

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 upphovspersonens tillstånd.

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

Artikelnummer: 2024-4-9031

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, april 2024

Förord

Socialstyrelsen vill genom det här materialet bidra till att öka kompetensen kring könsstympning 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 könsstympning, 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. 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.

Kunskapsstödet har uppdaterats inom ramen för regeringsuppdraget (A2021/01029) att förebygga och bekämpa könsstympning av flickor och kvinnor. Några större ändringar har behövts, framförallt av avsnittet om förekomst, som bygger på en ny uppskattning av antal utsatta som Socialstyrelsen publicerade 2023, men även regelverket på området har genomgående uppdaterats. I uppdateringen har hänvisningar till det nya kunskapsstödet med rekommendationer till mödrahälsovården lagts till: Könsstympning hos gravida Nationellt kunskapsstöd för personal i mödrahälsovården och förlossningsvården (2024). Rekommendationen att fråga alla gravida vid inskrivning i mödrahälsovården ingår i det Nationella basprogrammet för graviditetsövervakning, vilket utgör en del av Nationella riktlinjer 2024: Graviditet, förlossning och tiden efter.

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 könsstympning, och som medverkat i det här arbetet på olika sätt.

Oliva Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Ordlista med förkortningar	7
Uppdatering av kunskapsstödet 2023/2024	8
Varför ett material om könsstympning?	9
Läsanvisningar	10
Så här har arbetet gått till	10
Fakta om könsstympning	15
Begrepp	15
Olika typer av könsstympning	15
Bakgrund	18
Förekomst	20
Konsekvenser	24
Hantera frågor om könsstympning.....	29
Kunskap är A och O	29
Riktlinjer om könsstympning.....	30
Våga fråga	30
Ett nytt samtalsstöd för hälso- och sjukvården	31
Diskriminerande att fråga?	31
Helhetssyn	34
Bemötande	35
Förebyggande arbete inom hälso- och sjukvården.....	38
Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.....	38
Skydd för barn och unga	39
Hälso- och sjukvård till nyanlända	40
Påverka attityder och sprida kunskap.....	42
Informera om att könsstympning är förbjudet	42
Vid misstanke om könsstympning eller risk för könsstympning	43
Samverkan	43
Övrigt förebyggande arbete.....	44
Allmänt om den gynekologiska undersökningen	47
Undersökning av barn	47
Mödrahälsovård (MHV)	51

Graviditet.....	51
Vårdkedjan	54
Förlossning och eftervård.....	55
Förlossning vid könsstympning typ III.....	55
Efter förlossningen	56
Barnhälsovård (BHV)	58
Barnhälsovården har många möjligheter att upptäcka och förebygga könsstympning av flickor	58
Könsstympning i Rikshandboken i barnhälsovård om.....	58
Vårdkedjan	59
Barn och unga	60
Barn som söker hälso- och sjukvård	60
Elevhälsa	63
Medicinska insatser	63
Elevhälsan och könsstympning.....	63
Att fråga om könsstympning.....	63
Misstanke om könsstympning eller risk för könsstympning	65
Preventivt arbete i skolan	65
På ungdomsmottagningen.....	67
Psykosociala konsekvenser	67
Sexualitet.....	68
Kirurgiska åtgärder	68
Barn som far illa eller misstänks fara illa.....	69
Primärvård.....	70
Psykiska besvär.....	70
Äldre kvinnor.....	70
Undersökningar av urinröret	71
Screening av cellförändringar på cervix	71
Akuta situationer	71
Hälso- och sjukvård till asylsökande och nyanlända	72
Vård till asylsökande	72
Vilken vård ska erbjudas	72
Sex och samlevnad.....	73
Normal anatomi och påverkan på funktionen vid könsstympning	73
Stöd och råd	74

Kirurgiska åtgärder	75
Öppningsoperation (defibulering).....	75
Klitorisrekonstruktion.....	76
Dokumentation	78
Erfarenheter när det gäller dokumentation och könsstympning.....	78
Klassificeringskoder.....	79
Regelverk	80
Barnkonventionen	80
Anmälningsskyldighet enligt socialtjänstlagen	80
Utreseförbud.....	82
Sekretess och tystnadsplikt	82
Internationella överenskommelser	83
Referenser.....	86

Ordlista med förkortningar

BHV	Barnhälsovård
Defibulation, defibulera	Öppnande av de hopsydda blygdläpparna.
Dysmenorré	Mensvärk
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 slidmyningen.
MHV	Mödrahälsovård
Miktion	Tömning av urinblåsa/på naturlig väg/, urinering.
Reinfibulation	Att åter sy ihop blygdläpparna i syfte att minska slidmyningen, till exempel efter en förlossning.
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

Uppdatering av kunskapsstödet 2023/2024

Kunskapsstödet har uppdaterats inom ramen för Socialstyrelsens arbete med regeringsuppdraget att förebygga och bekämpa könsstympning av flickor och kvinnor (A2021/01029). Avsikten med uppdateringen har varit att uppdatera sakuppgifter samt bestämmelser, men inte att göra en genomgripande revidering. Vi har både tagit bort vissa texter som vi i samråd med experter bedömt som inaktuella och även beaktat ett fåtal tillkommande källor. Några större ändringar har behövts, framförallt av avsnitten om förekomst och om regelverk, men stödet har även i övrigt genomgående uppdaterats. Till Socialstyrelsens hjälp har en referensgrupp med experter samt även rekommendationsgruppen för *Könsstympning hos gravida Nationellt kunskapsstöd för personal i mödrahälsovården och förlossningsvården* deltagit i arbetet [1]. Projektledare för uppdateringen har varit Ulrika Axelsson Jonsson, utredare, och ansvarig enhetschef har varit Anders Berg, enheten för vägledning 2 på Avdelningen för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården.

Avsnittet nedan om hur kunskapsstödet har tagits fram beskriver arbetsmetoden för den ursprungliga versionen.

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 mödrahälsovården, kvinnosjukvården, barnhälsovården och elevhälsan. 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. Sedan kunskapsstödet publicerades 2016 har ett omfattande arbete skett på området hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i nära relationer, se exempel på nytillkomna material i punktlistan nedan.

I stödet redogörs för relevanta lagar och författningar, till exempel kring dokumentation i patientjournalen och anmälningsskyldigheten vid kännedom om eller misstanke om att ett barn far 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:

- *Anmäla oro för barn – Stöd för anmälningsskyldiga och andra anmälare 2022*
- *Att möta barn som kan vara utsatta för hedersrelaterat våld och förtryck - Till dig som arbetar inom hälso- och sjukvården, 2021*
- *Våld i nära relationer – Handbok för socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården, 2023*
- *Barn som far illa eller riskerar att fara illa – reviderad version, 2014*

- *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig – Handbok för vårdgivare, chefer och personal*, aktuell från 1 januari 2015
- *Vägledning för elevhälsan – reviderad version 2023*

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, var det praktiseras och så vidare. Sedan kommer ett kapitel som övergripande behandlar hur man inom vården kan hantera frågor om könsstympning, eftersom dessa ofta upplevs som känsliga. 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 (fr.o.m. den 1 januari 2019 Region Stockholm) 2007, som heter *Mötet med könsstympade kvinnor i vården* [2].

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/learn>.

Så här har arbetet gått till

Det här materialet har tagits fram av Socialstyrelsen tillsammans med en rad experter. Projektledare på Socialstyrelsen för den ursprungliga versionen som publicerades 2016 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 (2017:30), HSL. Socialstyrelsen har även 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 tillförlitliga studier om till exempel olika behandlingsalternativ [3-8]. Mycket av den forskning som finns är gjord på små urval. Dessutom finns det motstridiga forskningsresultat där forskningen pekar åt olika håll. Det finns även 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* [9].

Det finns med andra ord en brist på vetenskapligt underlag på området.

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, clitoridectomy, female genital mutilation, female genital cut, estimate, prevalence, epidemiology, predictor, decline, factor, primary prevention, secondary prevention, tertiary prevention, prevention and

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.

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).

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 [10–13].

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), sedan 1 januari 2020 Sveriges Kommuner och Regioner
- Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK)
- Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU)
- Riksföreningen Stoppa Kvinnlig Könsstympning (RISK) • Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (FSUM).

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

Fakta om könsstympling

Begrepp

Begreppet ”könsstympling” infördes i Sverige i samband med en skärpning av lagstiftningen 1998 och ersatte den tidigare benämningen ”omskärelse” i lagen.²

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

I patientmötet är det viktigt med ett empatiskt förhållningssätt vid valet av begrepp. Det kan innebära användning av ordet ”könsstympling” 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 könsstympling. Ibland behöver man informera om att man använder begreppet könsstympling i journalen (om det inte är det ord man använder med patienten).

”Sunna” är ett ord som ibland används i sammanhang som har med könsstympling 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 könsstympling har skett.

Olika typer av könsstympling

WHO:s definition av kvinnlig könsstympling är som följer [14]:

Kvinnlig könsstympling 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.

² Se proposition Kvinnofrid 1997/98:55 Kvinnofrid s. 96–100 och 136.

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

Bild 1 Inget ingrepp utfört (referensbild).

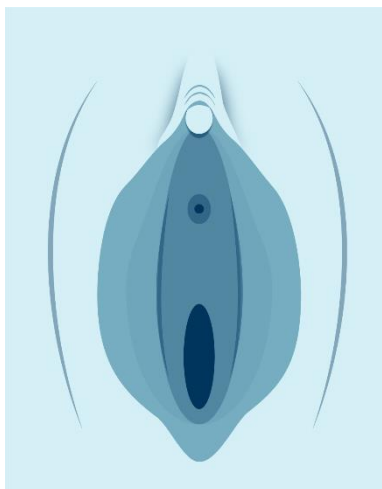


Bild 2. Typ I. Borttagande av förhuden runt klitoris och/eller del av klitoris.

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.

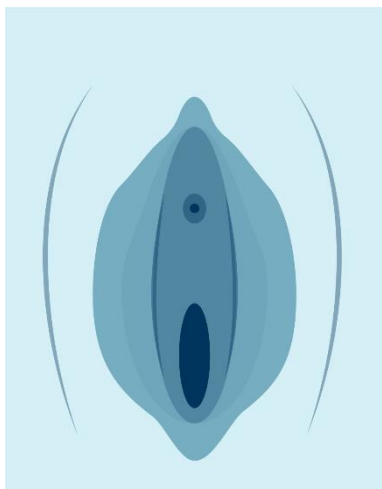


Bild 3. Typ II. Partiellt borttagande av klitoris samt av de inre blygdläpparna, med eller utan borttagande av de yttre blygdläpparna.

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 borttagande av klitoris och de inre blygdläpparna; Typ IIc, partiellt borttagande av klitoris, de inre blygdläpparna och de yttre blygdläpparna.

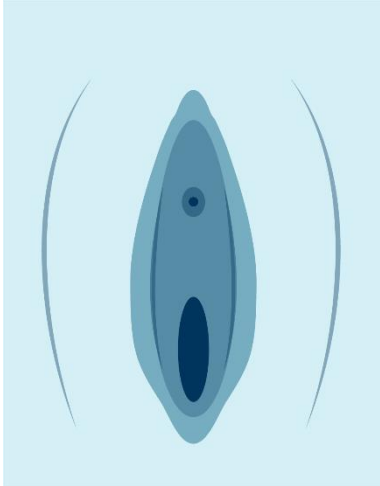
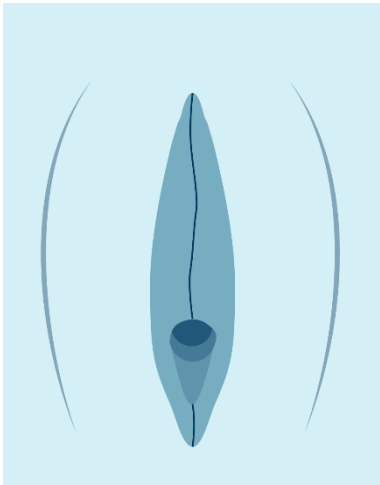


Bild 4. Typ III. Tillslutning/försnävning av vaginalöppningen genom borttagande och hopfästning av de inre blygdläpparna och/eller de yttre blygdläpparna, med eller utan borttagande av del av klitoris (infibulation).

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



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

De allra flesta fallen av könsstympning gäller typ I, II och IV, och en mindre andel gäller typ III. 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.

Typ IV. Oklassificerade stympningar, 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.

Bakgrund

Könsstympning 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 [16-18].

I en svensk intervjustudie från 2013 tillfrågades åtta kvinnor som var födda i olika länder där könsstympning 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 [19].

Av 1 § i lagen (1982:316) med förbud mot könsstympning av kvinnor framgår att ingrepp i de kvinnliga yttre könsorganen i syfte att stympa dessa eller åstadkomma andra bestående förändringar av dem (könsstympning) inte får utföras, oavsett om samtycke har lämnats till ingreppet eller inte.

Könsstympning och religion

Kvinnlig könsstympning förekom före både kristendomen och islam. Sedvänjan är inte påbjuden i någon religiös skrift utan den förekommer bland både kristna, muslimer och animister (en religiös uppfattning enligt vilken naturen är besjälad). Ibland förekommer det att man felaktigt tror att kvinnlig könsstympning 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 [18].

Könsstympning kan vara en del i ett hedersrelaterat våld

Var medveten om att könsstympning kan vara en indikation på hedersrelaterat våld, se *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer, handbok om våld i nära relationer samt informationsmaterial*.³ Barn som är utsatta för hedersrelaterat våld och förtryck mår ofta dåligt på grund av de strikta begränsningar som de tvingas leva med i vardagen. Dessa begränsningar brukar bli allt striktare, ju äldre barnet blir. Det gäller speciellt flickor, vars frihet kan bli hårt begränsad från den dag de får mens eller när de av andra skäl börjar ses som kvinnor.

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, 20]. I Somalia könsstympas flickor vanligtvis i åldern 5–9 år [16]. I Västafrika könsstympas flickor även i yngre tonåren [16]. 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 [16].

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

³ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (HSLF-FS 2022:39), Våld i nära relationer Handbok för socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården (2022) samt broschyren Att möta barn som kan vara utsatta för hedersrelaterat våld och förtryck samt Till dig som arbetar inom hälso- och sjukvården.

firande då flickorna får presenter och liknande. I Västafrika är könsstympning ofta en del av en initiationsrit för att gå från barn till vuxen [21].

Trender

Tillämpningen av könsstympning förändras över tid och i olika länder. 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) [22].

Det finns även en trend 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.

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, 23]. Trenderna är viktiga att känna till eftersom de har betydelse för det preventiva arbetet.

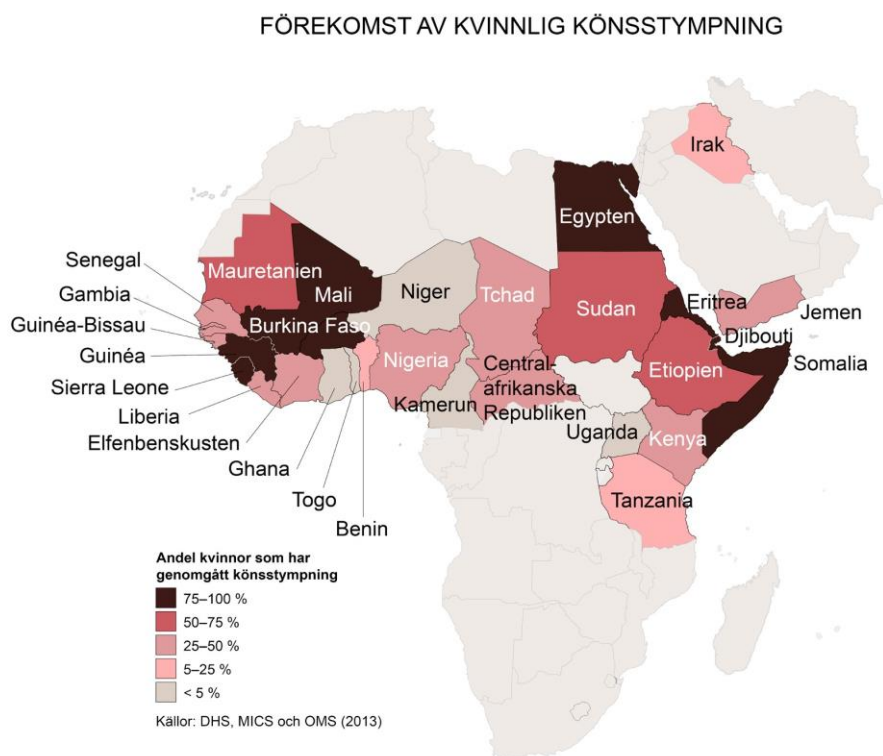
Förekomst

Könsstympning av flickor och kvinnor förekommer i stora delar av världen och även i Sverige. I avsnittet nedan ges en beskrivning utifrån uppgifter som finns tillgängliga, men generellt kan sägas att de uppgifter som finns tillgängliga är mycket osäkra, på såväl internationell som nationell nivå.

Förekomst globalt

Världshälsoorganisationen uppskattar att drygt 200 miljoner flickor och kvinnor i världen är könsstympade, varav majoriteten finns i Afrika och kartan nedan visar förekomst där. Varje år beräknas cirka 3,9 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 [23,

24]. 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 [25].



Osäkra uppgifter om förekomsten av könsstympning

Lagstiftning mot könsstympning, förändrade attityder och förebyggande arbete är insatser som används för att minska förekomsten av könsstympning av flickor och kvinnor. I några länder i Afrika finns uppgifter om en nedåtgående trend, exempelvis i Burkina Faso [23]. I andra delar av världen finns trender i motgående riktning, som i Indonesien [23]. De siffror som finns om både förekomst och om attityder till ingreppet är ofta osäkra och bristfälliga [16, 26]. När det gäller prevalens använder sig både WHO och Unicef av uppgifter som är inhämtade i demografiska studier och folkräkningar (census) [16]. Uppgifterna är självrapporterade, varför det finns risk för både underskattning och överskattning av förekomsten [16, 26]. Eftersom det är olagligt i många länder att utföra könsstympning, finns risken att respondenterna inte uppger att de själva eller deras döttrar är könsstypade.

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 [27]. Tostan finns idag i flera länder.

Faktorer av betydelse

Faktorer som har betydelse för förekomsten och som går att påverka, är till exempel utbildningsnivåer, socioekonomisk status och grad av jämlikhet [16, 28]. De har alla en skyddande verkan och bidrar till en mindre risk att döttrarna ska könsstymmas.

Antalet flickor och kvinnor i Sverige som varit utsatta för könsstympning⁴

I ett nytt faktablad från 2023, uppskattar Socialstyrelsen att närmare 68 000 flickor och kvinnor som bor i Sverige kan ha blivit utsatta för någon form av könsstympning. De största grupperna är flickor och kvinnor som är födda i Somalia, Eritrea, Etiopien, Irak, Egypten, Sudan och Gambia. Det finns flera osäkerheter med siffrorna, varför de enbart ska ses som en uppskattning.

Könsstympning i Sverige

Det finns inga kända fall av könsstympning som skett i Sverige. Däremot förekommer det att flickor som är bosatta i Sverige har blivit utsatta för könsstympning utomlands. Hittills har ett fåtal fall lett till fällande domar [9].⁵ För att förhindra att könsstympning sker tex vid utlandsresor, finns bestämmelser om utreseförbud i vissa fall, se särskilt avsnitt om detta.

Läs gärna mer om prevalens och riskgrupper i Socialstyrelsens faktablad *Uppskattning av antalet kvinnor och flickor i Sverige 2021 som kan ha varit utsatta eller riskerar att utsättas för könsstympning*.⁶

⁴ Uppgifterna i stycket har uppdaterats utifrån *Uppskattning av antalet kvinnor och flickor i Sverige 2021 som kan ha varit utsatta eller riskerar att utsättas för könsstympning*, Socialstyrelsens faktablad (2023). Tidigare källa var Socialstyrelsens uppskattningar av prevalens (2015). En utförlig redogörelse för den tidigare prevalensstudien presenteras i rapporten *Kvinnlig könsstympning i Sverige. Uppskattning av förekomst och antal barn i riskzonen* (2015). Uppskattning av antalet kvinnor och flickor i Sverige 2021 som kan ha varit utsatta eller riskerar att utsättas för könsstympning, (Socialstyrelsen 2023) <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2023-6-8599.pdf>

⁵ Uppdaterade uppgifter 2023.

⁶ Uppskattning av antalet kvinnor och flickor i Sverige 2021 som kan ha varit utsatta eller riskerar att utsättas för könsstympning, Socialstyrelsens faktablad (2023).

Uppdaterad uppskattning från Socialstyrelsen 2023⁷

Metod uppskattat antal

Uppskattningen av hur många kvinnor och flickor som kan ha utsatts för könsstympning baseras på antalet folkbokförda utrikes födda kvinnor och flickor i Sverige 2021 och förekomsten av kvinnlig könsstympning i ursprungslandet. Hänsyn har även tagits till den ålder då könsstympning vanligtvis genomförs på flickan i ursprungslandet och åldern vid första migration till Sverige.

Metod uppskattat antal i risk

Uppskattningen av antalet flickor som riskerar att utsättas för könsstympning baseras på europeiska jämställdhetsinstitutets (EIGE) metod från rapporten ”Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union; Step-by-step-guide 2nd Edition” [29].

Uppskattningen tar hänsyn till

- risker för första och andra generationens invandrare - alltså såväl utrikes födda som flickor som är födda utanför de länder där kvinnlig könsstympning förekommer och som har minst en förälder som är född i ett av de länderna
- integrationens sannolika effekt på familjens inställning till könsstympning och viljan att fortsätta traditionen efter migrationen
- åldern då könsstympning vanligtvis genomförs på flickan i ursprungslandet
- Flickor som riskerar att utsättas är första och andra generationens invandrare som är lika gamla eller yngre än den ålder då könsstympning vanligtvis genomförs i ursprungslandet.

⁷ Avsnittet bygger på faktabladet *Uppskattning av antalet kvinnor och flickor i Sverige 2021 som kan ha varit utsatta eller riskerar att utsättas för könsstympning*, Socialstyrelsens faktablad (2023).

Tabell 1. Uppskattat antal utrikes födda kvinnor och flickor i Sverige 2021 som kan ha utsatts för könsstympning

Från de sju länder som redovisas separat uppskattas att minst 1 000 kvinnor och flickor kan ha utsatts totalt. Övriga länder har lagts ihop.

Ursprungsland	Uppskattat antal könsstympade kvinnor och flickor		
	0–18 år	19+ år	Totalt
Egypten	51	2 484	2 535
Eritrea	2 016	15 767	17 783
Etiopien	200	6 461	6 661
Gambia	76	1 471	1 547
Irak	42	5 143	5 185
Somalia	2 021	26 457	28 478
Sudan	146	2 127	2 273
Övriga länder*	165	3 252	3 417
Totalt	4 717	63 162	67 879

Källa: uppgifter om första och andra generationens invandrare, befolkningsregistret SCB 2021; uppgifter om prevalens, DHS och MICS 2010–2020; uppgifter om åldern då könsstympning vanligtvis genomförs i ursprungslandet, EIGE 2020.

* Övriga länder: Benin, Burkina Faso, Centralafrikanska republiken, Djibouti, Elfenbenskusten, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Indonesien, Jemen, Kamerun, Kenya, Liberia, Maldiverna, Mali, Mauretanien, Niger, Nigeria, Senegal, Sierra Leone, Tanzania, Tchad, Togo, Uganda.

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 [8, 30-32]. 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 har varit tvungna att 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 könsstympning 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 [7]. Utan tillgång till läkarvård förekommer det att flickor dör till följd av ingreppet [16].

Långsiktiga konsekvenser

Fysiska besvär som kan förekomma i högre grad hos flickor och kvinnor som varit utsatta för könsstympning är bland annat urinvägsinfektioner, andra urinvägsbesvär, vaginala infektioner samt obstetriska komplikationer [4-6, 8, 33]. Obstetriska komplikationer uppstår främst vid typ III [5]. Alla typer kan ge upphov till besvärande ärrbildning, smärta och cystbildning, liksom sexuella, psykiska och sociala besvär [2, 7, 9, 31, 32].

Urinvägsbesvär och infektioner

Urinvägsinfektioner och vaginala infektioner är något vanligare hos kvinnor som varit utsatta för könsstympning [5, 8]. Infektioner i lilla bäckenet kan eventuellt vara något vanligare hos könsstympade kvinnor [7, 34].

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 stopp i urinvägarna (akut urinretention) [33, 35].

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 [33, 35].

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.

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

Cystor i vulva

Cystbildning kan förekomma efter alla typer av könsstympling. 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 [5, 7]. 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 stymplingstillfället 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.

Psyksiska och psykosociala problem

Minnet av könsstymplingen 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 könsstymplingen, kan leda till tillitsproblem hos en del individer [57]. Några fall av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) finns beskrivna [58].

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 [32]. Ingreppets omfattning har betydelse för eventuell påverkan på den sexuella upplevelsen och det finns stora individuella skillnader.

Smärta vid samlag kan förekomma [31]. Smärtsamma samlag och vaginism (slidkramp) är relativt vanligt bland kvinnor i befolkningen som helhet och kan ha flera orsaksmekanismer [36]. Även hos kvinnor som varit utsatta för könsstympling kan det vara viktigt att utesluta andra möjliga orsaker till dessa problem. Smärta vid samlag och slidkramp (vaginism) hos kvinnor som varit utsatta för könsstympling 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 bottna i upplevelser i samband med könsstymplingen, eller i andra upplevelser som

varit traumatiska, till exempel dåligt bemötande vid en undersökning eller förlossning.

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 [3].

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 [4]. Men det finns också studier som visar på motsatsen, alltså att könsstympning inte bidrar till en utdragen förlossning [37]. Många studier om detta har metodologiska problem [19].

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 [38].

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 [4]. Sfinkterskador (bristningar) i samband med förlossning var något vanligare bland kvinnor som genomgått könsstympning, enligt en svensk registerstudie [39].

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 [40, 41].

En svensk studie från 2013 har jämfört somaliska kvinnors utnyttjande av mödrahälsovård med svenska kvinnors och jämfört utfallet vid förlossningen. De somaliska kvinnorna besökte mödrahälsovården i lägre utsträckning. Akuta kejsarsnitt var vanligare bland de somaliska kvinnorna, liksom perinatal dödlighet och lägre födelsevikt [42]. 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 [43].

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 [6].

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 många olika 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 till yrken inom hälso- och sjukvården samt inom 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 Amelmottagningen på Södersjukhuset i Stockholm. Amelmottagningen öppnade 2003 och är en mottagning som riktar sig speciellt till kvinnor i Stockholms läns landsting (fr.o.m. den 1 januari 2019 Region Stockholm) 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 [44]. Dit kan kvinnor vända sig direkt om de upplever sig ha besvär på grund av könsstympning. De kan också komma på remiss. Sedan 2018 finns också Vulvamottagningen i Angered i Göteborg. Specialistmottagningen bedriver motsvarande verksamhet som den på Amelmottagningen i Stockholm.

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 [17, 45-

47]. 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/learn/course/473/play/3203:451/konsstympning-av-flickor-och-kvinnor>.

Riktlinjer om könsstympning

Många regioner och verksamheter har rutiner och riktlinjer för handläggning och förebyggande arbete när det gäller könsstympning, till exempel finns det riktlinjer i Region Stockholm för mödrahälsovården [48], och ett vårdprogram från 2007 som heter *Mötet med könsstympade kvinnor i vården* [2]. *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) [47].⁸ 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 [47]. 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 [17, 45-47, 49, 50] 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:

⁸ För senare uppgifter, se Inventering av vård för flickor och kvinnor som har varit utsatta för könsstympning (Socialstyrelsen slutrapport 2021).

- Bristande kunskaper hos personalen.
- Svårt att avgöra vilka patienter det kan vara relevant att fråga.
- Svårt att veta när eller i vilka situationer det kan vara bra att fråga.
- Oklart vad man ska göra med svaret, eftersom det kan 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 bl.a. ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Patienten ska vidare få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.⁹ Patientens självbestämmande och integritet ska respekteras.¹⁰

Ett nytt samtalsstöd för hälso- och sjukvården

Som ett stöd till hälso- och sjukvårdens medarbetare som möter flickor och kvinnor som utsatts, eller som riskerar att utsättas, har Socialstyrelsen tagit fram samtalsstödet *Kvinnlig könsstympning – ett samtalsstöd för hälso- och sjukvården* (2024) [51]. Stödet består av olika delar och gäller både samtal med vuxna och samtal med barn, både yngre och äldre flickor. Avsnitten som avser samtal med vuxna avser dels kvinnan som patient, dels hennes roll som vårdnadshavare. Samtalsstödet omfattar både samtal i förebyggande syfte och samtal då en könsstympning redan genomförts.

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

⁹ Se t.ex. 1 kap. 6 och 7 §§ patientlagen (2014:821), 5 kap. 1 § HSL, 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.

¹⁰ Se 4 kap. 1 § PL och av 5 kap. 1 § HSL.

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 [52] och sicklecellsanemi [53]. 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].

Nytt kunskapsstöd för gravida med könsstympning

En speciell situation är när gravida skrivs in i Mödrahälsovården. För att fånga upp dem som har behov av en öppningsoperation och eventuella andra vårdbehov till följd av könsstympning samt för att öka jämlikheten och delaktigheten i vården, har Socialstyrelsen tagit fram rekommendationer om att Mödrahälsovården ska fråga alla gravida om könsstympning. Det gäller som en del i basprogrammet för graviditetsövervakning inom nationella riktlinjer för förlossningsvården [1].

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 stympningen. Det är bra om aktuella besvär utreds. Man kan till exempel fråga om

- flickan eller 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 en 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 könsstympning. 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 könsstympning, 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 könsstympning det rör sig om, om ingreppets omfattning med mera. Det är inte heller lämpligt att genomföra en undersökning om man är ovan. I sådana fall är det bättre att man istället remitterar patienten till mer erfaren personal eller en annan vårdinstans.

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 som kvinnan har.

När det gäller patientinformation finns det en del resurser på internet, bland annat på Vårdguiden [54]. För unga finns umo.se och Din ungdomsmottagning på nätet [55].

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.¹¹ 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. 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 [56].

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

¹¹ 5 kap. 1 § PL.

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 [50]. 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 [50, 57-59].

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 [60].

Bemötande

Ett gott bemötande har avgörande betydelse för vårdens och omsorgens kvalitet [61]. Enligt patientlagen och hälso- och sjukvårdslagen ska patientens självbestämmande och integritet respekteras.¹² 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”.¹³ I en svensk intervjustudie med unga somaliska flickor från 2013 tas den här frågan upp av en flicka så här [62] :

Jag vågar inte, eller jag känner mig pinsam.

¹² Se 4 kap. 1 § PL och 5 kap 1 § HSL.

¹³ Se vidare i Socialstyrelsens Kvinnlig könsstympning – ett samtalsstöd för hälso- och sjukvården (2024).

Hos en del barn och unga kan det finnas en rädsla för att familjen ska drabbas om man berättar, eftersom socialtjänst och polis kan behöva 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 kan vara så att flickan lever i en kontext av hedersrelaterat våld och då är det viktigt att ta flickans rädsla på allvar. 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 [46, 59, 63-65]. 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 [59, 66].

Oro för kejsarsnitt

En rädsla för kejsarsnitt finns hos många kvinnor och kan ibland vara starkare hos kvinnor som genomgått könsstympning [43, 59, 65, 67]. 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 [59, 67]. 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 [67-69].

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 patientlagen.¹⁴ Informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Mottagarens önskan om att avstå från information ska också respekteras.¹⁵ Kvinnlig tolk kan ibland vara att föredra om möjligheten till det finns.

¹⁴ Se 3 kap. 1 § PL.

¹⁵ Se 3 kap. 6 § PL.

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 att delta i vårdsamtalet. 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) [70].

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 [71]. 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 befinna sig 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

Sedan 2020 finns en nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i Sverige.¹⁶ Det övergripande målet för strategin är en god jämlik och jämställd sexuell och reproduktiv hälsa i hela befolkningen. Strategin bygger på den internationella definitionen av SRHR:

Sexuell och reproduktiv hälsa är ett tillstånd av fysiskt, känslomässigt, psykiskt och socialt välbefinnande i förhållande till samtliga aspekter av sexualitet och reproduktion, inte bara avsaknad av sjukdom, dysfunktion eller skada. Därför måste ett positivt synsätt på sexualitet och reproduktion beakta den roll som njutbara sexuella relationer, förtroende och kommunikation spelar för självkänslan och det allmänna välbefinnandet.

¹⁶ Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) En god, jämlik och jämställd sexuell och reproduktiv hälsa i hela befolkningen (Folkhälsomyndigheten 2020).

Alla människor har rätt att själva fatta beslut om den egna kroppen och ha tillgång till tjänster som stödjer den rätten.

Utgångspunkten för arbetet med SRHR ska vara en positiv och ansvarsfull sexualsyn där samtycke, som grundar sig i frivillighet, ömsesidighet, egenmakt och respekt, inkluderas. Frihet från diskriminering, trakasserier, sexuella trakasserier, våld och förtryck, inklusive könsstympning, är grundläggande för hälsa och välbefinnande. Under 2023 tog Folkhälsomyndigheten även fram en nationell handlingsplan för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.¹⁷ Handlingsplanen stödjer genomförandet av SRHR-strategin och utgör en gemensam plattform för SRHR-arbetet i Sverige under perioden 2023–2033.

Skydd för barn och unga

Mödrahälsovård och förlossning

I vissa länder förekommer könsstympning av spädbarn. 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 mödrahälsovården. 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. Använd gärna samtalsstödet *Kvinnlig könsstympning – ett samtalsstöd för hälso- och sjukvården (2024)* inför sådana samtal.

Barnhälsovårdens 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 [72]. 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. Använd gärna samtalsstödet *Kvinnlig könsstympning – ett samtalsstöd för hälso- och sjukvården (2024)*, [51] inför sådana samtal.

¹⁷ Nationell handlingsplan för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i Sverige – Genomförandet av den nationella SRHR-strategin 2023–2033.

Hälsoövervakning

Hälsoövervakning är en uppgift vid varje kontakttillfälle som BHV-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 [73].

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 [73].

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. Använd gärna samtalsstödet *Kvinnlig könsstympning – ett samtalsstöd för hälso- och sjukvården* (2024) inför sådana samtal.

Hälso- och sjukvård till nyanlända

I flera regioner 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 [74]. 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. Använd gärna samtalsstödet *Kvinnlig könsstympning – ett samtalsstöd för hälso- och sjukvården* (2024) inför sådana samtal.

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. Regionernas 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 hälsoundersökning¹⁸ ska innehålla information om att hälsoundersökningen är frivillig och att tolk kommer att anlitas vid behov.¹⁹

¹⁸ Se 7 § lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

¹⁹ 3 § SOSFS 2011:11.

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 att 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 [75-78]. 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.²⁰

²⁰ 1 § lagen (1982:316) 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 [73].

Utlandsresor, företrädevis till hemlandet, kan i vissa fall utgöra en risksituation. 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. Om en anställd inom hälso- och sjukvården får kännedom om eller misstänker att ett barn riskerar att bli utsatt för könsstympning ska han eller hon genast göra en anmälan till socialnämnden.²¹ Det kan också bli aktuellt att göra en polisanmälan.²²

Samverkan

Det finns goda exempel på hur man kan arbeta med samverkan mellan olika aktörer kring frågor som rör könsstympning, till exempel från Göteborg [79]. 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 regionen 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.

Regioner

Det kan finnas ett behov av att regionerna tydliggör sina vårdkedjor 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.

²¹ Jfr prop. 1997/98:55 s. 99.

²² Jfr 10 kap. 21 § OSL.

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 regionen.

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 eller 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 Östergötland har sedan 2005 haft olika nationella regeringsuppdrag för att förhindra och förebygga hedersrelaterat våld och förtryck inklusive könsstympling. Den 1 oktober 2022 blev uppdraget permanent i och med att Nationellt centrum mot hedersrelaterat våld och förtryck (NCH) inrättades. Kompetenscentrumet har bland annat en stödtelefon för yrkesverksamma och ideella dit man kan vända sig med frågor som rör hedersrelaterat våld och könsstympling. Läs mer på deras hemsida <http://www.hedersfortryck.se/hedersfortryck/konsstympling/> [80].

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.²³ 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.²⁴ Inom ramen för samhällsorienteringen till personer som kommer från länder där könsstympning är vanligt kan det vara lämpligt att ta upp frågan inom ramen för olika moduler. Man kan ta upp könsstympning dels ur ett rättighetsperspektiv, dels som ett hälsoproblem. Man kan också ta upp könsstympning 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 könsstympning av flickor och kvinnor*, som ger ett stöd för dialog och reflektion, som finns på <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2015-2-44.pdf>.

Ideella organisationer

Flera ideella organisationer arbetar aktivt mot könsstympning av flickor och kvinnor.²⁵ Exempelvis har RFSU (Riksförbundet för sexuell upplysning) [81] 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 [82]. 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. Både i Sverige och internationellt finns en rad organisationer som arbetar mot

²³ Se 2 § förordningen (2010:1138) om samhällsorientering för vissa nyanlända invandrare.

²⁴ Se 3 § förordningen om samhällsorientering för vissa nyanlända invandrare.

²⁵ Kommentar: Sedan kunskapsstödet publicerades 2016 har flera organisationer bildats och några finns inte längre.

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

<https://fn.se/vi-gor/vi-stodjer-viktiga-fn-projekt-i-varlden/flicka/flickaprojektet-i-etiopien/>

Sida

<https://www.sida.se/om-sida/presskontakter/pressmeddelande-och-pressinbjudningar/okat-stod-ska-motverka-konsstympning>

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. Slidmyningen 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 utföras. 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.²⁶ Vården får inte utan stöd i lag ges utan patientens samtycke.²⁷

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 i avsnittet om när barn- och unga själva söker vård. I en del regioner kan det finnas särskilda barnskyddsteam [83]. eller Barnhus [84] 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 helhetsituation i sin sociala kontext. Det

²⁶ 4 kap. 1 § PL och 5 kap. 1 § HSL.

²⁷ 4 kap. 2 § PL.

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 undersökningsbänk. 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.

Undersök 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 borttagna.²⁸ 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 adherenser 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 [85].

De yttre blygdläpparna kan variera mer i utseende hos yngre flickor jämfört med något äldre 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 syfts 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

²⁸ Med "synliga" avses de yttre delarna av organen.

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 könsstympning, 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 könsstympning 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 och barnmorskan ser och bedömer.

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 ²⁹			
	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

²⁹ Keloid en typ av ärr som kan uppkomma vid vävnadsskada. (Wikipedia)

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 experter kliniska erfarenhet om inget annat anges. Om det finns hänvisningar direkt till olika lagbestämmelser, hänvisas till dem.

Socialstyrelsen har tagit fram ett kunskapsstöd med rekommendationer för gravida med könsstympning, vilket utgör en del av basprogrammet för graviditetsövervakning.³⁰ Använd det stödet, tillsammans med detta kunskapsstöd, för vägledning i frågor om mödrahälsovårdens arbete med gravida som utsatts för könsstympning. Socialstyrelsen har även tagit fram ett samtalsstöd till hälso- och sjukvården om könsstympning.³¹

Graviditet

Besöket på barnmorskemottagningen kan vara första gången en kvinna erbjuds gynekologisk undersökning. Gott om tid kan behövas för besöken. Sedan rekommendationerna för vård till gravida med könsstympning har beslutats, rekommenderas att barnmorskan ska fråga alla gravida om könsstympning i samband med inskrivningssamtal med gravida.³² 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. I samband med anamnestagning, fråga om fysiska eller psykiska problem som kan bero på könsstympningen samt om upplevelser av tidigare förlossningar och komplikationer, exempelvis bristningar. Använd gärna samtalsstödet vid samtal med den gravida om hur hennes behov ser ut.³³ Vid behov, remittera till specialist inom relevant område.

³⁰ Könsstympning hos gravida – Nationellt kunskapsstöd för personal i mödrahälsovården och förlossningsvården (Socialstyrelsen 2024).

³¹ Kvinnlig könsstympning – ett samtalsstöd för hälso- och sjukvården (2024).

³² Könsstympning hos gravida – Nationellt kunskapsstöd för personal i mödrahälsovården och förlossningsvården (Socialstyrelsen 2024).

³³ Kvinnlig könsstympning – ett samtalsstöd för hälso- och sjukvården (2024), Socialstyrelsen (2024).

Urinvägsbesvär

Urinvägsinfektioner är något vanligare hos kvinnor som är infibulerade (typ III), liksom besvär som inkontinens och olika blåsdysfunktioner [33]. 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)³⁴

För att kunna utreda och behandla graviditetskomplikationer samt ha möjlighet att övervaka barnet under förlossningen kan det vara lämpligt att erbjuda en öppningsoperation under andra trimestern. 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. Ofta görs bedömningen att en säker förlossning går att genomföra ändå. Andra anledningar kan vara att det saknas tillräcklig kunskap hos både patienter och hos personal om fördelarna med att genomföra ingreppet under graviditeten istället för i samband med förlossningen. 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 [86]. Det är värdefullt om personalen kan diskutera för- och nackdelar med defibulering under graviditet respektive vid förlossningen med patienterna på MVH.

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

³⁴ Se också i Könsstympning hos gravida – Nationellt kunskapsstöd (Socialstyrelsen 2024).

för ingreppet. Det finns även bättre förutsättningar att anlita en tolk, ifall det finns behov av det.

Viktigt att informera kvinnan och hennes partner

- Det är viktigt att läkaren i samråd med patienten tar ställning till om det är lämpligt att öppningsoperationen görs i förväg eller inte.³⁵

Kvinnan och om hon så medger hennes partner eller annan närstående behöver få information³⁶ om hur operationen går till och om vilka förväntningar man kan ha på resultatet, utifrån de individuella förutsättningar som råder. Det kan då vara viktigt att ge information om att narkos inte är farligt under graviditet.

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 av en öppningsoperation, utan 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 [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 mamman 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?

³⁵ Se också i Könsstympning hos gravida – Nationellt kunskapsstöd (Socialstyrelsen 2024).

³⁶ 3 kap. PL.

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.³⁷ 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 [20, 87].

Vårdkedjan

En fungerande vårdkedja mellan mödra- och barnhälsovård är angeläget. Det är bra om det kan ske en personlig överrapportering från barnmorska inom MHV till sjuksköterska på BHV. Kvinnans samtycke krävs. Genom ett nära samarbete kan BHV-sjuksköterskan fortsätta samtalen med kvinnan och familjen utifrån de samtal som man har haft på MHV.

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 föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska vårdgivaren identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.³⁸ Du kan läsa mer om systematiskt kvalitetsarbete i ledningsföreskriften.

³⁷ Se också Kvinnlig könsstympning – ett samtalsstöd för hälso- och sjukvården, Socialstyrelsen 2024.

³⁸ 4 kap. 2 § SOSFS 2011:9.

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. [3]. 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 kan 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 mer omfattande förlossningsbristningar hos kvinnor som är könsstympade [39]samt [88]. Ärrvävnaden kan vara oeftergivlig och stram. Språksvårigheter kan dessutom göra situationen extra svår.

Defibulation i samband med förlossning

I varje enskilt fall gör man en individuell bedömning av hur förlossningen ska kunna övervakas på bästa sätt. Det kan vara en fördel om en öppningsoperation är genomförd före förlossningen.³⁹ 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 bedövningskräm 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. När klipp i bäckenbotten behöver göras för att

³⁹ Se avsnittet om Mödrahälsovården.

underlätta framfödandet av barnet kan lokalbedövning läggas enligt gängse rutin.

Efter förlossningen

Efter förlossningen är det viktigt att tänka på följande.

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 könsstympning 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. 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.⁴⁰

En kvinna som blivit defibulerad behöver få information om förändringar som har samband med den tidigare könsstympningen, 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 amningsperioden, är inte ett resultat av defibuleringen men skavningskänsla kan besvära kvinnor som genomgått könsstympning 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.

Dialog som förebygger könsstympning

Om en kvinna som själv är könsstympad har fått en dotter kan det vara viktigt att ta upp inställningen till könsstympning samt att säkerställa att de nyblivna föräldrarna känner till att könsstympning inte är tillåtet enligt svensk lag. I vissa länder förekommer könsstympning av spädbarn från en veckas ålder. Därför kan det förebyggande arbetet på förlossningen och BB vara viktigt. Information kanske inte har getts inom mödrahälsovården. Se gärna samtalsstödet till hälso- och sjukvården.⁴¹

⁴⁰ 3 kap. 1 § PL.

⁴¹ Kvinnlig könsstympning – ett samtalsstöd för hälso- och sjukvården (2024).

Barnhälsovård (BHV)

Barnhälsovårdens (BHV) uppgift är att främja hälsa och att förebygga och åtgärda ohälsa och andra problem med barns utveckling och uppväxtmiljö [73]. BHV möter barn i åldersgruppen 0 – 6 år. Läs gärna mer om barnhälsovårdens uppdrag i Socialstyrelsens *Vägledning för barnhälsovården* (2014). Innehållet i det här kapitlet kring barnhälsovården och frågan om könsstympning 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 många möjligheter att upptäcka och förebygga könsstympning av flickor

Barnhälsovården har en viktig uppgift också när det gäller att ge hjälp och stöd åt flickor som varit utsatta för könsstympning och har vissa förutsättningar att identifiera flickor som har varit utsatta för könsstympning 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. Könsstympning 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 könsstympning, dels för att identifiera flickor som har varit utsatta för könsstympning, dels för att förhindra och förebygga att flickor blir utsatta. Ansvarig sköterska kan få vetskap om att en nybliven mamma har varit utsatt för könsstympning via förlossningsjournalen eller via anamnesupptagning vid inskrivningssamtalet. Det kan vara lämpligt att personalen tar upp frågan om könsstympning av flickor vid kännedom om att en nybliven mamma själv varit utsatt för könsstympning, eller vid kännedom om att mamman är född i ett land där könsstympning är vanligt förekommande.

Könsstympning i Rikshandboken i barnhälsovård om

Det är viktigt att den som utför undersökningar av könsorganen på flickor har relevant kompetens för detta. Vårdnadshavarnas samtycke krävs. Numera ingår ett teambesök med läkarundersökning även vid 3 års ålder, i

vilken undersökning av genitalia ingår.⁴² I Rikshandboken sägs att det är viktigt med en strukturerad undersökning, att syftet i första hand är att hitta avvikelser, men undersökningen kan också vara ett tillfälle att uppmärksamma det normala och förklara anatomin för föräldrarna.⁴³ Där beskrivs också vad man ska tänka på vid hälsosamtalet samt att vid misstanke om att könsstympning genomförts bör barnet även remitteras till barnklinik eller specialistmottagning.

Vårdkedjan

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

En kopia av barnets BHV-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 regioner och kommuner.

Vårdgivaren ansvarar för att identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.⁴⁴

⁴² Undersökning av flickors genitalia – Rikshandboken i barnhälsovård (rikshandboken – bhv.se).

⁴³ A.a.

⁴⁴ 4 kap. 2 § SOSFS 2011:9.

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 eller 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 som söker hälso- och sjukvård

När barn eller unga söker hälso- och sjukvård finns ett antal juridiska aspekter kopplat till sekretess och samtycke som är viktiga att beakta. De redogörs för i avsnitten nedan.

Inledande om föräldrars rättigheter och skyldigheter i samband med vård till barn

I en vårdssituation ska barnets inställning till den aktuella vården eller behandlingen så långt möjligt klarläggas⁴⁵ och ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad. Barnets rätt att komma till tals framgår också av artikel 12 i barnkonventionen.

Av föräldrabalkens, FB, regler följer att utgångspunkten är att vårdnadshavarnas samtycke krävs när det är ett barn som söker hälso- och sjukvård. Det beror på att det är den som har vårdnaden om ett barn har ansvar för barnets personliga förhållanden och ska se till att barnets behov blir tillgodosedda.⁴⁶ Vårdnadshavaren har både rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter. Vårdnadshavaren ska dock i takt med barnets stigande ålder och utveckling

⁴⁵ 4 kap. 3 § PL.

⁴⁶ 6 kap. 2 § FB.

ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål.⁴⁷ Om en av vårdnadshavarna är 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.⁴⁸

Information till vårdnadshavare kan medföra risker

För att vårdnadshavaren ska kunna fullgöra sitt ansvar enligt 6 kap. 11 § föräldrabalken måste han eller hon få ta del av viss information om sitt barn från t.ex. hälso- och sjukvården. Vårdnadshavare har därför som regel rätt att ta del av även sekretessbelagda uppgifter som rör deras barn. I takt med att barnet blir äldre och mognare, och därmed får en ökad självbestämmanderätt, övergår rätten att förfoga över sekretessen mer och mer till barnet.

Huruvida vårdnadshavaren ska informeras – och om vad – måste bedömas i varje enskilt fall, med utgångspunkt från bland annat barnets ålder och mognad. Även om det handlar om ganska små barn som inte har nått en sådan mognad att de fått ett integritetsskydd mot föräldrarna, kan det i vissa fall finnas skäl att inte lämna uppgifterna till vårdnadshavaren. Enligt 12 kap. 3 § OSL får en uppgift om barnet inte lämnas ut till vårdnadshavaren om barnet kan antas lida betydande men om uppgiften röjs för vårdnadshavaren. Betydande men innebär att barnet kan skadas allvarligt psykiskt, fysiskt eller på annat sätt om uppgiften lämnas ut till vårdnadshavaren. Så kan vara fallet om barnet är utsatt för exempelvis våld eller förtryck. Se också *Att möta barn som kan vara utsatta för hedersrelaterat våld och förtryck Till dig som arbetar inom hälso- och sjukvården*, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-11-7605.pdf>.

Barnets mognad avgörande för vem som ska ge samtycke

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.

⁴⁷ 6 kap. 11 § FB.

⁴⁸ 6 kap. 13 § andra stycket FB.

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 PL 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.⁴⁹

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.⁵⁰

Rätten till information är en grundläggande förutsättning för barnets möjlighet till delaktighet. Informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar.⁵¹ Mottagarens önskan om att avstå från information ska också respekteras. Se även Socialstyrelsens kunskapsstöd *Bedöma barns mognad för delaktighet – Kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt tandvården*, *Att samtala med barn – Kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården samt Kvinnlig könsstympning – ett samtalsstöd för hälso- och sjukvården*.

⁴⁹ Prop. 2013/14:106 s. 67.

⁵⁰ Prop. 2013/14:106 s. 66.

⁵¹ 3 kap. 6 § PL.

Elevhälsa

Elevhälsan ska främst vara förebyggande och hälsofrämjande. Det ingår i elevhälsans generella arbete att främja elevers lärande, utveckling och hälsa samt att förebygga ohälsa. När det gäller det individinriktade 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 [89].

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.⁵² 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 [89].

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

⁵² 2 kap. 27 § skollagen (2010:800).

könsstympning, se gärna samtalsstödet.⁵³ Enligt vad Socialstyrelsen erfarit i arbetet med kunskapsstödet är det relativt få flickor som söker upp skolsköterskan specifikt för frågor om könsstympning. 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 könsstympning förekommer kan man fråga om flickan känner till något om könsstympning eller om hon själv har någon erfarenhet av det. Skolsköterskan 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. Då kan sekretesskydd bli aktuellt mot vårdnadshavarna.⁵⁴ Det finns även särskilda sekretessbestämmelser till skydd för en underårig, gentemot vårdnadshavare oberoende av mognad, om det kan antas att den underårige lider ”betydande men” om uppgiften röjs för vårdnadshavaren.⁵⁵ Läs mer i avsnittet när barn och unga själva söker vård.

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.

⁵³ Kvinnlig könsstympning – ett samtalsstöd för hälso- och sjukvården (2024).

⁵⁴ 25 kap. 1 § OSL och 6 kap. 11 § FB

⁵⁵ 12 kap. 3 § OSL.

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

- magsmärtor,
- ryggsmärtor,
- 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 [18].

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 far illa gäller anmälningsskyldighet till socialtjänsten enligt 14 kap. 1 § SoL. Framkommer det att en flicka blivit könsstympad aktualiseras dessutom frågor om eventuella besvär och medicinsk rehabilitering. Anmälningsskyldighet 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.⁵⁶

Preventivt arbete i skolan

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

⁵⁶ JO 2002/03 s. 170.

Utsatthet i skolan

Det är viktigt att vara vaksam så att elever som kan ha varit utsatta för könsstympling inte blir utpekade eller utsätts för kommentarer eller mobbning. En svensk intervjustudie med unga somaliska kvinnor från 2013 tar bland annat upp detta [62]. Här är ett citat från studien om den utsatthet som kan

Alltså, i skolan är det jättesvårt eller känsligt 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 jag skulle 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 [62]. 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... [62].

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 [62].

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. Flickor som varit utsatta för könsstympning kan även vara 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 [90]. Metoder som barnmorskorna på ungdomsmottagningen i en rapport från 2006 *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 [90].

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. 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, Att samtala med barn – Kunskapsstöd för socialtjänsten*,

hälso- och sjukvården och tandvården samt Kvinnlig könsstympning – ett samtalsstöd för hälso- och sjukvården (2024).

Barn som far illa eller misstänks fara illa

Om en anställd inom hälso- och sjukvården får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa gäller anmälningsskyldighet till socialtjänsten.⁵⁷ Barn kan fara illa i många olika situationer och av en eller flera olika orsaker. Vid misstanke om att ett barn riskerar att bli utsatt för könsstympning ska man genast göra en anmälan till socialtjänsten.⁵⁸

⁵⁷ 14 kap. 1 § SoL.

⁵⁸ Jfr prop. 1997/98:55 s. 99.

Primärvård

Flickor och kvinnor som är könsstympade kan komma som patienter inom vilken vårdspecialitet som helst och i vissa situationer kan könsstympningen 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.

Kvinnor med problematik relaterat till könsstympning kan exempelvis söka till primärvården för akuta urinvägsinfektioner, ibland återkommande sådana. En bakomliggande orsak till sådana infektioner kan vara könsstympning. 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 urininkontinens, 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 könsstympning kan vara en bakomliggande eller bidragande anledning, utreds sedvanligt. Minnet av könsstympningen 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 [91].

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 [87]. Många kvinnor som har varit utsatta för könsstympning 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 könsstympning. Det är dock viktigt att uppmärksamma att fler och fler äldre har en bakgrund som gör att de kan ha varit utsatta för könsstympning. I förlängningen kommer fler inom hälso- och sjukvården samt inom till exempel äldreomsorgen att komma i kontakt med kvinnor som kan vara könsstympade.

Undersökningar av urinröret

Urologer behöver i samband med utredningar ofta göra undersökningar via urinröret. Vid könsstympling 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, dit alla kvinnor i Sverige kallas, kan en tidigare könsstympling vara en faktor som påverkar deltagandet i screeningen [92]. I vissa fall vid typ III kan provtagning vara svår eller omöjlig att genomföra. Man behöver då informera kvinnan om riskerna med att inte ta cellprov samt tala med henne för att höra om hon har önskemål om defibulation erbjuda remiss till kvinnoklinik. Cellprovstagning kan därefter utföras. Det är också bra om man i samband med screeningen erbjuder stöd och hjälp till kvinnan.

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 könsstympling. 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 regioner, 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 [74].

Vilken vård ska erbjudas

Vilken hälso- och sjukvård som ska erbjudas regleras 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. En region 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 regionen.⁵⁹

Regionen 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.⁶⁰

Vilken vård som inte kan anstå för en patient får avgöras i det enskilda fallet av den behandlande läkaren.⁶¹

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).

⁵⁹ 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.

⁶⁰ 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.

⁶¹ Se proposition 2012/13:109 Hälso- och sjukvård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd s. 19.

Sex och samlevnad

Hos unga flickor och kvinnor som varit utsatta för könsstympning 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. 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 könsstympade och icke könsstympade underliv.

Trots kunskap om att sexualiteten och reproduktionen har betydelse för hälsan och välbefinnandet genom hela livet, utblir ofta samtal om sexualitet inom till exempel hälso- och sjukvården och socialtjänsten [36].

Normal anatomi och påverkan på funktionen vid könsstympning

För att förstå innebörden av de olika typerna av könsstympning 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 [2].

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 [36]. När unga flickor och kvinnor som varit utsatta för könsstympning 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 psykosexuell 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 [93, 94]

Kirurgiska åtgärder

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

AMEL-mottagningen är en specialistmottagning på Södersjukhuset i Stockholm. Den vänder sig till kvinnor med könsstymning. Av de patienter som söker dit, är ungefär en femtedel i behov av kirurgisk hjälp. Det kan röra sig om defibulation eller borttagande av cystor.

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. PL.

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 i avsnitten Graviditet, förlossning och eftervård.

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. Det finns mycket stora individuella skillnader i hur en infibulation ser ut. Patientens samtycke krävs. Vems samtycke som krävs, barnets eller vårdnadshavarnas, beror på barnets ålder och mognad. Läs mer om det i avsnittet Barn och unga som själva söker hälso- och sjukvård och i Socialstyrelsens kunskapsstöd *Bedöma barns mognad för delaktighet – Kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt tandvården*.

Kirurgisk teknik för defibulering

Öppningsoperationer (defibulering) ska utföras av personal med relevant kompetens för detta och där det finns den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att kvinnan ska kunna få en god vård.⁶² Defibulering rör kvinnor som varit utsatta för könsstympning typ III.

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

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 [9, 95].

Klitorisrekonstruktion

På flera håll i världen har man försökt att förbättra möjligheterna till sexuell njutning för könsstympade 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 förhudslignande veck vid klitoris. Goda resultat avseende utseendet efter

⁶² 5 kap. 2 § HSL.

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 [96, 97].

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 könsstympning 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 [98].

Dokumentation

Vid vård av patienter ska det föras patientjournal. En patientjournal ska föras för varje patient och får inte vara gemensam för flera patienter.⁶³ Vårdgivaren ska också säkerställa att det finns rutiner för hur patientuppgifter ska dokumenteras i patientjournaler.⁶⁴ Syftet med att föra en patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten.⁶⁵ Patientjournalen är primärt ett arbetsinstrument för hälso- och sjukvårdspersonalen men har även betydelse som underlag vid verksamhetsuppföljning, kontroll och tillsyn.⁶⁶ Dessutom är journalen en viktig informationskälla för patienten.⁶⁷ Det finns särskilda bestämmelser om patientens rätt att ta del av uppgifter i journalhandlingar.⁶⁸ 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.⁶⁹ För mer information, se Socialstyrelsens handbok om Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.

Erfarenheter när det gäller dokumentation och könsstympning⁷⁰

Stockholms läns landsting (fr.o.m. den 1 januari 2019 Region Stockholm) konstaterar i sin fokusrapport att det ibland saknas dokumentation i journalen om könsstympning [2]. Liknande erfarenheter av bristande dokumentation finns beskrivet från till exempel England [86]. 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?

⁶³ 3 kap. 1 § patientdatalagen (2008:355), PDL.

⁶⁴ 3 kap. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.

⁶⁵ 3 kap. 2 § PDL.

⁶⁶ Prop. 2007/08:126 Patientdatalag m.m. s. 89–90.

⁶⁷ 3 kap. 2 § PDL.

⁶⁸ 8 kap. PDL.

⁶⁹ 4 kap. 1 § PDL.

⁷⁰ 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.

- 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.

Se även tidigare avsnitt om barn och unga angående 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 könsstympling inte har skett kan det vara värdefullt att dokumentera när man har ställt frågan. Det finns vittnesmål från patienter som inte varit utsatta för könsstympling 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 könsstympling”. Det har inte funnits någon kod i ICD-10-SE för tillstånd efter könsstympling utan samband med graviditet. Koden Z90.7 ”Förvärvad avsaknad av könsorgan” har använts.

Ny ICD kod infördes 1 januari 2015

En ny kod infördes den 1 januari 2015 av WHO och därmed även i Sverige. Syftet var att förenkla identifiering av antalet vårdtillfällen relaterat till könsstympling och kan avläsas i bland annat Socialstyrelsens hälsodataregister.

Kod som införts:

Z91.7 Kvinnlig könsstympling i den egna sjukhistorien,

Kvinnlig könsstympling typ 1–4,

Kvinnlig omskärelse

Ny kod för öppningsoperation 2019

Den 1 januari 2019 infördes en ny kod TLF00 för defibulering, dvs öppningsoperation hos könsstympt kvinna i Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) med kodstrukturen för kirurgiska åtgärder (KKÅ:s).⁷¹ Den nya koden tillämpas i varierad utsträckning.

⁷¹ Socialstyrelsen (2018-11-07), Nya, ändrade och borttagna koder samt ändrade beskrivningstexter i Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ), gällande version 2019.

Regelverk

I Sverige är könsstympning av flickor och kvinnor förbjudet enligt lagen (1982:316) med förbud mot könsstympning av kvinnor. Det är också ett brott mot de grundläggande mänskliga rättigheterna och mot barns rättigheter. 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.⁷² 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.⁷³

Kvinnlig könsstympning är straffbart i Sverige även om det utförs i ett land där det inte är förbjudet. Det innebär att personer kan dömas för brottet om det begåtts utomlands, om det finns en anknytning till Sverige när brottet begås om det finns en anknytning till Sverige när brottet begås.⁷⁴ Även försök till, eller förberedelse av könsstympning samt stämpling och underlåtenhet att avslöja eller förhindra brottet är straffbelagt. Lagen syftar till att ge flickor och unga kvinnor i Sverige ett skydd mot att utsättas för könsstympning.

Barnkonventionen

Könsstympning av flickor är ett brott mot barns rättigheter i FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen). Rätten till kroppslig integritet kommer till uttryck i artiklarna 19, 24 och 37 som är lag i Sverige.⁷⁵ Av artikel 24.3 framgår att konventionsstaterna ska 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.⁷⁶

Anmälningsskyldighet enligt socialtjänstlagen

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

⁷² 1 § lagen (1982: 316) med förbud mot könsstympning av kvinnor.

⁷³ Prop. 1997/98:55 s. 97.

⁷⁴ Se proposition 1998/99/70 Könsstympning – borttagande av kravet på dubbel straffbarhet s. 10 f.

⁷⁵ Sedan den 1 januari 2020 gäller artiklarna 1–42 som lag i Sverige, se lagen (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.

⁷⁶ Prop. 1998/99:70 s. 5.

illa.⁷⁷ 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.⁷⁸

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 försummelse eller att det finns allvarliga relationsproblem mellan barnet och den övriga familjen.⁷⁹ Vid misstanke om att ett barn riskerar att bli utsatt för könsstympning ska man genast göra en anmälan till socialtjänsten.⁸⁰ Kommunen, genom socialtjänsten, har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Det innebär ingen inskränkning i det ansvar som andra huvudmän har.⁸¹ Socialnämnden har 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.⁸² För att socialnämnden ska kunna fullgöra sin uppgift att förebygga, erbjuda stödsatser eller vidta åtgärder till ett barns skydd behöver nämnden få kännedom om barn som far illa eller misstänks fara illa.⁸³ För allmänheten och sådana myndigheter och yrkesverksamma som inte omfattas av anmälningsskyldigheten finns en uppmaning att anmäla.⁸⁴ 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 anmälningsskyldig är också skyldig att lämna socialnämnden alla uppgifter som kan vara av betydelse för utredning av ett barns behov av stöd och skydd.⁸⁵ Du kan läsa mer om anmälningsskyldigheten i Socialstyrelsens handbok *Anmäla oro för barn – Stöd för anmälningsskyldiga och andra anmälare* [122].

Även polisanmälan kan bli aktuell. Såväl 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.⁸⁶

⁷⁷ 14 kap. 1 § första stycket SoL.

⁷⁸ Proposition 1989/90:28. Vård i vissa fall av barn och ungdomar s. 131.

⁷⁹ Proposition 2012/13:10 Stärkt stöd och skydd för barn och unga s. 47.

⁸⁰ Jfr prop. 1997/98:55 s. 99.

⁸¹ 2 kap. 1 § SoL.

⁸² 5 kap. 1 § SoL.

⁸³ Prop. 2012/13:10 s. 44.

⁸⁴ 14 kap. 1 c § SoL.

⁸⁵ 14 kap. 1 § tredje stycket SoL.

⁸⁶ 10 kap. 21 § OSL.

Utreseförbud

Från den 1 juli 2020 finns i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, ett utreseförbud som ska skydda barn från att bli bortförda till ett annat land i syfte att utsättas för barnåktenskap eller könsstympning.

Utreseförbud beslutas av förvaltningsrätten efter ansökan av socialnämnden. Ett utreseförbud kan utgöra både hinder mot att utfärda pass och skäl för att återkalla pass. Utreseförbud kan meddelas om det finns en påtaglig risk för att någon som är under 18 år att bli bortförd till ett annat land i syfte att utsättas för barnåktenskap eller könsstympning. I vissa brådska situationer kan det bli nödvändigt för socialnämnden att ingripa akut. I ett läge när beslut om utreseförbud inte hinner fattas av domstol får socialnämnden, besluta om ett tillfälligt utreseförbud.⁸⁷

Sekretess och tystnadsplikt

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.⁸⁸ 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 region.⁸⁹ Även om ingen sekretess gäller mellan hälso- och sjukvårdsmyndigheter i samma kommun eller region måste normalt en patients uttryckliga önskemål om att hans eller hennes journal inte ska lämnas till en annan hälso- och sjukvårdsmyndighet i kommunen eller regionen respekteras på motsvarande sätt som gäller t.ex. mellan olika kliniker inom en myndighet. Det får anses följa av bestämmelsen⁹⁰ om att verksamheten ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och så långt det är möjligt utföras och genomförs i samråd med patienten. Detsamma framgår även av 4 kap. 1 § PL.

Av patientdatalagen (2008:355), PDL, 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.⁹¹

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

⁸⁷ Läs mer i Socialstyrelsens Meddelandeblad nr 4/2020 Utreseförbud och barnåktenskapsbrott m.m. – Ökat skydd mot hedersrelaterad brottslighet.

⁸⁸ 25 kap. 1 § OSL.

⁸⁹ 25 kap. 11 § 1 och 2 OSL.

⁹⁰ 5 kap 1 § § HSL.

⁹¹ 1 kap. 2 § PDL.

inom hälso- och sjukvården.⁹² 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.⁹³

Inom den privata hälso- och sjukvården gäller istället bestämmelser om tystnadsplikt.⁹⁴ 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.⁹⁵

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.⁹⁶

Regler om sekretess inom socialtjänsten finns i 26 kap. OSL. Av särskilt intresse är 9 § i kapitlet där det ges en möjlighet att informera hälso- och sjukvården om det under vissa förutsättningar behövs för att ge t.ex. barn nödvändig vård, behandling eller annat stöd.

Internationella överenskommelser

Könsstympning av flickor och kvinnor är en fråga som handlar om kränkningar av mänskliga rättigheter och barns rättigheter. 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.⁹⁷

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 [71] och den 6:e februari har utsetts till FN:s internationella dag mot könsstympning [5]. Världshälsoorganisationen (WHO) och FN:s barnfond Unicef arbetar aktivt mot könsstympning [99]. 2012 antog FN:s generalförsamling en resolution: ”Intensifying global

⁹² 4 kap. 1 § PDL.

⁹³ 4 kap. 2 § PDL.

⁹⁴ 6 kap. 12 – 16 §§ PSL.

⁹⁵ Proposition 2007/08:126 Patientdatalag m.m. s. 46, 133 och 248, proposition 2005/06:161 Sekretessfrågor – 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.

⁹⁶ 10 kap. 28 § OSL.

⁹⁷ Prop. 1998/99:70 s. 4 f.

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

Av artikel 24.3 i barnkonventionen framgår att konventionsstaterna ska 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.

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:

1. Att skära bort eller på annat sätt stympa hela eller delar av en kvinnas yttre eller inre blygdläppar eller klitoris.
2. Att tvinga eller förmå en kvinna att genomgå någon av de handlingar som anges i punkt a.
3. 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 hänsynslöst angrepp på kvinnors och flickors integritet och person, och anser därför att detta utgör ett allvarligt brott som bör fördömas av samhället.

Kvinnlig könsstympning

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 brottslagstiftningen på brott som rör könsstympning [100].

Referenser

1. Socialstyrelsen. Könsstympning hos gravida. Under utgivning 2024.
2. Persson E. Mötet med könsstympade kvinnor i vården. Stockholm: Forum för kunskap och gemensam utveckling, Stockholms läns landsting; 2007.
3. Balogun OO, Hirayama F, Wariki WMV, Koyanagi A, Mori R. Interventions for improving outcomes for pregnant women who have experienced genital cutting. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013; (2).
4. Berg RC, Underland V. The obstetric consequences of female genital mutilation/cutting: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol Int.* 2013; 2013:496564.
5. Berg RC, Odgaard-Jensen J, Fretheim A, Underland V, Vist G. An updated systematic review and meta-analysis of the obstetric consequences of female genital mutilation/cutting. *Obstet Gynecol Int.* 2014; 2014:542859.
6. Banks E, Meirik O, Farley T, Akande O, Bathija H, Ali M, et al. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet (London, England)*. England: Elsevier; 2006. s. 1835-41.
7. World Health Organization F, Community Health C. A Systematic review of the health complications of female genital mutilation including sequelae in childbirth. World Health Organization; 2000.
8. Berg RC, Underland V, Odgaard-Jensen J, Fretheim A, Vist GE. Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2014; 4(11):1-12.
9. Kvinnlig omskärelse/könsstympning i Sverige : en kunskaps- och forskningsöversikt. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK), Uppsala universitet; 2011.
10. Department of Health UK. Multi-agency practice guidelines - Female Genital Mutilation. 2014.
11. Veileder om regelverk, roller og ansvar knyttet til kjønnslemlestelse (Norge). 2013.
12. Abdulcadir J, Margairaz C, Boulvain M, Irion O. Care of women with female genital mutilation/cutting. *Swiss Med Wkly.* 2011; 140:w13137.
13. Hearst AA, Molnar AM. Female genital cutting: an evidence-based approach to clinical management for the primary care physician. *Mayo Clin Proc.* 2013; 88(6):618-29.
14. WHO. Female Genital Mutilation. 2024. Hämtad 2024-03-25 från: [https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-\(srh\)/areas-of-work/female-genital-mutilation](https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(srh)/areas-of-work/female-genital-mutilation)

15. WHO. Types of female genital mutilation. 2024. Hämtad 2024-03-25 från: [https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-\(srh\)/areas-of-work/female-genital-mutilation/types-of-female-genital-mutilation](https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(srh)/areas-of-work/female-genital-mutilation/types-of-female-genital-mutilation)
16. UNICEF. Female Genital Mutilation: A statistical overview and exploration of the dynamics of change; 2013.
17. Terry L, Harris K. Female genital mutilation: a literature review. Nurs Stand. 2013; 28(1):41-7.
18. Malmström MF. Kvinnlig könsstympning. Ett utbildningsmaterial för skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005 2005. Report No.: 91-7201-965-4 (ISBN).
19. Isman E, Ekéus C, Berggren V. Perceptions and experiences of female genital mutilation after immigration to Sweden: an explorative study. Sex Reprod Healthc. 2013; 4(3):93-8.
20. Gomaa A. The Islamic view on female circumcision. African Journal of Urology. 2013; 19(3):123-6.
21. Bjälkander O. Female genital mutilation in Sierra Leone. Stockholm: Karolinska institutet; 2013.
22. 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? Obstet Gynecol Int. 2013; 2013:312734.
23. Female Genital Mutilation/Cutting: Data and Trends; update 2010, 2017. Population Reference Bureau. 2017.
24. 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.
25. Andersson C. Kvinnlig könsstympning – en företeelse av sammansatt natur. Lakartidningen. 2001; 98(20):2463-8.
26. Elmusharaf S, Elhadi N, Almroth L. Reliability of self reported form of female genital mutilation and WHO classification: cross sectional study. Bmj. 2006; 333(7559):124.
27. Tostan. Ending Female Genital Cutting. 2024. Hämtad 2024-03-25 från: <https://tostan.org/areas-of-impact/cross-cutting-gender-social-norms/female-genital-cutting/>
28. Exterkate M. Female Genital Mutilation in the Netherlands. Prevalence, incidence and determinants 2013.
29. Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union: Step-by-step guide: 2nd Edition. European Institute for Gender Equality (EIGE). 2019.
30. Litorp H, Franck M, Almroth L. Female genital mutilation among antenatal care and contraceptive advice attendees in Sweden. Acta Obstet Gynecol Scand. 2008; 87(7):716-22.

31. 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. *Soc Sci Med*. 2014; 106:177-84.
32. Obermeyer CM. The consequences of female circumcision for health and sexuality: an update on the evidence. *Cult Health Sex*. 2005; 7(5):443-61.
33. Teufel K, Dörfler DM. Female genital circumcision/mutilation: implications for female urogynaecological health. *Int Urogynecol J*. 2013; 24(12):2021-7.
34. Iavazzo C, Sardi TA, Gkegkes ID. Female genital mutilation and infections: a systematic review of the clinical evidence. *Arch Gynecol Obstet*. 2013; 287(6):1137-49.
35. Almroth L, Bedri H, El Musharaf 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):118-24.
36. Folkhälsomyndigheten. Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) – En god, jämlik och jämställd sexuell och reproduktiv hälsa i hela befolkningen. 2020. Hämtad 2024-03-25 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/n/nationell-strategi-for-sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter-srhr/>
37. Essén B, Sjöberg NO, Gudmundsson S, Ostergren PO, Lindqvist PG. No association between female circumcision and prolonged labour: a case control study of immigrant women giving birth in Sweden. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2005; 121(2):182-5.
38. Essen B, Bodker B, Sjöberg NO, Gudmundsson S, Ostergren PO, Langhoff-Roos J. Is there an association between female circumcision and perinatal death? *Bull World Health Organ*. 2002; 80(8):629-32.
39. 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 Obstet Gynecol Scand*. 2013; 92(1):101-8.
40. 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 Childbirth*. 2014; 14:141.
41. Essén B, Bødker B, Sjöberg NO, Langhoff-Roos J, Greisen G, Gudmundsson S, et al. Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services? *Bjog*. 2002; 109(6):677-82.

42. 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. *Sex Reprod Healthc.* 2013; 4(3):99-106.
43. Vangen S, Johansen RE, Sundby J, Traeen B, Stray-Pedersen B. Qualitative study of perinatal care experiences among Somali women and local health care professionals in Norway. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2004; 112(1):29-35.
44. Södersjukhuset. Amelmottagningen. 2024. Hämtad 2024-03-25 från: <https://www.sodersjukhuset.se/avdelningar-och-mottagningar/amelmottagningen/>
45. Dubourg D, Richard F, Leye E, Ndam S, Rommens T, Maes S. Estimating the number of women with female genital mutilation in Belgium. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2011; 16(4):248-57.
46. Thierfelder C, Tanner M, Bodiang CM. Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system. *Eur J Public Health.* 2005; 15(1):86-90.
47. Widmark C, Levál 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. *J Obstet Gynaecol.* 2010; 30(6):553-8.
48. Region Stockholm. Kvinnor som är könsstumpade. 2023. Hämtad 2024-03-25 från: <https://kunskapsstodforvardgivare.se/omraden/kvinnosjukdomar-och-forlossning/riktlinjer-for-bmm/barnmorskemottagning/graviditet/riktlinjer/kvinnor-som-ar-konsstympade>
49. Hess RF, Weinland J, Saalinger NM. Knowledge of female genital cutting and experience with women who are circumcised: a survey of nurse-midwives in the United States. *J Midwifery Womens Health.* 2010; 55(1):46-54.
50. Lazar JN, Johnson-Agbakwu CE, Davis OI, Shipp MP. Providers' perceptions of challenges in obstetrical care for somali women. *Obstet Gynecol Int.* 2013; 2013:149640.
51. Socialstyrelsen. Kvinnlig könsstympning - ett samtalsstöd för hälso- och sjukvården. Under utgivning 2024.
52. Folkhälsomyndigheten. Rekommendationer för preventiva insatser mot tuberkulos: Hälsokontroll, smittspårning och vaccination; 2022.
53. Socialstyrelsen. Sicklecellsjukdom. 2023. Hämtad 2024-03-25 från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/sallsynta-halsotillstand/sicklecellsjukdom/>
54. 1177. Könsstympning – omskärelse av flickors underliv. 2022. Hämtad 2024-03-25 från:

- <https://www.1177.se/Stockholm/sjukdomar--besvar/konsorgan/konsstympning--omskarelse-av-flickors-underliv/>
55. UMO. Omskärelse av snippan/Könsstympning. 2022. Hämtad 2024-03-25 från: <https://www.umo.se/kroppen/snippan/omskarelse-av-snippan---konsstympning/>
 56. Vårdhandboken. Bemötande i vård och omsorg, transkulturellt perspektiv - Översikt. 2022. Hämtad från: <https://www.varldhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/bemotande-i-varld-och-omsorg/bemotande-i-varld-och-omsorg-transkulturellt-perspektiv/oversikt/>
 57. Murray L, Windsor C, Parker E, Tewfik O. The experiences of African women giving birth in Brisbane, Australia. *Health Care Women Int.* 2010; 31(5):458-72.
 58. Upvall MJ, Mohammed K, Dodge PD. Perspectives of Somali Bantu refugee women living with circumcision in the United States: a focus group approach. *Int J Nurs Stud.* 2009; 46(3):360-8.
 59. Berggren V, Bergström S, Edberg AK. Being different and vulnerable: experiences of immigrant African women who have been circumcised and sought maternity care in Sweden. *J Transcult Nurs.* 2006; 17(1):50-7.
 60. Franck M. *Multikulturell kvinnohälsa : med fokus på gynekologi och obstetrik.* Stockholm: Gothia; 2010.
 61. Socialstyrelsen. Om bemötande i hälso- och sjukvården: Kunskapsguiden. 2019. Hämtad 2024-03-25 från: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/arbetsmetoder-och-perspektiv/bemotande-i-halso-och-sjukvarden/om-bemotande-i-halso-och-sjukvarden/>
 62. Nordenberg M. På rakbladets kant. Unga, somaliska kvinnors syn på kvinnlig könsstympning: Kandidatuppsats. Göteborgs Universitet; 2013.
 63. Khaja K, Lay K, Boys S. Female circumcision: toward an inclusive practice of care. *Health Care Women Int.* 2010; 31(8):686-99.
 64. Chalmers B, Hashi KO. 432 Somali women's birth experiences in Canada after earlier female genital mutilation. *Birth.* 2000; 27(4):227-34.
 65. Lundberg PC, Gerezgiher A. Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden. *Midwifery.* 2008; 24(2):214-25.
 66. Straus L, McEwen A, Hussein FM. Somali women's experience of childbirth in the UK: Perspectives from Somali health workers. *Midwifery.* 2009; 25(2):181-6.
 67. Binder P. *The maternal migration effect : exploring maternal healthcare in diaspora using qualitative proxies for medical anthropology.* Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis; 2012.

68. 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. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011; 115(3):227-30.
69. Zenner N, Liao LM, Richens Y, Creighton SM. Quality of obstetric and midwifery care for pregnant women who have undergone female genital mutilation. *J Obstet Gynaecol.* 2013; 33(5):459-62.
70. Andersson M, Bergström M. Därför behöver vi ett ord för kvinnors onani. *Aftonbladet.* 2014-11-10.
71. Eliminating female genital mutilation: An interagency statement. OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. 2008.
72. Rikshandboken Barnhälsovård. Könsstympning av flickor. 2023. Hämtad 2024-03-26 från: <https://www.rikshandboken-bhv.se/livsvillkor--levnadsvanor/barn-som-riskerar-att-fara-illa---oversikt/konsstympning-av-flickor/>
73. Vägledning för barnhälsovården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
74. ADLON kunskapscenter. Innehåll och kvalitet i hälsoundersökningar för nyanlända migranter – en guide för berörd vårdpersonal. 2014. Hämtad 2024-03-26 från: <https://www.uppdragpsykiiskhalsa.se/verktyg/guide-for-innehall-och-kvalitet-i-halsundersokningar/>
75. 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.
76. Berg RC, 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 Int.* 2013; 34(10):837-59.
77. Reig Alcaraz M, Siles González J, Solano Ruiz C. Attitudes towards female genital mutilation: an integrative review. *Int Nurs Rev.* 2014; 61(1):25-34.
78. Diop NJ, 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.
79. Omsäter M. Den smärtsamma traditionen : om Göteborgsprojektet mot kvinnlig könsstympning. Göteborg: Invandrarförvaltningen; 1996.
80. Länsstyrelsen Östergötland. Våga se - En vägledning för stöd, vård och skydd av flickor och kvinnor som är eller riskerar att bli könsstympade. 2015. Hämtad 2024-03-26 från: <https://www.lansstyrelsen.se/ostergotland/om-oss/vara-tjanster/publikationer/2015/vaga-se---en-vagledning-for-stod-vard->

[och-skydd-av-flickor-och-kvinnor-som-ar-eller-riskerar-att-bli-konsstympade.html](https://www.rfsu.se/sex-och-relationer/for-dig-som-undrar/kropp-och-kon/fittan/konsstympning/)

81. RFSU. Könsstympning. 2022. Hämtad 2024-03-26 från: <https://www.rfsu.se/sex-och-relationer/for-dig-som-undrar/kropp-och-kon/fittan/konsstympning/>
82. Desert Flower Foundation. WHAT IS FGM? Hämtad 2024-03-26 från: <https://www.desertflowerfoundation.org/en/what-is-fgm.html>
83. Barnskyddsteamet Akademiska sjukhuset. Hämtad 2024-03-26 från: <https://www.akademiska.se/for-vardgivare/stod-och-omsorg/barnskyddsteamet/>
84. Barnahus : försöksverksamhet med samverkan under gemensamt tak vid misstanke om brott mot barn. Stockholm: Socialstyrelsen ;; 2008.
85. Frost-Arner L, Aberg M, Janson PO. [Current plastic surgery in abnormalities of female genitalia]. Lakartidningen. 2004; 101(38):2894-8, 900.
86. Paliwal P, Ali S, Bradshaw S, Hughes A, Jolly K. Management of type III female genital mutilation in Birmingham, UK: a retrospective audit. Midwifery. 2014; 30(3):282-8.
87. Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter : ett kunskapsunderlag för primärvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
88. Eshraghi B, Hermansson J, Berggren V, Marions L. Risk of obstetric anal sphincter tear among primiparous women with a history of female genital mutilation, giving birth in Sweden. PLoS One. 2022; 17(12):e0279295.
89. Vägledning för elevhälsan. Stockholm: Socialstyrelsen ;; 2016.
90. Höjeberg P. Ungdomsmottagningarnas arbete mot hedersrelaterat våld : ett kompetens- och metodutvecklingsprojekt i Stockholms län. Stockholm: Länsstyrelsen i Stockholms län; 2006.
91. Vloeberghs E, van der Kwaak A, Knipscheer J, van den Muijsenbergh M. Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in The Netherlands. Ethn Health. 2012; 17(6):677-95.
92. Abdullahi A, Copping J, Kessel A, Luck M, Bonell C. Cervical screening: Perceptions and barriers to uptake among Somali women in Camden. Public Health. 2009; 123(10):680-5.
93. Almroth L, Almroth-Berggren V, Hassanein OM, Al-Said SS, Hasan SS, Lithell UB, et al. Male complications of female genital mutilation. Soc Sci Med. 2001; 53(11):1455-60.
94. Eriksson E, Hassan A. Somaliska mäns syn på kvinnlig omskärelse : En kvalitativ studie om immigranter i Sverige [Student thesis]; 2009.

95. Andreasson E, Silfwerling Å. Skolsköterskans arbete rörande kvinnlig könsstympning. Göteborgs universitet/Institutionen för vårdvetenskap och hälsa. 2010.
96. Foldès P, Cuzin B, Andro A. Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study. *Lancet*. 2012; 380(9837):134-41.
97. Paterson L, Davis S, Binik YM. Female genital mutilation/cutting and orgasm before and after surgical repair. *Sexologies*. 2012; 21:3–8.
98. Abdulcadir J, Rodriguez MI, Say L. A systematic review of the evidence on clitoral reconstruction after female genital mutilation/cutting. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015; 129(2):93-7.
99. UNICEF. Kvinnlig könsstympning. 2024. Hämtad 2024-03-26 från: <https://unicef.se/skydd-fran-vald-och-exploatering/kvinnlig-konsstympning>
100. Female genital mutilation in the European Union and Croatia. Report. European Institute for Gender Equality (EIGE). 2013.