning. Andra varningssignaler kan vara att flickor undviker vissa sociala sammanhang, uteblir från gymnastiklektionerna eller avbryter lektionerna med täta toalettbesök [19]. Flickorna kan söka till skolsköterskemottagningen för andra besvär ett tag innan de vågar berätta om de verkliga problemen.

Om anställda inom elevhälsan eller andra som är anställda i skolan får kännedom om eller misstänker att ett barn under 18 år far illa gäller anmälningskyldighet till socialtjänsten enligt 14 kap. 1 § SoL. Framkommer det att en flicka blivit könsstympad aktualiseras dessutom frågor om eventuella besvär och medicinsk rehabilitering. Vid misstanke om att en flicka riskerar att bli utsatt för könsstympning ska man genast göra en anmälan till socialtjänsten (se prop. 1997/98:55 s. 99). Anmälningsplikt kan också föreligga exempelvis om ett barn som har könsstympats har syskon och det finns

anledning att befara att syskonen kan bli utsatta för liknande ingrepp (se JO 2002/03 s. 170).

Preventivt arbete i skolan

Skolans sex- och samlevnadsundervisning kan vara ett bra tillfälle för en mer allmän diskussion om könsstymning, om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter och om barns rättigheter. Information om könsstymning är viktigt för både flickor och pojkar.

Utsatthet i skolan

Det är viktigt att vara vaksam så att elever som kan ha varit utsatta för könsstymning inte blir utpekade eller utsätts för kommentarer eller mobbing. En svensk intervjustudie med unga somaliska kvinnor från 2013 tar bland annat upp detta [80]. Här är ett citat från studien om den utsatthet som kan uppstå i skolan när man pratar om könsstymning:

Alltså, i skolan är det jättesvårt eller känslig ämne att ta upp. Alltså personalen kanske kan, ah, ta det som en vanlig grej men det gäller ungdomar och elever så att det kan bli att de tar det på ett annat sätt så man blir kanske utanför eller mobbad, eller blir det massa rykten som går om det blir så man inte vågar ta risken. Så jagskulle aldrig berätta om det för en klasskamrat. Jag kan inte det. Kan inte göra det. Fastän jag vill göra på något sätt för att jag vill att alla ska veta och försöka hindra det när det eller a... Försöka hjälpa de som utsätter nu, för att det finns massa flickor som blir utsatta varje dag.

På ungdomsmottagningen

En svensk intervjustudie med unga somaliska flickor från 2013 tar upp flera viktiga aspekter av att vara ung och könsstympad i Sverige [80]. Följande citat beskriver hur svårt det kan vara vid ett besök på ungdomsmottagningen:

Jag har varit hos, eeh, vad heter det? Ungdomsmottagningen. Och jag hade jätteont med mensen då, men jag vågade inte visa. Hon har frågat mig om, å hon ville titta, men jag vet inte för att... Jag vet inte, jag har nåt rädsla för det... så fort jag tänker så jag får ont i magen. Jag vet inte, det kanske själva... början när man gjorde, som sitter kvar... [80].

Om den unga kvinnan söker för fysiska problem relaterade till könsstympning är det viktigt att rådgivning ges av personal med relevant kompetens för detta. En del flickor söker för mensvärk som de tror beror på könsstympningen. Det är oftast inte fallet men hematokolpos bör uteslutas.

Tonåringar som är relativt nyanlända i Sverige har ofta inte fått ta del av sex och samlevnadsundervisning tidigare. De kan ha dålig kunskap om normal anatomi och kroppsliga funktioner, vilket måste beaktas.

Det kan vara relevant att diskutera preventivmedel i sedvanlig ordning, även då typ III föreligger. En kvinna kan bli gravid via en mycket liten slidöppning.

Psykosociala konsekvenser

Tonårsperioden är ofta en känslig period då självkänsla och identitet utvecklas. Då är det extra viktigt att inte känna sig annorlunda än gruppen man tillhör. Att vara tonåring och dessutom utsatt för könsstympning kan förstärka känslan av utanförskap. Omvänt kan flickor som är infibulerade även vara rädda att känna sig avvikande i fall de väljer att göra en öppningsoperation, men fortfarande lever i en social kontext där könsstympning är normen. Det kan således vara ett svårt beslut att fatta att genomgå en öppningsoperation.

Könsstympning kan för vissa innebära ett livslångt trauma, och kan ge olika psykologiska och psykosociala konsekvenser. Här är ett citat från studien ovan om de psykologiska följderna av ingreppet:

Det är de psykiska menen som är de jobbigaste. Det är det som man, alltså, jag kan inte glömma. Jag var nästan sju år, om ens sju år, men jag minns typ som om det va igår [80].

Flickor som blivit utsatta för könsstympning upplever ibland att de blivit utsatta för ett svek av sina familjer. Det kan finnas ett behov av psykosocialt och psykologiskt stöd. Ibland är flickor som varit utsatta för könsstympning även utsatta för andra typer av hedersrelaterat våld och förtryck.

Sexualitet

Att vara tonårsflicka och utsatt för könsstympning kan innebära en stor sorg och många flickor som utsatts för detta har frågor och funderingar om vad det kan få för konsekvenser för den egna sexualiteten. Det är viktigt att ge individuellt anpassad information samt råd och stöd.

Kunskap om den egna kroppen är viktigt. När det gäller flickor och unga kvinnor som söker vård på ungdomsmottagning, mödrahälsovården eller hos gynekolog, och som varit utsatta för eller riskerar könsstympning, kan sexualitet vara en laddad fråga som kan vara förknippad med skam- och skuld känslor. I en rapport från Länsstyrelsen i Stockholms län från 2006, *Ungdomsmottagningarnas arbete mot hedersrelaterat våld*, beskrivs att unga flickor kan ha dålig eller ingen kunskap om sitt underliv och att detta i synnerhet gäller flickor i familjer med hederskodex, där det kvinnliga könsorganet ofta skambeläggs. Flickan kan känna skamkänslor och främlingskap inför sitt kön. Flickan kan känna skuld om hon brutit mot familjens hederskod och haft sex före äktenskapet [113]. Metoder som barnmorskorna på ungdomsmottagningen i rapporten *Ungdomsmottagningarnas arbete mot hedersrelaterat våld* använder är framför allt att ge information om det kvinnliga könsorganet med hjälp av pedagogiska hjälpmedel, som till exempel bilder. Den gynekologiska undersökningen används också som ett redskap för att synliggöra ”det skamliga som man inte pratar om, eller tittar och känner på”, enligt rapporten. För en gynekologisk undersökning i en sådan kontext kan det krävas extra gott om tid och förberedelser [113].

Kirurgiska åtgärder

Det kan finnas en önskan om att få detta ingrepp ”ogjort” med en operation. Vid typ III kan slidöppningen vidgas med ett mindre kirurgiskt ingrepp. Ett fullständigt återställande till normal anatomi är inte möjligt. Det är viktigt att könsstympningens omfattning och vad som kan göras bedöms av personal med relevant kompetens för detta. Då en flicka under 18 år uttrycker önskemål om defibulering måste en mognadsbedömning göras. Tonåringen har ofta en önskan att själv och utan anhörigas inblandning bestämma över en eventuell operation. Det är angeläget att bedöma hennes mognadsgrad eftersom den är av betydelse då det gäller självbestämmanderätten. Läs mer om barn och unga som själva söker hälso- och sjukvård på sidan 50 och i Socialstyrelsens kunskapsstöd *Bedöma barns mognad för delaktighet – Kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt tandvården*.

Barn som far illa

Om en anställd inom hälso- och sjukvården får kännedom om eller misstänker att en flicka under 18 år far illa gäller anmälningsskyldighet till socialtjänsten enligt 14 kap. 1 § SoL. Barn kan fara illa i många olika situationer och av en eller flera olika orsaker. Vid misstanke om att en flicka riskerar att bli utsatt för könsstympning ska man genast göra en anmälan till socialtjänsten (se prop. 1997/98:55 s. 99). Läs mer om anmälan till socialtjänsten på sid. 67.

Andra vårdgivare

Flickor och kvinnor som är könsstympade kan komma som patienter inom vilken vårdspecialitet som helst och i vissa situationer kan könsstymningen ha betydelse. Om man sällan möter flickor och kvinnor som är könsstympade kan det vara svårt att veta vad det kan innebära i olika situationer.

Primärvård

Kvinnor med problematik relaterat till könsstymning kan exempelvis söka på vårdcentralen/hälsocentralen för akuta urinvägsinfektioner, ibland återkommande sådana. En bakomliggande orsak till sådana infektioner kan vara könsstymning. Förutom att behandla infektionen kan det därför vara bra att med kvinnans samtycke remittera till kvinnoklinik för ställningstagande till utredning och eventuella åtgärder. Kvinnor som är könsstympade kan även söka för urin-inkontinens, vilket kan bero på övertänjd urinblåsa. Även i dessa fall kan det vara bra om patienten remitteras till kvinnoklinik.

Psykiska besvär

Psykiska eller psykosociala besvär, där könsstymning kan vara en bakomliggande eller bidragande anledning, utreds sedvanligt. Minnet av könsstymningen kan vara livslångt och kan återupplevas i samband med exempelvis samlag, gynekologisk undersökning och förlossning. En känsla av svek från nära anhöriga, som initierat ingreppet, kan leda till tillitsproblem som kan orsaka svårigheter i nära relationer [58].

Generellt har människor som flytt från sitt hemland nästan alltid levt under stark stress före flykten och själva flykten innebär oftast fysiska och psykiska umbäranden. Det visar sig bland annat i en förhöjd förekomst av psykisk ohälsa hos personer som varit på flykt [114, 115]. Många kvinnor som har varit utsatta för könsstymning har också kommit till Sverige som flyktingar.

Äldre kvinnor

Det finns i princip ingen forskning och mycket liten klinisk erfarenhet när det gäller äldre kvinnor och könsstymning. Det är dock viktigt att uppmärksamma att fler och fler äldre har en bakgrund som gör att de kan ha varit utsatta för könsstymning. I förlängningen kommer fler inom hälso- och sjukvården samt inom till exempel äldreomsorgen att komma i kontakt med kvinnor som kan vara könsstympade.

Undersökningar

Urologer behöver i samband med utredningar ofta titta i och göra undersökningar via urinröret. Vid könsstymning typ III är åtkomligheten av urinrörsmynningen försvårad. Den kan vara helt täckt av hud och kan då endast nås under smärta eller obehag hos patienten. Inför en sådan utredning kan det vara bra att frågan tas upp med patienten för att höra om hon har önskemål om att en remiss skrivs till kvinnoklinik. Det kan även vara aktuellt vid andra

tillfällen då det noteras att kvinnan är könsstympad, exempelvis vid undersökningar via ändtarmsöppningen.

Screening av cellförändringar på cervix

I den organiserade screeningen för cervixcancer, där alla kvinnor i Sverige kallas, kan en tidigare könsstymning vara en faktor som påverkar deltagandet i screeningen [116]. I vissa fall vid typ III kan provtagning vara svår eller omöjlig att genomföra. Man ska då inte försöka föra in spekulum eller ta cellprov utan det kan då vara bättre att tala med kvinnan för att höra om hon har önskemål om defibulation. I de fall kvinnan önskar genomgå ett sådant ingrepp kan remiss skickas till kvinnoklinik. Cellprovstagning kan därefter utföras.

Akuta situationer

Akut behov av urinvägskateter kan uppstå i många olika sammanhang. Att sätta in en kateter kan vara förenat med svårigheter vid vissa former av könsstymning. I sådana situationer kan man använda ett litet spekulum eller nässpekulum för att synliggöra urinrörsmynningen. Om detta inte är möjligt kan man sätta en suprapubiskateter. Detta bör dock ses som en nödåtgärd.

Hälso- och sjukvård till asylsökande och nyanlända

Vård till asylsökande

När man träffar på familjer från länder där det är vanligt med könsstympning kan det vara relevant att fråga om könsstympning och att informera om vad som gäller i Sverige. Om en flicka eller kvinna i familjen är könsstympad kan det vara bra att man erbjuder en fortsatt vårdkontakt för eventuell utredning, åtgärder, stöd och råd. Det kan även vara bra att informera om vart man kan vända sig om man har frågor eller besvär relaterat till könsstympningen.

ADLON-gruppen är ett regionalt samverkansprojekt mellan sju landsting om sexuell hälsa. De har bland annat tagit fram en guide till hälso- och sjukvården kring hälsoundersökningar för asylsökanden, där frågor om könsstympning har inkluderats [96].

Vilken vård ska erbjudas

Vilken hälso- och sjukvård som ska erbjudas regleras i lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. och lagen om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. Ett landsting ska erbjuda sådana utlänningar som omfattas av dessa lagar och som inte har fyllt 18 år vård i samma omfattning som erbjuds dem som är bosatta inom landstinget (se 5 § lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökanden m.fl. och 6 § lagen om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd).

Ett landsting ska erbjuda sådana utlänningar som omfattas av dessa lagar och som fyllt 18 år vård som inte kan anstå, mödrahälsovård, vård vid abort, och preventivmedelsrådgivning (se 6 § lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökanden m.fl. och 7 § lagen om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd).

Vilken vård som inte kan anstå för en patient får avgöras i det enskilda fallet av den behandlande läkaren (proposition (2012/13:109) Hälso- och sjukvård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd s. 19).

Läs mer i Socialstyrelsens rapport *Vård för papperslösa – vård som inte kan anstå, dokumentation och identifiering vid vård till personer som vistas i landet utan tillstånd* (2014).

Sex och samlevnad

Hos unga flickor och kvinnor som varit utsatta för könsstympling finns en stor individuell variation när det gäller sexuell upplevelse och funktion. Bristande kunskaper om kvinnlig sexualitet hos både kvinnan och hennes partner kan bidra till sexuella svårigheter för en kvinna. Detta gäller för många kvinnor i allmänhet [48]. Det kan finnas bristfälliga kunskaper om hur kvinnans genitalier normalt ser ut och fungerar. Det är inte säkert att en flicka eller kvinna som är könsstympad är medveten om den anatomiska skillnaden mellan könsstymgade och icke könsstymgade underliv.

Trots att sexualitet och sexuell hälsa är så väsentliga delar för människors välbefinnande saknar även hälso- och sjukvårdspersonal ofta grundläggande kunskaper inom sexologi, vilket kan innebära att personalen undviker att samtala om sexualitet [48].

Normal anatomi och påverkan på funktionen vid könsstympling

För att förstå innebörden av de olika typerna av könsstympling är kunskap om kroppen och dess funktioner viktig, både hos personal och hos patienter. Hela klitoris är ett 7–9 cm långt organ som inte går av avlägsna helt. Klitoris består av två svällkroppar, med riklig innervation och blodförsörjning. Svällkropparna ligger väl förankrade åt sidorna under blygdbensbågarna och förenas framtill i en enhet som är flera centimeter lång. Toppen, glans, är mest känslig och är täckt av en förhud. Stimulering av klitoris eller dess nerver ger upphov till sexuella lustkänslor och erektion av klitoris (jämför med mannens penis). Den del som kan ses vid undersökning och som brukar kallas klitoris är bara den yttre delen. När man säger att klitoris har avlägsnats är det vanligtvis förhuden och toppen av klitoris som tagits bort. Varje rest som är kvar kan ha positiv betydelse för den sexuella upplevelsen [1].

Sexuell lust är en komplicerad företeelse, som inte enbart hänger ihop med underlivet. Sexuell lust är ofta en komplex sammanvävning av kroppsliga, sociala och kulturella omständigheter. Att till exempel sakna lust måste därför förstås i relation till en rad olika livsomständigheter som tidigare erfarenheter av övergrepp, sjukdom och stress. Låg lust eller avsaknad av lust är den vanligaste orsaken till att kvinnor i allmänhet söker sexologisk hjälp [48]. När unga flickor och kvinnor som varit utsatta för könsstympling söker hjälp för bristande sexuell lust blir utmaningen kanske ännu större för vårdpersonalen att reda ut de olika omständigheter som lett till den uppkomna situationen, för att kunna ge ett adekvat och anpassat stöd.

Stöd och råd

Om klitorisskaftet stimuleras kan det ibland räcka för att ge sexuell tillfredställelse och orgasm. Vaginal stimulans och retning av andra erogena zoner kan ge orgasm, om stimulering av klitorisresten inte ger tillräcklig tillfredställelse. Information och psyko-sexuell rådgivning till både kvinnan och

hennes partner kan vara angelägen. Relationsproblematik och bristande lustkänslor förekommer som hos alla andra och måste behandlas individuellt. Kvinnans partner kan också uppleva problem när samlivet inte fungerar tillfredställande och psykosociala besvär kan uppstå [117, 118].

Kirurgiska åtgärder

Kirurgiska åtgärder av olika slag kan bli aktuella för att minimera problem efter tidigare könsstympning och därmed öka livskvaliteten. Samverkan mellan gynekolog, urolog och plastikkirurg är önskvärd.

Av de patienter som kommer till AMEL-mottagningen på Södersjukhuset i Stockholm, som är en specialiserad mottagning för kvinnor som varit utsatta för könsstympning, är ungefär en femtedel i behov av kirurgisk hjälp. Det kan röra sig om defibulation eller borttagande av cystor⁴.

Öppningsoperation (defibulering)

Kvinnor som har blivit infibulerade (typ III) kan lida av komplikationer och långsiktiga hälsoproblem. Defibulering kan lindra en del av problemen och är därför en lämplig åtgärd för de kvinnor som så önskar.

Samtal inför en öppningsoperation

I de situationer där en öppningsoperation förordas måste undersökaren ta reda på patientens egna önskemål och förväntningar. Exempel på frågor kan vara:

- Hur mycket vill patienten bli öppnad (defibulerad)?
- Finns det ärrvävnad hon vill få borttaget?
- Är hon införstådd med att menstruationsflödet och vattenkastningen blir annorlunda och att normala flytningar blir mer uppenbara?

Det kan vara svårt att förklara vad som ska ske vid en operation. Ibland har patienterna bristande kunskap om normal anatomi och om hur underlivet ser ut. Om det är acceptabelt för patienten underlättar det att använda ritade eller kliniska bilder vid samtalet och att visa med spegel vid undersökningen. Patienten ska ges information enligt 3 kap. patientlagen.

Begreppet ”öppning” kan uppfattas som negativt av en del kvinnor som är könsstympade, eftersom det kan skapa en bild av ett exponerat underliv. Medvetenhet om detta vid samtalet är viktigt för att undvika missförstånd. Personalen behöver förklara tydligt vad som ska göras. En öppningsoperation kan även göras under en graviditet eller vid en förlossning. Läs mer om defibulation under graviditet och förlossning på sidan 42 och sidan 45.

Öppningsoperation på barn och unga

Inget barn ska behöva lida i onödan om det finns besvär som kan minimeras med hjälp av en kirurgisk åtgärd. Den sammanvägda upplevelsen av fysiska, psykiska och sociala komplikationer av infibulationen får vägas mot riskerna med kirurgi. Patientens samtycke krävs. Vems samtycke som krävs, barnets eller vårdnadshavarnas, beror på barnets ålder och mognad. Läs mer om Barn och unga som själva söker hälso- och sjukvård på sidan 50 och i Socialstyrel-

⁴ Direkt kommunikation med AMEL-mottagningen på Södersjukhuset december 2014.

sens kunskapsstöd *Bedöma barns mognad för delaktighet – Kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt tandvården.*

Utifrån en individuell bedömning, till exempel om barnet inte har några besvär eller om det inte föreligger komplikationer, kan man avvakta med en operation tills barnet blivit lite äldre och kommer i puberteten, för att invänta flickans tillväxt och de eventuella förändringar i infibulationens utseende som sker med tillväxten. Det finns mycket stora individuella skillnader i hur en infibulation ser ut.

Kirurgisk teknik för defibulering

Öppningsoperationer (defibulering) ska utföras av personal med relevant kompetens för detta och där det finns de lokaler och den utrustning som behövs för att kvinnan ska kunna få en god vård. Defibulering rör kvinnor som varit utsatta för könsstypning typ III. Där hälso- och sjukvård bedrivs ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges (2 e HSL).

Ingreppet kan göras ofta under narkos eller med spinalbedövning. Ingreppet efter endast lokalbedövning kan ibland försvåra utförandet av själva ingreppet samt hos vissa förstärka traumat från könsstypningstillfället. Lokalbedövning under ingreppet kan användas som tillägg för bättre blodstillning och mindre smärta postoperativt.

Öppningen kan göras med kniv, diatermi eller laser och görs oftast rakt upp mot klitoris. Man ska öppna förbi uretramynningen så att den blir synlig. En peang bör föras in under ärret vid incisionen för att skydda underliggande vävnader (klitoris och uretra). Suturering sker med tunt resorberbart material. En enstaka sutur kan behöva sättas i översta delen av incisionen. Därefter sutureras sårkanterna, lateralt åt sidorna, var för sig med enstaka eller fortlöpande suturer. Om laser används är suturering inte nödvändig då laserstrålen blodstillar bra. Kvinnan bör då instrueras att sära på sårkanterna dagligen under läkningsfasen. Sår läkningen tar omkring 4–6 veckor [8, 91].

Klitorisrekonstruktion

På flera håll i världen har man försökt att förbättra möjligheterna till sexuell njutning för könsstypade kvinnor genom kirurgiska åtgärder. Andra skäl till en rekonstruktion som anges internationellt är en önskan hos en kvinna om att återställa anatomin i den mån det går, och en önskan om att känna sig ”hel”. Det man gör kirurgiskt är att man mobiliserar klitorisstumpen och syr in den på ett anatomiskt korrekt ställe. Därefter försöker man skapa förhållningssätt liknande veck vid klitoris. Goda resultat avseende utseendet efter denna kirurgi finns. Funktionsförbättring kan i dagsläget inte utlovas men möjligheterna föreligger. Rekonstruktion av klitoris kan resultera i minskad smärta och bättre sexuell funktion, men detta är ännu inte vetenskapligt säkerställt, och en del patienter upplever inte en förbättrad sexuell funktion. Rekonstruktionen kan även ha positiva psykologiska effekter i form av att kvinnan känner sig hel [119, 120].

En klitorisrekonstruktion förutsätter att personen är tillräckligt frisk, både fysiskt och psykiskt, enligt samma förhållningssätt och regler som vid annan kirurgi. Det är också viktigt att personen har förberett sig psykiskt på det

kommande ingreppet. Den första klitorisrekonstruktionen i Sverige efter en tidigare könsstympling skedde 2014, på plastikkirurgiska enheten vid Karolinska universitetssjukhuset i Solna. Det finns ännu så länge begränsad forskning om den här typen av åtgärder, och det är viktigt att informera om det [121].

Dokumentation

Vid vård av patienter ska det föras patientjournal. En patientjournal ska föras för varje patient och får inte vara gemensam för flera patienter. Detta framgår av 3 kap. 1 § PDL. I 3 kap. 1 § SOSFS 2008:14 om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården anges att vårdgivaren ska säkerställa att det finns rutiner för hur patientuppgifter ska dokumenteras i patientjournaler. Föreskriften är föremål för revidering. Syftet med att föra en patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten (se 3 kap. 2 § PDL). Patientjournalen är primärt ett arbetsinstrument för hälso- och sjukvårdspersonalen men har även betydelse som underlag vid verksamhetsuppföljning, kontroll och tillsyn (prop. 2007/08:126 Patientdatalag m.m. s. 89–90). Dessutom är journalen en viktig informationskälla för patienten (se 3 kap. 2 § PDL). Bestämmelser om patientens rätt att ta del av uppgifter i journalhandlingar finns i 8 kap. PDL. Den som arbetar hos en vårdgivare får ta del av dokumenterade uppgifter om en patient endast om han eller hon deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården (4 kap. 1 § PDL). För mer information, se Socialstyrelsens handbok om informationshantering och journalföring.

Erfarenheter när det gäller dokumentation och könsstympning⁵

Stockholms läns landsting konstaterar i sin fokusrapport att det ibland saknas dokumentation i journalen om könsstympning [1]. Liknande erfarenheter av bristande dokumentation finns beskrivet från till exempel England [111]. Experterna som medverkat i arbetet med det här kunskapsstödet är eniga om att det vid dokumentation kan vara viktigt att beskriva de faktiska omständigheterna, till exempel typ av könsstympning, omfattning och besvär, samt när frågan om könsstympning tagits upp med en patient i förebyggande syfte.

Klassificering av könsstympningen enligt WHO:s indelning kan vara värdefullt i dokumentationen, men kan vara otillräcklig i klinisk praxis. Kliniskt finns en stor individuell variation. En utgångspunkt för dokumentationen kan vara att beskriva ett organ i taget, till exempel:

- Klitoris och klitoris förhud: orörd, synlig del helt eller delvis borttagen?
- Inre blygdläppar: orörda, helt eller delvis borttagna?
- Yttre blygdläppar: orörda, helt eller delvis borttagna?
- Ihopsydd? På vilken nivå (inre eller yttre blygdläppar) samt storlek på öppningen.
- Andra fynd: till exempel cystor, keloid, ärrbildning, rodnad.

⁵ Om det inte hänvisas till lagbestämmelser och inget annat anges grundar sig innehållet i följande stycke på en sammanställning av vetenskaplig litteratur, internationella riktlinjer och rekommendationer samt svenska experters kliniska erfarenhet.

Se även sidan 41 för dokumentation av fynd på barn. Anatomien skiljer sig åt på barn vid olika ålder.

Det kan vara värdefullt att dokumentera förebyggande samtal om det finns minderåriga barn med i bilden, inklusive dokumentation om vilken information som har getts. Även när könsstympning inte har skett kan det vara värdefullt att dokumentera när man har ställt frågan. Det finns vittnesmål från patienter som inte varit utsatta för könsstympning men som ändå fått frågan otaliga gånger i samband med olika vårdkontakter. Detta kan till viss del undvikas med bättre dokumentation.

Klassificeringskoder

För gravida finns sedan tidigare ICD-10-Se koden O34.7A ”Vård av blivande moder för abnormitet i vulva och perineum i form av tidigare könsstympning”. Det har inte funnits någon kod i ICD-10-SE för tillstånd efter könsstympning utan samband med graviditet. Koden Z90.7 ”Förvärvad avsaknad av könsorgan” har använts.

Ny ICD kod från 1 januari 2015

En ny kod infördes den 1 januari 2015 av WHO och därmed även i Sverige. Detta kommer att göra det enklare framöver att identifiera antalet vårdtillfällen relaterat till könsstympning i bland annat Socialstyrelsens hälsodataregister.

Koden som införts:

Z91.7 Kvinnlig könsstympning i den egna sjukhistorien
 Kvinnlig könsstympning typ 1–4
 Kvinnlig omskärelse

Regelverk

Alla former av kvinnlig könsstympning är förbjudna i Sverige. Lagen med förbud mot könsstympning av kvinnor infördes 1982 och har sedan successivt skärpts genom ändringar 1998 och 1999. I många länder där kvinnlig könsstympning förekommer finns lagstiftning som förbjuder traditionen, till exempel i Kenya, Etiopien, Egypten, Ghana, Senegal och Burkina Faso [17].

Lag mot kvinnlig könsstympning

Ingrepp i de kvinnliga yttre könsorganen i syfte att stympa dessa eller åstadkomma andra bestående förändringar av dem (könsstympning) får inte utföras, oavsett om samtycke har lämnats till ingreppet eller inte (1 § lagen med förbud mot könsstympning av kvinnor). Inte heller ett ingrepp som innebär att man t.ex. efter en förlossning, åter syr ihop en kvinna som tidigare blivit könsstympad ("reinfibulation") torde kunna få förekomma (prop. 1997/98:55 s. 97), det framgår av förarbetena till lagen.

Den som bryter mot 1 § döms till fängelse i högst fyra år. Om brottet har medfört livsfara, allvarlig sjukdom eller i annat fall inneburit ett synnerligen hänsynslöst beteende ska det bedömas som grovt. För grovt brott döms till fängelse, lägst två år och högst tio år. För försök, förberedelse och stämpling samt för underlåtenhet att avslöja eller förhindra brott döms det till ansvar enligt 23 kap. brottsbalken (2 § lagen med förbud mot könsstympning av kvinnor).

Lagen syftar till att ge flickor och unga kvinnor i Sverige ett skydd mot att utsättas för könsstympning (se proposition 1998/99:70 Könsstympning – borttagande av kravet på dubbel straffbarhet s. 9 och 11).

En ny 3:e § infördes 1999. Bestämmelsen innebär att lagen kan tillämpas vid svensk domstol när det gäller ett brott som har begåtts utomlands, oavsett om gärningen är straffbar också i det land där den har begåtts (prop. 1998/99:70 s. 15). Hittills har två personer dömts för brott enligt lagen med förbud mot könsstympning av kvinnor[8].

Anmäla när barn far illa

Myndigheter inom hälso- och sjukvården, anställda hos sådana myndigheter och de som är verksamma inom yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet inom hälso- och sjukvården är skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa (14 kap. 1 § första stycket SoL). Det innebär att det räcker med en misstanke om att ett barn far illa för att göra en anmälan. Anmälningsskyldigheten för hälso- och sjukvården gäller oberoende av om verksamheten riktar sig till barn eller inte. Det innebär att även verksamheter som uteslutande riktar sig till vuxna, t.ex. vuxenpsykiatriska kliniker, är anmälningsskyldiga (se proposition 1989/90:28 Vård i vissa fall av barn och ungdomar s. 131).

Barn kan fara illa i många olika situationer och av en eller flera olika orsaker. Det kan exempelvis handla om att ett barn utsätts för psykiskt eller fysiskt våld, sexuella övergrepp, kränkningar, fysisk eller psykisk försumelse eller att det finns allvarliga relationsproblem mellan barnet och den övriga familjen (se proposition 2012/13:10 Stärkt stöd och skydd för barn och unga s. 47). Det är viktigt att hälso- och sjukvården gör en anmälan till socialtjänsten om man misstänker att en flicka under 18 år riskerar att bli utsatt för könsstympning, för att socialtjänsten ska få kännedom om flickans situation och kunna ta sitt ansvar för att hon får stöd och skydd. Kommunen, genom socialtjänsten, har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Men det innebär ingen inskränkning i det ansvar som andra huvudmän har. (Se 2 kap. 1 § SoL.) Socialnämnden har också ett särskilt ansvar för barn och unga. Socialnämnden har bland annat en allmän skyldighet att verka för att barn och unga får växa upp under trygga och goda förhållanden (se 5 kap. 1 § SoL). För att socialnämnden ska kunna fullgöra sin uppgift att förebygga, erbjuda stödinsatser eller vidta åtgärder till ett barns skydd behöver nämnden få kännedom om barn som far illa eller misstänks fara illa (se prop. 2012/13:10 s. 44). För allmänheten och sådana myndigheter och yrkesverksamma som inte omfattas av anmälningskyldigheten finns en uppmaning att anmäla i 14 kap. 1 c § SoL (se prop. 2012/13:10 s. 44). Enligt den bestämmelsen bör var och en som får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa anmäla det till socialnämnden.

Den som är skyldig att göra anmälan till socialnämnden enligt 14 kap. 1 § första stycket SoL är också skyldig att lämna socialnämnden alla uppgifter som kan vara av betydelse för utredning av ett barns behov av stöd och skydd (se 14 kap. 1 § tredje stycket SoL). Uppgiftsskyldigheten gäller även om någon annan har gjort anmälan eller om socialnämnden har inlett en utredning på eget initiativ (se Socialutskottets betänkande 1981/82:22 om lag om vård av missbrukare i vissa fall s. 33 f.). Du kan läsa mer om anmälningskyldigheten i Socialstyrelsens handbok *Anmäla oro för barn – Stöd för anmälningskyldiga och andra anmälare* [122].

Även polisanmälan kan vara aktuell. Så väl socialtjänsten som hälso- och sjukvården har möjlighet att lämna uppgifter om misstanke om vissa brott mot barn till åklagare eller polis utan att bestämmelserna om sekretess hindrar det. Det gäller bland annat om det är fråga om brott som avses i lagen med förbud mot könsstympning av kvinnor (Se 10 kap. 21 § OSL.)

Offentlighets- och sekretesslagen

Sekretess gäller inom den offentliga hälso- och sjukvården för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men (25 kap. 1 § OSL). Uppgifter får dock lämnas från myndighet som bedriver hälso- och sjukvård eller annan medicinsk verksamhet till annan myndighet som bedriver sådan verksamhet i samma kommun eller landsting (25 kap. 11 § 1 och 2 OSL). Även om ingen sekretess gäller mellan hälso- och sjukvårdsmyndigheter i samma kommun eller landsting måste normalt en patients uttryckliga önskemål om att hans eller hennes journal inte

ska lämnas till en annan hälso- och sjukvårdsmyndighet i kommunen eller landstinget respekteras på motsvarande sätt som gäller t.ex. mellan olika kliniker inom en myndighet. Det får anses följa av bestämmelsen i 2 a § HSL om att verksamheten ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och så långt det är möjligt utföras och genomföras i samråd med patienten. Detsamma framgår även av 4 kap. 1 § patientlagen.

Av patientdatalagen framgår vidare att personuppgifter ska utformas och i övrigt behandlas så att patienters och övriga registrerades integritet respekteras och dokumenterade personuppgifter ska hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem (se 1 kap. 2 § PDL).

Den inre sekretessen innebär att den som arbetar hos en vårdgivare får ta del av dokumenterade uppgifter om en patient endast om han eller hon deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården (4 kap. 1 § PDL). Vårdgivaren ska bestämma villkor för tilldelning av behörighet för åtkomst till sådana uppgifter om patienter som förs helt eller delvis automatiserat. Sådan behörighet ska begränsas till vad som behövs för att den enskilde ska kunna fullgöra sina arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården (4 kap. 2 § PDL).

När det gäller informationsutbyte mellan olika kommuner respektive olika landsting gäller bestämmelser om sammanhållen journalföring (6 kap. PDL).

Inom den privata hälso- och sjukvården gäller istället bestämmelser om tystnadsplikt (6 kap. 12-16 §§ PSL). Enligt förarbeten är ståndpunkten från lagstiftarens sida är att den enskilde ska ha samma skydd för sin personliga integritet vare sig han eller hon behandlas av en offentlig eller privat vårdgivare (se proposition 2007/08:126 Patientdatalag m.m. s. 46, 133 och 248 och prop. 2005/06:161 Sekretess-frågor – Skyddade adresser, m.m. s. 82 och 93, proposition 1980/81:28 Om följdlagstiftning till den nya sekretesslagen i fråga om hälso- och sjukvården, samt den allmänna försäkringen s. 28).

Sekretessen i vården får brytas om det finns stöd i en sekretessbrytande bestämmelse. Exempelvis gäller att anmälnings- och uppgiftsskyldigheten till socialnämnden enligt 14 kap. 1 § SoL bryter sekretessen mellan myndigheter (se 10 kap. 28 § OSL).

I Socialstyrelsens vägledning *Sekretess- och tystnadspliktsgränser – I socialtjänsten och i hälso- och sjukvården* kan du läsa mer om sekretess och tystnadsplikt [123].

Internationella överenskommelser

Könsstympning av flickor och kvinnor är en fråga som handlar om kränkningar av mänskliga rättigheter, och barns rättigheter och det är också en hälsofråga för många kvinnor och barn. En grundläggande regel i vårt rättssystem är att alla människor ska vara skyddade mot kränkningar av sin kroppsliga integritet. Denna princip kommer till uttryck ibland annat FN:s deklaration om mänskliga rättigheter. Könsstympning är inte bara ett brott mot rätten till kroppslig integritet, den kan också sägas utgöra ett förnekande av kvinnans rätt till självständighet. (Se prop. 1998/99:70 s. 4 f.).

FN har arbetat specifikt mot könsstympning sedan slutet av 70-talet. Flera FN-organisationer har gemensamt enats om att verka för nolltolerans mot

kvinnlig könsstympning [92] och den 6:e februari har utsetts till FNs internationella dag mot könsstympning [4]. Världshälsoorganisationen (WHO) och FN:s barnfond Unicef arbetar aktivt mot könsstympning [16, 124]. 2012 antog FN:s generalförsamling en resolution: ”Intensifying global efforts for the elimination of female genital mutilations” (A/RES/67/146). I resolutionen återfinns bland annat skrivelsen:

UN urges States to condemn all harmful practices that affect women and girls, in particular female genital mutilations, whether committed within or outside a medical institution, and to take all necessary measures, including enacting and enforcing legislation, to prohibit female genital mutilations and to protect women and girls from this form of violence, and to end impunity.

Barnkonventionen

FN:s konvention om barnets rättigheter, barnkonventionen, innehåller bestämmelser om mänskliga rättigheter för barn. I artikel 24. 3 barnkonventionen står följande: ”Konventionsstaterna skall vidta alla effektiva och lämpliga åtgärder i syfte att avskaffa traditionella sedvänjor som är skadliga för barns hälsa”. Med traditionella sedvänjor avses i första hand könsstympning av flickor (se prop. 1998/99:70 s. 5).

Istanbulkonventionen

Europarådets konvention om förebyggande och bekämpning av våld mot kvinnor och av våld i hemmet, Istanbulkonventionen, trädde ikraft i Sverige den 1 november 2014. I artikel 3 framgår att med kvinnor avses i konventionen även flickor under 18 år. I artikel 38, *Kvinnlig könsstympning*, klargörs att:

”Parterna ska vidta nödvändiga lagstiftningsåtgärder eller andra åtgärder för att säkerställa att följande uppsåtliga gärningar är straffbelagda:

- a) Att skära bort eller på annat sätt stympa hela eller delar av en kvinnas yttre eller inre blygdläppar eller klitoris.
- b) Att tvinga eller förmå en kvinna att genomgå någon av de handlingar som anges i punkt a.
- c) Att mana, tvinga eller förmå en flicka att genomgå någon av de handlingar som anges i punkt a.”

EU

Inom EU pågår flera satsningar för att förhindra könsstympning i medlemsländerna. Europaparlamentet antog 2009 en resolution om kampen mot kvinnlig könsstympning inom EU (EUT C 117E, 6.5.2010, s. 52-59). Resolutionen innehåller 33 punkter med uppmaningar till medlemsländerna, varav den första lyder:

Europaparlamentet fördömer med kraft kvinnlig könsstympning som en kränkning av de grundläggande mänskliga rättigheterna och som ett hän-

synslöst angrepp på kvinnors och flickors integritet och person, och anser därför att detta utgör ett allvarligt brott som bör fördömas av samhället.

Länder som Norge, Danmark, Belgien, Italien, Spanien och England har särskild lagstiftning mot kvinnlig könsstympning, medan en del andra länder i Europa tillämpar den vanliga brottsmålslagstiftningen på brott som rör könsstympning [35].

Referenser

1. Fokusrapport – Mötet med könsstympade kvinnor i vården. Stockholms läns landsting; 2007.
2. Balogun, O, Hirayama, F, Wariki, W, Koyanagi, A, Mori, R. Interventions for improving outcomes for pregnant women who have experienced genital cutting (Review). The Cochrane Library. 2013; (2).
3. Berg, R, Underland, V. The obstetric consequences of female genital mutilation/cutting: a systematic review and meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology International*. 2013.
4. Berg, R, Odgaard-Jensen, J, A, AF, Underland, V, Vist, G. An updated systematic review and meta-analysis of the obstetric consequences of female genital mutilation/cutting. *Obstetrics and Gynecology International*. 2014.
5. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. . *The Lancet*. 2006; 367: 1835–41.
6. WHO. A Systematic Review of the Health Complications of Female Genital Mutilation including Sequelae in Childbirth; 2000.
7. Berg, R, Underland, V, Odgaard-Jensen, J, Fretheim, A, Vist, G. Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*. 2014; Nov 21;4(11).
8. Johnsdotter, S, Essén, B. Kvinnlig omskärelse/könsstympning i Sverige – en kunskaps- och forskningsöversikt: Nationellt centrum för kvinnofrid; 2011.
9. Multi Agency Practice Guidelines UK: Female Genital Mutilation 2011.
10. Perron, L, Senikas, V, Burnett, M, Davis, V. Clinical Practice Guidelines. Female Genital Cutting. Canada. *J Obstet Gynaecol Can* 2013;35(11):e1–e18. 2013.
11. Veileder om regelverk, roller og ansvar knyttet til kjønnslemlestelse. (Norge). 2013:
12. Abdulcadira, J, Margairazb, C, Boulvaina, M, Iriona, O. Care of women with female genital mutilation/cutting. *Swiss Med Wkly* 2011;140:w13137. 2011.
13. Hearst, AA, Molnar, AM. Female Genital Cutting: An Evidence-Based Approach to Clinical Management for the Primary Care Physician. *Mayo Clin Proc* n June 2013;88(6):618-629 n <http://dxdoior.org/101016/jmayocp201304004>
14. WHO. Definition av olika typer av FGM. Hämtad 2014-10-15 från: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/overview/en/>
15. WHO. Olika typer av FGM. . Hämtad 2014-11-06 från: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/overview/en/>
16. WHO Female genital mutilation and other harmful practices Hämtad 2014-05-09 från: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/prevalence/en/>
17. UNICEF. Female Genital Cutting/Mutilation. A statistical overview and exploration of the dynamics of change; 2013.
18. Terry, L, Harris, K. Female genital mutilation: a literature review. *Nursing standard*. 2013; 28:41-7.

19. Kvinnlig könsstympning. Ett utbildningsmaterial för skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård.: Socialstyrelsen; 2002.
20. Isman, E, Ekéus, C, Berggren, V. Perceptions and experiences of female genital mutilation after immigration to Sweden: An explorative study. *Sexual and Reproductive Healthcare*. 2013; 4:93-8.
21. Gomaa, A. The Islamic view on female circumcision *African Journal of Urology*. 2013; 19(3):123-6.
22. Female Genital Mutilation/Cutting: Data and Trends. Population Reference Bureau 2010.
23. Bjälkander, O. Female genital mutilation in Sierra Leone: Karolinska Institutet; 2013.
24. Gele, AA, Bø, BP, Sundby, J. Attitudes toward Female Circumcision among Men and Women in Two Districts in Somalia: Is It Time to Rethink Our Eradication Strategy in Somalia? *Obstetrics and Gynecology International*. 2013.
25. WHO's hemsida om trender inom FGM. 2014. Hämtad 2014-05-15 från: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/fgm_trends/en/
26. Yasin, BA, Al-Tawil, NG, Shabila, NP, Al-Hadithi, TS. Female genital mutilation among Iraqi Kurdish women: a cross-sectional study from Erbil city. *BMC Public Health*. 2013; 13:809.
27. Andersson, C. Kvinnlig könsstympning – en företeelse av sammansatt natur. *Läkartidningen* 2001; 98(20).
28. Elmusharaf, S, Elhadi, N, Almroth, L. Reliability of self reported form of female genital mutilation and WHO classification: cross sectional study. *Brittish Medical Journal* 2006; doi:10.1136/bmj.38873.649074.55 (published 27 June 2006).
29. Information om Tostan 2014. Hämtad 2014-11-20 från: <http://www.tostan.org/female-genital-cutting>
30. Sida-projekt mot kvinnlig könsstympning i Etiopien. Hämtad 2014-12-01 från: <http://www.sida.se/Svenska/Har-arbetar-vi/Afrika/Etiopien/resultatexempel/NEWA-lyckades-stoppa-kvinnlig-omskarelse/>
31. Exterkate, M. Female Genital Mutilation in the Netherlands. Prevalence, incidence and determinants 2013.
32. Dorkenoo, E, Morison, L, Macfarlane, A. A Statistical Study to Estimate the Prevalence of Female Genital Mutilation in England and Wales: Summary Report: Foundation for Women´s Health, Research and Development (FORWARD); 2007.
33. Macfarlane, A, Dorkenoo, E. Female Genital Mutilation in England and Wales: Updated statistical estimates of the numbers of affected women living in England and Wales and girls at risk. Interim report on provisional estimates: City University London; 2014.
34. Dubourg, D, Richard, F, Leye, E, Ndam, S, Rommens, T, Maes, S. Estimating the number of women with female genital mutilation in Belgium. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2011; 16:248-57.
35. Female genital mutilation in the European Union and Croatia. European Institute for Gender Equality (EIGE); 2013.
36. Equity, IfG. Report. Expert Consultation Meeting on FGM risk estimation in the EU Member States. 2014.

37. Litorp, H, Franck, M, Almroth, L. Female genital mutilation among antenatal care and contraceptive advice attendees in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica*. 2008;87: 716-22.
38. Obermeyer, C. The consequences of female circumcision for health and sexuality: An update on the evidence. *Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care* 2005; 7(5).
39. Andro, A, Cambois, E, Lesclingand, M. Long-term consequences of female genital mutilation in a European context: Self perceived health of FGM women compared to non-FGM women. *Social Science & Medicine* 2014; 106 (2014) 177e184.
40. Teufel, K, Dörfler, DM. Female genital circumcision/mutilation: implications for female urogynaecological health. *Int Urogynecological Journal*. 2013; 24:2021-7.
41. Iavazzo, C, Sardi, TA, Gkegkes, ID. Female genital mutilation and infections: a systematic review of the clinical evidence. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 2013; 287(6):1137-49.
42. Almroth, L, Bedri, H, Musharaf, SE, Satti, A, Idris, T, Hashim, M, et al. Urogenital complications among girls with genital mutilation: a hospital-based study in Khartoum. 2005; *African Journal of Reproductive Health*(9(2):118-24).
43. Thabet, SMA, Thabet, ASMA. Defective sexuality and female circumcision: The cause and the possible management. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2003; 29(1):12-9.
44. Anis, T, Gheit, SA, Awad, H, Saied, H. Effects of female genital cutting on the sexual function of Egyptian women. A cross-sectional study. *The journal of sexual medicine*. 2012; Oct;9(10):2682-92.
45. Alsibiani, S, Rouzi, A. Sexual function in women with female genital mutilation. *Fertility and sterility*. 2010; Feb;93(3):722-4.
46. Andersson, S, Rymer, J, Joyce, D, Momoh, C, Gayle, C. Sexual quality of life in women who have undergone female genital mutilation: a case-control study. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynecology*. 2012; Dec;119(13):1606-11.
47. Catania, L, Abdulcadir, O, Puppo, V, Verde, J, Abdulcadir, J, Abdulcadir, D. Pleasure and orgasm in women with Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C). *The journal of sexual medicine* 2007; Nov;4(6):1666-78.
48. Sex, hälsa och välbefinnande. Statens folkhälsoinstitut; 2012.
49. Tamaddon, L, Johnsdotter, S, Liljestrand, J, Essén, B. Swedish Health Care Providers' Experience and Knowledge of Female Genital Cutting. *Health Care for Women International*. 2006; 27:8, 709-722.
50. Essén, B, Sjöberg, N-O, Gudmundsson, S, Östergren, P-O, Lindqvist, PG. No association between female circumcision and prolonged labour: a case control study of immigrant women giving birth in Sweden. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2005; 121 (2005) 182–185.
51. Essén, B, Bödker, B, Sjöberg, N-O, Gudmundsson, S, Östergren, P-O, Langhoff-Roos, J. Is there an association between female circumcision and perinatal death? *Bulletin of the World Health Organization* 2002; 80:629-632.
52. Berggren, V, Gottvall, K, Isman, E, Bergström, S, Ekéus, C. Infibulated women have an increased risk of anal sphincter tears at delivery: a

- population-based Swedish register study of 250 000 births. *ACTA Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2012;92: 101-8.
53. Esscher, A, Binder-Finnema, P, Bødker, B, Högberg, U, Mulic-Lutvica, A, Essén, B. Suboptimal care and maternal mortality among foreign-born women in Sweden: maternal death audit with application of the 'migration three delays' model. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014; 14:141.
 54. Essén, B, Bødker, B, Sjöberg, N, Langhoff-Roos, J, Greisen, G, Gudmundsson, S, et al. Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services? *BJOG: an international journal of obstetrics and gynecology*. 2002.
 55. Råssjö, EB, Byrskog, U, Samir, R, Klingberg-Allvin, M. Somali women's use of maternity health services and the outcome of their pregnancies: A descriptive study comparing Somali immigrants with native-born Swedish women. *Sexual and reproductive healthcare*. 2013; 4 99–106.
 56. Vangen, S, Johansen, REB, Sundby, J, Traen, B, Stray-Pedersen, B. Qualitative study of perinatal care experiences among Somali women and local health care professionals in Norway *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 2003; 112:29-35.
 57. Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review of quantitative studies. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services; 2010.
 58. Vloeberghs, E, Kwaak, Avd, Knipscheer, J, Muijsenbergh, Mvd. Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands. *Ethnicity & Health*. 2012; 17(6):677-95.
 59. AMEL-mottagningen Södersjukhuset. Hämtad 2014-12-14. Hämtad från: <http://www.sodersjukhuset.se/Avdelningar--mottagningar/Mottagningar/Mottagning-for-konsstymade/>
 60. Thierfelder, C, Tanner, M, Bodiang, CMK. Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system. *European Journal of Public Health*. 2005; 15:86-90.
 61. Hess, R, Weinland, J, Saalinger, N. Knowledge of female genital cutting and experience with women who are circumcised: a survey of nurse-midwives in the United States. *Journal of Midwifery Womens Health*. 2010; 55:46-54.
 62. Lazar, JN, Johnson-Agbakwu, CE, Davis, OI, Shipp, MP-L. Providers' Perceptions of Challenges in Obstetrical Care for Somali Women. *Obstetrics and Gynecology International*. 2013.
 63. Widmark, C, Leval, A, Tishelman, C, Ahlberg, BM. Obstetric care at the intersection of science and culture: Swedish doctors' perspectives on obstetric care of women who have undergone female genital cutting. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2010; 30(6):553-8.
 64. Riktlinjer för mödrhälsovården i Stockholms läns landsting 2013. Hämtad 2014-12-22 från: <http://www.vardgivarguiden.se/Omraden/Barnmorskemottagning/Riktlinjer/Riktlinjer-BMM/Konsstympade-kvinnor/>
 65. Kvinnlig könsstympning. Handläggning i mödra-och barnhälsovård. . I: Västernorrland L, red.; 2008.
 66. Kvinnlig könsstympning. Ur basprogram för centrala barnhälsovården i Västragötalandsregionen. I: Västragötalandsregionen, red.; 2012.

67. Widmark, C, Tishelman, C, Ahlberg, B. A study of Swedish midwives' encounters with infibulated African women in Sweden. *Midwifery*. 2002; Jun;18(2):113-25.
68. Socialstyrelsen. Rekommendationer för preventiva insatser mot tuberkulos – hälsokontroll, smittspårning och vaccination; 2013.
69. Socialstyrelsen. Information om sicklecellssanemi. 2014. Hämtad 2014-11-03 från:
<http://www.socialstyrelsen.se/ovanligadiagnoser/sicklecellsanemi>
70. Socialstyrelsen. Att mötas i hälso- och sjukvård. Utbildningsmaterial.; 2014.
71. Vårdguiden/1177 om könsstympning Hämtad 2014-12-01 från:
<http://www.1177.se/Uppsala-lan/Tema/Sex-och-relationer/Kroppen/Konsstympning---omskuren-kvinna/>
72. Om kvinnlig könsstympning på umo.se Hämtad 2014-12-01 från:
<http://www.umo.se/Kroppen/Tjejers-underliv/Konsstympning---omskuren-tjej/>
73. Läkemedelsboken 2011-2012 om transkulturell medicin Hämtad 2014-12-01 från: <http://www.lakemedelsverket.se/upload/om-lakemedelsverket/publikationer/lakemedelsboken/LB-2011-2012/Transkulturell%20medicin.pdf>
74. Vårdhandboken på nätet om transkulturellt perspektiv på bemötande i vård och omorg Hämtad 2014-12-01 från:
<http://www.vardhandboken.se/texter/bemotande-i-var-d-och-omsorg-transkulturellt-perspektiv/uppfattningar-om-halsa-och-sjukdom/>
75. Murray, L, Windsor, C, Parker, E. The Experience of African Women Giving Birth in Brisbane , Australia. *Health Care for Women International* 2010; 31:458-72.
76. Upvall, MJ, Mohammed, K, Dodge, PD. Perspectives of Somali Bantu refugee women living with circumcision in the United States: A focus group approach. *International Journal of Nursing Studies*. 2009; 46:360-8.
77. Berggren, V, Bergström, S, Edberg, A-K. Being Different and Vulnerable: Experiences of Immigrant African Women Who have Been Circumcised and Sought Maternity Care in Sweden. *Journal of Transcultural Nursing*. 2006; 17:50.
78. Franck, M. Multikulturell kvinnohälsa: med fokus på gynekologi och obstetrik Gothia; 2010.
79. Socialstyrelsen. Om bemötande inom hälso- och sjukvård på Kunskapsguiden 2014. Hämtad 2014-11-25 från:
<http://www.kunskapsguiden.se/psykiatri/Teman/Bemotande/Sidor/default.aspx>
80. Nordenberg, M. På rakbladets kant. Unga, somaliska kvinnors syn på kvinnlig könsstympning.: Göteborgs universitet; 2013.
81. Khaja, K, Lay, K, Boys, S. Female Circumcision: Toward an Inclusive Practice of Care. *Health Care for Women International* 2010; 31:686-99.
82. Chalmers, B, Hashi, K. 432 Somali women's birth experiences in Canada after earlier female genital mutilation. *Birth*. 2000; 27(4):227-34.
83. Lundberg, PC, Gereziher, A. Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden. *Midwifery*. 2006; 24:214-25.

84. Straus, L, McEwen, A, Hussein, FM. Somali women's experience of childbirth in the UK: Perspectives from Somali health workers. *Midwifery*. 2007; 25:181-6.
85. Binder, P. *The Maternal Migration Effect. Exploring Maternal Healthcare in Diaspora Using Qualitative Proxies for Medical Anthropology*. : Uppsala University; 2012.
86. Ameresekere, M, Borg, R, Frederick, J, Vragovic, O, Saia, K, Raj, A. Somali immigrant women's perceptions of cesarean delivery and patient-provider communication surrounding female circumcision and childbirth in the USA. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2011; 115:227-30.
87. Zenner, N, Liao, L-M, Richens, Y, Creighton, SM. Quality of obstetric and midwifery care for pregnant women who have undergone female genital mutilation. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2013; 33:459-62.
88. Debattartikel från RFSU om ordens betydelse för hur vi kan samtala om kvinnors sexualitet 2014. Hämtad 2014-12-26 från: <http://www.rfsu.se/sv/Sex-och-politik/Debatt/Debattartiklar/Darfor-behover-vi-ett-ord-for-kvinnors-onani-Aftonbladet-debatt/>
89. Gertsson, M, Serpan, H. *Mötet med det otänkbara. Värdekonflikter i mötet med kvinnor utsatta för kvinnlig könsstympning*. : Kalmar Högskola; 2009.
90. Holm, L, Kammensjö, H. *Skolsköterskors upplevelser kring kvinnlig könsstympning bland flickor: Högskolan i Skövde*; 2012.
91. Andreasson, E, Silfwerling, Å. *Skolsköterskans arbete rörande kvinnlig könsstympning. Relation, Stöd och Information*.: Göteborgs universitet; 2010.
92. *Eliminating female genital mutilation. An interagency statement - OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO*.: World Health Organization.; 2008.
93. *Underlag till nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter*. Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten; 2014.
94. *Rikshandboken Barnhälsovård 2014*. Hämtad 2014-05-14 från: <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Omskarelse---konsstympning/Konsstympning-av-flickor--/>
95. Socialstyrelsen. *Vägledning för barnhälsovården*; 2014.
96. *ADLON-gruppens Guide om innehåll och kvalitet i hälsoundersökningen 2014*. Hämtad 2014-11-14 från: <http://www.adlongruppen.se/sv/guide-om-innehall-och-kvalitet-i-halsundersokningen/>
97. WHO. *Female Genital Mutilation. Integrating the Prevention and the Management of the Health Complications into the curricula of nursing and midwifery. A Teacher's Guide*.; 2001.
98. Berg, R, Denison, E. A tradition in transition: factors perpetuating and hindering the continuance of female genital mutilation/cutting (FGM/C) summarized in a systematic review. *Health Care Women International*. 2013; Oct;34(10):837-59
99. Alcaraz, MR, González, JS, Ruiz, CS. Attitudes towards female genital mutilation: an integrative review. *International Nursing Review* 2014; 61, 25–34.

100. Diop, N, Askew, I. The effectiveness of a community-based education program on abandoning female genital mutilation/cutting in Senegal. *Stud Fam Plann.* 2009; 40(4):307-18.
101. Omsäter, M. Den smärtsamma traditionen : om Göteborgsprojektet mot kvinnlig könsstympning.
102. Samverkansgrupp mot kvinnlig könsstympning i Göteborg Hämtad 2016-06-17 från: <http://socialutveckling.goteborg.se/nyheter/kvinnlig-konsstympning-nytt-uppdrag-for-dialoga/>
103. Länsstyrelsen i Östergötland 2015. Hämtad 2016-06-17 från: <http://www.hedersfortryck.se/hedersfortryck/konsstympning/>
104. RISKS hemsida. Hämtad 2014-12-01 från: <http://www.f-risk.org/sv/home.php>
105. RFSU om kvinnlig könsstympning. Hämtad 2014-12-01 från: <http://www.rfsu.se/sv/Sex--relationer/Kropp-och-kon/Konsstympning-av-kvinnor/>
106. Desert Flower Foundation Hämtad 2014-12-14 från: <http://www.desertflowerfoundation.org/en/>
107. Desert Flower Foundation Scandinavia. Hämtad 2016-06-17 från: <http://www.desertflower.se/om-oss/>
108. Barnskyddsteam Akademiska sjukhuset 2014. Hämtad 2014-12-09 från: <http://www.akademiska.se/barnskyddsteamet>
109. Barnahus– försöksverksamhet med samverkan under gemensamt tak vid misstanke om brott mot barn. Socialstyrelsen; 2008.
110. Frost-Arner, L, Åberg, M, Janson, PO. Modern plastikkirurgi vid missbildningar av kvinnliga genitalier. *Läkartidningen.* 2004; 101(38).
111. Paliwal, P, Ali, A, Bradshaw, S, Hughes, A, Jolly, K. Management of type III female genital mutilation in Birmingham, UK: A retrospective audit. *Midwifery.* 2013.
112. Socialstyrelsen, Skolverket. Vägledning för elevhälsan; 2014.
113. Höjeberg, P. Ungdomsmottagningarnas arbete mot hedersrelaterat våld. Ett kompetens - och metodutvecklingsprojekt i Stockholms län.: Länsstyrelsen i Stockholms län; 2006.
114. Socialstyrelsen. Asylsökanden och psykisk ohälsa 2014. Hämtad 2014-11-23 från: <http://www.socialstyrelsen.se/vardochomsorgforasylsokandemedflera/halso-ochsjukvardochandvard/psykiskhalsa>
115. Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända inom primärvården. Kunskapsunderlag för vägledning om psykisk ohälsa. . Socialstyrelsen; 2014.
116. Abdullahia, A, Coppinga, J, Kessela, A, Lucka, M, Bonellb, C. Cervical screening: Perceptions and barriers to uptake among Somali women in Camden. *Public Health.* 2009; 123(10):680-5.
117. Almroth, L, Berggren, V, Hassanein, O, Al-Said, S, Hasan, S, Lithell, U, et al. Male complications of female genital mutilation. *Social Science & Medicine.* 2001; 53(11):1455-60.
118. Eriksson, E, Hassan, A. Somaliska mäns syn på kvinnlig omskärelse. En kvalitativ studie om immigranter i Sverige.: Mälardalens Högskola; 2009.
119. Foldès, P, Cuzin, B, Andro, A. Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study. *Lancet* 2012; 380: 134–41.

120. Paterson, LQP, Davis, SN, Binik, YM. Female genital mutilation/cutting and orgasm before and after surgical repair *Sexologies* (2012) 21. 2011:3-8.
121. Abdulcadir, J, Rodriguez, MI, Say, L. A systematic review of the evidence on clitoral reconstruction after female genital mutilation/cutting. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2015; 129 93-7.
122. Socialstyrelsen. Anmäla oro för barn. Stöd för anmälningsskyldiga och andra anmälare.; 2014.
123. Socialstyrelsen. Sekretess- och tystnadspliktsgränser - I socialtjänsten och i hälso- och sjukvården 2012.
124. UNICEFs arbete mot könsstympning 2014. Hämtad 2014-11-14 från: http://www.unicef.org/protection/57929_58002.html