

Camilla Andersson, AT-läkare, Värnamo sjukhus (millibus@hotmail.com)

Kvinnlig könsstympning möter den svenska vården

Könsstympningen en av många former av kvinnodiskriminering i världen

■ Länge låg fokus för kvinnlig könsstympning enbart på den afrikanska kontinenten. Med den folkomflyttning som ägt rum de senaste årtiondena har det skett en ökad inflyttning av invandrare och flyktingar till västvärlden från de länder där könsstympning praktiseras. Resultatet har blivit att hälso- och sjukvårdssystemen i den rika världen kommit att konfronteras med könsstympning i allt större utsträckning. Erfarenheten visar att det är troligt att grupper som kommer från områden där kvinnlig könsstympning praktiseras ämnar fortsätta utöva könsstympning i sitt nya hemland [1]. Dock kan det inte tas för givet att det blir så, bland annat eftersom just könsstympning för vissa utgör en av anledningarna till utvandring.

Enligt beräkningar finns det uppemot 27 000 kvinnor i Sverige idag som kommer från områden där könsstympning är vanligt förekommande. Av dessa är cirka 12 000 i åldern 0–20 år och får därmed anses vara i riskzonen för att bli utsatta för ingreppet, om de inte redan är könsstypade [2]. I Sverige infördes tidigt en lag som förbjuder kvinnlig könsstympning [3], och det preventiva arbetet syftar framför allt till att förhindra att ytterligare könsstympningar utförs samt att finna sätt att inom vården ta hand om de redan könsstypade flickorna och kvinnorna [4-6].

Lagar som verktyg

Alla länder i hela världen utom USA och Somalia har ratificerat FNs barnkonvention. En av dess grundpelare är principen om barnets bästa och utgår från två grundläggande tankar: att barn har fullt och lika människovärde samt att barn är sårbara och behöver särskilt stöd och skydd. Konventionen innebär att barnets bästa ska komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barn. I artikel 21 punkt 3 fastställs att staten ska ta till alla effektiva och lämpliga åtgärder för att avskaffa sedvänjor som är skadliga för barns hälsa. Kvinnlig könsstympning är en sådan sedvänja enligt konventionens förarbeten [7].

Sedan 1982 har Sverige en lag som förbjuder kvinnlig könsstympning [3]. En lag ger en tydlig indikation på att det inte är acceptabelt att kvinnlig könsstympning utförs på barn. Det i sig kan vara ett bra verktyg i arbetet med att få bukt med könsstympningen [7]. Dessutom ger lagen familjer som inte vill könsstympa sina döttrar stöd för sina ställningstaganden [8]. Sedan 1982 har lagen ändrats vid ett flertal tillfällen. Fenomenet benämns inte längre kvinnlig omskärelse utan istäl-

SAMMANFATTAT

I Sverige lever ungefär 27 000 kvinnor som kommer från länder där kvinnlig könsstympning är vanligt förekommande. Detta medför att könsstympning direkt berör svensk hälso- och sjukvård.

Kunskap om den kvinnliga könsstympningens bakgrund, innebörd och konsekvenser är en förutsättning för en verksam prevention, en bra klinisk handläggning och ett gott bemötande av kvinnorna. För att undvika ett fördömande och stigmatiserande bemötande krävs dessutom förståelse för de könsstypade kvinnornas situation och medvetenhet om den identitetskris som ofta drabbar dem då de kommer till Sverige och förlorar sin identitet som »normala« kvinnor.

Det är viktigt att komma ihåg att kvinnlig könsstympning är en av många former av diskriminering som drabbar flickor och kvinnor i världen. Denna diskriminering har inga nationella eller kulturella gränser och varierar i uttryck och grad.

För att optimera vård och bemötande av kvinnor som socialiserats in i en kvinnoroll vilken oftast ses som väsensskild från den kvinnoroll det svenska samhället sägs förespråka, är det av största vikt att först ta en titt under svenska kvinnors slöja av »jämsställdhet«, »frivillighet« och »valfrihet«.

Serie: Genusperspektiv

Tidigare artiklar i serien har publicerats i Läkartidningen nr 45, 46, 47, 49 och 50/00 samt i nr 3, 7, 9, 11, 13 och 16/01.

let kvinnlig könsstympning, och innebär idag ett förbud mot alla typer av könsstympning; detta även om flickan eller kvinnan givit sitt samtycke. Den innebär också ett förbud mot att vaginas mynning åter sys ihop efter förlossning. Förberedel-

Omskärelse i Uganda.

se och underlåtenhet att avslöja brott samt så kallad stämpling (att någon i samråd med annan beslutar om brottslig gärning eller att någon försöker anstifta till gärningen) är också straffbart [9]. Den svenska lagen gör den vuxne ansvarig för överträdelsen om ett barn förs till ett annat land för att få ingreppet gjort, och detta är straffbart även om könsstympningen utförs i ett land som saknar förbud. Det föreligger anmälningsplikt för all hälso- och sjukvårdspersonal enligt § 71 i Socialtjänstlagen vid upptäckt av ett fall av könsstympning hos ett barn eller då man misstänker att det planeras [2, 7].

Preventionsarbete

Ett treårigt projekt kring kvinnlig könsstympning i Sverige inleddes 1993, Göteborgsprojektet [4, 5]. Det var invandrarförvaltningen i Göteborg som fick i uppdrag av Socialstyrelsen att starta ett lokalt förankrat projekt. Målet var att skapa nätverk, att samla afrikanska invandrargrupper för att få igång ett samtal i ämnet och att sprida kunskap till vårdpersonal. Intentionen var att de erfarenheter som utvecklades under projektet senare skulle kunna användas i hälsofrämjande och förebyggande syfte i övriga delar av Sverige. Inom projektet har personal inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten undervisats om kvinnlig könsstympning och haft praktisk handledning. Projektet har lett till att riktlinjer tagits fram för praktiska situationer inom hälso- och sjukvårdsområdet, liksom handläggningsrutiner för personal inom socialtjänsten. Olika former av informationsmaterial har också producerats. Ämnet ingår numera i all barnmorskeutbildning. Den ökade kunskapen bland invandrargruppen har lett till att många vill frångå infibulation. Detta projekt har blivit vägledande för preventionsarbetet i Sverige, och nu återstår att se om samma medvetenhet kan föras ut till övriga delar av landet med hjälp av det nätverk som man byggt upp.

Det finns även mindre projekt som utvecklats på andra ställen på grund av ett plötsligt behov. BVC och MVC-personal i Haninge kommun hamnade under 1990-talet i en situation de inte var vana vid då ett stort antal afrikanska flyktingar kom till kommunen [6]. Många av kvinnorna var könsstympade, och man konfronterades med frågor som var nya och problematiska. Familjerna bad om råd om hur de skulle få sina döttrar könsstympade i Sverige, och kvinnorna bad om att bli ihopsydda igen efter förlossning. Andra problem som uppstod hängde bland annat samman med att de kvinnor som var infibulerade inte gick att undersöka gynekologiskt. Därför startade personalen tillsammans med kommunens flyktingmottagning en »afrikansk familjegrupp«, där målen var att förbättra barnens och kvinnornas hälsa och att motverka kvinnlig könsstympning. Hälsoupplysning gavs i form av information om kvinnokroppen och reproduktionsfysiologi och vid varje möte togs kvinnlig könsstympning upp ur någon aspekt. Den svenska lagen mot kvinnlig könsstympning, könsstympningens roll i religion och kultur och dess medicinska konsekvenser diskuterades. Man hade inte funnit något nytt fall av kvinnlig könsstympning hos flickbarn sedan projektet började 1993 tills dess att artikeln om projektet publicerades i Läkartidningen 1995. Erfarenheten är att kvinnorna behöver mycket stöd inför förlossningen och att det är viktigt med förberedelser inför en deinfibulering (öppnande av vulva), både för kvinnan och mannen.

Det pågår för närvarande ett treårigt projekt i Sverige där Socialstyrelsen på uppdrag av regeringen ska arbeta förebyggande mot kvinnlig könsstympning genom att utveckla kompetensen hos de personer som kan komma i kontakt med kvinnlig könsstympning i sin yrkesutövning [9]. Fram tills idag har det anordnats två större konferenser om kvinnlig könsstympning i Europa, en i London och en i Göteborg, och det planeras ytterligare en konferens under 2001 som ska hållas i Stockholm [9]. I detta europeiska samarbete behandlas en rad frågor, däribland människorättsaspekter, lagstiftning, information och utbildning, medicinska konsekvenser och omfattningen av kvinnlig könsstympning i Europa [7].

Det står klart att preventionsarbetet fungerar tillfredsställande på de platser där man fått ekonomiskt stöd för att kunna driva ett mera planerat och medvetet arbete [4, 5] och även på de ställen där det finns eldsjälur som uppmärksammat problemet och värnar om den här frågan [6]. Det återstår att se om Socialstyrelsens nu pågående projekt lyckas sprida kunskap till de olika arbetsplatser där personal kan komma i kontakt med kvinnlig könsstympning.

Det står klart att preventionsarbetet fungerar tillfredsställande på de platser där man fått ekonomiskt stöd för att kunna driva ett mera planerat och medvetet arbete [4, 5] och även på de ställen där det finns eldsjälur som uppmärksammat problemet och värnar om den här frågan [6]. Det återstår att se om Socialstyrelsens nu pågående projekt lyckas sprida kunskap till de olika arbetsplatser där personal kan komma i kontakt med kvinnlig könsstympning.

Vårdpersonalens kunskapsbehov

För en verksam prevention i Sverige måste det finnas kunskap om och förståelse för de frågor som omger kvinnlig könsstympning bland flickorna och deras familjer [1]; något som det också visade sig finnas ett stort behov av i de enkätundersökningar som i samarbete med Nordiska Hälsovårdshögskolan gjordes i projektet i Göteborg. Enkäten gjordes med öppna frågeställningar, och ingen kvantitativ analys eller något statistiskt material har tagits fram. Resultatet ger snarast en uppfattning om »trenden« hos de svarande, och därigenom har man kunnat göra en kartläggning om kunskaper, attityder och beteenden hos dem som varit involverade i projektet [4, 5]. Vad gäller vårdpersonalens kunskapsbehov efterlystes för det första mer praktiskt användbar medicinsk kunskap om kvinnlig könsstympning, men även mer kunskap om de kulturer som tillämpar kvinnlig könsstympning, om vilka bakomliggande orsaker som finns och om religiösa perspektiv på frågan. Det efterfrågades också mer kunskap om hur könsstympningen påverkar sexualiteten.

I personalgruppen visade det sig dessutom finnas ett behov av att i mindre grupper få bearbeta sina egna känslor och sin personliga inställning till kvinnlig könsstympning. Beträffande personalens egna känslor inför könsstympning var svaren väldigt känsloladdade. Ord som användes av de svarande var avsky, ångest och ursinne, och somliga menade även att kvinnlig könsstympning stod för något kriminellt och fruktansvärt. Alla var måna om att ta hand om patienten på bästa sätt, men känslorna som könsstympningen väckte ingav rädsla över den egna reaktionen och eventuellt det egna beteendet. Många pekade på att de innan de haft kunskap om kvinnlig könsstympning reagerat med avsky och vämjelse, men att de lärt sig skilja på fakta och sina egna känslor [5]. Ett fördömande beteende gentemot kvinnan kan ha förödande konsekvenser, varför det är av yttersta vikt att hälsoarbetare som har svårt att hantera de känslor som stympningen väcker får kunskap och stöd för att på bästa sätt kunna utöva sitt yrke [10].

Det finns endast ett fåtal studier som undersöker det kunskapsbehov som finns bland vårdpersonal. I en sådan studie [2] tillfrågades personal på ungdomsmottagningar inom vilka områden de önskade få mera kunskap i ämnet. Svaren visade tydligt att kunskapen var bristande, men intresset stort. Många behövde mer kunskap om kulturella och sociala aspekter. Det eftersöktes mer fakta av medicinsk karaktär, och det fanns ett behov av att få tillfälle för diskussion om etiska frågor och metoder för att uppnå en förändring. Många hade även funderingar om hur man på bästa sätt genomför sexualundervisning i skolan om det finns könsstympade flickor i klassen. Slutligen ville man även ha hjälp med att komma fram till de bästa sätten att bemöta flickorna när de söker vård för problem relaterade till könsstympning.

Konstruktion av kvinnlighet och kvinnors underordning

Olika kvinnoideal möts eller kolliderar: Vad som anses vara en »naturlig kvinna« är i sista hand alltid en social konstruktion. Och på så sätt också ett resultat av vem som i ett givet samhälle haft makten att definiera vad som ska klassas som naturligt, sanning, tradition, kultur, det goda etc. Socialantropologen Aud Talle [11] har lagt fram tesen att kvinnlig könsstympning kan ses som ett verktyg att skapa kvinnan till det som anses vara den naturliga kvinnan. Hon menar att en människa av kvinnligt kön i det somaliska samhället inte fullt ut är en kvinna förrän hennes klitoris har tagits bort, hon har sytts samman och därefter åter blivit öppnad av sin make. Den icke stympade kvinnan representerar de »negativa« värdena, som omoralisk, smutsig, ful, promiskuös etc. Andra kroppsideal som alstras i de processer vilka konstruerar den »naturliga« kvinnan leder till att kvinnor exempelvis avlägsnar sitt kroppshår, förstör eller förminskar sina bröst, korrigerar sina blygdläppar, sprutar in silikon i sina läppar eller kinder, genomgår näsoperationer och kanske framförallt strävar mot att bli så smala som möjligt [12, 13]. Och allt detta för att leva upp till bilden av den fulländade kvinnan. Dessa kvinnoideal har förändrats under historien, och de är skapade bortom kvinnans inflytande. Detta styrs inte underifrån utan är skapat av de samhälliga strukturer som verkar på och formar människan.

Kvinnoidealen och konstruktionen av kvinnlighet ser dock olika ut i olika delar av världen. Nedanstående citat, som är hämtat från en studie av somaliska kvinnor, pekar på den identitetskris som exempelvis kan drabba somaliska kvinnor när de kommer till Sverige [14].

»När jag bodde i Somalia upplyste vi flickor om att kvinnlig omskärelse är något som ingår i det kvinnliga könet. Men nu förstår jag att den uppfattningen var helt fel. Nu förstår jag att man inte behöver vara könsstympad för att vara en kvinna. Det går inte att jämföras, min kunskap om mig själv nu och då. Denna plågsamma tradition måste stoppas helt.«

Kvinnorna i samma studie [14] talade om en identitetskris där de upplevde sin roll som kvinna ifrågasatt. Deras roll som kvinna hade för dem varit självklar i Somalia. Nu levde de däremot i ett samhälle med en annan syn på kvinnan, vilket upplevdes som mycket förvirrande. Mer än hälften av kvinnorna erfor en mer eller mindre stark identitetskris där de ifrågasatte sin identitet som »normala« kvinnor. De intervjuade kvinnorna upplevde också en rollförlust. De funderade mycket över sin nya roll och funktion i Sverige; ett samhälle där kvinnoidealen skiljer sig på många sätt.

I en annan studie om somaliska kvinnor i Sverige [15] menade en av de intervjuade kvinnorna följande:

»In our homeland, it is so common with circumcision – all

women are circumcised, so no one thinks that anything will happen. When we come to Sweden, we meet people who say that female circumcision causes risks during childbirth, but we don't think so much about it.«

För många somaliska kvinnor – dock ej alla – är infibulation det enda normala, och de ser inte nödvändigtvis sin könsstympning som ett medicinskt problem. När de kommer till Sverige och möter hälso- och sjukvårdspersonal som har begränsade kunskaper kan det hända att problemet överdrivs och att detta påverkar omhändertagandet av kvinnan. Detta tros kunna vara en anledning till att antalet kejsarsnitt är högt i invandrargrupper där kvinnorna är könsstympade [15]. Det är viktigt att sjukvårdspersonal möter dessa kvinnor som just kvinnor, och inte som avvikande infibulerade objekt. Att utpeka någon som avvikande är inte en bra grund att stå på om man vill nå fram och få en bra kommunikation och förståelse [13]. Det etablerade samhällets stigmatisering av avvikelser kan ytterligare förstärka kvinnans utanförskap, vilket kan få till följd att kvinnan drar sig för att söka vård vid behov eller att kommunikationen begränsas.

Problemets komplexitet: Preventionsarbetet i Sverige är inriktat på att sprida kunskap bland vårdpersonal om könsstympningens bakgrund, de religiösa, kulturella och sociala aspekterna samt att skapa handlägningsplaner för praktiska medicinska situationer. De könsstympade kvinnorna och deras familjer verkar huvudsakligen erhålla information om de legala aspekterna på kvinnlig könsstympning i Sverige, fakta om att islam inte förespråkar könsstympning och information om de effekter ingreppet har på kvinnors hälsa. Men jag tror inte det går att komma tillrätta med kvinnlig könsstympning, och jag tror inte heller att man kan förstå fenomenet till fullo, om man enbart fokuserar på den sortens kunskap. Förståelse av könsstympningens bakgrund, innebörd och konsekvenser är självklart en förutsättning för en korrekt klinisk handläggning och ett bra bemötande av kvinnorna. Framförallt är det viktigt att inte reducera kvinnlig könsstympning till enbart ett medicinskt och hälsoinriktat problem utan att se det för vad det är – en faktiskt politisk, social och kulturell fråga. Precis som med allt annat arbete som syftar till att bryta kvinnoförtrycket måste också arbetet med att förebygga kvinnlig könsstympning – i Sverige och i de länder där det är norm för kvinnor – försöka motarbeta den underordnade livssituation som kvinnor är förvisade till [5, 12, 13]. För att på bästa sätt kunna bemöta könsstympade kvinnor inom hälso- och sjukvården, och i arbetet för könsstympningens eliminering, måste involverad personal förstå de strukturer i samhället som möjliggör att kvinnor förtrycks och har en underordnad ställning gentemot män. Detta innebär följaktligen att medicinsk forskning måste ta hjälp av och samarbeta med den humanistiska och samhällsvetenskapliga forskningen om kvinnlig könsstympning.

Kvinnor som är stympade upplever ofta en identitetskris i det svenska samhället där könsstympning inte bara är strikt förbjudet enligt lag utan dessutom ses som ett övergrepp. För många av de könsstympade kvinnorna innebär det en smärtsam process av att vara i Sverige, där upplevelsen av att inte längre ingå i kategorin »normala« kvinnor blir tydlig. Att ifrågasätta förhärskande könsroller och könsidentiteter kan kännas skrämmande, då det ifrågasätter hela grundvalen för vår självförståelse, vår person och våra sociala relationer, vår kultur och våra traditioner. Det är därför väsentligt att komma ihåg att kvinnlig könsstympning är en av många former av diskriminering som drabbar flickor och kvinnor i världen. Denna diskriminering har inga nationella eller kulturella gränser och varierar givetvis i uttryck och grad. Svårigheterna med att göra upp med det domine-

rande kvinnoidealet i västvärlden ser vi mitt i bland oss i dagens Sverige. Ett skrämmande stort antal svenska kvinnor och flickor drabbas av anorexi, bulimi och andra ätstörningar, och detta problems omfattning vet snart sagt inga gränser. Dock beskriver vi sällan dessa problem som uttryck för en barbarisk och kvinnoförtryckande västerländsk eller svensk kultur. Utan vi har istället valt att – när vi överhuvudtaget tar upp detta problem (och när det inte reduceras till ett medicinskt problem) – behandla det som en maktfråga som måste lösas på social och politisk väg. Diskussionen om kvinnlig könsstympning hade därför tjänat på att formulera problematiken på ett liknande sätt, istället för att, som det oftast sker nu, tjäna som ett slagträ i en primitiv debatt om vilken kultur som är bäst.

Om vi kunde börja diskutera kvinnlig könsstympning på ett lika fruktbart sätt som vi ibland kan diskutera svenska kvinnors ätstörningar tror jag också att man kan avhjälpa den rädsla och avsky som könsstympningen ibland väcker hos vårdpersonal; en rädsla som kan leda till ett stigmatiserande och oprofessionellt bemötande.

Vad är egentligen en kvinna? Hur ser de normer och definitioner ut som bestämmer ett samhälles syn på vad som utgör det kvinnliga och det feminina? Jag tror att det är viktigt att människor utsätter sig själva för kritisk granskning. För att optimera vård och bemötande av kvinnor som socialiserats in i en kvinnoroll, vilken oftast ses som väsensskild från den kvinnoroll det svenska samhället sågs förespråka, är det av största vikt att först ta en titt under svenska kvinnors slöja av »jämfästhet«, »frivillighet« och »valfrihet«.

*

Artikeln bygger på en 5-poängsuppsats vid medicinska fakulteten vid Lunds universitet. Handledare: Birgitta Hoveli-us.

Referenser

- Dorkenoo E. Cutting the rose, female genital mutilation: The practice and its prevention, London: Minority Rights Group; 1994.
- Sörman Nath Y, Ismail N. Ingen frågade mig. En rapport om kvinnlig könsstympning i Sverige. Stockholm: Stiftelsen Kvinnoforum; 2000.
- Lag med förbud mot omskärelse av kvinnor. SFS 1982:316.
- Andersson K, Staugård F. Förebyggande av kvinnlig könsstympning i Sverige. Nord Med 1996;111:358-60.
- Andersson K, Staugård F. Hälsofrämjande åtgärder för kvinnor och barn. Förebyggande av kvinnlig könsstympning. Evaluering av projektet. Göteborg: Invandrarförvaltningen/Nordiska Hälsovårdshögskolan; 1996.
- Tindberg Y. Kvinnlig könsstympning motarbetas i Haninge. Läkartidningen 1995;92:4437-8.
- Omsäter M. Den smärtsamma traditionen: Om Göteborgsprojektet mot kvinnlig könsstympning. Göteborg: Göteborgs invandrarförvaltning; 1996.
- Johnsdotter S, Carlbom A, Omar Geesdiir A, Elmi A. Som Gud skapade oss. Förhållningssätt till kvinnlig omskärelse bland somalier i Malmö. Malmö: Malmö stads program Sexuell hälsa; 2000.
- Olsson I. Bred kamp mot kvinnlig könsstympning. Läkartidningen 2000;97:4694-5.
- Hedley R, Dorkenoo E. Child protection and female genital mutilation, advice for health, education and social work professionals. London: Forward Ltd; 1992.
- Talle A. Kvinnlig könsstympning: Ett sätt att skapa kvinnor och män. I: Kulic D, redaktör. Från kön till genus. Stockholm: Carlssons bokförlag; 1987.
- Bergström S. Omskjaerling av kvinner – en genital lemlestelse. Tidsskr Nor Laegeforen 1994;114:1166-7.
- Sundby J, Austveg B. Genital mutilering. En ny utfordring til helsevesene. Tidsskr Nor Laegeforen 1993;113:2704-7.
- Moussa MA. Kvinnlig könsstympning som livslångt lidande. Könsstympade kvinnors upplevelser av svensk kvinnosjukvård och sin situation. Examensarbete. Lund, Helsingborg: Vårdhögskolan Lund-Helsingborg; 1998.
- Essén B, Johnsdotter S, Hoveli-us B, Östergren PO, Sjöberg NO, Friedman J, et al. Qualitative study of pregnancy and childbirth experience in Somalian women resident in Sweden. Br J Obst Gyn 2000;107:1507-12.

SUMMARY

Female genital mutilation meets Swedish health care; genital mutilation is one of many forms of discrimination against women in the world

Camilla Andersson

Läkartidningen 2001; 98: 2470-3

About 27,000 women from countries in which female genital mutilation (FGM) is a common practice are presently living in Sweden. This means that FGM is a phenomenon that directly affects the Swedish health care system.

Knowledge and understanding of the background, meaning and consequences of FGM are a prerequisite for effective prevention, proper clinical handling and supportive reception of the women. To avoid a stigmatizing reception it is also important to understand the situation of genitally mutilated women, and to become aware of the identity crisis many of them experience when they come to Sweden and lose their identity as »normal« women.

It is essential to remember that female genital mutilation is one of many forms of discrimination affecting girls and women around the world. This discrimination knows no national or cultural borders and varies in expression and extent.

In order to offer optimal care and reception of women who have been socialized into a gender role that is often seen as completely different from the gender role that Swedish society is said to embrace, it is of the utmost importance to first take a critical look beneath the veil of alleged gender equality of Swedish women.

Correspondence: Camilla Andersson, Värnamo sjukhus, SE-331 85 Värnamo, Sweden (millibus@hotmail.com)