

Replik:

Frågan om stympning av flickor fordrar uppmärksamhet och forskning

I Frankrike har minst 25 domar avkunnats avseende könsstympning av flickor. Varför skulle Sverige vara helt undantaget från denna risk? Debatten måste handla om hur vi kan hjälpa, stötta och eventuellt behandla de flickor och kvinnor som genomgått eller riskerar genomgå könsstympning, oavsett var i världen de befinner sig.



LARS ALMROTH
ST-läkare, barn- och ungdomskliniken, Centralsjukhuset, Kristianstad, med dr i internationell hälsa, IHCAR
L.Almroth@telia.com



HELENA HOLMGREN
medicine studerande



VANJA BERGGREN
lektor i folkhälsovetenskap, Högskolan Kristianstad



STAFFAN BERGSTRÖM
professor i internationell hälsa, IHCAR; samtliga vid Karolinska institutet, Stockholm

I vår artikel i Läkartidningen 21/2005 (sidorna 1637-43) framför vi budskapet att sjukvårdspersonal och andra som arbetar med barn bör vara medvetna om könsstympning och dess möjliga konsekvenser hos flickor. I avsaknad av tidigare pediatrikt inriktad forskning finns stora kunskapsluckor och därmed risk att flickor som drabbats inte upptäcks och därför inte får den hjälp de behöver.

Konsekvenser av ingreppet

Vi vet från forskning i Sudan att det finns en omfattande »dold sjuklighet« hos flickor orsakad av könsstympning. I en aktuell studie publicerad i Lancet har vi kunnat påvisa ett starkt samband mellan könsstympning och primär infertilitet (ju mer omfattande ingrepp desto större risk) [1]. Den enda rimliga förklaringen till detta samband står att söka i infektioner eller andra förändringar i flickans genitalia som följer efter ingreppet, processer vilka inte uppmärksammas eller behandlas av läkare [2]. Könsstympning har också visats vara en riskfaktor för

urinvägsinfektioner hos flickor i förskoleåldern [3]. Det kan dock vara svårt för sjukvårdspersonal att uppmärksamma följder av könsstympning eftersom komplikationer och andra symtom från underlivet kraftigt underrapporteras [3].

Skäl lära mer också i Sverige

Följder av könsstympning hos flickor är det angeläget att vara medveten om, och lära sig mera om, inte bara i Afrika, utan även i Europa och däribland i Sverige. Att det finns flickor i Sverige som har genomgått könsstympning är väldokumenterat. Av oss som skrivit denna text har LA och SB i klinisk verksamhet i Sverige mött flickor som genomgått könsstympning. Denna erfarenhet delar vi med många andra som mött drabbade flickor eller tonårstjejer, om inte inom pediatriken så kanske på ungdomsmottagningar eller inom gynekologi/obstetrik.

Det är viktigt att våga fråga flickor/familjer som kommer från områden där sedvänjan är vanlig – kanske på det sätt som vi föreslår i artikeln – annars kan man lätt missa det. Operationen kan ha skett före flytt till Sverige, eller efter. Det är det senare som är olagligt och det som Johnsdotter och Essén (J/E) hakat upp sig på och är säkra på inte sker [4]. Som underlag för sina påståenden kan J/E endast hänvisa till egna studier, vilkas resultat främst baseras på kvalitativa intervjuer och där varken metod eller urval medger generaliseringar. Att det inte finns någon fällande dom i Sverige utgör inte heller något bevis för att könsstympning inte sker här.

Belägg för våra påståenden

Vi har i vår artikel redovisat studier till stöd för samtliga påståenden utan att försöka bortförklara fynd. Vi drog slutsatsen att mycket pekar på att könsstympning i viss mån fortsätter även efter migration och baserade det på bland

annat följande (vilket refererades till i artikeln):

1. Könsstympning av flickor tycks minska ytterst lite i de områden där den traditionellt praktiseras, trots årtionden av lagstiftning och kampanjer. Sedvänjan har där ett mycket starkt socialt och traditionellt värde. Tyvärr har sedvänjan för vissa dessutom fått en religiös mening (därav användandet av termen »sunna«), vilket gör det än svårare att motarbeta ingreppet [2, 5].
2. Det finns bekräftade fall av könsstympning i andra delar av Europa, och det finns forskning från andra länder än Sverige som tydligt visar att traditionen i viss utsträckning fortsätter efter migrationen. Vi känner dessutom till flera sudanesiska familjer boende i Europa som låtit sina döttrar genomgå operationen i Sudan under resor dit. En orsak till detta är rädslan att flickorna ska påverkas av den liberala sexualmoralen i väst och tron att könsstympning minskar sexualdriften och därigenom risken för föräktenskapligt sex.
3. Studier från Sverige indikerar att sedvänjan sker även på flickor som bor här. Till skillnad från J/E vill vi inte spekulera över, eller bortförklara, de sju personer som i deras studie uppgav att de träffat patienter med nyligen genomförd könsstympning [6]. I motsats till J/E tycker vi att studien av Ahlberg och medarbetare [7] är bra, och vi finner ingen anledning att försöka göra någon annan tolkning av materialet än vad författarna själva gör. Vi har också kännedom om kvinnor i Sverige som tillsammans med sina döttrar sökt skydd hos kvinnojouren eftersom flickorna skulle tvingas genomgå könsstympning.

Vi påstår inte, som J/E antyder, att något är belagt, utan redovisar att det finns motstridiga uppgifter. Vi redovisar, med referenser, öppet bakgrunden till alla våra påståenden.

Härresande jämförelse

Vi anser att de flickor och kvinnor som genomgått könsstympning förtjänar mer respekt än att jämföras med kosmetisk underlivskirurgi [8] och satanistiska ri-

tualmord. J/E skriver att i sitt inlägg att »det är kanske mer sannolikt att det finns svenskafrikanska flickor som utsätts för omskärelse än att det finns mäktiga pedofilringar som utövar satanistiska ritualmord i de svenska skogarna«. Vi tycker den formuleringen är hårresande.

Om vi tar ett annat europeiskt land, Frankrike, finns det minst 25 fällande domar avseende könsstympning av flickor [9]; en enskild »omskärelse« har dömts för 48 fall av könsstympning [9], och det finns belagt att dödsfall har inträffat som resultat av könsstympning [10]. Varför skulle Sverige vara helt undantaget från denna risk? Forskning handlar inte om att vränga debatten för att den ska passa den egna agendan. Det hela måste handla om hur vi kan hjälpa, stötta och eventuellt behandla de flickor och kvinnor som genomgått eller riskerar genomgå könsstympning, oavsett var i världen de befinner sig.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Almroth L, Elmusharaf S, El Hadi N, Obeid A, El Sheikh MA, Elfadil SM, et al. Primary infertility after genital mutilation in girlhood in Sudan: a case-control study. *Lancet* 2005;366:385-91.
2. Almroth L. Genital mutilation of girls in Sudan: community- and hospital-based studies on female genital cutting and its sequelae [dissertation]. Stockholm: Karolinska institutet; 2005.
3. Almroth L, Bedri HA, Elmusharaf S, Satti A, Idris T, Hashim MS, et al. Urogenital complications among girls with genital mutilation: A hospital based study in Khartoum. *Afr J Reprod Health*;2005 9(2):127-33.
4. Johnsdotter S, Essén B. It is only a tradition: making sense of Swedish Somalis' narratives of female circumcision and avoiding submission to hegemonic political discourse. *Critical Social Policy*. Under publ.
5. Berggren V, Abdel Salam G, Bergstrom S, Johansson E, Edberg AK. An explorative study of Sudanese midwives' motives, perceptions and experiences of re-infibulation after birth. *Midwifery* 2004;20:299-311.
6. Tamaddon L, Johnsdotter S, Liljestrang J, Essen B. Female genital cutting (FGC) in Sweden – a survey among health care providers. *FOKO International Conference*; 2003 5-7 September; Malmö, Sweden; 2003.
7. Ahlberg BM, Krantz I, Lindmark G, Warsame M. »It's only a tradition«: making sense of eradication interventions and the persistence of female »circumcision« within a Swedish context. *Crit Soc Policy* 2004;24:50-78.
8. Essen B, Johnsdotter S. Female genital mutilation in the West: traditional circumcision versus genital cosmetic surgery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83:611-3.
9. Rahman A, Toubia N. Female genital mutilation: a guide to laws and policies worldwide. London: Zed; 2000.
10. Dorkenoo E. Cutting the rose: female genital mutilation: the practice and its prevention. London: Minority Rights Publications; 1994.

De apatiska barnen:

Medicinsk etik och politiskt ansvar

Under sommaren har en debatt förekommit i *Läkartidningen* angående inställningen till apatiska barn.

De som inte är insatta i problematiken kan ha glädje av att känna till kontexten för fenomenet. Under år 2002 avskaffades så kallade de facto-asylskäl. De facto-skäl innebär att man inte har velat bevilja asyl på politiska grunder, något som redan var ett sällsynt undantag i svensk asylrätt i motsats till flera europeiska länder. Men det ansågs att den asylsökande av olika skäl de facto inte kunde skickas tillbaka, till exempel på grund av en välgrundad fruktan för förföljelse eller av humanitära skäl.

Ändrad motivering

Jag har under många år sett asylsökande med tortyrbakgrund för dokumentation. När jag började utföra dylika undersökningar var skälen för avslag i första instans i regel att den sökande saknade trovärdighet. Nu är det vanligt att det står i avslagsmotiveringar att »vi ifrågasätter inte att du har varit utsatt för tortyr, men risken att det skulle inträffa igen anser vi vara liten ...«.

När man således plötsligt i praktiken avskaffar alla asylskäl kommer det att finnas ett stort antal asylsökande i landet som är desperata. De av dem som är föräldrar klarar ofta inte att ta hand om barnen. I många fall har barnen dessutom bevittnat våld mot föräldrarna eller har egna traumatiska upplevelser, något som föräldrarna ofta inte känner till eller orkar ta in.

Så stödjer vi bäst de dömda i Libyen

Johan Lagerfelt undrar i *Läkartidningen* 30-31/2005 (sidan 2171) hur Läkärförbundet och WMA, World Medical Association, har agerat för att visa solidaritet med den palestinske läkare och de fem bulgariska sjuksköterskor som är dömda till döden i Libyen. De är anklagade för att medvetet ha smittat mer än 400 libyska barn med HIV genom förorenat blod.

Det är en fruktansvärd tragedi för alla inblandade. Hur kan vi agera på bästa sätt för att visa vår solidaritet men framförallt för att påskynda en rättvis rättslig prövning?

Inom Sveriges läkarförbund är vi medvetna om situationen och frågan har diskuterats vid ett flertal tillfällen i WMA. Då flera sjuksköterskor är involverade har WMA kontakter med ICN, International Council of Nurses, som har

Det är därför inget konstigt att det plötsligt dyker upp en »ny och hittills okänd sjukdomsbild«. I motsats till vad som har hävdats är tillståndet tidigare beskrivet, bland annat av Zachary Steel och medarbetare i boken »Broken Spirits«, utgiven av Wilson & Drozdek 2004. Steel och medarbetare knyter fenomenet till den »policy of deterrence«, dvs avskräckningspolicy, som har genomförts i Australien under de senaste åren. Det skulle klart signaleras att det inte var någon idé att söka asyl.

När nu Sverige år 2003 implementerade avskräckningspolicyn uppstod därför en epidem av »apatiska barn« som totalt överväldigade Sveriges barnpsykiatri. En del orkade inte inse allvaret utan frestades ta till opportunistiska förklaringar.

Grundläggande etiska principer

Jag tror att det är viktigt att vårdprofessionernas olika förbund ställer sig helhjärtat bakom medlemmarna och förtydligar att sjukvårdspersonal av alla kategorier aldrig får överge grundläggande etiska principer.

Tvinga politikerna att ta sitt ansvar och låt sjukvårdspersonalen följa medicinsk etik, annars vet vi inte var det slutar!

Hans Peter Söndergaard

specialist i allmän psykiatri, med dr, chefsöverläkare, Kris- och traumacentrum, Danderyds sjukhus
hans.peter.sondergaard@phs.ki.se

engagerat sig mycket och haft ett flertal kontakter med olika parter.

WMA och ICN gör för närvarande gemensamt bedömningen att det inte gagnar de berörda individerna att organisationerna agerar offentligt. Det är en mycket svårhanterlig politisk situation och det är många andra internationella politiska frågor som påverkar bedömningen, vilket gör situationen oberäknelig. Om situationen förändras/förbättras och bedömningen blir en ändrad strategi kommer WMA att fortsatt arbeta tillsammans med ICN för att hjälpa kollegan och sjuksköterskorna till en korrekt legal bedömning.

Eva Nilsson Bågenholm

ordförande Sveriges läkarförbund, ordförande WMAs etikkommitté
eva.nilsson.bagenholm@slf.se