

Flickor och kvinnor i Sverige som kan ha varit utsatta för könsstympning

En uppskattning av antalet

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN 978-91-7555-272-9
Artikelnummer 2015-1-32

Publicerad www.socialstyrelsen.se, januari 2015

Förord

Socialstyrelsen har tagit fram den här rapporten inom ramen för ett regeringsuppdrag om att höja kompetensen kring kvinnlig könsstympling i hälso- och sjukvården. I uppdraget har ingått att uppskatta förekomsten av kvinnlig könsstympling och storleken på riskgruppen.

Rapporten riktar sig i första hand till beslutsfattare.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Bakgrund	8
Definition av kvinnlig könsstympning	8
Olika typer av könsstympning	8
Förekomst av könsstympning i världen	8
Metod	10
Resultat	12
Uppskattning av antalet	12
Vårdkonsumtion	13
Uppskattning av riskgrupper	15
Könsstympning i en migrationskontext	16
Diskussion	19
Osäkerhet vid prevalensskattningar	19
Osäkerheterna när det gäller vårdkonsumtion	21
Osäkerheterna när det gäller uppskattning av risk	21
Referenser	24

Sammanfattning

Socialstyrelsen uppskattar att närmare 38 000 flickor och kvinnor i Sverige kan ha varit utsatta för någon typ av könsstympning, varav cirka 7 000 är flickor under 18 år. De största skattade grupperna är födda i Somalia, Eritrea, Etiopien, Egypten och Gambia. Dessa flickor och kvinnor har genomgått könsstympning innan de kom till Sverige.

Riskpopulationen har uppskattats genom en beräkning av antalet flickor med en moder som är född i ett land där könsstympning är vanligt förekommande. Alla flickor i riskpopulationen befinner sig inte i riskzonen för att bli utsatta för könsstympning. Flickor som är i riskzonen definieras som de som löper en faktisk risk, i och med familjens inställning till könsstympning och vilja att fortsätta med traditionen även efter migration. Andelen flickor ur riskpopulationen som befinner sig i riskzonen har inte uppskattats i den här studien. Däremot redovisas en genomgång av faktorer som påverkar attityderna och därmed riskerna för könsstympning efter migration. Faktorer som har betydelse för om en flicka befinner sig i riskzonen eller inte är bland annat hur länge familjen bott i Sverige, familjens attityd till könsstympning och graden av integration.

De flickor och kvinnor som ingår i det här materialet är ingen homogen grupp. Det gäller både de som själva varit utsatta för könsstympning och de som ingår i riskgruppen. Flera faktorer som har betydelse för riskerna går att påverka med informationsinsatser och förebyggande arbete. Där spelar hälso- och sjukvården en viktig roll, men också socialtjänst, förskola, skola och frivilliga organisationer.

Bakgrund

Könsstympning av flickor och kvinnor är ett brott mot de grundläggande mänskliga rättigheterna och mot barns rättigheter. Alla former av kvinnlig könsstympning är förbjudna i Sverige. Lagen (1982:316) med förbud mot könsstympning av kvinnor infördes 1982.

Definition av kvinnlig könsstympning

Världshälsoorganisationen (WHO) definierar kvinnlig könsstympning så här:

”kvinnlig könsstympning omfattar alla kirurgiska ingrepp som rör borttagande delvis eller helt av de externa genitalierna eller annan åverkan på de kvinnliga könsdelarna av kulturella eller andra icke medicinska skäl” [1].

Olika typer av könsstympning

Enligt WHO kan könsstympning delas in följande olika typer:

- Typ I. Borttagande av förhuden runt klitoris och/eller del av eller hela klitoris.
- Typ II. Partiellt eller totalt borttagande av klitoris samt av de inre blygdläpparna, med eller utan borttagande av de yttre blygdläpparna.
- Typ III. Tillslutning/förstämning av vaginalöppningen genom excision och hopfästande de inre blygdläpparna och/eller de yttre blygdläpparna, med eller utan borttagande av klitoris (infibulation).
- Typ IV. Oklassificerade stympningar, allt som inte inkluderas i typ I–III [2].

Förekomst av könsstympning i världen

Världshälsoorganisationen uppskattar att drygt 140 miljoner flickor och kvinnor i världen är könsstympade, varav majoriteten är bosatta i några länder i Afrika [3]. Varje år beräknas att cirka 3 miljoner flickor befinner 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 [3-5]. I en del länder är förekomsten begränsad till mindre regioner eller till vissa etniska grupper.

På senare år har det kommit flera studier om könsstympning i delar av Irak. I en studie från 2014 från den kurdiska delen av Irak uppgav 58 procent av kvinnorna att de var könsstympade [6]. I en annan studie uppgav 70 procent av kvinnorna att de var könsstympade (framförallt typ I) [4]. I en studie som Unicef genomfört tillsammans med nationella och regionala myndigheter i Irak (2011) var den nationella prevalensen (förekomsten) av könsstympning 8,1 procent och i den kurdiska delen av Irak 42,8 procent [7].

Det sker en viss nedgång i en del länder där könsstympning praktiseras. Traditionen är på tillbakagång i till exempel Kenya, Etiopien och Senegal [8-11]. Färre små flickor är könsstympade, jämfört med äldre generationers kvinnor [12]. Orsakerna till nedgången är sannolikt en kombination av förändrade attityder, generell utveckling av samhällsinstitutioner, ökad utbildningsnivå och jämlikhet samt lagstiftning och riktat preventivt arbete. I vissa länder där det finns lagstiftning mot könsstympning är den nedåtgående trenden trots det långsam, som i Egypten [13].

Tabell 1. Andel flickor och kvinnor (2012) som uppskattningsvis utsatts för könsstympning i 27 afrikanska länder samt ålder då könsstympning vanligen utförs

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

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

Metod

Socialstyrelsens uppskattningar bygger på en kombination av olika metoder.

Uppskattning av prevalens

Prevalensdata (uppgifter om förekomsten) från länder där könsstympning är vanligt förekommande (tabell 1) har applicerats på svenska registerdata med uppgifter om kön, ålder och födelseland. I Socialstyrelsens uppskattning av prevalens ingår flickor och kvinnor som själva är födda i ett land där könsstympning förekommer. Socialstyrelsen har i sina beräkningar inkluderat flickor och kvinnor från länder i tabell 1 där den nationella förekomsten av könsstympning bland flickor och kvinnor är över 50 procent.

Flickor och kvinnor från länder i tabell 1 där den nationella förekomsten är lägre än 50 procent har exkluderats¹. Anledningen är att de regionala skillnaderna i länder med lägre prevalens kan vara stora. I en del av ett land kan det vara vanligt med könsstympning, men i en annan del av samma land kanske traditionen inte förekommer alls. Osäkerheterna skulle bli stora om man applicerade siffror om prevalens från länder med lägre nationell prevalens, på invandrargrupper i Sverige då man inte vet om de personer som invandrat kommer från en region där könsstympning förekommer eller inte. Endast uppgifter om födelseland, inte om till exempel etnicitet eller om vilken region inom ett land som en person härstammar ifrån finns tillgängliga.

Att flickor och kvinnor från länder där den nationella prevalensen är lägre än 50 procent har exkluderats kan innebära en underskattning av det totala antalet som har varit utsatta för könsstympning.

Uppgifter om vårdkonsumtion

Uppgifter om vårdkonsumtion i Sverige relaterad till könsstympning har hämtats från patientregistret, baserat på antalet vårdtillfällen i öppen specialistvård och i slutenvård för två koder i ICD-10-SE² som går att relatera till könsstympning: O34.7A ”Vård av blivande moder för abnormitet i vulva och perineum i form av tidigare könsstympning” och Z90.7 ”Förvärvad avsaknad av könsorgan”. Data om hur många kvinnor (med giltigt personnummer) som fått vård mellan år 2008-2012 som registrerats med dessa två koder har inhämtats.

Uppskattning av riskgrupper

Storleken på riskpopulationen har beräknats utifrån uppgifter ur medicinska födelseregistret om antalet flickor som är födda i Sverige av en moder som själv är född i ett land där könsstympning är vanligt förekommande. Dessutom tillkommer flickor som kommit till Sverige som 0–18 åringar, som inte skattats som könsstypade.

¹ Flickor och kvinnor från Benin, Centralafrikanska republiken, Elfenbenskusten, Ghana, Kamerun, Kenya, Niger, Nigeria, Senegal, Tanzania, Tchad, Togo och Uganda har exkluderats.

² Den svenska versionen av den internationella sjukdomsklassifikationen ICD
<http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/diagnoskoder>.

Migrationens påverkan på risken för könsstympning och risk- och skyddsfaktorer diskuteras utifrån en litteraturgranskning. Litteratursökningar gjordes i december 2013. Sökningar gjordes i följande databaser: PubMed, Cinahl, SveMed+, DiVa och Libris Uppsök, samt Libris. Begränsningar har gjorts till publikationer från år 2000 och framåt och till artiklar på engelska eller svenska. Ytterligare artiklar har tillkommit genom granskning av referenslistor.

Resultat

Uppskattning av antalet

I Sverige bor drygt 40 000 flickor och kvinnor som är födda i något av de länder där könsstympning förekommer och där prevalensen är över 50 procent; se tabell 2 nedan.

Tabell 2. Antal flickor och kvinnor i Sverige år 2012 födda i länder där prevalensen av könsstympning är över 50 procent, fördelat på ålder.

Från de sex länder som redovisas separat finns minst 1 000 flickor och kvinnor totalt. Övriga länder har lagts ihop.

Land	Antal flickor och kvinnor			Totalt
	0–18 år	19–49 år	50 år och över	
Egypten	326	1 006	388	1 720
Eritrea	1 165	4 944	1 077	7 186
Etiopien	753	5 455	1 066	7 274
Gambia	277	1 330	200	1 807
Somalia	5 154	14 542	2 033	21 729
Sudan	309	731	67	1 107
Övriga länder	207	908	129	1 244
Samtliga länder	8 191	28 916	4 960	42 067

Källa: Statistiska centralbyrån

Socialstyrelsen har applicerat data om förekomst i ursprungsländerna utifrån statistik från Unicef (tabell 1) på uppgifterna om antalet flickor och kvinnor i Sverige från länder där könsstympning förekommer (tabell 2). Socialstyrelsen uppskattar i och med det att närmare 38 000 flickor och kvinnor i Sverige kan ha varit utsatta för någon typ av könsstympning (tabell 3). Omkring 7 000 är flickor under 18 år (tabell 3). De största grupperna är födda i Somalia, Eritrea, Etiopien, Egypten och Gambia.

Tabell 3. Uppskattning av antalet flickor och kvinnor i Sverige 2012 som kan ha varit utsatta för könsstympning

Från födelseländer där den nationella prevalensen är över 50 procent.

Land	Uppskattning av antalet flickor/kvinnor			Totalt
	0–18 år	19–49 år	50 år och över	
Egypten	264	915	353	1 533
Eritrea	909	4 400	959	6 267
Etiopien	467	4 037	789	5 292
Gambia	213	1 011	152	1 376
Somalia	4 999	14 251	1 992	21 243
Sudan	260	643	59	962
Övriga länder	155	714	94	963
Samtliga länder	7 267	25 972	4 398	37 636

Heterogen grupp

De flickor och kvinnor som ingår i materialet är ingen homogen grupp. Det handlar om allt från kvinnor som kom hit på 1970- och 1980-talen som barn och som är uppvuxna här, till kvinnor som nyligen kommit till Sverige. På 1970-talet och framförallt 1980-talet kom flyktingar från Eritrea och Etiopien till Sverige. I slutet av 1980-talet och på 1990-talet började flyktingar komma från Somalia, och invandringen från till exempel Etiopien minskade [20].

Vilken typ av könsstympning som flickorna och kvinnorna i Socialstyrelsens uppskattning kan ha utsatts för finns det inte uppgifter om. Typ III (infibulation) är den ovanligaste typen av könsstympning, och globalt sett utgör denna typ cirka 10 procent av alla fall av könsstympning [1]. Det finns en stor variation både mellan och inom länder samt mellan olika åldersgrupper, när det gäller vilken typ av könsstympning som utförs [1, 5].

Könsstympning i Sverige

Det finns inga kända fall av könsstympning utförd i Sverige. Socialstyrelsen vet inte hur många flickor och kvinnor som bor i Sverige som kan ha blivit utsatta för könsstympning under tiden de varit bosatta här. De fall som är kända har skett i andra länder, och det finns endast två fall som har lett till fällande domar [21]. Det går inte att utesluta att det finns fall av könsstympning som inte har kommit till myndigheternas kännedom, men det finns inte heller indikationer på något stort mörkertal.

Vårdkonsumtion

Flickor och kvinnor som varit utsatta för könsstympning kan ha olika komplikationer och besvär, relaterat till könsstympningen. I en svensk studie med 40 kvinnor som blivit könsstympade som barn, hade 51 procent besvär i vuxen ålder [22]. Graden av besvär beror delvis på typen av könsstympning.

Uppgifter har hämtats i patientregistret om hur många kvinnor som fått vård i slutenvård eller öppen specialistvård år 2008–2012, med dessa två ICD-10 SE-koder som huvud- eller bidiagnos:

- O34.7A Vård av blivande moder för abnormitet i vulva och perineum i form av tidigare könsstypning
- Z90.7 Förvärvad avsaknad av könsorgan.

O34.7A

Den övervägande majoriteten av kvinnor har registrerats med O34.7A Vård av blivande moder för abnormitet i vulva och perineum i form av tidigare könsstypning som bidiagnoskod, och har registrerats med en huvuddiagnoskod som rymms inom ICD-koderna "O80-O84 Förlossning".

Tabell 4. Antal kvinnor i slutenvård år 2008–2012 med diagnoskod O34.7A, fördelat på födelseland.

Om en kvinna förekommit flera gånger under perioden har bara första vårdtillfället räknats.

Födelseland	Antal
Eritrea	102
Etiopien	57
Gambia	27
Somalia	840
Sudan	27
Andra afrikanska länder	24
Andra länder	9
Uppgift saknas	2
Totalt	1088

I öppen specialistvård mellan åren 2008–2012 fick sammanlagt 115 kvinnor vård med diagnoskod O34.7A. Här hade cirka 70 procent en huvuddiagnoskod bland koderna "O80-O84 Förlossning". Det finns också 45 registrerade vårdbesök med denna kod under perioden, där det saknas personnummer.

Z90.7

En övervägande majoritet av de kvinnor som registrerats med Z90.7 Förvärvad avsaknad av könsorgan, antingen som huvud- eller bidiagnoskod inom den öppna specialistvården, är födda i något afrikanskt land. Det finns andra orsaker till att man får en diagnos som klassificeras med den här koden i patientregistret, men med stor sannolikhet är majoriteten relaterad till könsstypning i den gruppen. Närmare 70 procent av det totala antalet kvinnor har Z90.7 som huvuddiagnoskod.

Tabell 5. Antal kvinnor inom öppen specialistvård år 2008-2012 med diagnoskod Z90.7, grupperad utifrån uppgifter om födelse land.

Om en kvinna förekommit flera gånger under perioden har bara första vårdtillfället räknats. Kvinnor som vårdats inom slutenvård med diagnos Z90.7 har exkluderats.

Födelse land/länder	Antal patienter
Sverige	62
Övriga Norden	4
Afrika	778
Europa	4
Asien	11
Övriga världen	4
Totalt	863

Inom slutenvården är det vanligare att Z90.7 registreras som bidiagnoskod. Hos 7 procent var huvuddiagnoskoderna Z80-Z99 ”Potentiella hälsorisker i familjens och patientens sjukhistoria samt vissa tillstånd och förhållanden som påverkar hälsan”, och bidiagnoskoderna var Z90.7. Det verkar sannolikt att dessa vårdtillfällen är relaterade till könsstympning. Det skulle då röra sig om cirka 50 patienter inom slutenvården under åren 2008–2012.

Sammantaget handlar det om runt 2 000 kvinnor som fått någon form av vård relaterad till könsstympning, som registrerats i patientregistret under åren 2008–2012, oftast i samband med graviditet och förlossning.

Uppskattning av riskgrupper

Socialstyrelsen har definierat riskpopulationen som flickor under 18 år födda i Sverige av en kvinna som är född i ett land där könsstympning är vanligt förekommande. Enligt uppgifter från medicinska födelseregistret fanns det i Sverige år 2012 närmare 18 000 flickor, vars moder kommer från ett land där könsstympning är vanligt förekommande.

Dessutom tillkommer flickor som kommit till Sverige som 0–18 åringar, som inte skattats som könsstympade. Totalt finns omkring 8 000 flickor i Sverige som är födda i ett land där könsstympning är vanlig (tabell 2). Av dessa har Socialstyrelsen uppskattat att omkring 7 000 flickor kan ha varit utsatta för könsstympning (tabell 3). De 1 000 flickor som inte skattats som könsstympade har i stället inkluderats i riskpopulationen.

Sammantaget, om man räknar alla flickor i både grupperna så innebär det att riskpopulationen utgörs av omkring 19 000 flickor.

Socialstyrelsen har inte inkluderat flickor med irakiskt ursprung i uppskattningen av antalet flickor som befinner sig i riskgruppen för könsstympning. Det finns ungefär 25 000 flickor i Sverige som själva är födda i Irak, eller som har en eller två föräldrar från Irak [23]. Socialstyrelsen kan inte bedöma hur många av dem som kommer från den kurdiska delen av Irak, där könsstympning förekommer. De uppgifter som finns om förekomsten av

könsstympning av flickor i Kurdistan är osäkra eftersom de studier som finns framförallt gäller vuxna [5, 6].

Flickor i riskzonen

Att 19 000 flickor utgör riskpopulationen ska inte ses som att det finns 19 000 flickor i Sverige som riskerar könsstympning. Andelen av dem som löper en faktisk risk har inte uppskattats i den här studien. Däremot redovisas en genomgång av faktorer som påverkar attityderna och därmed riskerna när det gäller för könsstympning efter migration.

Flickor i riskzonen definieras som flickor under 18 år som ingår i riskpopulationen där vårdnadshavarna har en positiv attityd eller är ambivalenta till könsstympning även efter migration. Flickor som är i riskzonen är de flickor som löper en faktisk risk, i och med familjens inställning till könsstympning och önskan att fortsätta med traditionen.

Könsstympning i en migrationskontext

Socialstyrelsen har i en litteraturgenomgång undersökt risk- och skyddsfaktorer och attityder till könsstympning i olika grupper.

Attityder till könsstympning efter migration

Det finns få studier om attityder till könsstympning och det går inte att generalisera kunskapen som finns och applicera den på alla inom en grupp. Det finns dock viss kunskap om vilka bestämningsfaktorer som kan påverka attityden till könsstympning, om än inte i vilken utsträckning de faktiskt gör det. Forskning som finns om riskfaktorer och attityder till könsstympning i olika grupper är framförallt kvalitativ och omfattar relativt små urval.

Riskfaktorer och skyddsfaktorer efter migration

Det finns en del kvalitativ forskning från Sverige som pekar på att många invandrare från berörda länder tar avstånd från traditionen med könsstympning [22, 24-27]. I en nederländsk översikt identifierades faktorer som kan påverka attityden till könsstympning i en migrationskontext:

- att det finns lagstiftning mot könsstympning
- ökad kunskap om att könsstympning kan orsaka medicinska problem och nedsatt förmåga till sexuell njutning
- ökad kunskap om att könsstympning inte är en religiöst påbjuden sedvänja
- ökad kännedom om kvinnors rättigheter och att kvinnor kan vara ekonomiska oberoende
- förändringar i underliggande föreställningar om sexualitet, giftermål och religion
- vetskapen om att i det nya hemlandet är könsstympning inte normen, och är inte förknippat med social status, utan kanske tvärtom
- omkringliggande samhället stödjer elimination av könsstympning [16].

Grad av integration och hur länge invandrare från länder där könsstympning förekommer har levit i exil är faktorer av betydelse i sammanhanget. I en norsk studie från 2012 bland somalier i Oslo, tog 70 procent avstånd från alla former av könsstympning [28]. Övriga var ambivalenta eller positiva till att könsstympning ska fortgå. En skyddsfaktor i den norska studien var hur

länge man bott i Norge. Det var främst de nyanlända invandrarna som hade en positiv inställning till könsstympning. Integration som en skyddsfaktor tas upp i fler studier, bland annat i en översikt från Spanien om attityder till könsstympning [29].

Risikfaktorer som nämns i litteraturen är bland annat ambivalens kring att överge traditionen, då den också kan förknippas med kulturella värden och gemenskap [22, 24]. Det kan finnas en risk att en del familjer vill fortsätta med traditionen efter migration, för att det kan kännas viktigare att bevara gamla traditioner när man lever i exil.

Resor till hemlandet kan innebära en risk, även för familjer som själva tagit avstånd från könsstympning. Det kan finnas en risk att släktingar låter utföra könsstympning på eget bevåg [16, 25].

Föreställningen att könsstympning av flickor och kvinnor är en religiös sedvänja omnämns som en riskfaktor [22, 29].

Olika normer och social kontext

I en kunskapsöversikt från 2011 finns en genomgång av hur motiven för och emot könsstympning kan förändras efter migration bland svensksomalier [21].

Tabell 6. Motiven för och emot könsstympning efter migration bland svensksomalier

Motiv för kvinnlig omskärelse ³ i Somalia	Omständigheter som leder till förändring i svensk exil
En upplevelse av "att vara omskuren" är det normala och naturliga.	Det "normala" och "naturliga" med kvinnlig omskärelse ifrågasätts i exilsituationen.
En övertygelse om att islam kräver att flickor är omskurna.	Möten med andra muslimer (speciellt arabiska muslimer) som inte omskär sina döttrar. Debatt om hur islam förhåller sig till kvinnlig omskärelse. Slutsats om att kvinnlig omskärelse strider mot islam.
En rädsla för att en icke-omskuren dotter inte ska accepteras vid giftermål.	Förändrade kulturella mönster kring äktenskap i exil: nuförtiden väljer unga människor varandra inför äktenskap. Framtida partner kan sökas bland somaliska män som vuxit upp i västerländsk exil (och är motståndare till traditionen).
Det faktum att nästan alla andra flickor är omskurna, vilket gör att en icke-omskuren flicka riskerar att bli stigmatiserad.	I Sverige omskärs inte flickor – en omskuren flicka riskerar att bli den som avviker från jämnåriga flickor.
Social kontext där det omgivande samhället visar acceptans för praktiken.	Rädsla för svenska sociala myndigheter och medvetenhet om risken att förlora vården om barnen.

Det sociala trycket att bevara gamla traditioner kan vara starkt och kan hantearas på olika sätt. I en svensk intervjustudie från 2009 med tio somaliska män beskrev en man att hans döttrar inte var könsstympade, att han tog avstånd

³ Uttrycket omskärelse används i ursprungstexten.

från traditionen, men i kontakten med vissa landsmän kunde han ändå uppge att flickorna var könsstympade [26].

Möjligheterna att utföra ingreppet

Anledningen till att en familj inte låter könsstympa en flicka har betydelse för risken på längre sikt. Attityden och inställningen till ingreppet kan ha förändrats. Det skulle även kunna vara så i vissa fall att familjen inte genomför ingreppet, för att möjligheten inte finns. Om möjligheten uppstår, skulle det i så fall kunna leda till en ökning av antalet fall i framtiden. Därför är det viktigt att arbeta förebyggande, så att attityderna till könsstympling verkligen förändras.

Diskussion

Osäkerhet vid prevalensskattningar

Urval av länder

Könsstympning förekommer i fler länder än de som har inkluderats i Socialstyrelsens uppskattning, till exempel i Jemen och i Irak. Det finns uppgifter om att det förekommer i ytterligare länder, men tillförlitliga data saknas i många fall [30]. I Sverige finns det många invandrare från Irak, varav närmare 60 000 är flickor och kvinnor [23]. Det går dock inte att med säkerhet veta hur många som kommer från den kurdiska delen av Irak, där könsstympning kan förekomma, varför de flickor och kvinnor som har irakiskt påbrå i Sverige har exkluderats från studien. Detta kan innebära en underskattning av antalet flickor och kvinnor som varit utsatta för könsstympning. I till exempel Norge har man inkluderat flickor och kvinnor från Irak i sina uppskattningar av prevalens [31].

Även i andra länder där könsstympning förekommer finns regionala skillnader i prevalens inom landet. Socialstyrelsen har gjort bedömningen att detta inte påverkar siffrorna för länderna som inkluderats, då de har en prevalens på nationell nivå som är högre än 50 procent.

Underskattning och överskattning

I en nederländsk studie från 2012 kunde man konstatera en kraftig överskattning av prevalensen av könsstympning, när man uppskattade antalet kvinnor på ungefär samma vis som Socialstyrelsen har gjort i denna studie, men samtidigt jämförde de prevalenssiffror som man fick fram med data från mödrahälsovården om konstaterad könsstympning. Prevalensen uppskattades på samma sätt som Socialstyrelsen har gjort i denna studie, genom att applicera data om förekomst från ursprungsländer på befolkningsdata med uppgift om födelse-land. Då kunde man förvänta sig att 1341 kvinnor i ett visst upptagningsområde skulle ha genomgått könsstympning, men antalet konstaterade fall av könsstympning var 470 [32]. Detta motsvarar en prevalens hos gravida kvinnor i Nederländerna 2008 på 0.32 procent (95 procent CI 0.31-0.34).

Studien visar på de missvisande siffror man kan få fram genom att applicera prevalensdata från ursprungsländer på befolkningsdata med uppgifter om födelse-land. Det kan finnas flera orsaker till detta. En orsak är tillförlitligheten i prevalensdata från ursprungsländerna. Tillförlitligheten i prevalensdata från vissa länder är osäker då den bygger på självrapportering [33].

En annan möjlig orsak är att man inte tar hänsyn till systematiska skillnader i prevalens i olika segment i befolkningen. Om utbildning är en viktig faktor som skyddar mot könsstympning, och om personer som migrerar i högre utsträckning har högre utbildning torde förekomsten vara lägre i den grupp som har migrerat, jämfört med hela befolkningen i ursprungslandet.

En tredje orsak till att antalet kvinnor som varit utsatta för könsstympning var mindre än förväntat i den nederländska studien kan vara under- rapportering från hälso- och sjukvården. Om barnmorskorna i den neder-

ländska studien till exempel inte kunde känna igen vissa typer av könsstympning, typer som är svårare att upptäcka, så kan det ha skett en under-rapportering [32].

Socialstyrelsens uppskattning av prevalens baseras på uppgifter från 2012 från Statistiska centralbyrån om antalet flickor och kvinnor i Sverige födda i ett land där könsstympning är vanligt förekommande. Sedan 2012 har det skett en viss invandring från några av dessa länder. Personer som invandrat efter 2012 är inte inkluderade i denna uppskattning. Personer som söker asyl är inte heller inkluderade i uppskattningen. Detta skulle kunna innebära en viss underskattning av antalet flickor och kvinnor som varit utsatta för könsstympning.

Förekomsten bland barn och unga

Det finns speciella svårigheter när det gäller prevalensen hos flickor under 18 år. Prevalenssiffrorna för flickor under 18 år från ursprungsländerna som Unicef har är osäkra [5]. Uppskattningen när gäller flickor 0–18 år är osäker så till vida att Socialstyrelsen i sina beräkningar använt data från Unicef för flickor som är 15–19 år (se tabell 1), och applicerat på alla flickor under 18 år. I andra länder har man gjort på liknande sätt i jämförbara prevalensstudier [14-19]. Hänsyn har inte tagits till flickans ålder då hon kommit till det nya landet, vilket man försökt göra i en del studier [16, 31]. Det är inte troligt att de yngre barnen är könsstympade vid ankomsten till Sverige i samma utsträckning som de flickor som är 15–19 år vid ankomsten. Detta kan innebära en överskattning av antalet flickor som är könsstympade, och att det inte är så många som 7 200 flickor i Sverige som har utsatts för könsstympning.

Å andra sidan har flickor och kvinnor från en del länder där könsstympning förekommer uteslutits i beräkningarna (se avsnittet Metod på sidan 10). Socialstyrelsen anser att siffrorna sammantagna är en rimlig uppskattning.

Flickor som är födda i Sverige och som eventuellt blivit utsatta för könsstympning, ingår inte i den här uppskattningen av prevalens. Om mörkertalet är stort skulle detta kunna innebära en underskattning av antalet flickor som är könsstympade. Flickor födda i Irak har inte inkluderats i materialet, trots att det bor många personer födda i Irak i Sverige. Detta skulle också kunna innebära en underskattning av antalet som utsatts för könsstympning.

Förekomsten av olika typer

När det gäller olika typer av könsstympning finns ingen tillförlitlig information om hur det ser ut i Sverige. Det finns studier som visar en diskrepans i vilken typ av könsstympning som en kvinna själv uppger, och vilken typ det visar sig vara vid en gynekologisk undersökning [22, 32]. Huvudsakligen baserar sig uppgifterna på demografiska studier, och uppgifterna är självrapporterade [34].

Förekomsten av typ III (infibulation) är viktig ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv, eftersom infibulation kan medföra allvarigare medicinska komplikationer och kan vara mer vårdkrävande. Globalt finns en del data om förekomst av olika typer av könsstympning. Typ III är den ovanligaste typen av könsstympning, och utgör cirka 10 procent av alla fall av könsstympning [1]. Det finns en stor variation både mellan och inom länder, samt mellan olika åldersgrupper, när det gäller vilken typ av könsstympning som utförs [1, 5].

Osäkerheterna när det gäller vårdkonsumtion

De vårdkonsumtionsdata som Socialstyrelsen tagit fram visar på förhållandevis låg vårdkonsumtion, i förhållande till antalet flickor och kvinnor i Sverige som uppskattas vara könsstympade. Studier och erfarenhet från praktiken visar på brister när det gäller dokumentation av kvinnlig könsstympning i patientjournaler [35]. Det kan därför finnas en underrapportering i patientregistret. Det kan också finnas anledning att tro att en del kvinnor som har besvär inte söker vård. Man kan till exempel ha lärt sig att leva med sina besvär eller har en dålig erfarenhet från ett tidigare vårdtillfälle.

I Stockholm finns sedan 2003 en mottagning som specifikt riktar sig till könsstympade kvinnor som bor i Stockholms läns landsting, den så kallade AMEL-mottagningen. Dit kan man vända sig om man upplever sig ha besvär relaterad till tidigare könsstympning. Ungefär en femtedel av patienterna som söker sig dit är i behov av kirurgisk hjälp⁴. Bristen på specialiserad vård i hela landet skulle också kunna bidra till en låg efterfrågan på vård och en underrapportering.

De vårdkonsumtionsdata som Socialstyrelsen tagit fram som visar på en förhållandevis låg vårdkonsumtion, skulle också kunna tyda på en överskattning av antalet flickor och kvinnor som är könsstympade (jämför med diskussionen ovan under Underskattning och överskattning). Slutligen skulle siffrorna kunna vara en indikation på andelen flickor och kvinnor som har faktiska medicinska komplikationer som kräver vård som en följd av en tidigare könsstympning, vilket skulle innebära att det är förhållandevis få med besvär som kräver vård.

Osäkerheterna när det gäller uppskattning av risk

Det är förenat med svårigheter att undersöka riskerna för flickor i länder där könsstympning är förbjuden. Sannolikheten att människor svarar sanningsenligt är lägre eftersom det man studerat är förbjudet, även om man försökt att delvis hantera detta i flera studier [22, 28].

Socialstyrelsen har uppskattat att riskpopulationen i Sverige uppgår till omkring 19 000 flickor. Flickor från Irak har inte inkluderats. Antalet flickor i riskpopulationen skulle dubblas om man valde att räkna med de flickor i Sverige som har irakiskt påbrå. Socialstyrelsen har valt att inte inkludera flickor från länder där den nationella prevalensen är under 50 procent (se avsnittet Metod på sidan 10). Det kan innebära en underskattning av storleken på riskpopulationen.

När det gäller flickor som är födda i Sverige har Socialstyrelsen uppskattat storleken på riskgruppen utifrån moderns födelseland. Ingen hänsyn till faderns födelseland har tagits.

Flickor i riskzonen definieras som flickor under 18 år som ingår i riskpopulationen där vårdnadshavarna har en positiv eller ambivalent attityd till

⁴ Direkt kommunikation med AMEL-mottagningen, Södersjukhuset; <http://www.sodersjukhuset.se/Avdelningar--mottagningar/Mottagningar/Mottagning-for-konsstymade/>.

könsstympning även efter migration. Flickor som är i riskzonen är de flickor som löper en faktisk risk, i och med familjens inställning till könsstympning och önskan att fortsätta med traditionen. Andelen flickor som löper en faktisk risk, av de 19 000 flickor som ingår i riskpopulationen, har inte uppskattats i den här studien. Det finns inte tillräckligt mycket forskning om riskerna för könsstympning efter migration för att det ska gå att göra en sådan uppskattning. Den forskning som finns (se avsnitt Könsstympning i en migrationskontext på sidan 16) är inte generaliserbar, men pekar på att många familjer tar avstånd från könsstympning efter migration.

Riskstudier genom European Institute for Gender Equity

Under 2014 har European Institute for Gender Equity (EIGE) genomfört studier om riskgrupper när det gäller könsstympning i tre medlemsländer, Sverige, Portugal och Irland. Resultaten är inte publicerade än. Socialstyrelsen har tagit del av de metoder man har använt, och av de preliminära resultaten. I EIGE:s studier har man kalkylerat prevalens och risk i gruppen flickor 0–18 år som är födda i ett land där könsstympning förekommer på ett något annorlunda sätt än vad Socialstyrelsen har gjort. I EIGE-studierna har man beaktat vilken ålder flickan hade när hon flyttade till det nya landet, och även beaktat vid vilken ålder könsstympning vanligen utförs i födelselandet. En medianålder för när könsstympning vanligen utförs har räknats ut. De flickor som då var yngre än medianåldern inkluderades i riskpopulationen, inte de som var äldre [19, 36].

När det gäller riskerna för flickor som är födda i Sverige, Portugal och Irland av invandrade föräldrar, har man räknat med en statistiskt sett låg risk. Detta baserar sig dels på studier från olika länder om migrationens påverkan på könsstympning och attityder till könsstympning efter migration, dels på resultatet från fokusgrupper i alla tre länder med invandrare från länder där könsstympning praktiseras [36].

Heterogenitet inom riskgruppen

Att 19 000 flickor utgör riskpopulationen ska inte förstås som att 19 000 flickor i Sverige riskerar att bli utsatta för könsstympning. Flickor som är i riskzonen definieras som flickor som löper en faktisk risk, i och med familjens inställning till könsstympning och vilja att fortsätta med traditionen även efter migration. Inom riskpopulationen ryms en stor heterogenitet. I riskgruppen finns både de som löper en reell risk och de som de facto inte befinner sig i risk. Antalet flickor som de facto befinner sig i riskzonen är inte känt. Den kvalitativa forskning som finns om könsstympning i en migrationskontext pekar dock på att det är en relativt liten del av hela riskpopulationen [21, 28, 29, 37].

I riskpopulationen ingår också flickor vars familjer tar avstånd från traditionen med könsstympning. En andel flickor i riskgruppen är barn till personer som själva kom till Sverige som barn, på 1970- och 1980-talen. I en svensk intervjustudie om könsstympning från 2005 bland etiopier och eritreaner, där många av informanterna bott länge i Sverige, ansåg flera intervjuade att deras barn inte borde räknas in i en riskgrupp, då det speglar ett förlegat förhållningssätt som strider mot de normer som råder idag inom de grupperna [25].

Hälso- och sjukvården har en viktig roll att identifiera flickor som befinner sig i riskzonen och när det gäller att förhindra att de blir utsatta för könsstympning. I mötet i vården är det svårt att avgöra vilka flickor som befinner sig i riskzonen. Konsekvensen för hälso- och sjukvårdspersonal som möter flickor i riskpopulationen blir att det behövs stor lyhördhet och professionalitet när man ska ta upp frågan om könsstympning med patienter, föräldrar och blivande föräldrar.

Referenser

1. WHO. Definition av olika typer av FGM. Hämtad 2014-10-15. [cited; Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/overview/en/>
2. WHO. Olika typer av FGM. Hämtad 2014-11-06 [cited; Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/overview/en/>
3. WHO Female genital mutilation and other harmful practices. Hämtad 2014-05-09 [cited; Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/prevalence/en/>
4. 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.
5. UNICEF. Female Genital Cutting/Mutilation. A statistical overview and exploration of the dynamics of change.; 2013.
6. Female Genital Mutilation (FGM): A Survey on Knowledge, Attitudes and Practice among Households in Iraqi Kurdistan Region. http://www.unicef.org/mena/media_9601.html: The Kurdistan Regional Government (KRG) High Council of Women's Affairs (HCWA) together with UNICEF, Heartland Alliance International, and Wadi, and in collaboration with UN Women and UNFPA; 2014.
7. Multiple Indicator Cluster (MIC) Survey Iraq. Monitoring the situation of women and children. Final Report. https://dl.dropboxusercontent.com/u/21257622/MICS4_Iraq_FinalReport_2011_Eng.pdf: Unicef; 2011.
8. Rahlenbeck, S, Mekonnen, W, Melkamu, Y. Female genital cutting starts to decline among women in Oromia, Ethiopia. *Reprod Biomed Online*. 2010; 20(7):867-72.
9. Tamire, M, Molla, M. Prevalence and belief in the continuation of female genital cutting among high school girls: a cross - sectional study in Hadiya zone, Southern Ethiopia. *Journal: BMC Public Health*. 2013; 13(1):1120.
10. Rahlenbeck, SI, Mekonnen, W. Growing rejection of female genital cutting among women of reproductive age in Amhara, Ethiopia. *Cult Health Sex*. 2009; 11(4):443-52.
11. Diop, N, Askew, I. The effectiveness of a community-based education program on abandoning female genital mutilation/cutting in Senegal. *Stud Fam Plann*. 2009; 40(4):307-18.
12. Yoder, PS, Abderrahim, N, Zhuzhuni, A. Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis: DHS Comparative Reports No. 7; 2004.
13. Hassanin, I, Shaaban, O. Impact of the complete ban on female genital cutting on the attitude of educated women from Upper Egypt toward the practice. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013; 120(3):275-8.
14. Dorkenoo, E, Morison, L, Macfarlane, A. A Statistical Study to Estimate the Prevalence of Female Genital Mutilation in England and Wales: Summary Report: Foundation for Women's Health, Research and Development (FORWARD); 2007.
15. Macfarlane, A, Dorkenoo, E. Female Genital Mutilation in England and Wales: Updated statistical estimates of the numbers of affected women

- living in England and Wales and girls at risk. Interim report on provisional estimates: City University London; 2014.
16. Exterkate, M. Female Genital Mutilation in the Netherlands. Prevalence, incidence and determinants. ; 2013.
 17. Dubourg, D, Richard, F, Leye, E, Ndamé, S, Rommens, T, Maes, S. Estimating the number of women with female genital mutilation in Belgium. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2011; 16:248-57.
 18. Female genital mutilation in the European Union and Croatia. European Institute for Gender Equality (EIGE); 2013.
 19. Equity, EifG. Report. Expert Consultation Meeting on FGM risk estimation in the EU Member States. 2014.
 20. Migrationsverket om invandringens historia. Information hämtad 2014-05-20. [cited; Available from: <http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Fakta-om-migration/Historik.html>
 21. Johndotter, S, Essén, B. Kvinnlig omskärelse/könsstympning i Sverige – en kunskaps- och forskningsöversikt: Nationellt centrum för kvinnofrid; 2011.
 22. Litorp, H, Franck, M, Almroth, L. Female genital mutilation among antenatal care and contraceptive advice attendees in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica*. 2008;87: 716-22.
 23. Antalet personer födda i Irak. Hämtad 2014-11-10 [cited; Available from: http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Artiklar/Fortsatt-okning-av-utrikes-fodda-i-Sverige/
 24. Isman, E, Ekéus, C, Berggren, V. Perceptions and experiences of female genital mutilation after immigration to Sweden: An explorative study. *Sexual and Reproductive Healthcare*. 2013; 4:93-8.
 25. Johndotter, S. Aldrig mina döttrar. En studie om attityder till kvinnlig omskärelse bland etiopier och eritreaner i Sverige.: *Rädda Barnen*; 2005.
 26. Eriksson, E, Hassan, A. Somaliska mäns syn på kvinnlig omskärelse. En kvalitativ studie om immigranter i Sverige.: *Mälardalens Högskola*; 2009.
 27. Nath, YS, Ismail, N. Ingen frågade mig. En rapport om kvinnlig könsstympning i Sverige. : *Stiftelsen Kvinnoforum*; 2000.
 28. Gele, AA, Johansen, EB, Sundby, J. When female circumcision comes to the West: Attitudes toward the practice among Somali Immigrants in Oslo. *BMC Public Health*. 2012; 12:697.
 29. Alcaraz, MR, González, JS, Ruiz, CS. Attitudes towards female genital mutilation: an integrative review. *International Nursing Review* 2014; 61, 25–34.
 30. Eliminating female genital mutilation. An interagency statement - OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO.: *World Health Organization*.; 2008.
 31. Utbredelse av kjønnslemlestelse i Norge. Registeranalyse.; 2014.
 32. Korfker, DG, Reis, R, Rijnders, MEB, Asperen, SMv, Read, L, Sanjuan, M, et al. The lower prevalence of female genital mutilation in the Netherlands: a nationwide study in Dutch midwifery practices. *International Journal of Public Health*. 2012; 57:413-20.
 33. Elmusharaf, S, Elhadi, N, Almroth, L. Reliability of self reported form of female genital mutilation and WHO classification: cross sectional study. *British Medical Journal* 2006; doi:10.1136/bmj.38873.649074.55 (published 27 June 2006).
 34. Female Genital Mutilation/Cutting: Data and Trends. *Population Reference Bureau* 2010.

35. Paliwal, P, Ali, A, Bradshaw, S, Hughes, A, Jolly, K. Management of type III female genital mutilation in Birmingham, UK: A retrospective audit. *Midwifery*. 2013.
36. EIGE on Female Genital Mutilation. Hämtad 2014-12-02. <http://eige.europa.eu/content/female-genital-mutilation>. [cited; Available from:
37. Morison, LA, Dirir, A, Elmi, S, Warsame, J, Dirir, S. How experiences and attitudes relating to female circumcision vary according to age on arrival in Britain: a study among young Somalis in London. *Ethnicity & Health*. 2004; 9 (1):75-100.